



REGIONE DEL VENETO

Regione del Veneto
Istituto Oncologico Veneto
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
Ospedale Busonera, Via Gattamelata 64 35128 Padova
C.F./P.I. 04074560287

ATTO AZIENDALE

SOMMARIO

PREMESSA	1
TITOLO I – ELEMENTI IDENTIFICATIVI E CARATTERIZZANTI DELL’ISTITUTO	1
Art. 1 - Assetto istituzionale	1
Art. 2 – Patrimonio	2
Art. 3 – Missione, valori, visione e finalità	3
Art. 4 – Integrazione tra assistenza e ricerca	5
Art. 5 – Partecipazione a reti nazionali e internazionali	6
TITOLO II - ORGANI DELL’ISTITUTO	6
Art. 6 - Direttore Generale.....	6
6.1 Delega delle funzioni di gestione	7
6.1.1 Le funzioni di governo e di gestione	7
6.1.2 Le funzioni di committenza e le funzioni di produzione	8
Art. 7 - Direttore Scientifico	9
Art. 8 - Altri Organi	10
8.1 Consiglio di Indirizzo e Verifica	10
8.2 Collegio Sindacale	10
8.3 Collegio di Direzione.....	10
TITOLO III – COMPONENTI LA DIREZIONE GENERALE E ORGANISMI COLLEGIALI	11
Art. 9 - Direzione Generale.....	11
9.1 Direttore Sanitario	12
9.2 Direttore Amministrativo.....	12
Art. 10 - Organismi Collegiali	13
10.1 Comitato Tecnico Scientifico	13
10.2 Comitato Scientifico Internazionale (CSI).....	13
10.3 Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)	13
10.4 Consiglio dei Sanitari.....	14
10.5 Il Comitato Etico per la Pratica Clinica (CEPC).....	14
10.6 Commissione Ospedaliera per il controllo delle infezioni correlate all’assistenza (CIO)	14
TITOLO IV – ORGANIZZAZIONE DELL’ISTITUTO	15
Art. 11 - Organizzazione e personale.....	15
Art. 12 Rapporti con Università.....	15
Art. 13 - Articolazione Organizzativa	16
13.1 Dipartimenti	16
13.2 Unità Operative complesse.....	17
13.3 Unità Operative semplici a valenza dipartimentale.....	17
13.4 Unità Operative semplici	18
13.5 Unità/Programmi di integrazione tra assistenza e ricerca	18
13.6 Incarichi di natura professionale al personale dirigente.	18
13.7 Incarichi di funzione al personale del comparto.....	18
Art. 14 - Strutture in staff alla Direzione Generale	18
UOS Controllo di Gestione	18
Servizio Prevenzione e Protezione	19
Medicina Preventiva e Radioprotezione Medica	19
Medico competente	19
Medico autorizzato	20
Formazione	20
Trasparenza e anticorruzione.....	21
Ufficio Accreditamenti e Riconoscimento IRCCS.....	21
Ufficio Innovazione e Sviluppo	22
Ufficio Relazioni con il pubblico (URP)	22

Ufficio Comunicazione e Marketing	22
Art. 15 - Strutture e servizi per l'organizzazione Scientifica	24
International Clinical Consulting	25
Gestione documentazione scientifica	25
Ufficio <i>Grant</i>	25
<i>Patient education and empowerment</i>	26
Comunicazione e divulgazione scientifica	26
UOSD Unità di Ricerca Clinica (URC)	26
UOS Gestione amministrativa della ricerca e delle sperimentazioni cliniche	27
Art. 16 - Strutture e servizi per l'organizzazione Sanitaria	29
16.1 - Organizzazione Dipartimentale	29
16.2 - Dipartimenti Interaziendali Funzionali	29
Art. 17 - Rete Oncologica Veneta (ROV)	32
Art. 18 - Gruppi Multidisciplinari	34
Art. 19 - Strutture della Direzione Sanitaria	34
Nucleo aziendale di Controllo (NAC)	34
<i>Risk management</i>	35
Centro Unico Prenotazioni	35
Ufficio Governo clinico e appropriatezza	36
UOC Direzione Medica Ospedaliera	36
UOSD Psicologia Ospedaliera	38
UOS Direzione Medica	38
UOSD Professioni Sanitarie Ospedaliere	38
Art. 20 - Strutture e servizi per la funzione Amministrativa	40
<i>Internal auditing</i>	40
UOS Sistemi Informativi	40
UOC Gestione Risorse Umane	40
UOC Affari Generali	41
UOSD Contabilità e Bilancio	42
UOC Provveditorato, Economato e Gestione della logistica	43
UOS Servizi Tecnici e Patrimoniali	43
TITOLO V – FUNZIONAMENTO DELL'ISTITUTO	45
Art. 21 - Assegnazione e perseguimento degli obiettivi	45
Art. 22 - Strumenti	45
Art. 23 - Programmazione e Bilancio	45
Art. 24 - Il processo di programmazione ed il piano della performance	46
Art. 25 - Il miglioramento continuo dell'assistenza	51
Art. 26 - Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali	52
Art. 27 - La gestione per processi	52
Art. 28 - Informazione, accoglienza, tutela e partecipazione dei cittadini	53
Art. 29 - Risorse umane: valorizzazione, qualificazione e formazione permanente ..	54
Art. 30 - Risorse materiali e tecnologiche: disciplina contratti di fornitura e servizi ..	54
Art. 31 - Attività di controllo	54
Art. 32 - Comitato Unico di Garanzia (CUG)	55
Art. 33 - Vigilanza	56
Art. 34 - Sicurezza e salute nei luoghi di lavoro	56
TITOLO VI – STUDI E SPERIMENTAZIONI CLINICHE	58
Art. 35 - Sperimentazione Clinica	58
TITOLO VII – NORMA FINALE E RINVIO	60
Art. 36 - Norma programmatica	60
Art. 37 - Norma finale e rinvio	60
Art. 38 - Allegati	60

PREMESSA

L'Atto aziendale di diritto privato dell'Istituto Oncologico Veneto Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) definisce le norme di organizzazione e funzionamento dell'ente, costituisce e definisce il modello organizzativo e le relative linee strategiche generali ed esprime il modello funzionale, cioè gli aspetti dinamici della gestione aziendale. Inoltre, disciplina i livelli di competenza e responsabilità, identifica le funzioni di erogazione e supporto e le relative distinzioni e le funzioni di indirizzo strategico e gestione operativa.

TITOLO I – ELEMENTI IDENTIFICATIVI E CARATTERIZZANTI DELL'ISTITUTO

Art. 1 - Assetto istituzionale

L'Istituto Oncologico Veneto – IRCCS (di seguito denominato IOV IRCCS) è, sulla base della legge regionale istitutiva n.26 del 22 dicembre 2005, un Ente a rilevanza nazionale dotato di autonomia e personalità giuridica di diritto pubblico che, secondo standard di eccellenza, persegue finalità di ricerca prevalentemente clinica e traslazionale nel campo biomedico e in quello dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari, effettuando prestazioni di ricovero e cura di alta specialità.

La ricerca scientifica integrata all'assistenza è la caratteristica precipua dello IOV IRCCS e differenzia in maniera sostanziale l'Istituto dalle aziende del Sistema Sanitario Regionale prive di tale qualifica, rispetto alle quali evidenzia modalità operative, complessità organizzative e fabbisogni di risorse umane e materiali affatto specifici. Inoltre l'Istituto, oltre a essere soggetto al sistema dei controlli della Regione Veneto, è sottoposto, da parte del Ministero della Salute, a verifica biennale per la conferma del riconoscimento del carattere scientifico nella disciplina dell'oncologia e a verifica annuale dei prodotti della ricerca scientifica, alla quale è legata l'erogazione del finanziamento per le attività di Ricerca Corrente.

La Regione Veneto ha conferito allo IOV IRCCS la sede del Coordinamento Regionale della Rete Oncologica Veneta (ROV) ed affidato il ruolo di *hub* della ROV, in stretta sintonia con le Aziende Ospedaliere di Padova e Verona.

Lo IOV IRCCS è Centro *hub* designato dalla Regione Veneto e, in tal senso, è il fulcro della rete regionale veneta dei centri di senologia (*Breast Unit*). In qualità Centro *hub* – altamente qualificato per la diagnosi, cura e riabilitazione psicofisica della paziente con neoplasia della mammella sospetta o accertata – allo IOV IRCCS è affidata la gestione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) secondo standard riconosciuti a livello europeo e indicati dalle disposizioni regionali.

Sul piano organizzativo l'Istituto, quale ente non trasformato, è regolamentato dalla normativa regionale e nazionale. L'organizzazione e il funzionamento sono disciplinati dalla normativa regionale e dal presente atto aziendale, nonché dalle disposizioni contenute nel decreto legislativo n. 288/2003 e dalle disposizioni statali e regionali in materia di Aziende Sanitarie applicabili.

L'istituto è articolato su più sedi operative situate a Padova, Castelfranco Veneto (DGR 1635 del 21/10/2016 e DGR 1342 del 22/08/2017) e Schiavonia (DGR 910 del 20/07/2015). L'assetto istituzionale è adeguato alla DGR 614/2019.

Costituzione, sede legale, sito e logo

Lo IOV IRCCS è stato istituito con L.R. del 22 dicembre 2005, n. 26, quale istituto dotato di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia amministrativa, tecnica, patrimoniale e contabile. La Regione ha promosso il riconoscimento dell'Istituto quale Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico nella disciplina Oncologia ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 26 ottobre 2003, n. 288.

Il Ministero della Salute, con decreto del 18 marzo 2005, adottato d'intesa con il Presidente della Regione Veneto, ha riconosciuto il carattere scientifico dell'istituto, successivamente riconfermato con la periodicità e le modalità previste dalla normativa vigente.

La denominazione è: "Istituto Oncologico Veneto – IRCCS" e la sede legale è la seguente:

via Gattamelata, 64 – 35128 Padova
C.F./P.I. 04074560287

Il sito web dell'Istituto è il seguente: www.ioveneto.it

Il logo dell'Istituto Oncologico Veneto, integrato con il logo regionale, è il seguente:



Art. 2 – Patrimonio

Il patrimonio dell'Istituto è costituito da tutti i beni mobili ed immobili di proprietà, da tutti i rapporti giuridici attivi e passivi, dai beni trasferiti all'Istituto dallo Stato o da altri Enti pubblici in virtù di leggi o di provvedimenti amministrativi, nonché da tutti i beni comunque acquisiti nell'esercizio dell'attività o a seguito di atti di liberalità e risultanti in sede di ricognizione.

L'Istituto dispone del patrimonio secondo la disciplina della proprietà privata, ferme restando le disposizioni di cui all'art. 830, c. 2 del codice civile. Gli atti di trasferimento a terzi di diritti reali su immobili sono assoggettati ad autorizzazione della Regione. I beni mobili e immobili che l'Istituto utilizza per il perseguimento dei propri fini istituzionali costituiscono patrimonio indisponibile e sono soggetti alla disciplina del codice civile.

Il patrimonio immobiliare dell'Istituto, finalizzato ad attività istituzionali di assistenza, ricerca e formazione, è costituito da:

- ospedale Busonera, via Gattamelata n. 64 Padova
- palazzina Immunologia, via Gattamelata n. 64 Padova
- palazzina Radioterapia, via N. Giustiniani n. 2 Padova
- palazzina Radioterapia, realizzata su terreno concesso in diritto di superficie in Schiavonia, via Albere n.30 Monselice (Pd).

I beni immobili facenti parte del patrimonio disponibile sono gestiti nell'ottica della salvaguardia, della valorizzazione e migliore redditività dei medesimi e possono essere oggetto di alienazione a titolo oneroso nel rispetto della normativa vigente. In riferimento ai beni mobili, oltre che la custodia e la manutenzione ordinaria e straordinaria, l'Istituto assicura la sostituzione delle attrezzature e dei beni in base al grado di obsolescenza ed al livello di ammortamento, nel rispetto del vincolo delle risorse assegnate dalla Regione.

Previa valutazione di coerenza con la strategia aziendale e di opportunità, l'Istituto può accettare, nel rispetto della normativa statale in materia e della legge regionale n.26/109, donazioni, legati ed eredità.

L'Istituto riconosce, inoltre, la valenza strategica del patrimonio biomedico, conoscitivo e gestionale derivante dall'attività assistenziale svolta, e ne valorizza l'utilizzazione a sostegno dell'attività di ricerca clinica ed innovazione anche attraverso una valorizzazione economica di tale patrimonio con particolare attenzione alle attività di sperimentazione.

Eventuali brevetti, *spin-off* e prodotti simili delle proprietà intellettuali derivanti da attività/ricerche specifiche condotte utilizzando le risorse di programmi e ricerche promosse e finanziate dall'Istituto saranno gestiti, fatte salve le normative vigenti e i diritti dei singoli, con modalità definite d'intesa tra l'Istituto e l'Università degli Studi di Padova (UNIPD) in apposito atto.

Art. 3 – Missione, valori, visione e finalità

Missione

La missione dell'Istituto Oncologico Veneto consiste nella prevenzione, diagnosi e cura dei tumori, perseguendo in questi campi l'eccellenza attraverso lo sviluppo della ricerca oncologica di base, traslazionale e clinica e il miglioramento dell'organizzazione dell'attività di cura e assistenza. Elementi fondamentali sono il rapido trasferimento delle acquisizioni della ricerca ai pazienti, l'approccio multidisciplinare alla patologia e il coordinamento della rete di collaborazione/condivisione tra le Oncologie del Veneto.

Valori

L'Istituto Oncologico Veneto, nell'esercizio della propria attività, si attiene ai valori di riferimento definiti dalla legge istitutiva e ai principi fondamentali sull'erogazione dei servizi pubblici definiti dal D.P.C.M. 27 gennaio 1994, con particolare riguardo a eguaglianza dei diritti degli utenti, trasparenza e garanzia della qualità, imparzialità, continuità della presa in carico, equità di accesso dei cittadini ai servizi che eroga l'istituto, efficienza ed efficacia delle prestazioni erogate, partecipazione garantita all'utente con un'informazione corretta, chiara e completa; possibilità di esprimere la propria valutazione della qualità delle prestazioni e servizi ricevuti e di inoltrare reclami o suggerimenti per il miglioramento del servizio; collaborazione con associazioni di volontariato e di tutela dei diritti.

La ricerca è condotta secondo criteri di efficienza e trasparenza nell'uso delle risorse destinate all'attività scientifica anche da privati.

Tutte le sperimentazioni cliniche, siano esse promosse dall'industria farmaceutica o da organismi *no profit*, sono condotte secondo rigorosi standard etici, normativi e di qualità in accordo con la normativa sulle sperimentazioni cliniche, con i dettami di buona pratica clinica (GCP) e con i principi etici indicati nella *Dichiarazione di Helsinki* (1964) nonché con quanto stabilito dalla *Convenzione di Oviedo* (1997) per la salvaguardia dei diritti e della dignità dell'uomo in rapporto alle applicazioni della biologia e della medicina.

Visione

Lo IOV IRCCS si distingue per un approccio alle malattie neoplastiche caratterizzato dall'integrazione tra prevenzione primaria e secondaria, cura e ricerca. Lo IOV IRCCS è parte di un sistema diffusamente orientato al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e della ricerca per soddisfare bisogni sempre più complessi del cittadino, avvalendosi dell'evoluzione delle tecniche e delle conoscenze.

L'umanizzazione delle cure, l'attenzione alle esigenze dell'utente e dei suoi familiari, il rispetto della dignità della persona umana, nel complesso degli aspetti biologici, psicofisici e relazionali, sono i riferimenti condivisi di tutte le attività dello IOV IRCCS.

In virtù di questa sua vocazione all'innovazione, lo IOV IRCCS garantisce la continuità delle cure, l'integrazione degli operatori e dei servizi e un utilizzo appropriato ed equo delle risorse.

Finalità

L'istituto, in conformità ai principi stabiliti dal decreto legislativo 288/03, nonché alle norme e disposizioni regionali di programmazione sanitaria, persegue le seguenti finalità:

1. svolgere, nella disciplina dell'oncologia, nel rispetto delle disposizioni di legge e in conformità alla programmazione nazionale e regionale, attività di assistenza sanitaria di tipo clinico-traslazionale e di ricerca scientifica biomedica e sanitaria, integrandole strategicamente in funzione della natura di Istituto a carattere scientifico della struttura;
2. elaborare e attuare, direttamente o in rapporto con altri enti, programmi di formazione professionale ed educazione sanitaria con riferimento agli ambiti istituzionali di attività;
3. promuovere l'inserimento dell'Istituto nelle attività internazionali;
4. promuovere la ricerca in campo biomedico e biotecnologico e sui servizi sanitari in oncologia, al fine di trasferirne i risultati nei processi assistenziali del Sistema Sanitario Regionale;
5. sperimentare e verificare forme innovative di gestione e organizzazione in campo sanitario, nel proprio ambito disciplinare;
6. supportare, tramite idonee modalità, le Istituzioni di istruzione e formazione pre e post laurea;
7. costituire un centro di riferimento per sperimentazioni cliniche e studi di natura multicentrica a livello nazionale e internazionale;
8. sperimentare e verificare forme innovative di gestione e organizzazione in campo oncologico, tenendo conto delle variazioni demografiche e valorizzando l'approccio multiprofessionale e multidisciplinare;

9. promuovere la personalizzazione delle cure del malato oncologico considerando caratteristiche e variabili genetiche e/o di coesistenti pluripatologie, anche al fine di adeguare e promuovere la personalizzazione dei servizi di diagnosi e cura offerti;
10. promuovere collaborazioni con le associazioni di volontariato e di rappresentanza e tutela degli utenti operanti nei campi di interesse oncologico, al fine di realizzare strumenti efficaci di comunicazione, per sviluppare sinergie finalizzate al miglioramento della qualità dell'accoglienza e delle cure e della conoscenza reciproca e al soddisfacimento dei bisogni –anche non assistenziali– a vantaggio della qualità percepita.

Art. 4 – Integrazione tra assistenza e ricerca

In ottemperanza al piano sanitario nazionale della ricerca ed alle linee di ricerca concordate con il Ministero della Salute, i principi che guidano l'integrazione dell'assistenza con la ricerca presso lo IOV IRCCS sono i seguenti:

1. *setting* multidisciplinare comprendente ricercatori clinici e biomedici concentrato sul problema clinico posto dal paziente;
2. riduzione della distanza tra laboratorio e letto del paziente con lo sviluppo di progetti condivisi tra ricercatori biomedici e clinici;
3. sostegno della sperimentazione clinica indipendente;
4. salvaguardia della centralità della persona e dell'umanizzazione delle cure che comprende la valutazione di tutti i bisogni fisici, psicologici, intellettuali e spirituali;
5. aderenza ai principi internazionali di "*good clinical practice*" e "*good research practice*";
6. appropriatezza della pratica professionale e clinica guidata dalle più aggiornate tecniche e procedure per le quali si disponga di provata evidenza;
7. attenzione alla disciplina brevettuale ed al successivo trasferimento tecnologico in campo sanitario;
8. formazione continua del personale come strumento di miglioramento dell'assistenza e della ricerca finalizzata anche all'accrescimento del capitale umano dell'Istituto e all'incremento, aggiornamento e condivisione delle competenze e conoscenze;
9. informazione e sensibilizzazione della cittadinanza sull'importanza della ricerca scientifica in oncologia e sui suoi risultati.

Dato che non c'è buona assistenza senza buona ricerca e buona ricerca senza buona assistenza, la filosofia dello IOV IRCCS è favorire la stretta sinergia tra ricerca biomedica e clinica ed assistenza in una visione olistica del paziente oncologico in ottemperanza ai dettami della centralità della persona nel processo assistenziale valorizzando l'espressione del potenziale professionale ed umano degli operatori.

Art. 5 – Partecipazione a reti nazionali e internazionali

Lo IOV IRCCS persegue l'eccellenza e il miglioramento continuo nella ricerca e nell'assistenza anche attraverso la condivisione delle acquisizioni scientifiche e dei modelli organizzativi più avanzati e la conduzione di progetti e sperimentazioni all'avanguardia, nell'ambito dei più importanti *network* oncologici nazionali e internazionali.

Lo IOV IRCCS si impegna ad aderire e a mantenere l'affiliazione, a livello di Istituto o dei singoli Dipartimenti o Unità Operative più direttamente interessati, a tutte le reti che perseguono finalità a obiettivi in linea con i propri e che possono determinare significative ricadute positive sulla qualità dell'assistenza fornita e della ricerca svolta.

Tra le altre, lo IOV IRCCS è membro di Alleanza Contro il Cancro (ACC), la più grande organizzazione italiana di ricerca oncologica clinica e traslazionale, e della Organization of *European Cancer Institutes* (OECI), *network* comunitario degli istituti oncologici presso cui lo IOV IRCCS è accreditato con la qualifica di *Comprehensive Cancer Center*.

TITOLO II - ORGANI DELL'ISTITUTO

Sono organi dell'Istituto:

- il Direttore Generale;
- il Direttore Scientifico;
- il Consiglio di Indirizzo e Verifica;
- il Collegio Sindacale;
- il Collegio di Direzione.

Art. 6 - Direttore Generale

Il Direttore Generale è il legale rappresentante dell'Istituto, di cui ha la responsabilità della gestione complessiva ed è titolare dei rapporti esterni, ai sensi della Legge regionale n.26 del 22 dicembre 2005.

L'incarico di Direttore Generale, ai sensi della normativa vigente, è disciplinato da un contratto di natura autonoma, esclusivo e di durata non inferiore a tre anni e non superiore a cinque, secondo lo schema tipo approvato con Delibera di Giunta regionale Veneto.

Al Direttore Generale sono riservati tutti i poteri di gestione che, quando formalizzati in documenti, assumono la denominazione di deliberazioni, acquisiti i pareri dei Direttori di Area e del Direttore Scientifico.

In particolare, si rapporta con quest'ultimo anche per quanto riguarda la ricerca e gli atti programmatori e gestionali ad essa collegati.

Egli ha il compito di combinare i fattori produttivi in vista del perseguimento degli obiettivi socio-sanitari posti dalla Regione in condizioni di massima efficienza ed efficacia.

Il Direttore Generale si obbliga al conseguimento degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi che saranno annualmente indicati ed aggiornati periodicamente, secondo la legislazione vigente.

Il Direttore Generale risponde alla Regione Veneto e al Ministero della Salute del proprio mandato, nell'ambito della programmazione regionale e nazionale e degli indirizzi espressi dagli organismi di riferimento istituzionale.

Esercita tutti i poteri di gestione complessiva, coadiuvato dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo, rapportandosi con il Direttore Scientifico.

Al Direttore Generale competono le funzioni di programmazione e controllo dell'azienda. Si differenzia così, all'interno dell'Istituto, la funzione di programmazione, allocazione e committenza, propria della direzione generale, dalla funzione di produzione affidata alle strutture tecnico-funzionali.

Il Direttore Generale può delegare alcune materie di sua competenza ai direttori/responsabili di struttura, che ne assumono la piena responsabilità, nel rispetto delle normative vigenti e delle direttive impartite.

6.1 Delega delle funzioni di gestione

Il principio della distinzione tra le funzioni di programmazione, controllo, allocazione e committenza e le funzioni di produzione affidata alle strutture tecnico-funzionali richiede un sistema di deleghe che vede, di norma, permanere in capo alla competenza del Direttore Generale l'adozione di tutti gli atti di programmazione aziendale e di alta amministrazione, mentre l'esercizio delle attività per la realizzazione degli obiettivi aziendali programmati può essere delegato ai Direttori di Dipartimento, Unità Operativa Complessa e Unità Operativa Semplice Dipartimentale in ottemperanza alla legislazione vigente.

In applicazione del principio dell'attribuzione di autonomia e responsabilità ai diversi livelli organizzativi il Direttore Generale, con appositi provvedimenti, può delegare le competenze di gestione ai dirigenti dell'azienda. In relazione alle esigenze che, in concreto, si propone di soddisfare, il Direttore Generale attribuisce al singolo dirigente tecnico e amministrativo una delega più o meno ampia per l'adozione dei provvedimenti, anche di spesa, che impegnano l'Istituto verso l'esterno, nei limiti del budget assegnato.

La delega è conferita con specifico provvedimento scritto ed è revocabile con atto scritto e motivato.

L'Azienda persegue gli obiettivi di efficienza allocativa delle risorse, appropriatezza delle prestazioni, equità di accesso ai servizi, efficacia dei servizi erogati; riserva particolare attenzione all'obbligo di trasparenza e di partecipazione dei cittadini, degli utenti e delle loro organizzazioni per favorire la valutazione dei servizi ed il loro coinvolgimento nelle scelte assistenziali.

L'organizzazione dell'Azienda si ispira da un lato alla separazione delle funzioni di programmazione o "di governo" dalle funzioni di gestione, e dall'altro alla separazione delle funzioni di committenza dalle funzioni di produzione delle prestazioni e servizi.

6.1.1 Le funzioni di governo e di gestione

Le norme di cui agli art. 4 e 14, comma 7, del D. Lgs. n 165/2001, costituiscono la fonte della distinzione fra funzioni di "Governo" o di "Gestione" dalle quali deriva:

- una distinzione netta fra responsabilità di governo e responsabilità di gestione;
- la responsabilità di gestione configura l'impegno diretto della dirigenza a conseguire risultati di "buona gestione e di buona amministrazione", tali risultati devono essere prefigurati programmaticamente;
- la funzione di "governo" spetta a colui che ricopre ruolo istituzionale;
- la funzione di "governo" assorbe la "responsabilità complessiva di gestione" nei termini enunciati, riguardo al Direttore Generale, dal D. Lgs 502/92 e s.m.i.;

- tale funzione si articola nelle fasi del processo di pianificazione/programmazione specificandolo in:
 - Fase progettuale;
 - Fase di indirizzo;
 - Fase di controllo.

Tutto ciò che non rientra nella esplicitazione operativa delle suddette fasi, configura – per definizione negativa – la funzione e la responsabilità gestionale.

L'adozione di provvedimenti di programmazione, di pianificazione e di contenuto strategico e regolamentare, sono riservati esclusivamente alla Direzione Generale; gli atti di gestione e quelli privi di discrezionalità amministrativa possono essere delegati alla dirigenza dei ruoli Amministrativo, Tecnico, Professionale e Sanitario correlati alla loro autonomia tecnico-funzionale in coerenza con i compiti assegnati. Con apposita deliberazione sono individuati gli atti oggetto di delega ai Dirigenti, che adotteranno una propria "Determinazione" con i seguenti requisiti:

- rispetto della normativa vigente;
- rispetto dei principi costituzionali di imparzialità e di buon andamento e devono essere retti da criteri di economicità, di efficacia, di pubblicità e di trasparenza;
- rispetto degli atti di indirizzo, Pianificazione, Programmazione e Controllo dell'Azienda;
- rispetto del budget annuale o in sua mancanza, del bilancio di previsione annuale e/o pluriennale o ancora, del bilancio di previsione dell'anno precedente (in dodicesimi e con riferimento all'intero anno);
- devono prevedere una dichiarazione di "assenza di conflitti d'interessi" con i soggetti con cui si impegna a vario titolo l'Azienda;
- sono trasmesse alla Direzione Generale, al Collegio Sindacale, all'Ufficio Trasparenza e Anticorruzione e pubblicate nell'albo on line.

Il Direttore Generale nella sua veste di "organo di governo" dell'Azienda mantiene il potere di impartire direttive ai dirigenti delegati sulle modalità di esercizio dell'azione stessa, nonché il potere di revocare la delega e quello di sostituire il delegato in caso di inerzia. Ha, inoltre, in via di autotutela, il potere di annullamento d'ufficio dei provvedimenti dirigenziali per motivi di legittimità, e/o di non conformità del provvedimento ai regolamenti ed alle direttive interne dell'Azienda, sempre che la rimozione dell'atto risponda al perseguimento di un interesse pubblico ed attuale.

6.1.2 Le funzioni di committenza e le funzioni di produzione

La funzione di committenza, in capo alla Direzione Generale, interprete dei bisogni del cittadino, definisce i servizi necessari ed appropriati per rispondere ai bisogni di salute della popolazione, individuando gli obiettivi e in programmi da attivare.

La funzione di produzione, intesa come produzione di prestazioni e servizi, è di competenza del Presidio Ospedaliero (Dipartimenti, Unità Operative Ospedaliere e Moduli Organizzativi), e degli Ambulatori specialistici. La funzione di produzione è improntata nel rispetto dei principi costituzionali di imparzialità e buon andamento e ai principi di legalità, trasparenza, efficacia ed efficienza.

Le prestazioni e i servizi possono essere acquistati anche all'esterno dell'Azienda presso soggetti sia pubblici che privati accreditati, nel rispetto della normativa vigente, in virtù di accordi di fornitura.

Art. 7 - Direttore Scientifico

Ferme restando le disposizioni normative statali e regionali vigenti in materia, il Direttore Scientifico è nominato dal Ministro della Salute sentito il Presidente della Regione. Il Direttore Scientifico promuove e coordina l'attività di ricerca scientifica dell'Istituto in coerenza con il Programma Nazionale di Ricerca e con il programma di ricerca della Regione e le strategie di ricerca dell'Istituto.

Il Direttore Scientifico, la cui attività è di natura esclusiva, presiede il Comitato Tecnico Scientifico (CTS) ed esprime parere obbligatorio al Direttore Generale sulle determinazioni e le delibere inerenti le attività cliniche e scientifiche e le assunzioni e l'utilizzo del personale medico e sanitario non medico. Esprime inoltre parere preventivo obbligatorio ai fini dell'adozione di atti deliberativi rilevanti per l'attività di ricerca.

Il Direttore Scientifico è il responsabile della promozione e gestione dell'attività di ricerca, in coerenza con quanto previsto dalle normative di riferimento.

Il Direttore Scientifico propone al Consiglio di Indirizzo e Verifica i nominativi dei componenti il Comitato Tecnico Scientifico e si rapporta con il Direttore Generale ai fini dell'integrazione dell'attività scientifica con l'attività assistenziale e di formazione. Propone altresì al Direttore Generale e al Consiglio di Indirizzo e Verifica i nominativi dei componenti del Consiglio Scientifico Internazionale.

Il Direttore Scientifico può designare tra i Direttori di Struttura Complessa, o comunque tra i ricercatori dell'Istituto, l'esercente le funzioni vicarie per gli aspetti gestionali, in caso di sua assenza o impedimento temporaneo; della designazione è data comunicazione al Direttore Generale. Il Direttore Scientifico può altresì individuare, di volta in volta, fra i ricercatori dell'Istituto, il dirigente incaricato di rappresentarlo o sostituirlo nelle sedi opportune per l'espletamento di attività ordinaria correlata con la ricerca e/o la partecipazione a reti collaborative o a organismi scientifici.

Il Direttore Scientifico è responsabile e gestisce il budget della ricerca, concordato annualmente con il Direttore Generale sulla base degli indirizzi del Consiglio di Indirizzo e Verifica, al quale va presentato annualmente anche il piano-programma della ricerca, in ragione del carattere scientifico dell'Istituto stesso, la cui misura, in ogni caso, non può essere inferiore ai finanziamenti destinati all'Istituto per attività di ricerca.

Art. 8 - Altri Organi

8.1 Consiglio di Indirizzo e Verifica

Il Consiglio di Indirizzo e Verifica è composto da cinque membri nominati dal Consiglio Regionale tra soggetti di provata competenza scientifica e onorabilità, rappresentativi dell'intero sistema sanitario regionale e universitario, e dura in carica cinque anni. Il presidente del Consiglio di Indirizzo e Verifica è nominato dal Presidente della Giunta regionale tra i componenti del consiglio stesso.

Il Consiglio svolge funzioni di indirizzo e controllo con particolare riferimento alle scelte strategiche dell'Ente e alla valorizzazione del patrimonio. A questo fine il Consiglio:

1. definisce gli indirizzi strategici dell'Istituto, approva i programmi annuali e pluriennali di attività e ne verifica l'attuazione;
2. esprime parere preventivo obbligatorio al Direttore Generale su:
 - bilancio preventivo e bilancio di esercizio;
 - proposte di modifica degli assetti organizzativi e/o strutturali dell'Istituto;
 - provvedimenti di costituzione o partecipazione a società, consorzi, associazioni ecc.;
 - determinazioni di alienazione del patrimonio;
3. svolge funzioni di verifica sulle attività dell'Istituto e sui risultati raggiunti rispetto agli indirizzi e agli obiettivi predeterminati;
4. nomina i componenti del comitato tecnico-scientifico, su proposta del Direttore Scientifico.

Per le modalità di funzionamento si rimanda al Regolamento di organizzazione e funzionamento dell'Istituto.

8.2 Collegio Sindacale

Il Collegio Sindacale è nominato dal Direttore Generale e dura in carica tre anni. È composto da tre membri di cui uno designato dal Presidente della Giunta regionale, uno dal Ministero dell'Economia e delle Finanze e uno dal Ministero della Salute.

Ai sensi della normativa vigente, al Collegio Sindacale spettano funzioni di:

- A. vigilanza sulla regolarità amministrativa e contabile;
- B. vigilanza sulla gestione economica, finanziaria e patrimoniale;
- C. esame e valutazione del bilancio di esercizio.

Inoltre i componenti del Collegio Sindacale possono procedere ad atti di ispezione e controllo, anche individualmente.

Per le modalità di funzionamento si rimanda al Regolamento di organizzazione e funzionamento dell'Istituto.

8.3 Collegio di Direzione

Il Collegio di Direzione è nominato dal Direttore Generale e dura in carica per tre anni. Si riunisce di norma almeno bimestralmente e ogni qualvolta se ne ravvisi la necessità ed è composto come segue:

- il Direttore Generale, con funzioni di Presidente, o suo delegato;
- il Direttore Sanitario;
- il Direttore Amministrativo;
- il Direttore Scientifico;
- i Direttori dei Dipartimenti;

- il Coordinatore della ROV;
- il Direttore della UOSD Professioni Sanitarie;
- il Direttore della UOC Farmacia;
- Il Direttore della UOC Direzione Medica di Ospedale

Come previsto dalla legislazione nazionale, il Collegio di Direzione concorre al governo delle attività cliniche, partecipa alla pianificazione delle attività, incluse la ricerca, la didattica, i programmi di formazione e le soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero-professionale intramuraria.

Svolge le attività previste dalla legge regionale di approvazione del Piano Socio Sanitario regionale e, in particolare, nell'ambito del governo clinico, fornisce supporto alla Direzione Generale, promuovendo e coordinando le azioni finalizzate a migliorare l'efficienza, l'efficacia, l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, ed a garanzia di equità nell'opportunità di accesso. Per l'esercizio di questa funzione il Collegio di Direzione avrà la responsabilità della messa a punto di un sistema consolidato di audit clinico, potrà definire un programma aziendale di gestione del rischio, potrà programmare un'attività di formazione continua, nonché promuovere attività di ricerca, di innovazione e di miglioramento continuo.

E' prevista la possibilità di convocare un Collegio di Direzione allargato ai Direttori di struttura non espressamente previsti dalla normativa e, in caso di specifiche situazioni, è possibile coinvolgere altri professionisti dell'Istituto in relazione alle specificità degli argomenti da trattare, in entrambi i casi senza diritto di voto.

Per le modalità di funzionamento si rimanda al Regolamento di organizzazione e funzionamento dell'Istituto.

TITOLO III – COMPONENTI LA DIREZIONE GENERALE E ORGANISMI COLLEGIALI

Art. 9 - Direzione Generale

Sono componenti della Direzione Generale, oltre al Direttore Generale e al Direttore Scientifico, anche

- il Direttore Sanitario e il
- il Direttore Amministrativo.

Ai sensi della normativa vigente, "...partecipano unitamente al Direttore Generale, che ne ha responsabilità, alla direzione dell'Azienda...". Sono, quindi, soggetti attori, unitamente al Direttore Generale, della funzione di programmazione, allocazione e committenza propria della Direzione Generale.

Il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo esercitano le funzioni loro attribuite dalla legislazione regionale, attraverso il processo di budget, che li vede direttamente coinvolti e responsabili, a partire dalle scelte di programmazione aziendale, alla declinazione degli obiettivi di budget e alla loro negoziazione con i responsabili delle strutture aziendali, al monitoraggio e all'eventuale revisione dei predetti budget e del budget generale.

9.1 Direttore Sanitario

Il Direttore Sanitario, nominato dal Direttore Generale con incarico almeno triennale, coadiuva il Direttore Generale nella definizione delle linee strategiche e delle politiche aziendali finalizzate al raggiungimento degli obiettivi di salute. Concorre al governo dell'Istituto e al processo di pianificazione e controllo delle attività anche attuando la "*clinical governance*", con riferimento sia alla qualità, sia all'efficacia e all'efficienza tecnico-professionale, all'integrazione e al coordinamento delle attività volte ad assicurare la qualità clinica delle prestazioni erogate e il loro costante miglioramento.

È altresì responsabile della direzione igienico-organizzativa della struttura, assicurando il coordinamento dei dipartimenti e delle strutture operative dell'Istituto e promuovendo la valorizzazione delle professioni sanitarie e lo sviluppo della loro autonomia e responsabilizzazione, in coerenza con i principi disposti dalla legge.

Richiamate le funzioni attribuite dalla normativa vigente, il Direttore Sanitario le esercita attraverso il processo di budget, che lo vede direttamente coinvolto e responsabile, a partire dalla definizione delle scelte programmatiche aziendali, alla declinazione degli obiettivi di budget ed alla loro negoziazione con i responsabili delle strutture aziendali, al monitoraggio ed all'eventuale revisione dei predetti budget e del budget generale.

Il Direttore Sanitario è coadiuvato nell'esercizio delle attività proprie dal responsabile del Servizio per le professioni sanitarie nonché dal dirigente Medico di presidio ospedaliero.

9.2 Direttore Amministrativo

Il Direttore Amministrativo, nominato dal Direttore Generale con incarico almeno triennale, coadiuva il Direttore Generale nella definizione delle linee strategiche e delle politiche aziendali finalizzate al raggiungimento degli obiettivi di salute.

Concorre al governo dell'Istituto e al processo di pianificazione e controllo strategico; cura la messa a disposizione delle informazioni necessarie alla valutazione di congruenza fra piani di attività e risorse necessarie alla realizzazione degli stessi; formula pareri obbligatori al Direttore Generale sulle materie di propria competenza.

Coadiuva il Direttore Generale nella definizione e direzione del sistema di governo economico-finanziario aziendale, garantendo l'efficace ed efficiente espletamento delle funzioni di supporto tecnico, amministrativo e logistico anche in ottica di prevenzione del rischio amministrativo; garantisce e coordina la funzione tecnico-amministrativa complessivamente intesa.

A tal fine supporta tutte le strutture organizzative aziendali, attraverso il coordinamento e l'integrazione delle attività tecnico-amministrative, mettendo a disposizione le informazioni necessarie a valutare la compatibilità e la congruenza tra piani di attività e risorse.

Art. 10 - Organismi Collegiali

10.1 Comitato Tecnico Scientifico

Il Comitato Tecnico Scientifico (CTS) ha funzioni consultive e di supporto tecnico-scientifico all'attività clinico-scientifica e di ricerca. Il CTS è informato dal Direttore Scientifico sull'attività dell'Istituto anche relativamente alle scelte strategiche della Direzione e formula pareri consultivi e proposte su progetti, programmi e obiettivi scientifici e di ricerca dell'Istituto, nonché, in via preventiva, su singole iniziative di carattere scientifico o rilevanti ai fini dell'attività scientifica dell'Istituto.

Il CTS è nominato dal Consiglio di Indirizzo e Verifica, su proposta del Direttore Scientifico che lo presiede. Per la sua composizione e funzionamento si rimanda al Regolamento di organizzazione e funzionamento dell'Istituto.

10.2 Comitato Scientifico Internazionale (CSI)

L'Istituto ha facoltà di istituire il Comitato Scientifico Internazionale (CSI) con il compito di fornire alla Direzione Scientifica pareri e suggerimenti sullo svolgimento dell'attività di ricerca dell'Istituto, permettendo un più stretto collegamento con il mondo scientifico internazionale e un migliore orientamento sulle linee di sviluppo della ricerca, specialmente per quanto attiene ai temi biomedici in più rapida evoluzione o a maggior ricaduta clinica.

Il CSI assiste il Direttore Scientifico nella promozione, produzione e sviluppo della ricerca dell'Istituto, valutandone allo stesso tempo la attività di ricerca e dando un parere sulle strategie complessive di miglioramento della stessa.

Per la sua composizione e funzionamento si rimanda al Regolamento di organizzazione e funzionamento dell'Istituto.

10.3 Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)

L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), istituito ai sensi del decreto legislativo n.150/2009 e s.m.i., esercita funzioni e compiti previsti nell'ambito del Sistema di misurazione e valutazione della performance ai sensi della DGRV n.140 del 16.02.2016. In particolare, l'OIV:

- A. monitora il funzionamento dell'intero ciclo della valutazione, anche attraverso la struttura tecnica di supporto, comunicando tempestivamente le criticità riscontrate alla Direzione Aziendale;
- B. predispone la relazione annuale sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni, che costituisce parte integrante del Documento di validazione della relazione sulla performance;
- C. predispone il Documento di validazione della relazione sulla performance;
- D. garantisce la correttezza dei processi di misurazione, valutazione e premialità, nel rispetto del principio di valorizzazione del merito e della professionalità;
- E. garantisce l'assolvimento degli obblighi aziendali in materia di trasparenza del ciclo della valutazione dei risultati, provvedendo a formulare, se del caso, suggerimenti alla Direzione Aziendale;

- F. deve, nella verifica dei risultati e delle buone pratiche di promozione delle pari opportunità, operare in sinergia con il "Comitato Unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni" previsto dalla normativa vigente;
- G. cura la realizzazione di indagini periodiche tra il personale dipendente volte a rilevare il livello di benessere organizzativo e il grado di condivisione del sistema di valutazione nonché la rilevazione della valutazione del proprio superiore gerarchico da parte del personale.

L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) adotta un proprio Regolamento che disciplina le funzioni, i compiti e le attività, in conformità alle linee di indirizzo approvate dalla regione.

10.4 Consiglio dei Sanitari

È l'organismo di rappresentanza elettiva dell'Azienda, regolamentato secondo le disposizioni previste dalla normativa vigente, ed è presieduto dal Direttore Sanitario. Il Consiglio fornisce parere obbligatorio non vincolante al Direttore Generale per le attività tecnico sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo, e per gli investimenti ad esse attinenti, esprimendosi altresì sulle attività di assistenza sanitaria. Le modalità di composizione, elezione e funzionamento del Consiglio sono quelle stabilite in attuazione della normativa regionale.

10.5 Il Comitato Etico per la Pratica Clinica (CEPC)

È un organismo indipendente costituito da personale sanitario e non sanitario nominato dal Direttore Generale dell'Istituto che svolge una funzione consultiva in relazione ai profili etici delle decisioni sanitarie e socio assistenziali, con l'obiettivo di salvaguardare e promuovere il diritto alla salute e la qualità e l'umanizzazione dell'assistenza.

Il CEPC analizza casi clinici specifici e situazioni della pratica sanitaria che pongano problemi di discernimento etico, su richiesta degli operatori delle strutture sanitarie che fanno capo allo IOV ed esamina questioni etiche presentate da pazienti e familiari di utenti; può affrontare quesiti, posti dalla Direzione dello IOV, di carattere etico-organizzativo. Il tutto, senza sostituirsi ai soggetti coinvolti – pazienti, operatori sanitari e famiglie o tutori – nella decisione che deve essere assunta.

Il CEPC, inoltre, organizza iniziative di formazione e sensibilizzazione sulla bioetica e offre il proprio contributo al tema dell'allocazione e dell'impegno delle risorse nel Servizio Sanitario Regionale.

10.6 Commissione Ospedaliera per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza (CIO)

La Commissione è nominata con deliberazione del Direttore Generale, con lo scopo di definire, con modalità multidisciplinari, la strategia di lotta contro le infezioni ospedaliere con particolare riguardo all'aspetto della prevenzione e della sorveglianza. Rappresenta uno strumento efficace per garantire la sicurezza del paziente durante la sua permanenza in ospedale.

Grazie al contributo di esperti clinici, di malattie infettive, igiene ed epidemiologia, microbiologia, farmacologia, organizzazione e direzione sanitaria, il Comitato garantisce l'impegno costante aziendale di vigilare, controllare, prevenire, le

infezioni ospedaliere e promuovere continue iniziative volte al miglioramento dei risultati e alla risoluzione del problema.

Tale controllo si pone come fattore chiave per l'accrescimento della sicurezza e della qualità dell'assistenza sanitaria. Opera anche attraverso la consulenza per problemi specifici su altre competenze presenti in Ospedale, soprattutto quelle relative alle discipline e aree cliniche nell'ambito delle quali la possibilità di incidenza delle infezioni contratte durante il ricovero risulta più elevato.

La Direzione aziendale adottato un modello organizzativo incentrato sull'approccio proattivo alla tematica delle infezioni ospedaliere mediante il quale verranno implementate tutte le strategie di tipo organizzativo-gestionale finalizzate a prevenire e/o contenere le infezioni stesse. L'obiettivo è di considerare la problematica delle infezioni ospedaliere fin dalla fase di pianificazione dei processi aziendali, considerandola come parte rilevante della complessità del sistema e non come singola specificità.

TITOLO IV – ORGANIZZAZIONE DELL'ISTITUTO

Art. 11 - Organizzazione e personale

Ferme restando le disposizioni di legge nazionali vigenti in materia di IRCCS, l'Istituto articola la propria organizzazione interna nel rispetto di quanto previsto dalla Legge Regionale istitutiva e dalla normativa regionale sanitaria vigente.

In particolare è stato adottato il "Regolamento di organizzazione e funzionamento", secondo lo schema previsto dal già citato Atto d'intesa, con Deliberazione del Direttore Generale n. 854 del 30 dicembre 2016. Il regolamento suddetto è stato successivamente approvato dalla Regione e dal Ministero della Salute che ha espresso parere favorevole.

Il numero e la tipologia dei dipartimenti e delle unità operative complesse e semplici e la dotazione organica complessiva e specifica sono definite almeno ogni tre anni con apposito atto di organizzazione sulla base dei provvedimenti regionali.

Con DGRV n.1748 del 29.11.2019 lo IOV-IRCCS è stato autorizzato all'incremento della dotazione organica, la cui sintesi è allegata al presente Atto aziendale.

Nella definizione dell'assetto organizzativo il Direttore Generale valuta espressamente le esigenze connesse all'attività di ricerca, alle collaborazioni in atto tra unità e tra laboratori, anche appartenenti a diverse unità operative, e favorisce su richiesta la mobilità interna dei ricercatori. Sulle predette materie il Direttore Generale acquisisce il parere obbligatorio del Direttore Scientifico.

Il rapporto di lavoro del personale dell'Istituto è disciplinato dalle disposizioni normative e contrattuali vigenti.

Art. 12 Rapporti con Università

L'Istituto persegue politiche di collaborazione con le Università; tali collaborazioni sono finalizzate allo sviluppo di programmi didattici, assistenziali, di ricerca e di alta formazione.

L'Istituto persegue, altresì, la formalizzazione di rapporti con le Scuole di Specializzazione affini alle discipline in esso operanti, al fine di meglio assolvere al

proprio mandato di trasferimento delle conoscenze, nel quadro di un più ampio disegno di formazione professionale avanzata. Tali attività sono regolamentate da specifico atto convenzionale conforme agli accordi Università-Regione.

L'Istituto può avvalersi di personale universitario in convenzione ai sensi del D.lgs. 517/1999 e successive modificazioni e integrazioni.

Tale rapporto è regolato da specifiche convenzioni aventi ad oggetto, nel rispetto di quanto stabilito dai Protocolli di intesa tra la Regione e le Università regionali, le forme di integrazione delle attività assistenziali e di ricerca con le funzioni di didattica.

Tale accordo disciplina in particolare l'individuazione delle strutture essenziali per la didattica, la disciplina del personale universitario, i criteri di partecipazione dell'Università al finanziamento, le modalità di attribuzione e revoca degli incarichi attribuiti alla componente universitaria, la partecipazione del personale del SSN all'attività di didattica pre e post laurea.

L'Istituto collabora anche con altre Università in tema di formazione e di specializzazione degli operatori sanitari e di condivisione di progetti di ricerca.

Art. 13 - Articolazione Organizzativa

La struttura organizzativa definisce le articolazioni dell'Istituto, le relazioni gerarchiche e funzionali tra le stesse e individua in modo coordinato le responsabilità assegnate a ognuna di esse. La struttura organizzativa è graficamente descritta attraverso gli organigrammi che ne rappresentano le relazioni di sovraordinazione o subordinazione.

L'articolazione interna, oltre alla direzione aziendale, include:

- Dipartimenti;
- Unità Operative Complesse (UOC);
- Unità Operative Semplici a valenza Dipartimentale(UOSD);
- Unità Operative Semplici (UOS).

13.1 Dipartimenti

L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa delle attività aziendali e va inteso come centro di responsabilità.

Il dipartimento costituisce tipologia organizzativa e gestionale volta a dare risposte unitarie flessibili, tempestive, razionali ed esaustive rispetto ai compiti assegnati, nell'ottica di condivisione delle risorse. Il dipartimento aggrega strutture organizzative omologhe, omogenee, affini o complementari che perseguono comuni finalità e, pur conservando ciascuna la propria autonomia clinica e professionale, sono tra loro interdipendenti nel raggiungimento degli obiettivi e nell'utilizzo delle risorse. I dipartimenti vengono individuati con lo scopo di evitare frammentazioni o duplicazioni di funzioni.

La composizione dei dipartimenti, le procedure di nomina ed i compiti sono disciplinati dalla normativa nazionale e regionale vigente.

I dipartimenti possono essere:

Strutturali: costituiti da strutture omogenee sotto i profili dell'attività o delle risorse umane e tecnologiche impiegate o delle procedure operative.

Al fine di perseguire i propri obiettivi il dipartimento strutturale utilizza i seguenti strumenti:

- gestione e utilizzo comune di spazi, attrezzature e tecnologie;
- utilizzo dei posti letto complessivi organizzati secondo livelli di intensità di cure;
- utilizzo complessivo del personale sanitario infermieristico, tecnico, OSS, ausiliario e amministrativo;
- gestione del budget, la continuità assistenziale e la formazione permanente del personale.

Funzionali: costituiti da strutture che concorrono alla realizzazione di obiettivi specifici tesi a migliorare la pratica clinico-assistenziale, la presa in carico del paziente e l'integrazione multiprofessionale e multidisciplinare ovvero la revisione o l'introduzione di processi tecnico-amministrativi. Vengono istituiti con durata triennale e per obiettivi chiaramente determinati.

Interaziendali: si configurano come funzionali e vengono costituiti previa autorizzazione regionale.

Rappresentano una modalità organizzativa attraverso la quale le aziende sanitarie che lo compongono rispondono ai bisogni della popolazione dell'area di riferimento, condividendo i percorsi clinico-assistenziali e diagnostico-terapeutici, gli standard di appropriatezza delle prestazioni, le "best practice" e i modelli organizzativi, nel rispetto degli indirizzi di programmazione regionale.

Trasmurali: si configurano come funzionali. Sono costituiti da unità operative complesse che appartengono a strutture tecnico funzionali diverse, con lo scopo di assicurare la migliore presa in carico del paziente nei casi di percorsi assistenziali ad elevata complessità. Ai dipartimenti trasmurati si applica quanto disposto per i dipartimenti strutturali o funzionali, sulla base della qualificazione attribuita.

13.2 Unità Operative complesse

Si configurano quali articolazioni, previste dalla programmazione regionale, costituite con riferimento alle specialità diagnostiche, terapeutiche, di ricerca e amministrative. Sono centri di responsabilità dotati di autonomia operativa e funzionale per quanto attiene lo svolgimento delle attività clinico-diagnostiche, scientifiche e amministrative di competenza e l'uso delle risorse specificamente attribuite.

Il direttore di unità operativa complessa è un dirigente con incarico di natura gestionale e negozia il budget annuale con le Direzioni, con la partecipazione del Direttore del dipartimento cui afferisce la struttura. Alle strutture complesse afferiscono strutture semplici per lo svolgimento di particolari attività specialistiche e di ricerca.

13.3 Unità Operative semplici a valenza dipartimentale

Sono organizzazioni, in parte previste dalla programmazione regionale, e sono centri di responsabilità dotati di autonomia in produzione ed erogazione di specifiche prestazioni; utilizzano risorse attribuite al dipartimento cui appartengono. Il responsabile di unità operativa semplice a valenza dipartimentale è un dirigente con incarico di natura gestionale e negozia il budget annuale con il direttore di dipartimento/area omogenea.

13.4 Unità Operative semplici

Sono, di norma, articolazioni organizzative di unità operative complesse, ma possono afferire anche direttamente a direzioni di area, nel qual caso sono centri di responsabilità che negoziano il budget annuale con queste ultime. Sono finalizzate ad attività di ricerca o prestazioni di particolare rilievo per le strutture/direzioni alle quali afferiscono e, quando sono articolazioni di Unità operativa complessa, fanno riferimento al budget assegnato a quest'ultima. L'unità operativa semplice è diretta da un dirigente responsabile con incarico di natura gestionale.

Il numero complessivo delle unità operative semplici, unitamente a quello dell'unità operative semplici a valenza dipartimentale non può superare il rapporto di 1,31 per Unità operativa complessa.

13.5 Unità/Programmi di integrazione tra assistenza e ricerca

Nell'ambito dell'innovazione organizzativa propria di un IRCCS, sono istituiti, quali articolazioni organizzative, i programmi di integrazione tra assistenza e ricerca.

Ai fini dell'assegnazione delle responsabilità della suddetta fattispecie di programmi, su proposta del responsabile dell'unità operativa di afferenza, sono conferibili incarichi di natura professionale anche di alta specializzazione.

13.6 All'interno delle unità operative sopra individuate possono essere conferiti al personale dirigente incarichi di natura professionale.

Tali incarichi prevedono, in modo prevalente, responsabilità tecnico-specialistiche di cui ai CC.CC.NN.LL. della dirigenza di Area sanità e di Area Tecnico-amministrativa vigenti. Il richiamo nell'Atto aziendale all'articolazione funzionale o all'unità organizzativa deve intendersi riferito ad un livello/segmento organizzativo interno alla struttura di riferimento, anche dotato di autonomia funzionale, identificato per la presenza di elevate competenze tecnico professionali che producono prestazioni quali-quantitative complesse. A tale articolazione è preposto un dirigente con "incarico professionale anche di alta specializzazione" del CCNL di settore vigente.

Agli incarichi professionali specialistici e agli incarichi professionali altamente specialistici può essere riconosciuta la medesima retribuzione di posizione rispettivamente della UOS e UOSD.

13.7 All'interno delle unità operative sopra individuate possono essere conferiti al personale del comparto incarichi di funzione.

Tali incarichi sono istituiti e conferiti secondo quanto definito nell'apposito regolamento approvato dal Direttore Generale previa contrattazione con le OO.SS..

Art. 14 - Strutture in staff alla Direzione Generale

UOS Controllo di Gestione

La struttura, in staff al Direttore Generale, svolge le seguenti funzioni assegnate:

- implementare e gestire il Sistema di Misura e Valutazione delle *Performace* ed il relativo Ciclo, come previsto dal D. Lgs n. 150/2009 nonché garantire il processo di programmazione e controllo, come definito dalla legge regionale n. 55/1994 e s.m.i. ;
- sviluppare e alimentare il sistema informativo di supporto al controllo di gestione;
- coordinare la produzione ed il corretto invio, alle scadenze previste, di tutti i flussi informativi verso il Ministero, la Regione e Azienda Zero;
- informare tempestivamente la Direzione Aziendale sulle performance gestionali aziendali e sul sistema degli obiettivi sia regionali che aziendali;
- supportare, per la parte di competenza, la predisposizione del bilancio di previsione ed il monitoraggio del bilancio economico infrannuale;
- gestire i flussi di mobilità sanitaria e di rendicontazione economica degli stessi;
- supportare il processo decisionale interno all'Istituto con specifiche analisi;
- supportare l'OIV nelle materie previste dalla normativa vigente;
- fornire il necessario supporto agli Organi e Organismi aziendali sulle materie di competenza;
- supporta la Direzione Aziendale e le strutture operative nella realizzazione di progetti innovativi, nell'analisi e revisione dei processi organizzativi, nell'analisi e definizione di procedure operative nella definizione di piani e programmi di cambiamento organizzativo, finalizzati al perseguimento della centralità del paziente.

Servizio Prevenzione e Protezione

Cura la corretta applicazione delle normative in vigore in tema di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro di cui al D. Lgs. n. 81/2008 e s.m.i..

Medicina Preventiva e Radioprotezione Medica

Il servizio di medicina preventiva e radioprotezione medica garantisce la tutela e sicurezza dei lavoratori attraverso l'attività di Medicina del Lavoro secondo quanto previsto dalla normativa vigente, attraverso la "sorveglianza sanitaria e medica", che comprende esami clinici ed indagini diagnostiche, strumentali e di laboratorio, ritenuti necessari ai fini dell'espressione del giudizio di idoneità alla mansione specifica. Tali accertamenti sono effettuati in fase di assunzione e, successivamente, con periodicità stabilita in base ai livelli di esposizione al rischio e alla normativa vigente.

Medico competente

Cura la corretta applicazione delle normative in vigore riguardanti la sorveglianza sanitaria dei lavoratori nonché degli altri obblighi previsti dalla normativa in materia di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro.

Tra le competenze dei Servizi di prevenzione e protezione e dei Medici Competenti vi è l'implementazione di un modello di gestione per la sicurezza sul lavoro e il suo costante monitoraggio.

Il modello di gestione per la sicurezza sopra citato è basato su procedure e regole finalizzate al corretto espletamento dei compiti e monitorato attraverso un'attenta valutazione dei rischi con definizione e pianificazione di opportuni obiettivi per la sicurezza. Nel dettaglio è previsto:

- il coinvolgimento e la partecipazione di tutta la struttura aziendale secondo le

diverse attribuzioni e competenze. Tale coinvolgimento dovrà considerare anche i portatori di interesse (es. fornitori e utenti) che, per le loro attività, possono essere interessati dai processi "sensibili";

- l'informazione, formazione e addestramento dei lavoratori per lo svolgimento dei loro compiti in sicurezza e per l'assunzione delle responsabilità in materia di sicurezza sul lavoro, con specifico riferimento alla mansione svolta;
- l'organizzazione di un sistema efficace di comunicazione, che permetta una adeguata comprensione e condivisione comune degli obiettivi e delle regole di prevenzione;
- la consultazione periodica dei lavoratori;
- l'attiva promozione di elevati standard di sicurezza nei luoghi di lavoro ed il loro costante monitoraggio.

Medico autorizzato

Assicura la sorveglianza medica dei lavoratori o ad essi equiparati, esposti alle radiazioni ionizzanti classificati in categoria A, in particolare:

- collabora con il datore di lavoro all'analisi dei rischi individuali connessi alla destinazione lavorativa e alle mansioni, anche attraverso accessi diretti negli ambienti di lavoro;
- istituisce e aggiorna il documento sanitario personale e lo consegna all'Ispettorato centrale del lavoro, come indicato dalla normativa attualmente vigente;
- consegna al medico subentrante i documenti sanitari personali, nel caso di cessazione dall'incarico;
- effettua la sorveglianza medica in caso di esposizioni accidentali o di emergenza.

Formazione

L'Istituto Oncologico Veneto è *Provider* ECM (Educazione Continua in Medicina) ed accredita gli eventi formativi organizzati con il sistema ECM della Regione Veneto (Centro Regionale di Riferimento per la Formazione Continua).

L'Istituto considera la formazione un compito fondamentale legato alla propria natura di Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico. Per questo motivo l'impegno richiesto nel campo della formazione si esplica su più indirizzi, di cui sono destinatari sia il personale dipendente, sia altri operatori sanitari italiani e stranieri, cui l'Istituto apre il proprio patrimonio di conoscenze.

La costruzione del piano della formazione dovrà tenere conto delle seguenti linee di indirizzo:

- implementare lo sviluppo professionale sia del personale dipendente che di quello di altre organizzazioni;
- divulgare lo stato di avanzamento ed i risultati dell'attività di ricerca;
- garantire lo sviluppo organizzativo, il miglioramento della comunicazione scientifica e la collaborazione all'interno dell'Istituto;
- rapportare le attività clinico-assistenziali e di ricerca con il SSR e i programmi regionali della ricerca, dell'innovazione e dell'assistenza socio-sanitaria integrata;
- sviluppare i valori etici della sperimentazione nel laboratorio e nella clinica.

Trasparenza e anticorruzione

Il D. leg.vo n. 97/2016 ha unificato in capo ad una sola persona fisica l'incarico di responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza – RPCT il quale cura:

- A. l'adempimento degli obblighi posti dalla normativa sulla prevenzione della corruzione di cui alla L. 190/12, al D. Leg.vo n. 39/13 e alle altre fonti normative in materia quali:
- l'elaborazione del Piano triennale aziendale per la prevenzione della corruzione, previa definizione degli indirizzi strategici in materia;
 - la vigilanza sull'osservanza del piano, da attuarsi anche mediante la segnalazione alle strutture interessate, delle misure da adottare in caso di accertata violazione del medesimo;
 - la segnalazione all'organo di indirizzo e all'organismo indipendente di valutazione delle disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza;
 - l'indicazione agli uffici competenti all'esercizio dell'azione disciplinare dei nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza;
 - l'individuazione del soggetto preposto all'iscrizione all'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti – AUSA, l'aggiornamento dei dati e l'indicazione del predetto soggetto preposto, all'interno del PTPC;
 - verifica, d'intesa con il dirigente competente, dell'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;
 - vigilanza sul rispetto delle norme in materia di inconferibilità e incompatibilità, promozione della diffusione della conoscenza del codice di comportamento, monitoraggio annuale della sua attuazione, pubblicazione sul sito istituzionale e comunicazione all'Autorità nazionale anticorruzione;
- B. l'adempimento degli obblighi posti dalla normativa in materia di trasparenza e in specie gli adempimenti in materia di pubblicità degli atti e di accesso civico, quali regolati dal D.Lgs. n.33/2013

Il RPCT è assistito da adeguata struttura di supporto e si avvale di personale addetto anche ad altre funzioni (controlli interni, *internal audit*, struttura di supporto all'OIV che cura il Piano delle performance).

Ufficio Accreditamenti e Riconoscimento IRCCS

Le funzioni assegnate sono:

- curare gli adempimenti previsti dalla normativa vigente e gestire le istanze di conferma del carattere scientifico dell'Istituto;
- garantire lo sviluppo, la valutazione, la misurazione, l'aggiornamento e la gestione del sistema della qualità aziendale, promuovendo e coordinando le iniziative e i progetti in materia; tale funzione è coordinata dal Direttore Sanitario;
- svolgere le attività correlate all'implementazione, ottenimento e mantenimento di programmi di certificazione e accreditamento volontari nazionali, europei e internazionali;
- supportare la direzione aziendale, i dipartimenti e le unità operative nella realizzazione di progetti innovativi, nell'analisi dei processi e nella definizione di procedure operative.

L'ufficio accreditamenti e riconoscimento IRCCS supporta il Direttore Amministrativo nella funzione di gestione del sistema di *Internal Auditing*.

Ufficio Innovazione e Sviluppo

La funzione di Innovazione e sviluppo organizzativo supporta la Direzione Aziendale e le strutture operative nella realizzazione di progetti innovativi, nell'analisi e revisione dei processi organizzativi, nell'analisi e definizione di procedure operative e nella definizione di piani e programmi di cambiamento organizzativo, finalizzati al perseguimento della centralità del paziente.

I suoi compiti principali sono:

- fornire gli strumenti per l'attuazione del cambiamento, in particolare strumenti di project management e di analisi di processo, fungendo da un lato quale punto di riferimento per le progettualità aziendali, dall'altro quale unità che supporta e coordina direttamente le progettualità prioritarie della Direzione, di carattere strategico e di maggiore complessità;
- supportare la Direzione nella individuazione delle aree prioritarie di ricerca e di innovazione e, congiuntamente all'area della formazione, promuovere lo sviluppo della cultura dell'innovazione organizzativa;
- supportare la Direzione Generale nel processo di pianificazione strategica e nella definizione del Piano delle Performance in stretta collaborazione con il Controllo di Gestione, con l'ottica di integrare i processi di innovazione e cambiamento all'interno dei processi di programmazione l'unità di Innovazione e Sviluppo Organizzativo.

Ufficio Relazioni con il pubblico (URP)

Assicura la gestione della comunicazione con gli utenti, cura la comunicazione esterna rivolta ai cittadini, alla collettività e agli altri enti, elabora e mantiene aggiornata la carta dei servizi.

Raccoglie, gestisce e monitora le segnalazioni e le richieste di informazioni, fornisce supporto nell'orientamento ai servizi e prestazioni.

E' responsabile dei procedimenti di gestione delle segnalazioni e reclami dell'utenza.

Verifica la percezione della qualità delle prestazioni erogate individuando, per tale finalità, idonei ed adeguati strumenti.

L'Ufficio relazioni con il pubblico viene organizzato avvalendosi di personale appositamente formato, prevedendo, qualora se ne ravvisasse il caso, la possibilità di ricorrere a mediatori culturali per gli assistiti di diverse etnie.

Le funzioni in capo all'ufficio relazioni con il pubblico sono svolte secondo gli indirizzi e il coordinamento dell'URP dell'Azienda zero.

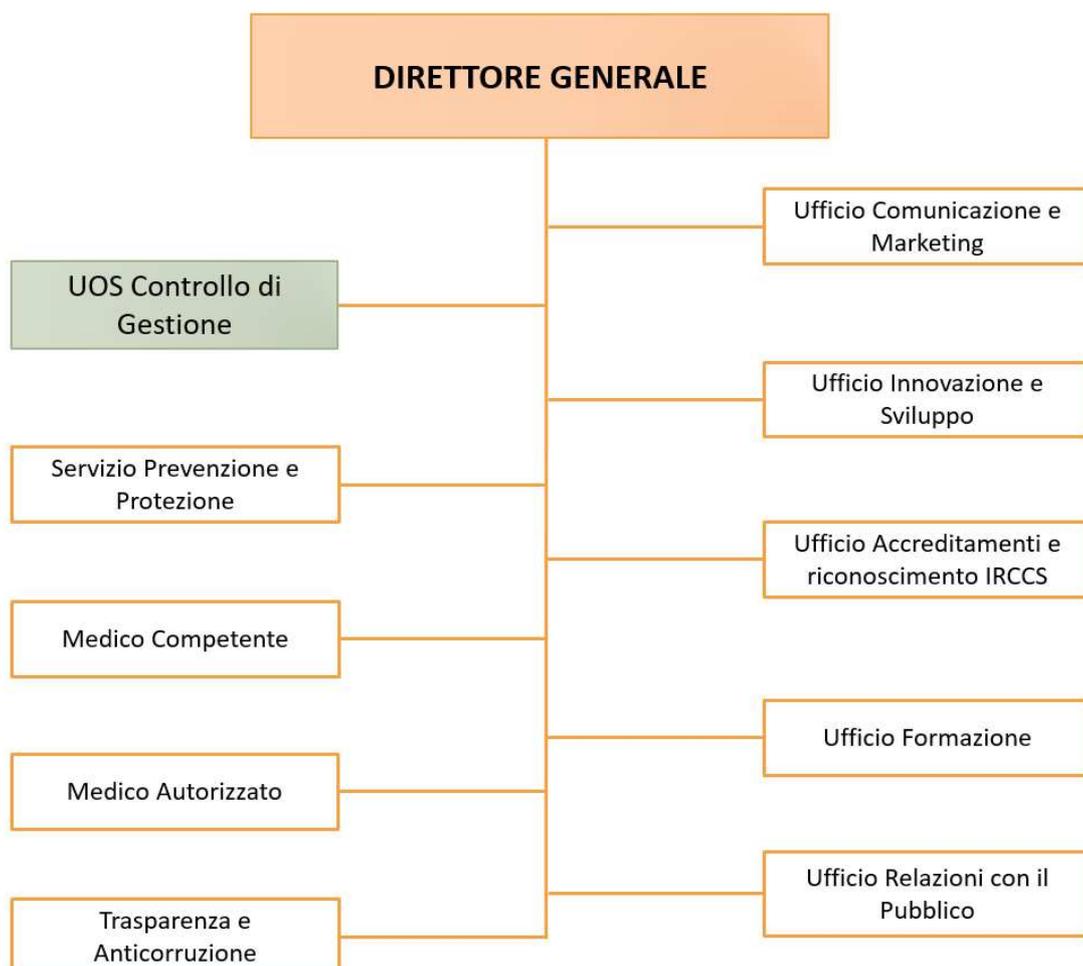
L'ufficio relazioni con il pubblico afferisce funzionalmente alla Direzione Sanitaria.

Ufficio Comunicazione e Marketing

Ha il compito di promuovere la conoscenza e il radicamento dello IOV IRCCS all'interno del territorio regionale e per favorire, tramite l'apporto di partner pubblici e privati, la realizzazione di iniziative, manifestazioni e atti di liberalità per il conseguimento degli obiettivi programmatici.

La struttura si occupa della gestione del piano di comunicazione aziendale interna ed esterna e le funzioni assegnate sono:

- curare, in collaborazione con i servizi informativi e con la Direzione Scientifica, la gestione e lo sviluppo del sito *web* aziendale e dei *social network*;
- curare i rapporti con la stampa e la promozione e il coordinamento della corretta circolazione delle informazioni e comunicazioni istituzionali, interne ed esterne;
- curare l'informazione sullo stato della ricerca scientifica e la relativa comunicazione, anche con il supporto di rassegne stampa tematiche e la produzione di opuscoli in stretta collaborazione con la Direzione Scientifica;
- ricevere le richieste di patrocinio e concessione del logo aziendale, provvedendo alla loro concessione previo parere della Direzione competente;
- curare la programmazione e l'organizzazione, adeguate al particolare contesto etico, di manifestazioni e altre iniziative volte a far meglio conoscere lo IOV IRCCS e, in particolare, la struttura di assistenza e ricerca ivi operante;
- promuovere e sviluppare iniziative finalizzate all'integrazione tra lo IOV IRCCS e il territorio, creando le condizioni favorevoli per ottenere elargizioni da parte di soggetti pubblici e privati;
- programmare azioni di *fundraising* per lo sviluppo di relazioni con potenziali donatori pubblici e privati anche tramite la gestione della campagna "5 per mille" e del sito "*5permilleiov*";
- supportare la direzione aziendale nella diffusione di progetti e attività innovative;
- progettare e organizzare eventi aziendali quali incontri, inaugurazioni, conferenze stampa.



Art. 15 - Strutture e servizi per l'organizzazione Scientifica

La **Direzione Scientifica** svolge le funzioni di:

- promuovere e coordinare i piani della ricerca clinica e sperimentale e verificarne il monitoraggio e la rendicontazione;
- valutare in via preventiva e autorizzare le richieste di finanziamento per la realizzazione di progetti di ricerca scientifica da parte dei ricercatori e delle strutture dell'Istituto;
- individuare i responsabili di ciascun programma e progetto di ricerca, assegnare il relativo budget e verificarne l'impiego, in stretto coordinamento con le strutture afferenti alla Direzione Amministrativa;
- promuovere e valutare la qualità delle pubblicazioni scientifiche prodotte dall'Istituto;
- promuovere e coordinare le attività di trasferimento delle conoscenze attraverso le pubblicazioni scientifiche, la partecipazione a convegni, congressi e gruppi di lavoro, la realizzazione di corsi di formazione e attività di aggiornamento, in coerenza con progetti e programmi di ricerca e con il piano della formazione adottato dall'Istituto, nonché assicurare la migliore integrazione tra attività clinico-assistenziale e attività scientifica;
- promuovere e coordinare le attività di trasferimento tecnologico e innovazione nella pratica clinica;
- provvedere agli adempimenti previsti dal Ministero della Salute in riferimento all'attività Scientifica;
- presentare annualmente agli organi competenti una relazione generale sull'attività scientifica svolta dall'Istituto;
- promuovere, di concerto con il Presidente del Consiglio di Indirizzo e Verifica, rapporti di collaborazione, funzionali allo svolgimento della missione scientifica dell'Istituto, con Ministeri, Regione ed enti e istituzioni scientifiche pubbliche e private, agenzie internazionali, autorità sanitarie e nazionali e internazionali, associazioni e fondazioni;
- partecipare alla definizione e qualificazione degli obiettivi (aziendali, di dipartimento e di struttura);
- concorrere alla definizione dell'organizzazione strutturale e funzionale dell'Istituto, avendo cura di assicurare la migliore integrazione tra l'attività clinico-assistenziale e l'attività scientifica;
- proporre criteri e indicatori per la valutazione dei dirigenti anche sulla base della produttività scientifica;
- partecipare alla negoziazione del budget per le diverse strutture, dipartimentali e non, nell'ottica di integrare al massimo grado le funzioni clinico-assistenziali e di ricerca scientifica connaturate all'Istituto;
- promuovere e concorrere alla definizione del Piano di Formazione, in particolare per quanto riguarda eventi di formazione avanzata, meeting e workshop scientifici a carattere nazionale e internazionale;
- sviluppare e valorizzare, anche con il Direttore Generale, iniziative per l'acquisizione di risorse pubbliche e private da destinare allo sviluppo dell'attività scientifica;
- sottoporre al Consiglio di Indirizzo e Verifica studi, analisi, ricerche, cooperazioni e progettualità d'interesse per lo sviluppo scientifico dell'Oncologia;

- sovrintendere allo sviluppo e aggiornamento del sito internet istituzionale;
- promuovere ed integrare l'attività di ricerca nelle reti regionali, nazionali e internazionali e con gli enti pubblici e privati, anche commerciali;
- istituire specifici programmi di integrazione tra assistenza e ricerca, connotati da un responsabile con incarico di alta specializzazione, obiettivi e risorse identificati ed assegnati dalla Direzione Strategica.

Sono in staff al Direttore Scientifico:

International Clinical Consulting

L'ufficio ha il compito di stabilire relazioni e predisporre accordi con altri istituti/ospedali internazionali finalizzati a collaborazioni sul piano assistenziale. Potranno ad esempio essere oggetto di questi accordi azioni di rilascio di *second opinion*, analisi molecolare di campioni, attività di formazione nei confronti di specialisti di altri paesi. L'ufficio ha relazione funzionale con la Direzione Sanitaria.

Gestione documentazione scientifica

Lo IOV, come Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, è tenuto alla partecipazione attiva al consorzio bibliotecario degli IRCCS nazionali (*Bibliosan*).

La Biblioteca Scientifica dello IOV coordina l'attività di documentazione scientifica e gli eventuali rapporti interaziendali e collaborazioni nel settore dell'accesso all'informazione. L'Ufficio Gestione Documentazione Scientifica, avvalendosi delle risorse conferitegli dall'Istituto, è tenuta alla gestione:

- del patrimonio bibliografico e dell'accesso alle risorse informative (in oncologia e scienze correlate) per il personale interno e convenzionato attraverso le attività di catalogazione delle risorse, incremento e mantenimento del patrimonio bibliografico, servizio di *Document Delivery*, gestione, controllo e abilitazione degli accessi via IP e da remoto alle risorse;
- degli obblighi connessi al sistema *Bibliosan* che comprendono attività di *reference* all'utenza come ricerche bibliografiche e analisi bibliometriche, corsi di formazione residenziali per professionisti sanitari accreditati ECM, partecipazione attiva alle attività programmatiche a capo della rete *Bibliosan*, consulenza per la pubblicazione di articoli scientifici, monografie e bibliografie;
- della collaborazione alla valutazione bibliometrica delle pubblicazioni presentate dai candidati per la partecipazione ai concorsi banditi dall'Istituto;
- della raccolta e verifica della pubblicistica dell'Istituto
- dei processi di rendicontazione per la Ricerca Corrente e dei rapporti con il Ministero della Salute in merito alla stessa;
- In quest'ambito, l'Ufficio Gestione Documentazione Scientifica:
- può aderire, sentito il parere del CTS, della Direzione Strategica e del Comitato di Indirizzo e Verifica, a iniziative di partecipazione a reti informatiche nazionali tra IRCCS ed Enti di ricerca di diversa natura.

Ufficio Grant

Nell'ambito delle politiche istituzionali, si propone di divulgare informazioni sui bandi per ottenere finanziamenti. Lo staff dell'ufficio *Grant* supporta i ricercatori nella preparazione e sottomissione delle richieste di finanziamento e successivamente nella gestione del partenariato e dei progress report periodici. Al fine di favorire la rappresentanza dell'Istituto in seno alle Piattaforme di consultazione formale istituite dalla Commissione Europea e dalle organizzazioni di

rappresentanza di interessi di settore, l'ufficio *Grant* ne monitora i lavori e favorisce la partecipazione a consessi internazionali delle figure Dirigenziali dell'Istituto Oncologico Veneto IRCCS - IOV IRCCS. Tali azioni sono inoltre finalizzate all'aumento delle possibilità di networking scientifico e istituzionale. L'ufficio *Grant* favorisce l'internazionalizzazione dell'Istituto Oncologico Veneto IRCCS - IOV IRCCS supportando le attività di rete e di collaborazione bilaterale e multilaterale.

Patient education and empowerment

All'ufficio fanno capo le attività del programma di *Patient education*:

- promozione dei principi di *Patient education and empowerment* in ogni fase dei percorsi di cura, contributo alla ricerca scientifica su *health literacy* e modelli di erogazione delle informazioni al paziente, predisposizione e distribuzione di materiale informativo;
- organizzazione di incontri a tema per i pazienti e di corsi di formazione sulla comunicazione per gli operatori sanitari.

Comunicazione e divulgazione scientifica

L'ufficio progetta, implementa e aggiorna continuamente i contenuti del sito internet aziendale, svolgendo la funzione di redazione web, interfacciandosi con i referenti delle varie strutture aziendali e, per l'eventuale sviluppo di nuovi contenuti e risoluzione di problemi tecnici, con il fornitore del sito.

L'ufficio supporta il Direttore Scientifico nella divulgazione delle attività scientifiche e dei risultati delle ricerche condotte in Istituto, attraverso la redazione di articoli, pubbliredazionali.

UOSD Unità di Ricerca Clinica (URC)

Al fine di rendere più efficiente il processo delle sperimentazioni cliniche e di promuovere e potenziare la ricerca clinica no-profit, con la DGRV 925/2016 la Regione Veneto ha istituito tre Unità Ricerca Clinica in sostituzione dei rispettivi Nuclei Ricerca Clinica, identificando tra questi il NRC-IOV, le cui funzioni erano svolte dall'U.O.S. Sperimentazioni Cliniche e Biostatistica e confermato dalla DGRV n. 1365 del 16/09/2020.

L'URC dello IOV è una struttura semplice a valenza interdipartimentale in Staff alla Direzione Scientifica con dipendenza funzionale dal Dipartimento di Oncologia. Nello svolgimento della sua attività l'URC si avvale di un team multidisciplinare qualificato che opera nell'ambito di ricerche cliniche sia profit che no-profit. All'URC compete la progettazione e conduzione di attività di ricerca, la metodologia degli studi clinici e biostatistica, la gestione giuridico-amministrativo-contabile delle sperimentazioni cliniche, di farmacologia e scienze farmaceutiche, in materia di dispositivi medici nonché degli aspetti regolatori.

Inoltre:

- supporta gli sperimentatori in fase di sottomissione di una domanda di autorizzazione locale e centrale;
- rilascia le valutazioni sulla fattibilità di realizzazione/gestione di tutti i progetti di ricerca clinica quale supporto al momento valutativo del Comitato Etico Sperimentazioni Cliniche IOV;

- gestisce la farmacovigilanza fornendo supporto agli sperimentatori nell'assolvimento degli obblighi previsti;
- provvede alla gestione informatizzata delle SUSAR (sospetti di reazioni avverse serie inattese) attraverso il database europeo *Eudra-Vigilance*.
- provvede alla gestione informatizzata degli studi clinici via Osservatorio AIFA (OSSC-AIFA) e via Registro Regionale della Ricerca Clinica (CE-online);
- coordina l'attività di data-management che si svolge presso IOV.

L'URC collabora con gli sponsor/finanziatori e con gli Uffici amministrativi IOV fornendo gli elementi per la finalizzazione dell'iter amministrativo locale previa negoziazione del contratto, ove applicabile.

Provvede alla gestione amministrativo/contabile informatizzata via database locale (sistema *RedCap*) per il monitoraggio di costi/ricavi, rendicontazione economica, fatturazioni, analisi dei dati.

L'URC concorda e monitora con la Direzione del dipartimento di oncologia, l'allocazione delle risorse necessarie a seguire, come data manager, le diverse sperimentazioni cliniche in atto presso il dipartimento.

L'URC, infine, è impegnato nell'organizzazione di eventi formativi relativi a specifiche tematiche e problematiche inerenti la ricerca clinica con iniziative rivolte agli attori coinvolti con ruoli e competenze diverse nella ricerca clinica.

UOS Gestione amministrativa della ricerca e delle sperimentazioni cliniche

L'unità operativa è responsabile dell'attività amministrativa connessa ai processi produttivi della ricerca e alla acquisizione delle risorse ad essa destinate.

Concorre, sulla base di precise direttive del Direttore Scientifico e sotto il controllo dello stesso, al conseguimento degli obiettivi fissati dal Direttore Generale.

E' funzionalmente collegata al Direttore Amministrativo dell'Istituto e nello svolgimento dei compiti assegnati la struttura si raccorda con l'ufficio gestione amministrativa dei fondi dell'Istituto afferente alla UOC Gestione Risorse umane e con la UOSD Contabilità e Bilancio.

La UOS Gestione amministrativa della ricerca e delle sperimentazioni è articolata al suo interno:

Ufficio rendicontazione progetti di ricerca

L'ufficio gestisce in maniera integrata con la contabilità economico patrimoniale la documentazione contabile per il monitoraggio delle spese relative alle progettualità dell'Istituto finanziate con fondi di Ricerca Corrente, Ricerca Finalizzata Regionale e Ministeriale, Cinque per mille, Conto capitale, AIRC e di altri enti e istituzioni pubblici e soggetti privati. Provvede agli ordini per i prodotti necessari alla ricerca e alla liquidazione delle fatture. Tiene regolari rapporti con il Ministero della Salute e, all'interno dell'Istituto, si interfaccia con l'UOC Gestione Risorse umane per la gestione del personale non strutturato afferente ai singoli progetti di ricerca, con l'UOC preposta all'acquisizione di beni e servizi per l'acquisto di attrezzature e beni inventariabili, con l'Ufficio Formazione per l'attestazione della disponibilità dei fondi per missioni e formazione.

Coordinamento Direzione Scientifica, Analisi Finanziaria e Budget della Ricerca

Art. 16 - Strutture e servizi per l'organizzazione Sanitaria

La Direzione Sanitaria è responsabile del governo clinico complessivo aziendale, inteso come insieme delle attività volte ad assicurare l'appropriatezza, la qualità clinica e la sicurezza delle prestazioni erogate, nonché il loro costante miglioramento.

Gli strumenti e funzioni a supporto dello sviluppo di programmi e attività di governo, in particolare clinico e gestionale (*clinical governance*), che la Direzione Sanitaria, in conformità alle direttive e ai modelli organizzativi regionali, promuove e attua sono:

- Health Technology Assessment
- Linee Guida
- Percorsi diagnostico-assistenziali
- Audit clinico
- Sistema Incident Reporting
- Gestione del rischio clinico
- Gestione della sicurezza del paziente.

16.1 - Organizzazione Dipartimentale

I servizi sanitari dell'Istituto sono organizzati in Dipartimenti (vedasi l'allegato organigramma). I dipartimenti hanno natura strutturale e, in quanto tali, sono costituiti da strutture omogenee sotto i profili dell'attività o delle risorse umane e tecnologiche impiegate o delle procedure operative.

Ai dipartimenti strutturali dello IOV afferiscono unità operative previste nelle schede regionali di dotazione ospedaliera e operanti nelle due sedi in cui si articola l'Istituto: Padova (sede principale) e Castelfranco (sede distaccata).

Al fine di perseguire i propri obiettivi il dipartimento strutturale utilizza i seguenti strumenti:

- gestione e utilizzo comune di spazi, attrezzature e tecnologie;
- utilizzo dei posti letto complessivi organizzati secondo livelli di intensità di cure;
- utilizzo complessivo del personale sanitario infermieristico, tecnico, OSS, ausiliario e amministrativo;
- gestione del budget, la continuità assistenziale e la formazione permanente del personale.

16.2 – Dipartimenti Interaziendali Funzionali

Con le aziende del territorio sono state poste in essere azioni comuni finalizzate all'ottimizzazione delle attività assistenziali attraverso progettualità condivise con l'istituzione e/o reintegro di dipartimenti interaziendali di tipo funzionale, che si aggiungono ai dipartimenti strutturali nell'ambito dell'organizzazione dell'Area sanitaria.

Dipartimento funzionale interaziendale di Anatomia Patologica

Il Dipartimento funzionale interaziendale di Anatomia Patologica si è costituito tra le Unità Operative dello IOV, dell'Azienda ULSS 6, dell'Azienda ULSS 5 e dell'Azienda Ospedaliera.

Con DGRV n. 655 del 15 maggio 2018 sono stati individuati i Dipartimenti Funzionali Interaziendali di Anatomia Patologica con il compito di coordinare le attività cliniche delle proprie Unità operative comprese nel Dipartimento armonizzando l'erogazione delle prestazioni in dimensioni dipartimentali.

Nel percorso diagnostico-terapeutico il ruolo dell'Anatomia Patologica è centrale in quanto con un atto medico, rappresentato dalla diagnosi, dirige una sequenza di procedure tecnico-cognitive finalizzate all'esame di organi o campioni di organi, inserendosi come elemento fondamentale e spesso decisivo nell'inquadramento clinico del paziente, indirizzandone le scelte terapeutiche.

La diagnosi anatomo-patologica rappresenta il risultato dell'interpretazione da parte del medico anatomo-patologo delle caratteristiche morfologiche eventualmente integrate dall'analisi di specifiche caratteristiche molecolari, del campione in esame, cosicché il referto ha un rilevante impatto nella determinazione del percorso terapeutico, e della conseguente spesa, in considerazione dell'individuazione e candidati a terapie ad alto costo in patologia oncologica e non-oncologica.

L'ambito professionale specialistico dell'anatomia patologica si inserisce quindi in un'organizzazione complessa, multi-professionale, mono-disciplinare con ambiti di sub-specializzazione professionale, che si articola all'interno di diverse strutture e sedi. Parimenti a garanzia dell'appropriatezza, dell'efficacia e della sostenibilità economica delle prestazioni sanitarie diventa indispensabile garantire percorsi diagnostici omogenei, integrati e diversificati, tali da valorizzare le professionalità impegnate nel percorso diagnostico ma anche di garantire sempre più elevati livelli qualitativi delle prestazioni erogate.

Fanno parte del dipartimento interaziendale:

- UOC Anatomia Patologica sede di Castelfranco Veneto;
- Anatomia Patologica sede di Padova (attività svolta in convenzione).

Dipartimento Funzionale Interaziendale Politiche del Farmaco

Con DGRV n. 387 del 2 aprile 2019 è stata autorizzata l'attivazione del Dipartimento Funzionale Interaziendale Politiche del farmaco al fine di garantire un approccio unitario dei trattamenti dei pazienti durante tutto il percorso di cura. E' costituito tra le Unità Operative dell'Azienda ULSS 6 Euganea e dell'Azienda Ospedale Università di Padova e dell'IRCCS - IOV.

Il territorio della provincia di Padova si caratterizza infatti per alcune peculiarità, considerando che coesistono l'azienda ULSS 6 Euganea, l'Azienda Ospedale Università e l'Istituto Oncologico Veneto. Queste ultime due strutture si caratterizzano per essere centri specializzati; in particolare presso lo IOV è stata sviluppata la rete oncologica veneta (ROV) che vede tra le proprie priorità quella di garantire al paziente oncologico il miglior trattamento, includendo una adeguata politica del farmaco.

Rispettando le specificità di ogni ente coinvolto, senza duplicare gli specifici

obiettivi della rete oncologica e confermando che il governo della spesa del farmaco oncologico e la verifica dell'appropriatezza sono di pertinenza della ROV come da DGR 2067/2013, il Dipartimento Interaziendale di Politiche del Farmaco risponde all'esigenza di garantire un coordinamento organizzativo/tecnico scientifico di tutte le funzioni e le strutture che, a livello territoriale ed ospedaliero, concorrono alle prestazioni in materia di politica del farmaco.

La *Vision* del Dipartimento interaziendale di Politiche del Farmaco:

- mantenere la visione unitaria dei trattamenti dei pazienti durante tutto il loro percorso di cura attraverso le strutture sanitarie, indipendentemente dall'azienda erogatrice;
- coordinare le politiche aziendali finalizzate al miglior trattamento dei pazienti e alla sostenibilità economica delle cure, coerentemente alle strategie ed agli obiettivi previsti dalla Regione Veneto;
- sviluppare conoscenza e consapevolezza tra i soggetti prescrittori, promuovendo anche la più rapida traslazione delle nuove soluzioni terapeutiche alla pratica clinica.
- la *mission* si sviluppa attraverso le seguenti azioni principali:
- analizzare le aree di interazione sovraziendale relative alle politiche del farmaco;
- condividere e coordinare i percorsi prescrittivi;
- sviluppare la verifica e il controllo dell'appropriatezza;
- garantire la continuità ospedale e territorio della terapia.

Dipartimento Funzionale Interaziendale Oncologico

È stato istituito con DGRV n. 1105/2014 tra le Unità Operative dell'ex Azienda ULSS 16, dell'Azienda Ospedale Università di Padova e IRCCS _ IOV e modificato con DGRV n. 387/2019.

Gli aspetti relativi al funzionamento sono disciplinati dalle DGRV alle quale si rinvia. Tale Dipartimento comprende le Unità Operative di Area Medica, di Area chirurgica e di Area Servizi Diagnosi e Cura dell'Istituto individuate con deliberazione del Direttore Generale di attuazione.

Il Dipartimento costituisce:

- un sistema di coordinamento e di gestione, verifica e controllo, è particolarmente complesso per il numero di unità operative coinvolte nella diagnosi e nel trattamento del paziente oncologico;
- si propone di governare e di definire in modo puntuale le competenze dei singoli centri di erogazione delle prestazioni, con particolare riguardo alle tecnologie, al volume di attività, ai centri di riferimento per specifiche patologie oncologiche, eliminando sovrapposizioni, sottoutilizzo delle strutture e prestazioni inappropriate.

Data la peculiarità e specificità scientifica dell'Istituto Oncologico Veneto è reso appropriato collocare un Unità Semplice Dipartimentale *Breast Unit* all'interno del Dipartimento Oncologico strutturale di Oncologia. Il referente di tale unità operativa ha, tra l'altro, il compito di supportare i processi legati alla ricerca in ambito oncologico e considerata la valenza trasversale di tale UOSD, la stessa avrà un'afferenza funzionale al Dipartimento Oncologico Interaziendale.

Breast unit (centro senologico)

Fornisce al paziente affetto da patologia mammaria una risposta tempestiva e multidisciplinare sulla diagnosi, il trattamento medico/chirurgico, la successiva riabilitazione senza trascurare gli aspetti psicologici, ereditari ed estetici che possono presentarsi nel paziente colpito da tumore al seno. Tale risultato viene raggiunto grazie alla stretta collaborazione tra medici e infermieri di varie specialità che si dedicano alla diagnosi e cura delle malattie della mammella. Le diverse equipe si incontrano regolarmente per discutere collegialmente i singoli casi e pianificare le fasi: diagnostica, terapeutica e riabilitativa. Ciascuna paziente viene così inserito in un percorso terapeutico assistenziale personalizzato lungo il quale è sempre seguito da un case manager. Per l'esperienza maturata nella propria *breast unit* lo IOV è il fulcro dei centri di senologia del Veneto. Le funzioni attribuite corrispondono a quanto indicato dalla vigente normativa in materia.

Art. 17 – Rete Oncologica Veneta (ROV)

Con D.G.R. n. 2067 del 19 novembre 2013 la Regione del Veneto ha istituito la Rete Oncologica Veneta (ROV), il cui obiettivo principale è quello di garantire la tempestività nella presa in carico dei pazienti, adeguati livelli di cura e di continuità nell'assistenza, equità nelle condizioni di accesso e di fruizione, assicurando sia un'informazione capillare alla cittadinanza in considerazione che, indipendentemente dalle modalità di accesso alle cure oncologiche e dal luogo di residenza, a ogni cittadino devono essere comunque fornite le migliori cure limitandone per quanto possibile i trasferimenti, nel pieno rispetto della sicurezza delle cure erogate, sia una risposta adeguata al fabbisogno regionale ed il controllo dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa.

Altri obiettivi della Rete Oncologica Veneta sono:

- garantire al paziente oncologico il miglior trattamento attraverso un percorso di cura multidisciplinare e multi professionale di continuità di cura tra ospedale-territorio, che si attui in tutto il Veneto e che risponda ai criteri dell'EBM (*Evidence-Based-Medicine*) secondo la metodologia HTA (*Health Technology Assessment*);
- fornire un sistema informatico comune per la condivisione delle informazioni del malato oncologico sia nel percorso ospedaliero che territoriale;
- identificare i centri di eccellenza regionali per specifiche patologie oncologiche, tenendo conto dei volumi minimi di attività, a garanzia della sicurezza dei pazienti;
- supportare l'aggiornamento della dotazione tecnologica per la radioterapia oncologica;
- promuovere la preparazione dei chemioterapici antitumorali a livello centralizzato attraverso l'attivazione dei centri UFA (Unità Farmaci Antitumorali);
- definire e condividere i PDTA (Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali) per i vari tipi di tumore attivare sistemi di verifica e di indicatori per il monitoraggio dell'appropriatezza di percorsi di cura e del trattamento oncologico, orientati alla qualità e alla sicurezza del paziente;
- favorire e stimolare la partecipazione a programmi di ricerca e di sperimentazioni cliniche in oncologia;
- definire percorsi di cura integrati per i malati oncologici anziani, in accordo a

quanto previsto dal Piano Oncologico Nazionale 2010-13 e dall'Osservatorio Nazionale di Oncogeriatría, di recente istituzione;

- facilitare l'adesione a programmi di continuità di cura sul territorio e la riabilitazione oncologica;
- definire i costi standard per PDTA per patologia;
- facilitare i programmi di screening, diagnosi precoce per i vari tipi di tumore.

Nell'ambito della Rete Oncologica, secondo il modello delle reti *Hub&Spoke*, è riconosciuto all'Istituto Oncologico Veneto - IRCCS il ruolo di centro *Hub* per il coordinamento delle attività di alta specializzazione ed eccellenza, in stretta sintonia con le Aziende Ospedaliere di Padova e Verona, delle attività di alta specializzazione ed eccellenza e per le altre attività condotte per conto delle Aziende ULSS del territorio.

La ROV si articola in una serie di Poli Oncologici individuati presso gli Ospedali di riferimento provinciale con un bacino d'utenza di 1.000.000 di abitanti.

Nell'ambito del processo di sperimentazione dei nuovi modelli organizzativi si contestualizza la DGR. n. 1689 del 26 ottobre 2016. Tale provvedimento approva il modello organizzativo che consente al paziente di accedere, attraverso un Numero verde collegato a tutte le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate del Veneto, alla Rete Oncologica Veneta per ricevere il percorso di cura più appropriato.

In quest'ultimo atto normativo la ROV è incaricata oltre che di "attivare sistemi di verifica e di indicatori per il monitoraggio dell'appropriatezza di percorsi di cura e del trattamento oncologico per i vari tipi di tumore" (DGR 2067/2013), anche di rilevare, tramite indicatori certi e affidabili il rispetto delle raccomandazioni sull'uso dei farmaci oncologici innovativi con la metodologia HTA, e di attivare azioni finalizzate a contenere l'incremento non controllato della spesa per i farmaci oncologici.

Il Dipartimento Funzionale Oncologico Interaziendale opera in sintonia con il Coordinamento della ROV per garantire i seguenti obiettivi:

- a) maggiore efficienza;
- b) maggiore capacità di interagire con i Poli Oncologici come Coordinamento ROV;
- c) possibilità di attivare unità specifiche per competenza all'interno della ROV.

L'assetto organizzativo dell'Atto Aziendale dello Istituto valorizza il ruolo degli strumenti operativi ed organizzativi che garantiscono il raccordo di tutte le attività afferenti alla Rete Oncologica Veneta, ovvero tutte le procedure e le unità operative coinvolte per garantire il collegamento tra lo IOV, sede di coordinamento della Rete e i cinque poli Oncologici individuati nel territorio della Regione Veneto in cui si articola la Rete stessa.

La **Rete Oncologica** funge da modello organizzativo di raccordo nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale nonché da modello di gestione flessibile delle risorse umane da formare per attività di supporto nella gestione di indicatori di esito e di processo, di appropriatezza nell'utilizzo dei farmaci nonché per la formazione di personale.

Il Coordinamento della ROV presso lo IOV risulta così strutturato:

1. PDTA e monitoraggio indicatori (PDTA, indicatori e farmaci);
2. ricerca;
3. formazione;
4. Punti d'accoglienza e Valutazione Multidisciplinare di II° livello.

Tale modello consente da un lato la razionalizzazione ed ottimizzazione nell'utilizzo delle risorse umane, e dall'altro un'applicazione omogenea delle procedure con un costante monitoraggio nella loro applicazione e negli esiti di processo. Tale modello impone di considerare le modalità di gestione collaborativa tra le Aziende, valorizzando il Modello Dipartimentale Funzionale, che risulta in grado di far svolgere comuni attività di natura omogenea affine o complementare, pur mantenendo l'autonomia e la responsabilità professionale degli operatori e delle strutture coinvolte.

Art. 18 - Gruppi Multidisciplinari

La presa in carico del paziente avviene ponendo attenzione a tutti i suoi bisogni, al fine di ottenere il miglior risultato sulla patologia oncologica e sulla qualità della vita e applicando l'approccio multidisciplinare strutturato alla patologia. I Gruppi Oncologici Multidisciplinari (GOM) risultano metodo efficace per raccordare tra loro i Dipartimenti nella logica della presa in carico globale del paziente.

I GOM rivestono particolare rilevanza, attesa la peculiarità delle attività sanitarie dell'Istituto, le attività multidisciplinari per le specifiche patologie d'organo che vedono coinvolti, con ambulatori dedicati e/o con incontri di discussione dei casi, gli specialisti che partecipano alla presa in carico del paziente.

Tutti i gruppi oncologici multidisciplinari con l'indicazione dell'UO referente responsabile del team sono individuati con deliberazione del Direttore Generale.

I team multidisciplinari sono composti da professionisti dello IOV IRCCS e, in molti casi, anche da professionisti dell'AOP e ULSS 6 Euganea. La composizione del team è finalizzata a garantire la partecipazione di tutte le specialità competenti per la patologia di interesse del team.

Art. 19 - Strutture della Direzione Sanitaria

Nucleo aziendale di Controllo (NAC)

Il NAC è in staff alla Direzione Sanitaria ed è coordinato da un Dirigente medico dell'istituto.

Esercita le funzioni attribuite dalla normativa vigente ed in particolare:

- monitoraggio e vigilanza sull'appropriatezza delle prestazioni sanitarie prodotte e sulla loro codifica e tariffazione;
- predisposizione dei Piani Annuali dei controlli interni e dei Piani Annuali dei controlli esterni di cui alla normativa vigente;
- monitoraggio e verifica del rispetto dei tempi massimi di attesa e dei flussi di pertinenza, con particolare riferimento a:
 - misure richiamate dal Piano Nazionale Anticorruzione;
 - separazione dei percorsi interni di accesso alle prenotazioni tra attività istituzionale e attività libero professionale;
 - unificazione del sistema di gestione delle agende di prenotazione nell'ambito del centro Unico di Prenotazione (CUP).

Risk management

La struttura è in staff alla Direzione Sanitaria.

Il Responsabile della gestione del rischio clinico aziendale (*risk manager*) svolge un ruolo fondamentale nell'ambito dell'attività di prevenzione degli eventi avversi e dell'attività di gestione e prevenzione del contenzioso. Atteso che la legge n. 208/2015 stabilisce che le Regioni dispongono che tutte le strutture che erogano prestazioni sanitarie attivino una adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario, al Responsabile della gestione del rischio clinico aziendale spetta l'esercizio dei seguenti compiti, ai sensi della Legge 24/2017 ad integrazione di quanto previsto dalla DGR 1831/2008, dalla DGR 2255/2016 e successive modifiche ed integrazioni:

- attivazione dei percorsi di audit o altre metodologie finalizzati allo studio dei processi interni e delle criticità più frequenti, con segnalazione, anche in forma anonima, dell'evento o evento evitato (near miss) e analisi delle possibili attività finalizzate alla messa in sicurezza dei percorsi sanitari;
- rilevazione del rischio di inappropriata nei percorsi diagnostici e terapeutici e individuazione di eventuali attività di medicina difensiva attiva e passiva;
- predisposizione e attuazione di attività di sensibilizzazione del personale finalizzata alla prevenzione del rischio sanitario e collaborazione alla formazione degli operatori in materia;
- assistenza tecnica all'ufficio legale aziendale nel caso di contenzioso per *malpractice*;
- per tutte le richieste di risarcimento danni da *malpractice* compila la scheda di *Risk Management* nel gestionale sinistri e Rischio clinico (GSRC) volta all'analisi del rischio connesso all'individuazione delle azioni di miglioramento.

L'attività di gestione del rischio sanitario dovrà essere diretta e coordinata da personale medico dotato delle specializzazioni in igiene, epidemiologia e sanità pubblica o equipollenti ovvero con comprovata esperienza almeno triennale nel settore.

Centro Unico Prenotazioni

Il Centro Unico Prenotazioni (CUP), supportato dal CUP *manager*, svolge le seguenti funzioni:

- prenota, mediante supporto informatico (agende elettroniche) le prestazioni erogate in regime istituzionale (dallo IOV IRCCS, dall'ULSS 6 Euganea e dall'Azienda Ospedaliera di Padova);
- gestisce le agende informatizzate delle strutture dello IOV-RCCS;
- svolge le pratiche di accettazione, chiusura prestazioni e consegna referti;
- cura l'interfaccia con il Call Center interaziendale;
- cura, in collaborazione con il tecnico informatico, l'accessibilità alla prenotazione via WEB delle prestazioni istituzionali da parte dell'utente (CUP on-line);
- effettua il monitoraggio dell'attività ambulatoriale dell'Istituto su indicazione della Direzione.

L'attività Gestione Agende effettua, coordinandosi col CUP *manager* aziendale:

- creazione, controllo e gestione delle agende informatizzate;
- inserimento codici catalogo Veneto prescrivibile (CVP);
- verifiche e correzioni sulle anagrafiche dei pazienti;
- creazione, modifica e controllo delle agende informatiche per attività in Libera Professione.

Ufficio Governo clinico e appropriatezza

Il Dirigente della struttura supporta con competenze organizzative e gestionali i Dipartimenti e le Strutture Complesse per le attività sanitarie di competenza, al fine di favorire lo sviluppo e l'implementazione di strumenti per il governo clinico, di assicurare lo sviluppo ed il miglioramento della qualità e della sicurezza, di garantire la continuità e l'appropriatezza dei processi clinico-assistenziali, in coerenza con le direttive della Direzione Sanitaria.

Inoltre svolge funzioni relative alla gestione dei flussi informativi sanitari con la responsabilità di:

- garantire supporto alle attività inerenti la mobilità sanitaria con particolare riferimento alle contestazioni sanitarie;
- valutare il grado di appropriatezza delle prestazioni sanitarie svolte dall'Istituto, garantendo la qualità dei dati relativi alle prestazioni sanitarie erogate;
- garantire un'organizzazione uniforme dei sistemi di prenotazione e di codifica delle prestazioni, nonché il rispetto dei tempi di attesa per l'attività istituzionale, coordinandosi se necessario con il CUP *manager* in staff al Direttore Sanitario (DGR 320/2013), il CUP e il SGA, e supportando il NAC nello svolgimento delle attività di controllo;
- verificare l'appropriatezza della codifica SDO in riferimento alle Linee Guida Regionali e la correttezza della compilazione dei campi del relativo flusso (D.G.R. 118/2016), promuovendo la formazione del personale in merito alla codifica, e supportando il NAC nello svolgimento delle attività di controllo;
- governare i percorsi per la gestione delle richieste di documentazione sanitaria da parte dell'utenza, promuovere la qualità della documentazione sanitaria e la formazione del personale in merito alla compilazione e conservazione, predisporre relative note e procedure interne in collaborazione con le UUOO che effettuano attività assistenziale e l'UO Qualità;
- predisporre i percorsi per l'assistenza sanitaria transfrontaliera, a pazienti non iscritti al sistema sanitario regionale e nazionale, STP ed ENI;
- seguire la predisposizione dei PDTA per le patologie tumorali di competenza dell'istituto in accordo con il Direttore Sanitario ed i Dirigenti sanitari interessati.

UOC Direzione Medica Ospedaliera

La Direzione Medica Ospedaliera (DMO) è l'unità operativa complessa che coadiuva il Direttore Sanitario nell'espletamento delle funzioni igienico-organizzative all'interno dello IOV IRCCS. Essa concorre, nell'ambito dell'assistenza ospedaliera, al raggiungimento degli obiettivi aziendali. Ha competenze gestionali, organizzative, igienico-sanitarie, di prevenzione, medico-legali, scientifiche, di formazione, aggiornamento e promozione della qualità dei servizi sanitari e delle prestazioni.

In particolare, nell'ambito dell'igiene ospedaliera, si occupa di gestire, monitorare e controllare le infezioni ospedaliere promuovendo l'applicazione di linee guida e specifici protocolli, implementando la sorveglianza ai fini della prevenzione di malattie trasmissibili, con particolare riferimento alle aree critiche. Inoltre, di gestire, monitorare e controllare la situazione igienico organizzativa dell'azienda, compreso il controllo della gestione dei rifiuti. Inoltre promuove e coordina le azioni finalizzate al miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia delle prestazioni sanitarie.

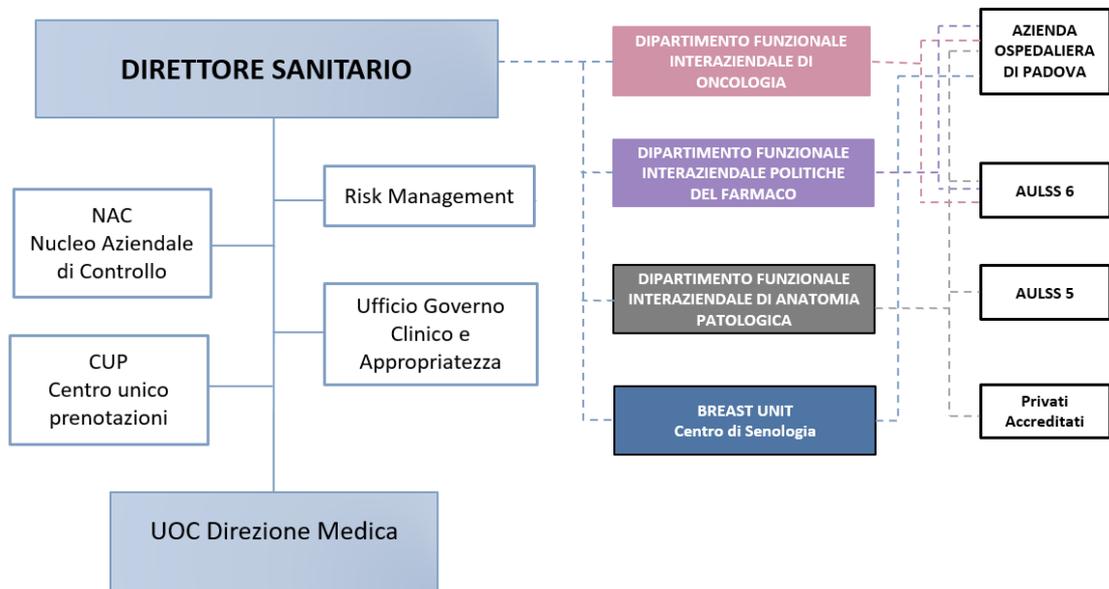
Il Direttore medico di ospedale è il responsabile del buon funzionamento dell’Ospedale; pone in essere un insieme di funzioni e di attività sia di governo globale che di produzione di servizi propri della struttura che dirige.

E’ responsabile dei processi organizzativo-assistenziali dell’ospedale, quali ad esempio quelli inerenti al CUP, alla gestione delle liste di attesa e dell’attività in libera professione.

Il Direttore Medico coordina i dipartimenti. Al Direttore Medico di ospedale compete:

- esercitare il ruolo di committenza interna nei confronti del governo clinico del Presidio;
- armonizzare ed integrare il sistema ospedale;
- partecipare alla definizione delle linee strategiche e degli obiettivi aziendali, delle politiche di sviluppo e dei programmi da realizzare;
- partecipare al processo di budget;
- concorrere alla definizione dei criteri e delle priorità di allocazione delle risorse per le UU.OO. verificando la congruità tra risorse assegnate e obiettivi prefissati;
- collaborare con gli uffici amministrativi alla gestione della libera professione intramurale in regime di ricovero ed ambulatoriale;
- concorrere ad elaborare proposte e pareri per l’acquisto delle attrezzature e dei dispositivi medici, individuando le priorità;
- disporre provvedimenti di emergenza (a mero titolo esemplificativo: chiusura attività, chiusura sala operatoria, ecc.).

Area sanitaria



Afferiscono alla UOC Direzione Medica Ospedaliera:

- UOSD Psicologia Ospedaliera;
- UOS Direzione Medica;
- UOSD Professioni Sanitarie Ospedaliere.

L'**UOSD Professioni Sanitarie Ospedaliere** assicura la programmazione, la gestione, l'organizzazione, l'erogazione, la valutazione ed il miglioramento continuo delle prestazioni assistenziali di competenza del personale infermieristico, tecnico-sanitario e dagli operatori di supporto, sulla base degli obiettivi delineati dalla Direzione integrandosi con i processi aziendali.

È responsabile del governo dell'assistenza infermieristica e tecnica di natura preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa, promuove modelli organizzativi e professionali innovativi attraverso lo sviluppo e la valorizzazione delle professioni sanitarie e tecnico-sanitarie del Comparto.

Concorre al perseguimento della *mission* aziendale assicurando efficacia, qualità ed efficienza tecnico organizzativa del processo assistenziale. Esercita funzioni di organizzazione, coordinamento, gestione complessiva e di sviluppo professionale delle risorse professionali di competenza.

In particolare, le aree di responsabilità della UOSD Professioni Sanitarie Ospedaliere sono:

- **Area Risorse Umane:** programmazione del fabbisogno, gestione e monitoraggio sulla base degli obiettivi aziendali e delle singole unità Operative;
- **Area Modelli Organizzativi ed Assistenziali:** realizzazione di modelli organizzativi e assistenziali idonei a soddisfare i bisogni dell'utenza e la presa in carico integrata (percorsi dei pazienti) anche attraverso lo sviluppo delle competenze dei professionisti e la promozione e gestione di progetti di ricerca clinica e organizzativa.
- **Area Formazione:** analisi dei fabbisogni formativi del personale afferente alle professioni sanitarie e di supporto e pianificazione dei relativi interventi ivi compresa la formazione universitaria così come indicato nella DGRV n. 1439/2014.

Il Direttore della UOSD Professioni Sanitarie Ospedaliere è un dirigente appartenente alle professioni sanitarie in possesso dei requisiti professionali previsti dalla normativa vigente. E' nominato dal Direttore Generale, attraverso idonea procedura selettiva ai sensi delle disposizioni normative e contrattuali vigenti.

Afferisce alla UOSD Professioni Sanitarie Ospedaliere un Gruppo per la Ricerca Clinica che ha la responsabilità di:

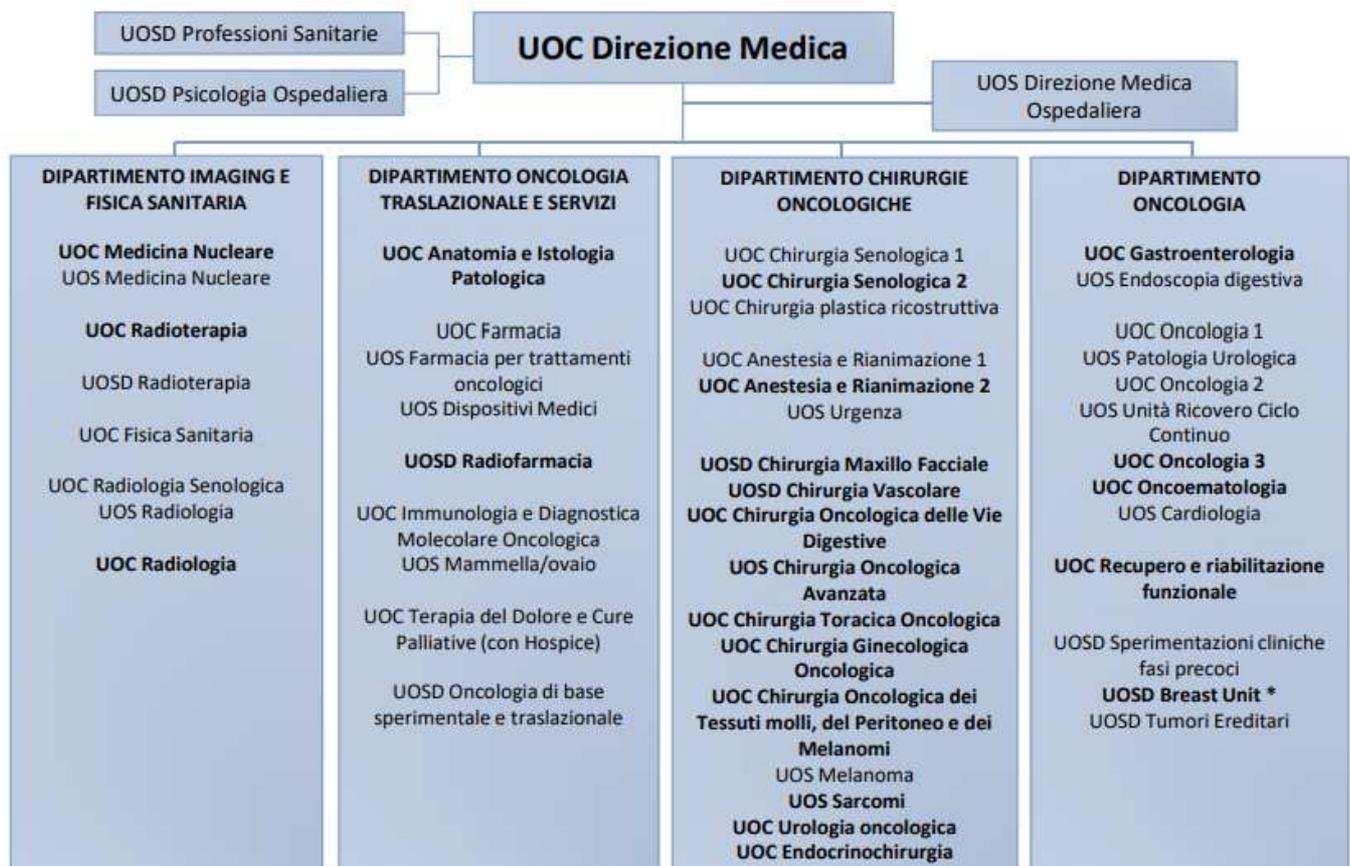
- seguire le sperimentazioni cliniche dal punto di vista "diagnostico-assistenziale"
- coordinare il gruppo tecnico-infermieristico di ricerca;
- formare il personale infermieristico nella sperimentazione clinica all'interno delle strutture complesse e semplici;
- assegnare le attività valutando i carichi di lavoro;
- supervisionare le attività in modo da garantire il coordinamento con le altre figure di supporto;
- proporre, sviluppare e condurre protocolli e progetti di ricerca.

L'attività del servizio Professioni sanitarie è disciplinata dal "Regolamento direzione delle professioni sanitarie Istituto Oncologico Veneto (I.O.V.)" approvato con deliberazione del Direttore Generale e allegato alla deliberazione n. 20/2018.

L'UOSD Psicologia Ospedaliera è una unità operativa semplice dipartimentale afferente alla Direzione Medica Ospedaliera che svolge consulenze, valutazioni, supporto psicologico ai pazienti ricoverati e ambulatoriali, nonché consulenze e supporto al personale aziendale nell'ambito del benessere organizzativo.

Sono coordinati dalla UOC Direzione Medica Ospedaliera i seguenti Dipartimenti e le Unità Operative quali articolazioni interne degli stessi Dipartimenti:

- Dipartimento IMAGING E FISICA SANITARIA;
- Dipartimento ONCOLOGIA TRASLAZIONALE E SERVIZI;
- Dipartimento CHIRURGIE ONCOLOGICHE;
- Dipartimento ONCOLOGIA.



* UOSD con dipendenza funzionale dal Dipartimento Funzionale Interaziendale di Oncologia

N.B. In **grassetto** le UU.OO. della Sede di Castelfranco Veneto

Art. 20 - Strutture e servizi per la funzione Amministrativa

Al Direttore Amministrativo afferisce l'Area dei Servizi Amministrativi e Tecnici. Le funzioni amministrative dello IOV sono state svolte, oltre che mediante strutture autonome dell'Istituto, anche attraverso strutture dipartimentali interaziendali con l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Padova (AOUP) e l'ex Azienda ULSS 16 di Padova, come stabilito dai provvedimenti regionali e confermato dalla deliberazione n. 82/2010. A seguito di quanto disposto dai provvedimenti regionali che prevedono la decadenza dei dipartimenti interaziendali amministrativi lo IOV persegue la progressiva autonomia gestionale ma si potrà avvalere delle strutture di supporto tecnico-amministrativo dell'AOUP allo scopo di garantire certezza e regolarità rispetto a tutte le attività gestionali per il buon funzionamento dell'Istituto stesso. L'Istituto potrà, pertanto, stipulare apposite convenzioni atte a disciplinare i rapporti con le Aziende citate.

Internal auditing

E' in staff al Direttore Amministrativo e viene istituita come previsto dalla deliberazione CR/131 del 30 dicembre 2016. Svolge un'attività indipendente e obiettiva di *assurance* e consulenza finalizzata al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'organizzazione assistendo la stessa nel perseguimento dei propri obiettivi tramite un approccio professionale sistematico, che genera valore aggiunto in quanto finalizzato a valutare e migliorare i processi di gestione dei rischi, di controllo e di *Corporate Governance*. La funzione si ispira, nello svolgimento delle proprie funzioni, agli standard professionali emanati dall'Institute of *Internal Auditors* (I.I.A. ed opera sulla base delle indicazioni contenute in un regolamento organizzativo e di funzionamento predisposto dall'Azienda Zero. La funzione di *Internal auditing* collabora e si coordina con il Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza aziendale (RPCT).

UOS Sistemi Informativi

Le funzioni principali assegnate sono presidiare lo sviluppo e l'utilizzo del sistema informativo aziendale, anche garantendo le necessarie procedure per garantire il controllo di qualità delle informazioni utilizzate.

La struttura assicura tutte le attività afferenti oggi ai sistemi informativi (ad esclusione delle attività di HTA, che sono interamente assorbite dall'Azienda Zero) nonché la gestione della telefonia fissa e dei device mobile (smartphone, tablet, etc).

UOC Gestione Risorse Umane

Le funzioni principali assegnate sono le seguenti:

- supporto alla Direzione Strategica nella pianificazione e definizione del fabbisogno del personale e gestione della dotazione organica;
- gestione delle procedure selettive, fino alla progressiva assunzione di tale funzione da parte dell'Azienda Zero, ai sensi dall'art. 2, comma 1, lettera g) punto 2 della L.R. n. 19/2016 nonché la gestione delle procedure selettiva in capo all'Istituto;
- gestione dello sviluppo del personale, dei percorsi di carriera, dei sistemi di valutazione in collaborazione con le strutture interessate;
- rilevazione e gestione delle presenze del personale dipendente;
- gestione giuridica ed economica del personale dipendente;

- gestione giuridica ed economica del personale non dipendente (universitario, borsista, libero professionista);
- gestione degli adempimenti connessi alla cessazione del rapporto di lavoro;
- gestione giuridica ed economica della libera professione intramoenia;
- cura dei flussi informativi di competenza verso la Regione, il Ministero e altri soggetti interni ed esterni;
- la gestione delle relazioni sindacali;
- la gestione degli adempimenti connessi alla cessazione del rapporto di lavoro;
- la tenuta ed aggiornamento dell'anagrafe delle prestazioni e della banca dati del personale dipendente, della rilevazione del tempo lavoro e non lavoro e dell'anagrafe delle prestazioni;
- l'applicazione di regolamenti e procedure in tema di retribuzione, trasferte, permessi, mobilità e, in genere, per quanto attiene ai rapporti tra Istituto e singolo dipendente;
- gestione contabile dei fondi derivanti dalle sperimentazioni cliniche.

UOC Affari Generali

La Struttura cura la gestione degli affari Istituzionali, ovvero funzioni trasversali riguardanti:

- gestione dei flussi documentali (Protocollo Informatico, Archivio Generale);
- iter degli atti deliberativi e determinazioni dirigenziali e relative procedure di pubblicazione e archiviazione;
- gestione dell'attività amministrativa generale nei rapporti con enti o associazioni varie;
- redazione di atti di carattere generale;
- stipula delle convenzioni con Università e scuole di specializzazione;
- attività di segreteria degli Organi e Organismi dell'Istituto;
- attività di studio e consulenza legale a supporto della Direzione e delle strutture aziendali in ordine a problematiche di particolare complessità giuridica, in armonia con le strategie difensive poste in essere dalle omologhe strutture dell'Azienda Zero, anche per la gestione dei sinistri secondo il modello di gestione regionale;
- attività amministrativa per trasporto sanitario di pazienti;
- la cura del coordinamento di tutti i processi tecnico-amministrativi di area ospedaliera, l'integrazione funzionale tra attività sanitarie ed amministrative, fornendo concreto supporto alla Direzione Aziendale e al Direttore Medico di Ospedale;
- assume la responsabilità organizzativa e gestionale sulle attività amministrative svolte presso i Presidi ospedalieri e garantisce il funzionamento di tutti i processi tecnico-amministrativi di Presidio;
- gestione delle donazioni di beni/attrezzature, accettazione eredità, legati testamentari.

Afferiscono alla UOC Affari Generali:

Ufficio legale e brevetti

Al quale sono assegnate le seguenti funzioni:

- tenuta del repertorio dei contratti, la stipula dei contratti con forma pubblica e le attività di Ufficiale Rogante;
- attività di approfondimento e divulgazione in ordine alle normative di recente pubblicazione e partecipa ai relativi gruppi di lavoro;

- assistenza stragiudiziale e negli eventuali metodi alternativi di risoluzione delle controversie ADR (*Alternative Dispute Resolution*, Mediazione, Negoziazione), per la gestione dei sinistri per responsabilità verso terzi, secondo il modello regionale di gestione sinistri;
- attività di segreteria del Comitato Valutazione Sinistri (CVS) per la trattazione dei sinistri;
- gestione dei contratti assicurativi;
- gestione dell'attività di recupero crediti di secondo livello, e le azioni di rivalsa;
- gestione dei rapporti con i legali esterni incaricati di difesa dell'Istituto in sede giurisdizionale;
- individuazione delle invenzioni suscettibili di protezione brevettuale;
- assistenza nella stesura dei brevetti e, in genere, nelle procedure di brevettazione;
- individuazione, gestione e valorizzazione della proprietà intellettuale dell'Istituto e del portafoglio brevetti;
- attività di trasferimento tecnologico;
- supporto alla stipula dei contratti di ricerca con riferimento al *know-how*, licenza, cessione, MTA, NDA e, in genere *confidential agreement*.

Ufficio privacy

Al quale sono assegnate le seguenti funzioni:

- adempimenti in materia Privacy e di protezione dei dati personali in raccordo con i Sistemi informativi aziendali;
- supporto al RPCT negli adempimenti in materia di trasparenza.

UOSD Contabilità e Bilancio

La struttura assolve alle seguenti funzioni:

- assicurare il rispetto dei principi contabili, anche promuovendo le necessarie operazioni di formazione ed addestramento del personale coinvolto nei cicli contabili e nella gestione delle risorse;
- garantire una ordinata tenuta e conservazione della contabilità e dei libri e registri obbligatori per legge, compresi quelli previsti da norme fiscali, verificando l'adeguatezza e la completezza della relativa documentazione contabile;
- assicurare il rispetto dei relativi adempimenti fiscali anche con riferimento al patrimonio aziendale;
- redigere i bilanci consuntivi e periodici, corredati della documentazione prevista dalla Legge o da disposizioni regionali;
- gestire le risorse finanziarie garantendo la minimizzazione dei tempi di pagamento dei fornitori e il ricorso alle anticipazioni di tesoreria;
- gestire i rapporti con l'Istituto tesoreria;
- garantire la gestione del credito promuovendo ogni azione per la solvibilità dello stesso;
- supportare le strutture aziendali nella definizione di idonee procedure per il contenimento del rischio amministrativo –contabile;
- coordinare la redazione del Piano triennale degli investimenti;
- provvedere alla definizione e gestione delle procedure amministrativo-contabili e fiscali dell'Istituto, sia per i movimenti in entrata (controllo delle attività sanitarie) che in uscita e assicurare la corretta gestione delle attività contabili;
- la cura dei flussi informativi dell'area di competenza.

UOC Provveditorato, Economato e Gestione della logistica

Struttura complessa che garantisce:

- l'espletamento delle procedure di gara, sopra e sotto soglia comunitaria, fino alla progressiva implementazione di tale funzione da parte dell'Azienda Zero;
- la programmazione degli acquisti e la definizione dei fabbisogni;
- l'espletamento delle procedure di acquisto relative ai beni di investimento delle attrezzature sanitarie e non sanitarie;
- le procedure di acquisto, sopra e sotto soglia, non gestite da altre strutture;
- la gestione degli acquisti su fondi della ricerca, fondi vincolati, donazioni ed erogazioni liberali;
- la gestione dei servizi a gestione diretta e dei servizi in *out-sourcing*;
- la gestione del conto deposito e dei relativi contratti;
- il controllo sulla corretta esecuzione contrattuale;
- il monitoraggio periodico dei dati relativi ad ordinato e consegnato;
- i rapporti con la centrale di committenza;
- la cura dei flussi informativi dell'area di competenza, in particolare la gestione dei flussi riguardanti i dispositivi medici ed ai relativi contratti;
- la gestione dei magazzini economali e relativo inventario;
- il supporto alla gestione del magazzino dei beni sanitari e relativo inventario;
- l'attività di Ingegneria Clinica, per l'integrazione delle apparecchiature elettromedicali con l'ecosistema del *software* clinico assistenziali, gestendo al meglio i processi di cooperazione applicativa tra *software* e *device*;
- l'attività correlata di verifica della compatibilità tra strumenti elettromedicali/apparecchiature biomediche esistenti e di nuova acquisizione;
- la gestione contratti di manutenzione degli strumenti elettromedicali e delle apparecchiature biomediche;
- il collaudo delle attrezzature elettromedicali di nuova acquisizione.

Afferisce alla UOC Provveditorato, economato e gestione della logistica:

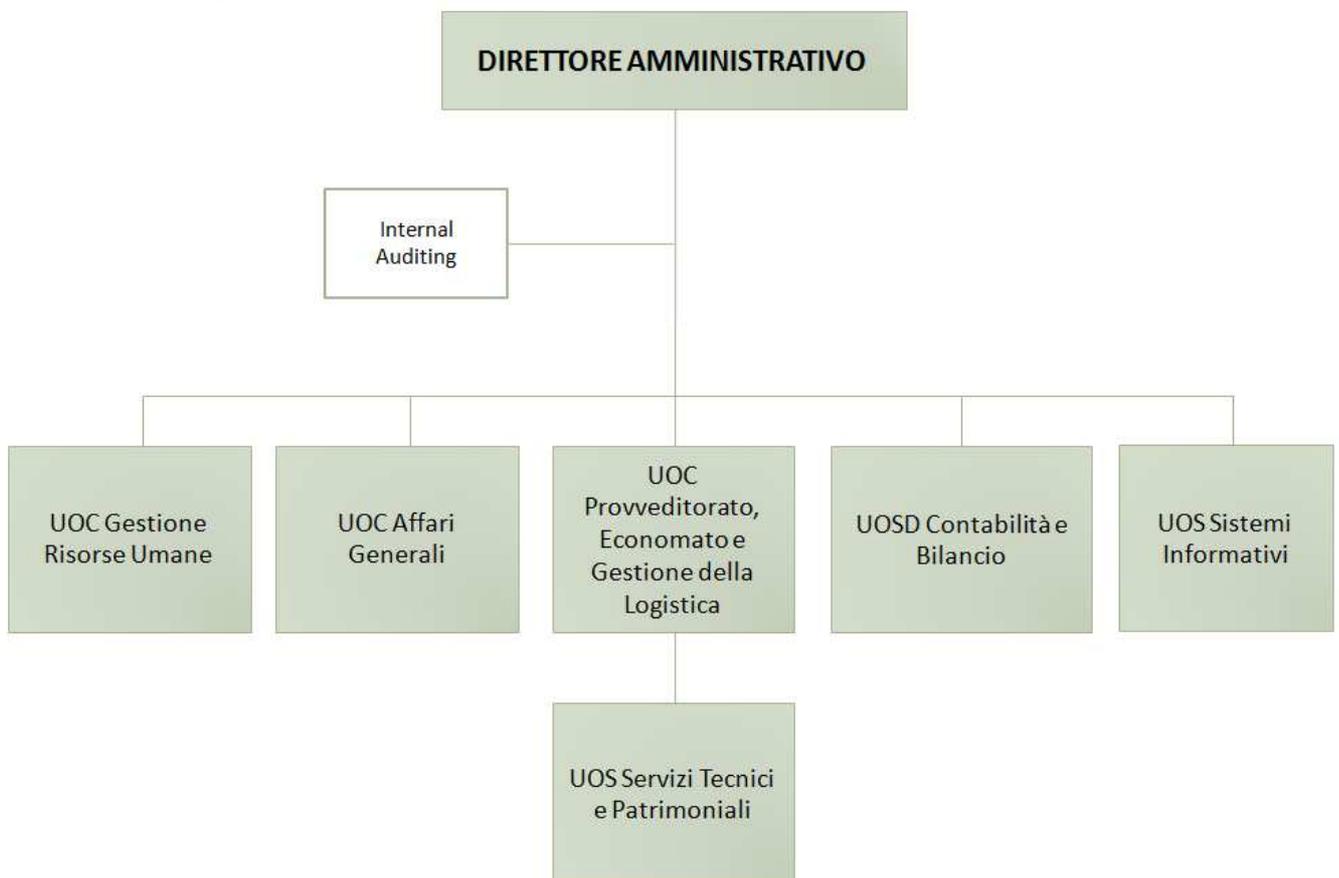
UOS Servizi Tecnici e Patrimoniali

L'unità operativa svolge le seguenti funzioni:

- supporto alla Direzione nell'individuazione dei fabbisogni, elaborando i programmi di investimento in lavori pubblici e dei relativi aggiornamenti (elenco annuale e piano degli investimenti triennale);
- l'iter realizzativo dei lavori pubblici garantendone l'analisi di fattibilità ai fini della loro conservazione e valorizzazione, anche ai fini urbanistici e in conformità al programma triennale dei LL.PP. e sue articolazioni annuali, le funzioni di RUP, la progettazione, direzione, contabilità e collaudo dei lavori tanto con personale interno che con professionisti esterni nei termini previsti dalla norma;
- la gestione del patrimonio immobiliare di proprietà e in locazione/comodato da/a terzi e per tutto quanto attiene all'amministrazione degli immobili, e dei relativi contratti, questi ultimi con il supporto giuridico del Servizio Affari Generali;
- procedure di gara per le alienazioni di immobili del patrimonio disponibile, perizie di stima e certificazioni energetiche, acquisizioni delle autorizzazioni regionali per l'alienazione;
- la gestione della verifica di sicurezza, manutenzione ordinaria e straordinaria

- degli immobili e degli impianti tecnologici (elettrici, meccanici, elevatori, reti di telecomunicazione e informatiche, etc.) della sicurezza antincendio delle strutture, del comfort ambientale, del verde e delle aree ad uso pubblico;
- la redazione del Piano delle manutenzioni ordinarie e straordinarie, approvato annualmente con deliberazione del Direttore Generale;
- l'ottimizzazione nell'utilizzo dell'energia negli immobili aziendali;
- l'attività di verifica della compatibilità tra strumenti elettromedicali e apparecchiature biomediche le strutture e gli impianti esistenti e relativi censimenti a fini manutentivi;
- la gestione del magazzino tecnico e dei relativi inventari;
- la gestione del sistema di videosorveglianza interna ed esterna agli edifici in collaborazione con il Sistema Informativo e l'Ufficio privacy;
- la cura dei flussi informativi dell'area di competenza.

Area amministrativa



TITOLO V – FUNZIONAMENTO DELL'ISTITUTO

Art. 21 - Assegnazione e perseguimento degli obiettivi

Gli obiettivi dell'Istituto, intesi quali risultati concreti che l'azienda deve raggiungere per realizzare la propria missione in un dato arco temporale, sono definiti dalla programmazione socio-sanitaria regionale e assegnati al Direttore Generale all'atto del conferimento dell'incarico. Gli obiettivi devono essere raggiunti esercitando pienamente l'autonomia professionale di cui l'atto aziendale è strumento.

Art. 22 - Strumenti

L'Istituto, per il raggiungimento del suo scopo, può:

1. stipulare atti e contratti, ivi comprese la locazione, l'assunzione in concessione o in comodato, l'acquisto della proprietà o di altri diritti reali su immobili;
2. amministrare, gestire e valorizzare i beni di cui abbia la disponibilità a qualunque titolo;
3. acquisire da parte di soggetti pubblici e privati risorse finanziarie e beni da destinare allo svolgimento di attività istituzionali;
4. stipulare accordi, convenzioni e contratti con enti pubblici e soggetti privati e partecipare ad associazioni, consorzi, società, enti e istituzioni pubbliche e private, la cui attività sia rivolta al perseguimento di scopi coerenti con quello proprio. In particolare, l'Istituto collabora e stipula specifiche convenzioni con le Università, con particolare riferimento all'Università di Padova, con l'Azienda Ospedaliera di Padova, con l'Azienda ULSS 6 di Padova e con le Aziende sanitarie venete per specifici progetti clinici e di ricerca e con altre Aziende sanitarie nazionali e internazionali;
5. svolgere ogni attività idonea ovvero di supporto al perseguimento delle finalità istituzionali.

Art. 23 – Programmazione e Bilancio

Le scelte di programmazione dell'Istituto si fondano sul Piano sanitario nazionale, sul Piano socio-sanitario regionale e sugli altri atti di programmazione adottati dalla Regione. Tali scelte si effettuano attraverso un insieme coordinato di piani, programmi e progetti, nel contesto di un quadro "globale" di programmazione dell'assistenza.

Il Piano triennale della performance, il Documento delle direttive, il Bilancio pluriennale ed il bilancio economico preventivo rappresentano il livello strategico della programmazione.

Sono i documenti con cui la direzione aziendale definisce le proprie priorità fissando obiettivi ed indirizzi clinico-assistenziali e gestionali, in coerenza con gli obiettivi del piano socio-sanitario regionale ed evidenziando i vincoli di sistema, principalmente di natura economica.

Il piano rappresenta l'atto di programmazione pluriennale mediante il quale l'Istituto pianifica, nei limiti delle risorse disponibili, le attività da svolgere in coerenza con il PSSR e agli altri atti della programmazione sanitaria regionale.

Bilancio pluriennale di previsione

Rappresenta la traduzione in termini economici, finanziari e patrimoniali degli obiettivi adottati dall'Istituto. Ha una durata corrispondente a quella del piano generale ed è aggiornato annualmente per scorrimento.

Si articola nelle seguenti parti:

- parte economica;
- parte finanziaria;
- parte patrimoniale.

Il contenuto di ogni singola parte è articolato per anno, rispetto alle fondamentali strutture dell'azienda.

È strutturato secondo lo schema obbligatorio fornito dalla Giunta regionale, in modo da consentire la rappresentazione degli equilibri economici, finanziari e patrimoniali, in analogia alla struttura e ai contenuti del Bilancio preventivo economico annuale e del budget generale. Deve essere corredato da una relazione del Direttore Generale.

Bilancio preventivo economico annuale

Esponde analiticamente la previsione del risultato economico dell'azienda per l'esercizio preso a riferimento. È redatto sulla base dello schema fornito dalla Giunta regionale ed è corredato da una relazione del Direttore Generale che ne costituisce parte integrante. Nella relazione vengono, tra l'altro, indicati gli investimenti previsti nel triennio, l'organizzazione e l'attività, gli obiettivi e i risultati attesi nonché un'analisi dell'andamento atteso dei principali aggregati economici.

Bilancio d'esercizio

I risultati economici raggiunti sono annualmente rendicontati nel bilancio d'esercizio. Il bilancio d'esercizio (art. 26-33 L.R. n. 55/1994) contiene l'esposizione della situazione economica, patrimoniale e finanziaria relativamente all'esercizio di riferimento.

Il bilancio d'esercizio è composto dai seguenti documenti:

- conto economico;
- stato patrimoniale;
- nota integrativa.

Come previsto dalla normativa, alla precedente documentazione deve essere allegata la relazione al bilancio di esercizio del Direttore Generale.

Gli schemi e i termini per la presentazione del bilancio d'esercizio sono definiti dalla L.R. n. 55/1994 e dal D. Lgs. n. 118/2011, annualmente integrati con la circolare al bilancio d'esercizio della Regione del Veneto.

Art. 24 - Il processo di programmazione ed il piano della performance

Il raccordo tra gli atti di pianificazione extra-aziendali e aziendali e la programmazione aziendale si realizza tramite la metodica di budget, ai sensi della Legge Regionale n.55 del 14 settembre 1994 e delle successive norme di riferimento. Il Direttore Generale sulla base delle indicazioni della programmazione regionale, definisce le linee di indirizzo relativamente all'ipotesi di equilibrio costi e ricavi, politiche relative ai livelli di produzione, politiche della qualità, politica delle risorse umane, progetti di innovazione e livelli degli investimenti. Il processo di

programmazione aziendale annuale, parte dagli obiettivi e linee di azione pluriennali definiti nel "Piano della Performance Triennale, e ha il suo fulcro nel Documento delle Direttive, con il quale la Direzione Aziendale individua gli obiettivi aziendali derivanti dalla programmazione regionale o dalle linee di indirizzo definite a livello aziendale. Esso rappresenta il documento per eccellenza della programmazione aziendale ed è completo degli obiettivi e delle priorità che caratterizzano tutti gli interventi da compiersi in corso d'anno. Il budget è lo strumento di integrazione e coordinamento utilizzato nell'ambito della programmazione attuativa dal sistema di programmazione e controllo di gestione. Deve prevedere un significativo coinvolgimento dei responsabili dei centri di responsabilità, in quanto ha come finalità la responsabilizzazione economica dei dirigenti sugli obiettivi. Il sistema della gestione per budget è ispirato al principio della separazione delle responsabilità di programmazione e controllo da quelle di gestione delle attività. Ai fini del processo di budget l'Istituto si articola in Centri di Responsabilità(CdR). Si definisce CdR un'unità organizzativa con un responsabile che impiega una pluralità di risorse – umane, tecnologiche, finanziarie – per ottenere specifici risultati. L'Istituto Oncologico Veneto adotta quindi i seguenti criteri per l'individuazione di un CdR:

- presenza di un responsabile;
- pluralità e rilevanza delle risorse assegnate;
- variabilità nel tempo delle informazioni relative a costi, ricavi e attività;
- significatività delle variazioni misurabili dei valori considerati e rilevabili dalla contabilità analitica.

Il Centro di Costo (CdC) può identificarsi con il CdR o rappresentarne una disaggregazione per aree omogenee. Le disaggregazioni devono, in ogni caso, avere significato di approfondimento informativo/conoscitivo per il sistema di contabilità analitica, che è lo strumento di misurazione. Il criterio per l'identificazione di un CdC è la sua significatività conoscitiva. Per l'identificazione del CdC valgono gli stessi criteri descritti per il CdR, escluso il primo. Tutti i CdC devono afferire ad un CdR. L'insieme dei CdR costituisce il piano dei centri di responsabilità. Il percorso di budget si concretizza in un documento a valenza annuale "Scheda di Budget di Unità Operativa", in cui sono definiti gli specifici obiettivi di produzione per le singole unità operative che compongono l'Istituto e le risorse assegnate per il raggiungimento di tali obiettivi. Gli assegnatari del budget sono i CdR individuati all'interno dell'Istituto.

Gestione del ciclo della performance

Il Piano triennale della performance, costituisce un documento programmatico triennale a scorrimento annuale che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici, i risultati che si intendono conseguire, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione.

Tali obiettivi operativi, monitorabili e rendicontabili mediante appropriata misurazione, a loro volta si articola in interventi che riguardano tutti gli aspetti che possono portare all'aumento dell'efficacia e dell'efficienza.

La definizione degli obiettivi e declinazione per Unità Operativa rappresentano occasioni di raccordo tra tutti i piani previsti dalla normativa vigente e, in particolare, tra Piano triennale della performance, Piano triennale per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza ed il piano triennale dei controlli interni.

La valutazione di queste attività si basa su un ciclo di gestione della performance, con riferimento all'amministrazione nel suo complesso, al fine di migliorare i servizi offerti e di accrescere le competenze professionali, mediante la valutazione del merito e l'erogazione di premi per i risultati perseguiti. L'attuazione di piani e programmi considera infatti il livello previsto di assorbimento delle risorse finanziarie, l'efficienza dell'impiego delle stesse con particolare riferimento al contenimento ed alla riduzione dei costi, nonché all'ottimizzazione dei tempi dei procedimenti amministrativi, la qualità e la quantità delle prestazioni e dei servizi erogati.

Misurare le performance e quindi il livello dei servizi è il presupposto fondamentale per responsabilizzare gli attori del sistema e per conoscere quali interventi porre in essere. Quanto sopra esposto è ciò che l'Istituto Oncologico Veneto si prefigge di esplicitare nel Piano delle Performance, documento programmatico con orizzonte temporale pluriennale, adottato in stretta coerenza con i contenuti ed il ciclo della programmazione economico-finanziaria, che individua da un lato gli indirizzi, gli obiettivi strategici ed operativi e dall'altro definisce gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'Amministrazione.

Tale piano è scaricabile on line sul sito dell'Istituto, ad esclusione degli allegati tecnici, come previsto dalla normativa. A fine anno l'Organismo Indipendente di Valutazione valuta il grado di raggiungimento degli obiettivi sulla base degli indicatori prodotti dall'Istituto stesso.

Conoscere e misurare le performance e quindi il livello dei servizi è il presupposto fondamentale per responsabilizzare gli attori del sistema e per conoscere quali interventi porre in essere.

Alla luce della normativa nazionale di cui al D. Lgs. 150/2009e dei contratti collettivi nazionali vigenti, il ciclo di gestione della performance nell'Istituto Oncologico Veneto si articola nelle seguenti fasi:

1. pianificazione degli obiettivi strategici: analisi dei fabbisogni rivolti all'utenza rispetto alla pianificazione delle risorse economiche (piano strategico e programmazione economico-finanziaria);
2. definizione ed assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere e dei valori attesi (obiettivi strategici Regionali e correlati indicatori di raggiungimento del risultato);
3. negoziazione di budget che permette il collegamento tra gli obiettivi (definiti a livello strategico) e l'allocazione delle risorse;
4. monitoraggio in corso d'esercizio ed attivazione di eventuali interventi correttivi con lo sviluppo di un sistema di reportistica;
5. misurazione e valutazione dei risultati tramite il grado di raggiungimento degli obiettivi con gli indicatori di performance (misurazione performance organizzativa);
6. rendicontazione dei risultati con la valutazione annuale della performance.

L'articolazione sopra esposta si può analizzare con due differenti linee di sviluppo: uno più propriamente direzionale legato al disegno strategico Regionale e, quindi, al rispetto degli obiettivi posti, l'altro di natura gestionale con la traduzione nell'obiettivo operativo cioè nelle condizioni attraverso le quali l'organizzazione cala lo stesso alle U.U.O.O. per il raggiungimento del risultato atteso. Gli obiettivi strategici costituiscono la descrizione dei traguardi che l'organizzazione si prefigge di raggiungere; gli obiettivi operativi definiscono le azioni necessarie all'implementazione dei programmi strategici e delle relative modalità (risorse umane, risorse economiche, interventi, etc...).

Documento delle direttive

Ogni anno la strategia viene descritta nel Documento delle Direttive, il quale avvia contestualmente un processo di traduzione degli obiettivi strategici in obiettivi operativi mediante il processo a cascata e collegando la dimensione economico-finanziaria e quella organizzativa della gestione. Il processo di negoziazione del budget permette la determinazione degli obiettivi operativi di ciascuna struttura sanitaria ed amministrativa e definisce, per ciascun obiettivo, le azioni, i tempi, le risorse e le responsabilità organizzative connesse al loro raggiungimento. Esso si conclude con la formalizzazione del documento attraverso il quale si opera appunto l'assegnazione "formale" alle U.U.O.O. degli obiettivi e delle risorse da impiegare per la realizzazione degli stessi.

Il sistema di valutazione e i soggetti competenti del sistema di valutazione

Esistono due livelli di valutazione: quello del raggiungimento degli obiettivi della Struttura (performance organizzativa) e quello relativo al giudizio del singolo (performance individuale).

I soggetti che intervengono nel processo di valutazione e misurazione dei risultati sono:

1. l'Organo Indipendente di Valutazione (OIV) che valida la Relazione della Performance;
2. la Direzione Aziendale che valuta il raggiungimento degli obiettivi di budget assegnati alle Unità Operative per la performance organizzativa;
3. i soggetti preposti alla valutazione della performance individuale ai sensi degli accordi integrativi sottoscritti, ovvero ai dirigenti responsabili in virtù del principio gerarchico. Nello specifico, il personale del Comparto è valutato dalla figura gerarchicamente superiore che opera a diretto contatto con il valutato (dirigente del ruolo amministrativo/tecnico, posizione organizzativa, coordinatore per l'area sanitaria). Per la Dirigenza, la valutazione rientra nelle competenze del Direttore/Responsabile di Struttura ovvero Direttore di Dipartimento o, eventualmente, al Direttore di Area.

La valutazione della *performance* organizzativa: il sistema di *budget*

Il sistema di budget consente la declinazione degli obiettivi aziendali in obiettivi specifici per i diversi Centri di responsabilità aziendali. La scheda Budget di ogni Unità Operativa "Complessa" o "Valenza dipartimentale" è costruita in modo tale che ad ogni obiettivo siano assegnati uno o più indicatori di verifica. Ad ogni indicatore di verifica vengono assegnati, durante la negoziazione di budget, il valore atteso per l'anno di riferimento e il peso relativo ai fini del collegamento con la retribuzione di risultato.

In fase di verifica, viene inserito il valore consuntivo e viene effettuata la valutazione finale.

La valutazione sul singolo indicatore segue criteri diversi a seconda della tipologia dell'indicatore (quantitativo o di tipo sì/no).

La valutazione della performance individuale: le fasi del processo

Il sistema utilizzato per la valutazione della performance individuale è definito con accordi sottoscritti con le Organizzazioni Sindacali del Comparto e delle Aree Dirigenziali.

I dati sono raccolti on-line utilizzando uno specifico applicativo. Ogni valutatore ha accesso al sistema con le credenziali personali e inserisce, per ogni valutato, i relativi giudizi.

I dati sono poi integrati con i dati relativi a valutati e valutatori del personale convenzionato con l'Università di Padova, raccolti tramite supporto cartaceo, in quanto il sistema on line non consente l'accesso e la valutazione di suddetto personale.

Le schede di valutazione nella versione stampata sono sottoscritte dai valutatori e dal valutato; quest'ultimo appone la firma per presa visione. È compito della SC Risorse Umane verificare la compilazione delle schede e mantenere i contatti con gli interessati non adempienti.

Qualora un dipendente rilevasse divergenze sulla valutazione espressa da parte dei responsabili, ha la possibilità di presentare ricorso all'Organismo di conciliazione, esplicitandone le motivazioni secondo un'apposita procedura.

Criteri di determinazione delle quote individuali

Il fattore determinante la quota individuale di retribuzione di produttività è il raggiungimento degli obiettivi di budget che vengono attribuiti secondo meccanismi di negoziazione e di concertazione.

Il sistema di valutazione vigente è disciplinato dagli accordi sottoscritti con le Organizzazioni Sindacali distintamente per il personale della Dirigenza e per il personale del comparto.

Il riconoscimento del risultato avviene a conclusione della verifica operata dall'OIV sul positivo raggiungimento degli obiettivi ed è commisurato ad alcuni parametri quali ad esempio:

- ai risultati raggiunti dall'U.O. di appartenenza (performance organizzativa);
- alla valutazione conseguita da ciascun dipendente (performance individuale);
- alle effettive risorse finanziarie disponibili del fondo di risultato;
- al coefficiente di incarico attribuito per la dirigenza e dalla categoria di appartenenza per il comparto;
- alla tipologia oraria del rapporto di lavoro, qualora sia presente un contratto di lavoro a part-time;
- alla presenza in servizio, considerando sia i termini di assunzione e cessazione del dipendente in corso d'anno sia eventuali assenze – previste dalla normativa nazionale e aziendale vigente – che ne determinano la riduzione.

Il sistema in particolare:

- garantisce la partecipazione di tutti i dirigenti al potenziale raggiungimento degli obiettivi;
- valuta in forma percentuale il grado di conseguimento degli obiettivi di struttura che determinerà l'importo di una parte della quota di retribuzione di risultato.

Processo di attuazione del Ciclo della *Performance*

La struttura tecnica di supporto dell'OIV è stata individuata nella UO Controllo di Gestione che è anche struttura di supporto alla Direzione Aziendale nell'attività di programmazione annuale, nel monitoraggio periodico e analisi dei dati.

Relativamente alla performance individuale contribuiscono alla realizzazione e alla gestione del ciclo complessivo legato al sistema di valutazione più professionalità, afferenti a diverse UOC in base ai rispettivi ambiti di competenza.

L'attività consiste nel definire i criteri condivisi con la Direzione e la parte sindacale, nel supportare tutti i soggetti coinvolti nella valutazione per il percorso legato alla misurazione della performance, monitorare il corretto funzionamento dell'intero processo fino alla erogazione della quota individuale derivante dalla stessa valutazione.

Art. 25 - Il miglioramento continuo dell'assistenza

Il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e dell'appropriatezza delle prestazioni rese è obiettivo prioritario dell'Istituto che viene perseguito tramite la collaborazione tra l'Ufficio Accreditamenti e riconoscimento IRCCS e la Struttura Governo clinico e appropriatezza della Direzione Sanitaria.

Il miglioramento continuo si traduce in obiettivi concreti nell'ambito della qualità tecnica, gestionale, professionale, relazionale nonché della qualità percepita, intervenendo sui processi, sugli esiti e sulla soddisfazione degli utenti interni ed esterni.

La definizione degli obiettivi generali di miglioramento avviene a cura della Direzione Aziendale. Gli obiettivi vengono tradotti in termini progettuali e attuati nell'ambito delle unità operative e delle altre strutture aziendali assicurando coordinamento integrazione reciproci.

Gli obiettivi di miglioramento continuo della qualità costituiscono parte integrante degli impegni assunti nella formulazione del budget e trovano corrispondenza nelle politiche adottate nella pianificazione della formazione e del sistema premiante.

Cure simultanee

Per Cure simultanee (CS) si intende l'integrazione precoce tra le terapie oncologiche attive e le cure palliative, dal momento della presa in carico del malato oncologico.

Tale approccio, previsto dalle principali linee guida internazionali e nazionali, ha come obiettivo di ottimizzare la qualità della vita del malato in ogni fase di malattia, anticipandone i bisogni specie nella fase avanzata e metastatica, e garantendo il più idoneo luogo di cura.

Il dipartimento di oncologia clinica dello IOV IRCCS ha ottenuto nel 2013 la certificazione dall'ESMO come centro di integrazione tra cure oncologiche e cure palliative.

I percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) della Regione Veneto identificano le CS come un percorso condiviso e imprescindibile nella presa in carico dei malati oncologici, per qualunque tipo di tumore, specie se in fase metastatica.

Presso lo IOV, le CS sono garantite a tutti i malati dell'area di oncologia medica e radioterapia, attraverso ambulatori multidisciplinari dedicati per i malati in day-hospital e briefing bisettimanali per i malati ricoverati. I malati accedono all'ambulatorio con criteri di priorità definiti sulla base di una scheda che rileva i bisogni del malato e della famiglia; nel corso della visita vengono valutati i sintomi del paziente, l'aspettativa di vita, l'aspetto psicosociale, e proposto il setting di cura più appropriato, in relazione alle caratteristiche del tumore, ai trattamenti in corso, alle necessità individuali, familiari/sociali o dei caregivers. La qualità del percorso di CS viene annualmente monitorato attraverso indicatori di processo, di risultato, di ricerca e di formazione.

Art. 26 – Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali

L'Istituto Oncologico Veneto codifica, per la presa in carico del paziente, appositi Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), intesi come contestualizzazione nella specifica realtà organizzativa di linee guida relative a una patologia o problematica clinica. I PDTA seguono un approccio multidisciplinare che mira ad integrare le competenze di tutte le strutture, semplici e complesse, che operano presso lo IOV IRCCS.

Nell'ambito delle reti assistenziali *hub & spoke* che vedono lo IOV IRCCS nel ruolo di *hub* regionale, lo IOV IRCCS codifica PDTA multidisciplinari rivolti ad altre strutture ospedaliere e servizi territoriali per azioni quali il monitoraggio, la diagnosi, la continuità assistenziale, le cure palliative, le dimissioni protette ed il supporto consulenziale per i pazienti oncologici.

Art. 27 – La gestione per processi

L'Istituto attua la gestione per processi nell'ambito dei quali sono applicati gli strumenti previsti dalla normativa vigente, dai provvedimenti nazionali e regionali e dai modelli di certificazione e accreditamento internazionalmente riconosciuti al fine di:

- assicurare la tenuta sotto controllo e il miglioramento continuo della qualità dei processi assistenziali, tecnico-amministrativi e correlati alla ricerca e sperimentazioni cliniche;
- analizzare, contenere, ridurre e mantenere sotto controllo i rischi (clinico-assistenziale, amministrativo-contabile, frode-corrruzione, *compliance*, ambientale, operatore-sicurezza nei luoghi di lavoro).

L'attuazione della gestione per la qualità e sicurezza si inserisce nel quadro complessivo di *governance* dell'Istituto Oncologico Veneto IRCCS. L'Istituto ha individuato i propri processi principali di erogazione, di supporto e di supporto alla ricerca che sono elencati nell'Allegato al presente documento. Successivamente all'adozione del presente Atto aziendale verrà definito il responsabile di ciascun processo.

Art. 28 - Informazione, accoglienza, tutela e partecipazione dei cittadini

L'Istituto Oncologico Veneto valorizza la centralità del cittadino, inteso non solo come destinatario dei servizi aziendali, ma anche come interlocutore privilegiato e stessa "ragione d'essere" della sua presenza istituzionale, garantendone l'ascolto, la proposta ed il controllo, anche ai fini di supporto, modifica o integrazione di attività.

L'Istituto garantisce la partecipazione e la tutela dei diritti dei cittadini, nella fruizione dei servizi. A questo fine, assicura il coinvolgimento dei rappresentanti delle associazioni di volontariato e di tutela dei diritti, quali portatori di interessi diffusi, alle fasi di programmazione delle attività e di valutazione della qualità dei servizi, allo scopo di favorire l'adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze dei cittadini. La presenza e l'attività, all'interno delle strutture sanitarie, degli organismi di volontariato e di tutela dei diritti è favorita anche tramite la stipulazione di accordi o protocolli, che stabiliscano gli ambiti e le modalità di collaborazione, fermo restando il diritto alla riservatezza comunque garantito al cittadino e la non interferenza nelle scelte professionali degli operatori sanitari.

L'Istituto ha realizzato uno spazio dedicato agli organismi di volontariato denominato "L'Angolo del volontariato" e assicura il costante impiego dei principali strumenti organizzativi, normalmente previsti in materia di informazione, partecipazione, tutela ed accoglienza:

- la Carta dei servizi, adottata in conformità al DPCM del 27/01/1994 "Principi sull'erogazione dei servizi pubblici" e al DPCM del 19/05/1995 "Schema generale di riferimento della carta dei servizi pubblici sanitari";
- l'URP (Ufficio relazioni con il pubblico), istituito ai sensi del D. Lgs. n. 29/1993 e s.m.i., con il compito tra l'altro di fornire le informazioni utili sulle prestazioni e le modalità di accesso ai servizi e raccogliere ed elaborare proposte per migliorare gli aspetti organizzativi e logistici dei servizi;
- il sistema di gestione dei reclami, che si svolge attraverso procedure predefinite.

L'Istituto, inoltre, ritiene doveroso contribuire al superamento delle situazioni di asimmetria informativa, tradizionalmente esistenti nei rapporti tra strutture sanitarie e utenza, programmando specifiche iniziative nel campo della comunicazione, del marketing, dell'educazione sanitaria, della pubblicità di piani e programmi di particolare rilevanza per l'utenza.

L'Istituto promuove altresì iniziative di formazione e di aggiornamento del personale adibito al contatto con il pubblico sui temi inerenti la tutela dei cittadini, da realizzare anche con il concorso e la collaborazione delle rappresentanze professionali e sindacali.

Art. 29 - Risorse umane: valorizzazione, qualificazione e formazione permanente

L'Istituto favorisce la crescita professionale e la responsabilizzazione dei dipendenti ai fini del continuo miglioramento dei processi e dei servizi offerti.

Il processo di valorizzazione del personale costituisce impegno prioritario della Direzione Aziendale e dei livelli dirigenziali dell'azienda e si esprime prevalentemente attraverso percorsi formativi aziendali, alcuni di carattere tecnico-specialistico, altri mirati alla valorizzazione delle competenze trasversali, tra le quali assume particolare rilievo il tema della comunicazione e dell'umanizzazione.

La direzione aziendale favorisce l'aggiornamento costante e l'acquisizione dei crediti ECM del personale che opera nell'Istituto.

L'Istituto Oncologico Veneto è Provider ECM e, avvalendosi dell'ufficio formazione, pianifica con cadenza annuale, le iniziative di formazione e addestramento finalizzate a garantire ai propri dipendenti l'acquisizione ed il miglioramento delle conoscenze e delle capacità necessarie ad attuare le prestazioni di loro competenza. L'attività formativa si sviluppa nel rispetto della normativa nazionale e regionale, riguarda tutte le componenti professionali operanti nell'Istituto e si concretizza mediante progetti e programmi specifici, definiti dall'Istituto e realizzati prioritariamente all'interno dello stesso.

Annualmente viene formulato il piano per l'aggiornamento obbligatorio del personale, approvato dal Comitato Scientifico e deliberato dal Direttore Generale.

Art. 30 - Risorse materiali e tecnologiche: disciplina dei contratti di fornitura e di servizi

L'attività di acquisizione di beni e fornitura di servizi presso l'Istituto Oncologico Veneto è informata ai principi della programmazione annuale, della trasparenza e della massima concorrenzialità e persegue obiettivi di efficacia, efficienza ed economicità, nel rispetto dei vincoli di spesa definiti a livello di bilancio e degli altri atti della programmazione aziendale oltre che della normativa comunitaria in materia di contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in ottemperanza alla normativa vigente.

L'Istituto ha adottato con Deliberazione del Direttore Generale, il "Regolamento per l'acquisizione di beni, servizi e lavori in economia" che disciplina l'ambito di applicazione, i limiti d'importo delle singole voci di spesa e le procedure per l'acquisizione di beni, servizi, lavori in economia dell'Istituto. Ciò, in ottemperanza al principio comunitario di proporzionalità, contemperando altresì l'efficacia e l'economicità dell'azione amministrativa con i principi di trasparenza, parità di trattamento, non discriminazione e concorrenza tra gli operatori economici.

Art. 31 - Attività di controllo

L'Azienda è sottoposta a controlli esterni ed interni. I controlli esterni sono posti in essere dalla Struttura regionale per l'attività ispettiva di cui alla Legge Regionale

n.21 del 5 agosto 2010, oltre a quanto previsto dalla normativa vigente in materia.

Il sistema dei controlli interni ha lo scopo di indurre una maggiore attenzione ai risultati, agli obiettivi e alla misurazione dei costi-benefici.

Il sistema dei controlli interni prevede:

- il controllo sulla regolarità amministrativa e contabile, demandato, per quanto attiene alla gestione interna, alla struttura che svolge funzioni di controllo interno e per le competenze previste dalla normativa specifica, al Collegio Sindacale;
- il controllo di gestione, volto ad ottimizzare il rapporto tra costi e risultati, attraverso verifiche ed interventi correttivi sull'efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa. Esso si conforma al D. Lgs. 286/99, che definisce in termini generali i requisiti del sistema per tutte le pubbliche amministrazioni. Tale controllo applica la metodica di budget, al fine di garantire efficacia ed efficienza ai processi di acquisizione e di impiego delle risorse e concretizzare il principio di responsabilità economica, rafforzando inoltre il legame tra autonomia dirigenziale e responsabilità nella realizzazione degli obiettivi. Al controllo di gestione si applicano, inoltre, le disposizioni di cui alla legislazione Regionale vigente;
- il controllo dell'appropriatezza e della congruità delle prestazioni sanitarie, demandato al Nucleo Aziendale di Controllo (NAC) che informa la propria attività alla regolamentazione ed agli indirizzi operativi dettati dalla Regione Veneto;
- il controllo strategico: mira a valutare l'adeguatezza delle scelte compiute in sede di attuazione dei piani, programmi ed altri strumenti di determinazione dell'indirizzo politico, in termini di congruenza tra risultati conseguiti ed obiettivi predefiniti. Tale tipologia di controllo, per la sua natura intrinseca, fa capo ad un soggetto esterno all'Istituto, ancorché sempre inserito nel servizio sanitario, e cioè la Regione. Ciò trova ragione nei rapporti tra organo di indirizzo politico e organo di gestione, in quanto spetta alla Regione determinare preventivamente in via generale i criteri di valutazione dell'attività dei Direttori Generali, con riguardo al raggiungimento degli obiettivi definiti dalla programmazione regionale e con particolare riferimento alla efficienza, efficacia e funzionalità dei servizi, e che all'atto della nomina dei Direttori, le Regioni definiscono ed assegnano, aggiornandoli periodicamente, gli obiettivi di salute e di funzionamento.

L'attività di valutazione e controllo strategico si configura come riservata ed è quindi sottratta al diritto di accesso di cui alla L. 241/90, in quanto correlata alla emanazione di atti di amministrazione generale, di pianificazione e di programmazione.

Art. 32 - Comitato Unico di Garanzia (CUG)

Il "Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni" (CUG) è un organismo istituito ai sensi della L. n.183/2010. Nel CUG convergono le competenze dei precedenti Comitati per le pari opportunità e dei Comitati sul fenomeno del mobbing, dei quali ha assunto tutte le funzioni previste dalla legge, dai contratti collettivi relativi al

personale delle amministrazioni pubbliche o da altre disposizioni. Il Comitato in oggetto contribuisce all'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico, migliorando l'efficienza delle prestazioni collegata alla garanzia di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità, di benessere organizzativo e dal contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica per i lavoratori.

Art. 33 - Vigilanza

La Giunta Regionale esercita la vigilanza sull'attività dell'Istituto sottoponendo a controllo, con le stesse modalità previste per gli atti delle unità locali socio-sanitarie e delle aziende ospedaliere, i provvedimenti concernenti:

- A. il programma annuale di attività;
- B. il bilancio preventivo economico annuale e pluriennale e il bilancio d'esercizio;
- C. gli atti vincolanti il patrimonio o il bilancio per più di cinque anni.

Il Consiglio Regionale verifica annualmente il raggiungimento degli obiettivi di ricerca e assistenziali in coerenza con le risorse assegnate dallo Stato e dalla Regione sulla base di una specifica relazione che l'Istituto provvede a trasmettere entro il termine stabilito di ogni anno.

Il Ministro della Salute esercita i poteri riservati per legge all'Autorità vigilante e, d'intesa con il Presidente della Regione, può nominare un commissario straordinario con il compito di rimuovere le irregolarità e sanare la situazione di passivo, sino alla ricostituzione degli ordinari organi di amministrazione.

Art. 34 – Sicurezza e salute nei luoghi di lavoro

La gestione della salute e della sicurezza sul lavoro costituisce parte integrante della gestione generale dello IOV IRCCS.

La responsabilità della gestione della sicurezza e salute nel luogo di lavoro riguarda l'intera organizzazione aziendale dalla Direzione Aziendale sino ad ogni lavoratore, ciascuno secondo le proprie attribuzioni e competenze, così come previsto dal regolamento per l'applicazione del D. lgs 81 del 2008.

L'Istituto garantisce ai Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza e salute nei luoghi di lavoro (RLS) lo svolgimento delle funzioni loro assegnate dalla normativa vigente.

Principi e valori fondamentali nel perseguimento della salute e sicurezza in Istituto sono:

- il rispetto della legislazione in materia di sicurezza sul lavoro e prevenzione degli infortuni sul luogo di lavoro;
- la dotazione di risorse umane e strumentali necessarie;

- l'impegno alla sensibilizzazione e formazione dei lavoratori nello svolgere i loro compiti in sicurezza e nell'assunzione delle proprie responsabilità in materia di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro(SSL);
- l'impegno al coinvolgimento ed alla consultazione dei lavoratori, anche attraverso i loro rappresentanti per la sicurezza;
- la definizione e la diffusione all'interno dell'Istituto degli obiettivi di salute e sicurezza e dei relativi programmi di attuazione.

Per la realizzazione di un sistema aziendale in grado di definire, all'interno della struttura organizzativa aziendale, le modalità per individuare le responsabilità, le procedure, i processi e le risorse idonee alla realizzazione della politica aziendale di prevenzione, nel rispetto della normativa vigente, lo IOV IRCCS con delibera del Direttore Generale n. 173 del 19/03/2012 ha aderito al progetto di promozione dei sistemi di gestione della sicurezza e del benessere organizzativo nelle strutture sanitarie pubbliche del Veneto (SGSL) approvato dalla Regione Veneto con proprio provvedimento.

L'Istituto si prefigge pertanto di raggiungere le migliori condizioni di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per i lavoratori, i pazienti, gli utenti e per tutti i soggetti che interagiscono con la struttura quali ad esempio i visitatori, fornitori e volontari, anche attraverso l'integrazione del SGSL, con il modello di gestione della sicurezza del paziente in un'ottica di maggior tutela della salute della popolazione.

Esperto qualificato

Come previsto dalla normativa di radioprotezione D.lgs. 230/95 e successive modifiche, il Direttore Generale assicura la sorveglianza fisica per la protezione dei lavoratori e della popolazione contro le radiazioni ionizzanti attribuendo l'incarico di Esperto Qualificato a uno o più Fisici che afferiscono alla Struttura Complessa di Fisica Sanitaria e che sono in possesso dell'abilitazione richiesta. Gli Esperti Qualificati hanno le competenze e l'addestramento necessari per effettuare misurazioni, esami, verifiche e valutazioni di carattere fisico, tecnico e radiotossicologico, per assicurare il corretto funzionamento dei dispositivi di protezione, per fornire tutte le altre indicazioni e formulare provvedimenti atti a garantire la sorveglianza fisica della protezione dei lavoratori e della popolazione.

Esperto responsabile della sicurezza in risonanza magnetica

In conformità alla normativa per la gestione in sicurezza dell'attività in Risonanza Magnetica D.M. 02/08/1991 e s.m.i., il Direttore Generale assicura la sorveglianza fisica per la protezione dei lavoratori e della popolazione contro i rischi specifici connessi all'attività in RM (campi magnetici statici, campi magnetici variabili e a radiofrequenza, presenza di liquidi criogenici ove applicabile) attribuendo l'incarico di Esperto Responsabile della Sicurezza in Risonanza Magnetica ad un fisico che afferisce alla Struttura Complessa di Fisica Sanitaria.

L'Esperto Responsabile della Sicurezza in Risonanza Magnetica ha le competenze per effettuare misurazioni, verifiche e valutazioni di carattere fisico e tecnico per assicurare il corretto funzionamento dei dispositivi di protezione, per fornire indicazioni e formulare provvedimenti atti a garantire la sorveglianza fisica della protezione dei lavoratori e della popolazione.

TITOLO VI – STUDI E SPERIMENTAZIONI CLINICHE

Art. 35 - Sperimentazione Clinica

Le attività di sperimentazione sono parte integrante della missione dello IOV IRCCS e sono orientate a rendere possibili progressi nelle conoscenze trasferibili all'assistenza, per garantire sempre maggiore efficacia nel campo della diagnostica e dei trattamenti terapeutici. L'Istituto ammette, nei limiti imposti dalla legge, l'intervento di sponsor profit e promotori no profit a sostegno di specifici programmi di sperimentazione. Ogni programma di sperimentazione clinica deve comunque essere preventivamente sottoposto alle valutazioni del Comitato Etico (DM. 8 febbraio 2013). Al fine di disciplinare l'attività di sperimentazione clinica (sponsorizzata e spontanea), della sperimentazione clinica multicentrica, e degli studi osservazionali eseguiti presso le strutture e laboratori dell'Istituto, è adottato apposito regolamento organizzativo disciplinante la materia.

Centro sperimentazioni di Fase I

Il Centro di Fase I è un'articolazione funzionale costituita in applicazione della Determina AIFA 15 giugno 2015 n. 809/2015. Il responsabile della UOSD Unità Ricerca Clinica svolge le funzioni di Direttore Medico ai sensi della succitata Determina.

Il Centro Sperimentazioni di Fase I ha come compito principale la conduzione e gestione di sperimentazioni cliniche di fase I in ambito oncologico, nel rispetto delle normative esistenti e dei requisiti etici.

Il Centro di Fase I si articola in due aree: clinica e gestionale. L'area clinica è composta dalle UOC Oncologia medica 1, UOC Oncologia medica 2 e UOSD Oncologia del melanoma con i rispettivi sperimentatori principali (PI) e co-sperimentatori, il team degli infermieri di ricerca, l'UOC Farmacia e il Laboratorio processazione campioni della UOC Immunologia e diagnostica molecolare oncologica. Le attività di supporto per la gestione delle urgenze ed emergenze sono garantite dalla UOC Anestesia e rianimazione.

L'area gestionale è composta dalla UOSD Unità Ricerca Clinica e dall'Ufficio Accreditamenti e riconoscimento IRCCS che si occupano degli aspetti organizzativi e gestionali della conduzione delle sperimentazioni cliniche di Fase 1.

Comitato Etico per la Sperimentazione Clinica(CESC)

Il CESC è un organismo indipendente che ha la responsabilità di garantire la tutela dei diritti, della sicurezza e del benessere dei soggetti in sperimentazione e di fornire pubblica garanzia di tale tutela.

Il CESC è costituito con provvedimento del Direttore Generale, rimane in carica tre anni, con il compito di valutare sotto il profilo etico e organizzativo i programmi di sperimentazione scientifica e terapeutica avviati dall'Istituto, fornisce pareri vincolanti su tutte le ricerche cliniche sperimentali trasmesse per competenza dal NRC. Può anche fornire parere sulle questioni etiche o di bioetica a esso proposte dal Direttore Generale, dal Direttore Scientifico o dal Consiglio di Indirizzo e Verifica.

Segreteria Comitati Etici

La Segreteria tecnico-scientifica verifica, in base alla normativa vigente, la correttezza della documentazione fornita al Comitato Etico per la Sperimentazione Clinica (CESC) occupandosi della richiesta di integrazioni e dell'archiviazione; svolge attività di consulenza agli sperimentatori sulle modalità di richiesta di parere; trasmette per via telematica all'Osservatorio nazionale sulla Sperimentazione Clinica dei medicinali (OsSC), le decisioni assunte dal CESC e provvede ad inserire i dati richiesti nell' Osservatorio regionale sulla sperimentazione clinica (piattaforma CEonline).

La Segreteria tecnico-scientifica supporta anche l'attività del Comitato Etico per la Pratica Clinica (CEPC) predisponendo materiali utili all'approfondimento delle tematiche etiche in discussione e alle attività di ricerca, occupandosi della raccolta dei casi clinici per i quali venga chiesta la consulenza etica del CEPC e collaborando alla stesura di linee guida ed indirizzi operativi di carattere etico. La Segreteria tecnico-scientifica coordina inoltre le attività di formazione/informazione su temi di bioetica ed etica della ricerca approvate dal CESC, sia per gli operatori sanitari delle strutture che fanno riferimento allo IOV, sia per un pubblico più vasto.

TITOLO VII – NORMA FINALE E RINVIO

Art. 36 – Norma programmatica

Nella presente edizione aggiornata dell'atto aziendale, sono state recepite le modifiche organizzative autorizzate dalla Regione con riferimento ai Dipartimenti Funzionali Interaziendali.

L'organizzazione dell'Area Sanitaria è stata adeguata al Piano Aziendale di adeguamento della dotazione assistenziale dello IOV alle nuove schede di dotazione ospedaliera approvate con DGRV n. 614 del 14.5.2019, approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 622 del 27.09.2019, trasmesso alla Regione Veneto per il visto di congruità e aggiornato/modificato in conformità alle prescrizioni/osservazioni di cui alla DGRV n. 69 del 21 gennaio 2020 di "parere di congruità" sul piano attuativo.

E' stato effettuato una nuova verifica del rispetto del parametro, fissato dalla Regione Veneto, di 1.31 UOS sul totale delle UOC.

Art. 37 – Norma finale e rinvio

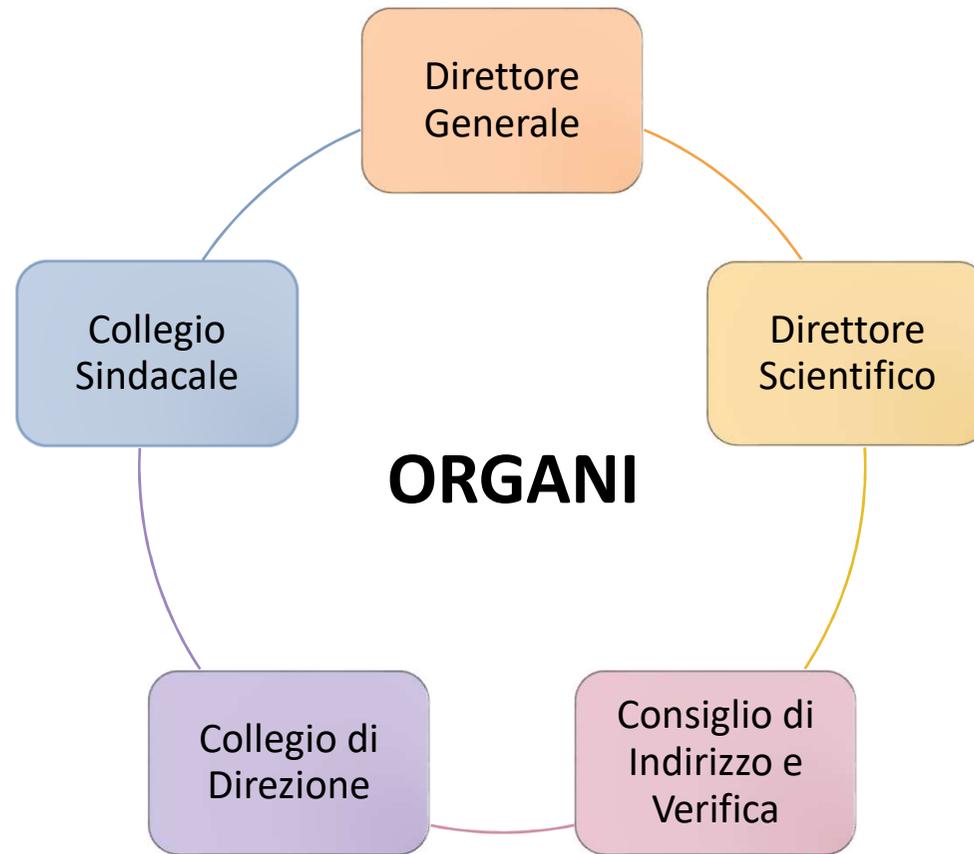
Sono rimessi all'esercizio del potere regolamentare dell'Istituto la disciplina di particolari materie afferenti alla gestione organizzativa e la definizione degli indirizzi necessari all'attuazione della normativa contenuta nel presente Atto Aziendale, fermo restando il riferimento alle fonti normative nazionali e regionali in materia, per quanto non espressamente contemplato.

Art. 38 - Allegati

Tutti i documenti allegati al presente atto ne costituiscono parte integrante e sostanziale, e possono essere modificati nel rispetto dei principi generali, senza modifiche dell'articolato dell'Atto Aziendale.

Si allegano i seguenti documenti:

- **Allegato 1:** Organigramma dell'Istituto
- **Allegato 2:** Dotazione organica
- **Allegato 3:** regolamento direzione delle professioni sanitarie Istituto Oncologico Veneto (IOV).



DIREZIONE AZIENDALE

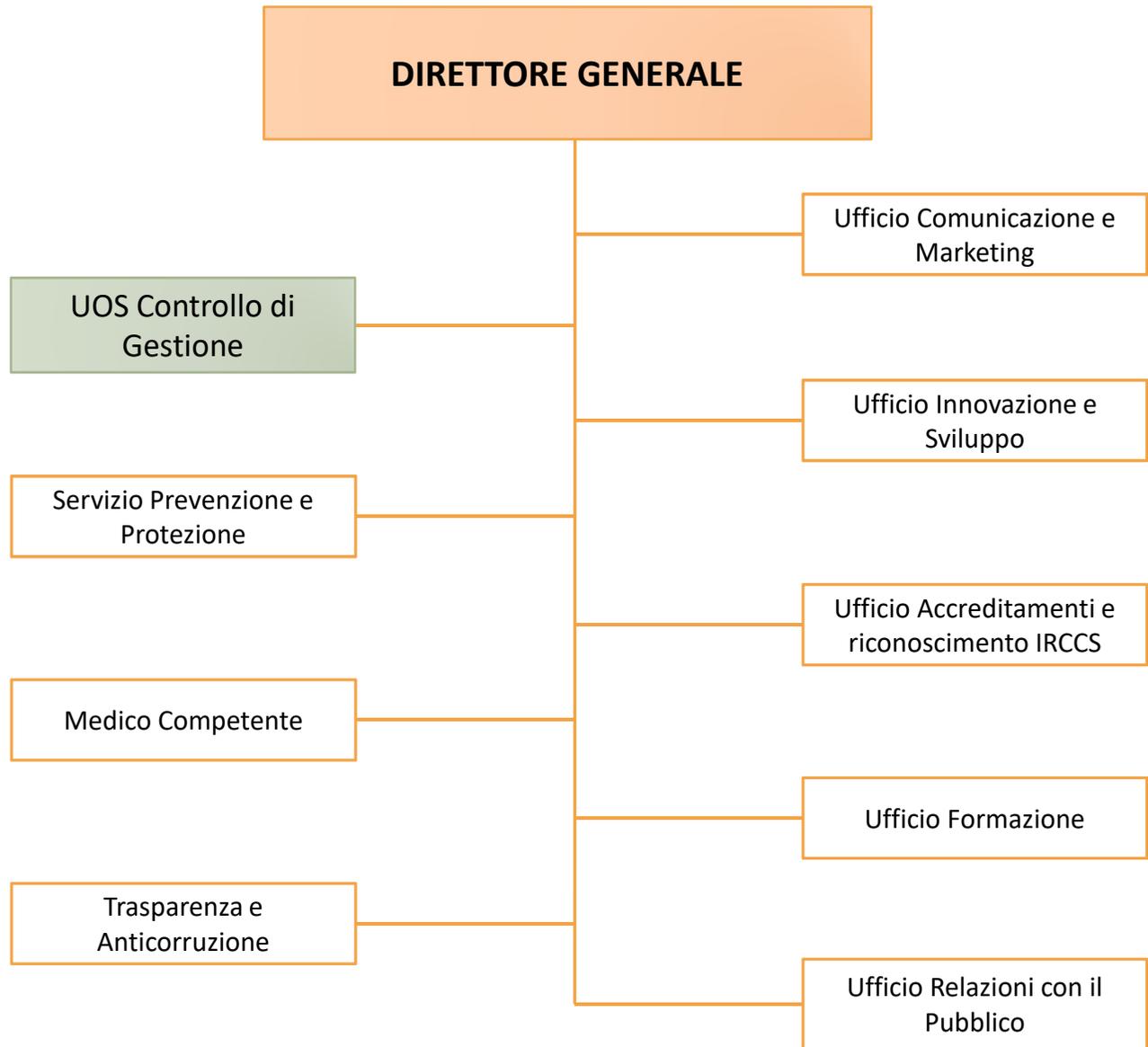
Direttore
generale

Direttore
amministrativo

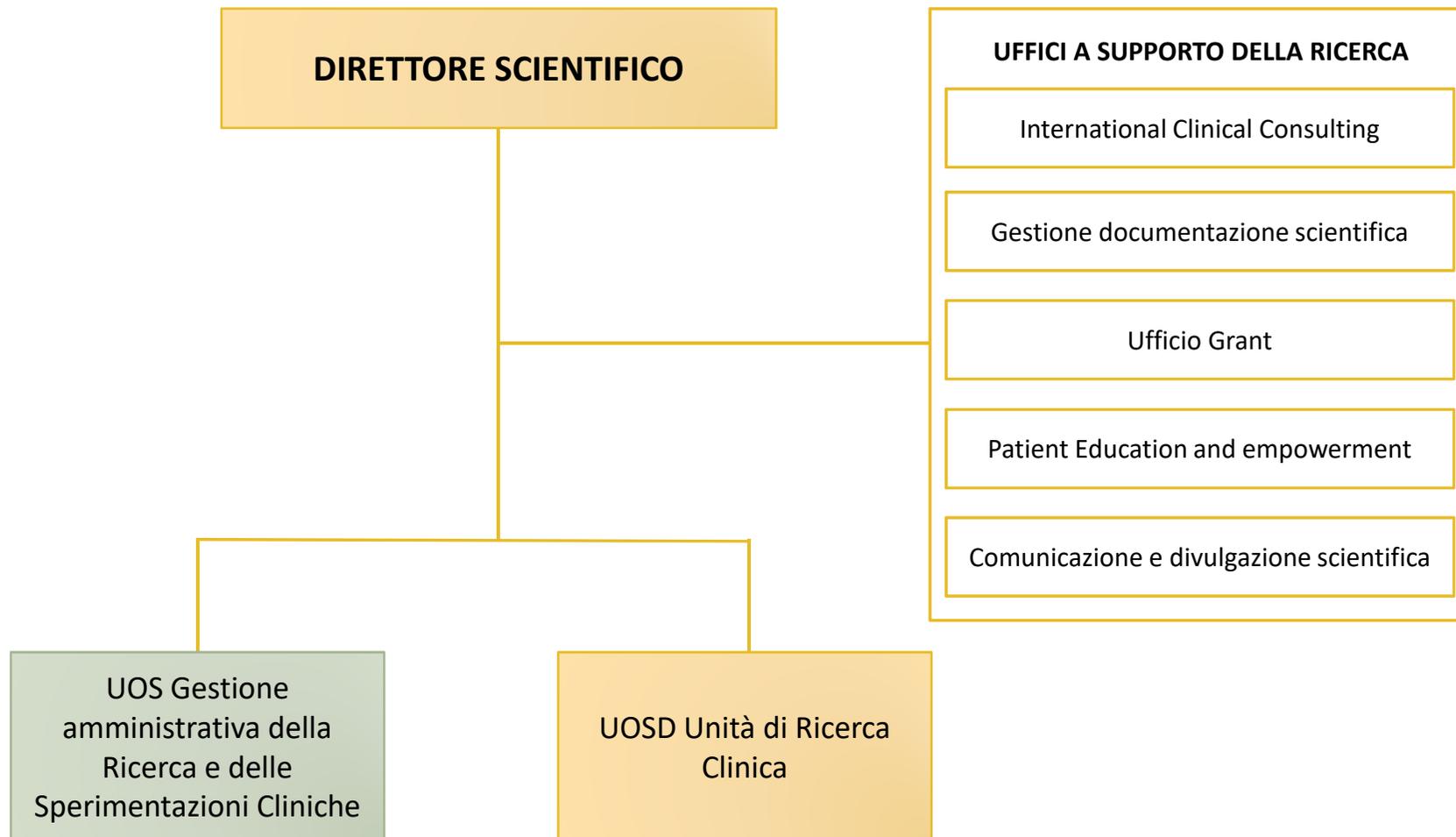
Direttore
sanitario

Direttore
scientifico

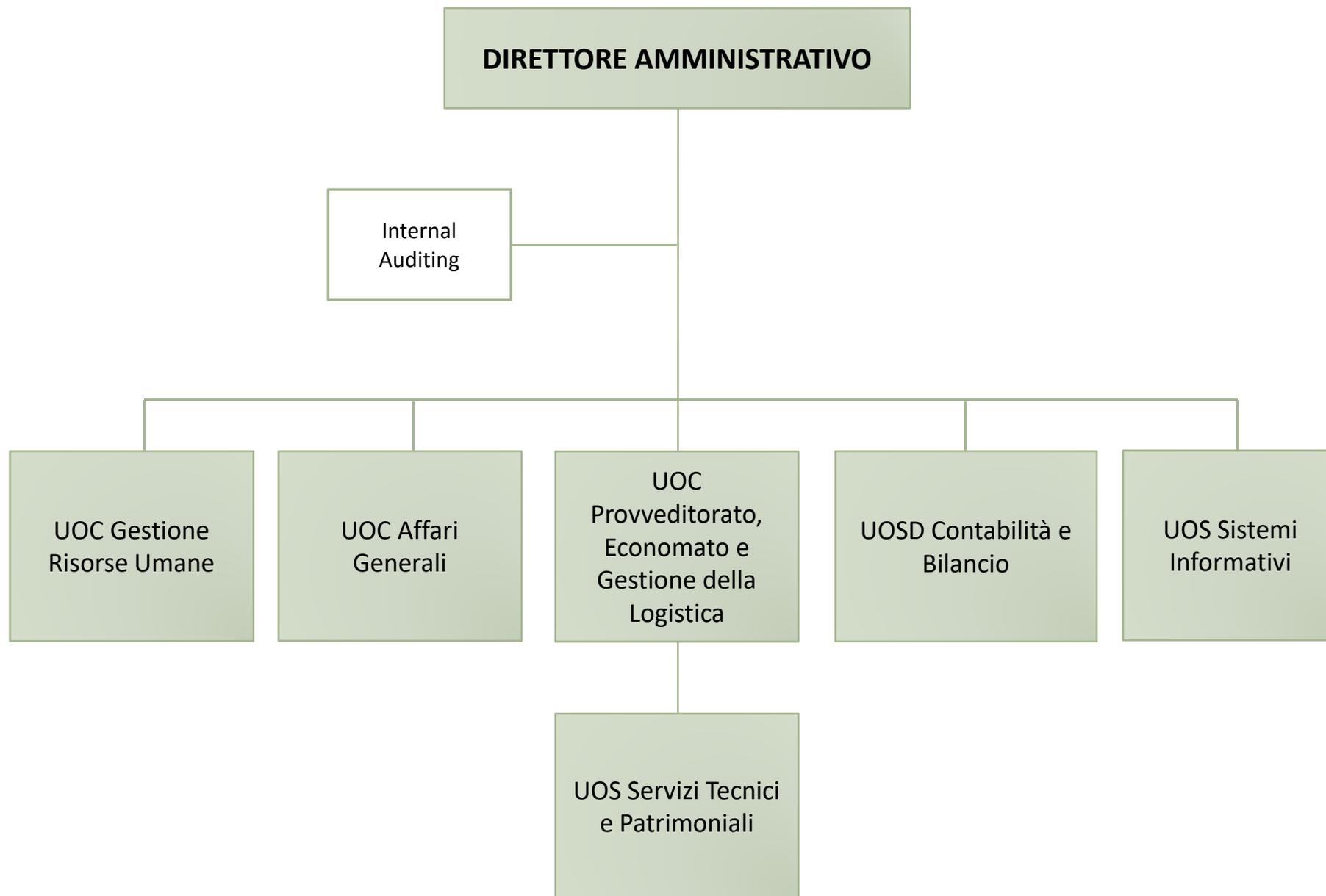




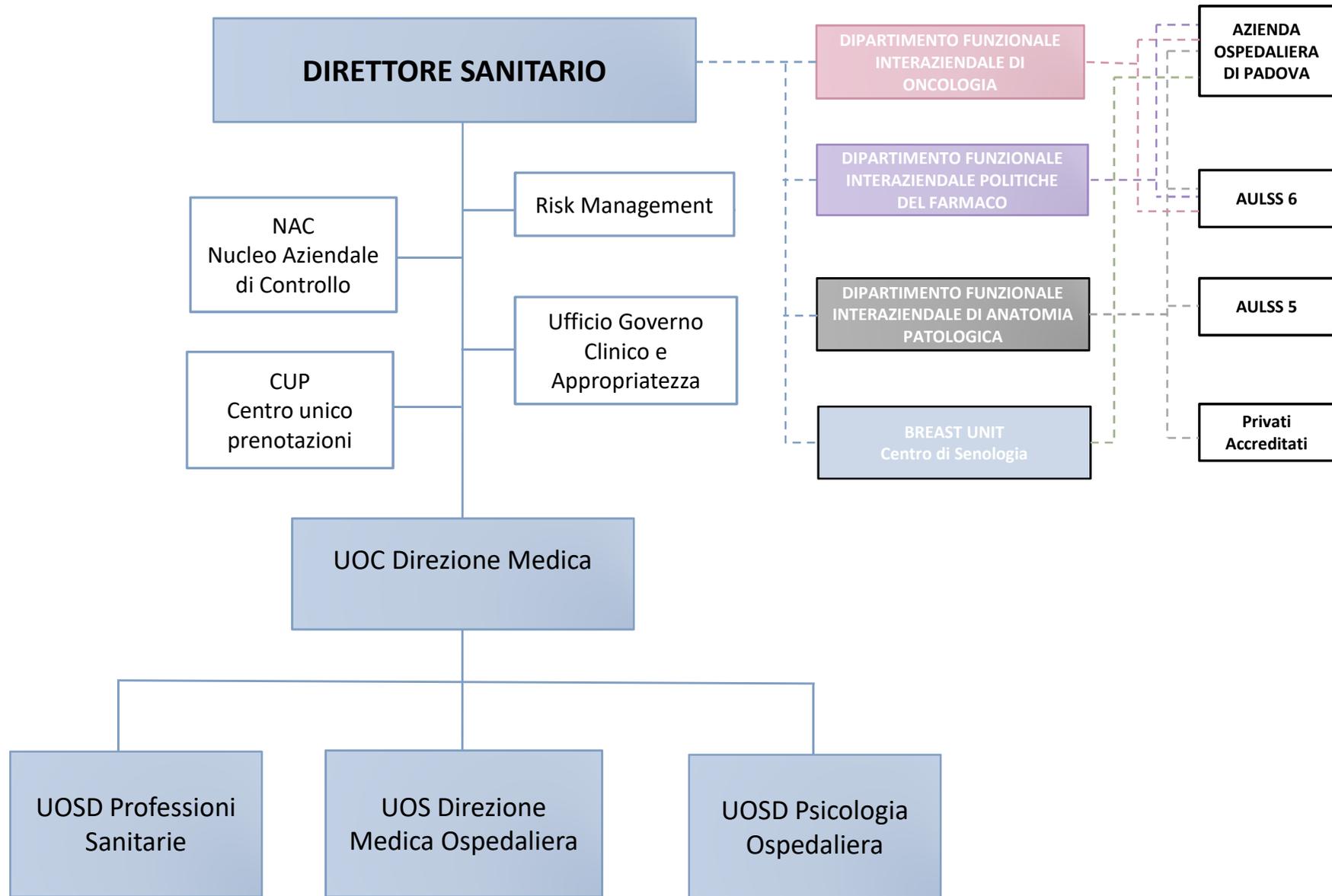
Area scientifica

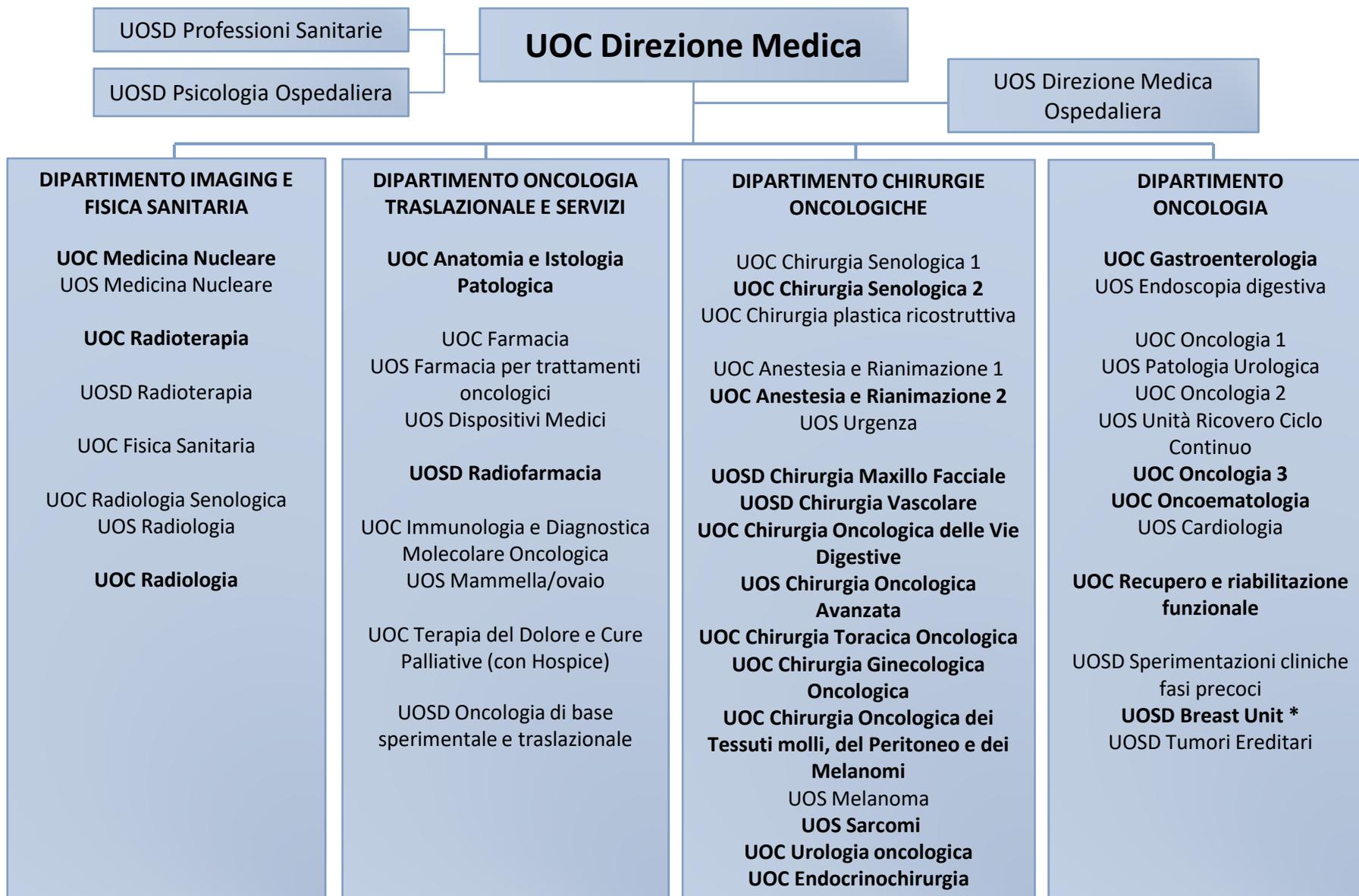


Area amministrativa



Area sanitaria





* UOSD con dipendenza funzionale dal Dipartimento Funzionale Interaziendale di Oncologia

N.B. In **grassetto** le UU.OO. della Sede di Castelfranco Veneto

Allegato 2. Dotazione organica



REGIONE DEL VENETO

ALLEGATO A DGR nr. 1748 del 29 novembre 2019

OGGETTO:

Istituto Oncologico Veneto. Autorizzazione all'incremento della dotazione organica e dei fondi contrattuali. Articolo 29, comma 6, della L.R. 30 dicembre 2016, n. 30. D.G.R. n.118/CR del 5 novembre 2019.

	Macroprofili	Ruolo	Dotazione Organica
PERSONALE DIRIGENTE	Dirigenza medica	S	259
	Dirigenza sanitaria	S	37
	Dirigenza ruoli PTA	PTA	12
	TOTALE PERSONALE DIRIGENTE		308
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico	S	504
	Personale tecnico sanitario	S	183
	OSS/OTAA	T	177
	Altro personale ruolo tecnico (esclusi OSS/OTAA)	T	23
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	118
	TOTALE PERSONALE COMPARTO		1.005
TOTALE DOTAZIONE ORGANICA			1.313



Regione del Veneto
Istituto Oncologico Veneto
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



REGIONE DEL VENETO

REGOLAMENTO DIREZIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO (I.O.V.)

Lo IOV - Istituto Oncologico Veneto – è un Ente a rilevanza nazionale che, secondo standard di eccellenza, persegue finalità di ricerca prevalentemente clinica e traslazionale nel campo biomedico e in quello dell’organizzazione e gestione dei servizi sanitari, effettuando prestazioni di ricovero e cura di alta specialità.

Lo IOV è stato istituito con la Legge regionale del Veneto n. 26 del 22 dicembre 2005, quale Ente dotato di personalità giuridica di diritto pubblico, operante in conformità agli obiettivi della programmazione sanitaria regionale ed ha ottenuto dal Ministero della Salute (decreto del 18 marzo 2005) il riconoscimento a Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (I.R.C.C.S.).

L’istituto svolge la sua attività su più sedi operative situate a Padova, Castelfranco Veneto (DGR 1635 del 21/10/2016 e DGR 1342 del 22/08/2017) e Schiavonia (DGR 910 del 20/07/2015).

La Direzione delle Professioni Sanitarie (DPS)

L’Istituto Oncologico Veneto è un ospedale per acuti che eroga prestazioni di prevenzione, di diagnosi e cura di elevata efficacia e qualità nel rispetto dell’economicità, oltre ad una consolidata attività di ricerca ed insegnamento svolte grazie all’indispensabile apporto dei suoi ricercatori.

Nell’ambito delle attività di cui sopra, con riferimento ai limiti delle linee di indirizzo della Direzione Strategica, il Dirigente della DPS dell’Istituto Oncologico Veneto è dotato di autonomia organizzativa, professionale e gestionale.

In questo contesto si inserisce la Direzione delle Professioni Sanitarie, che svolge le seguenti funzioni:

- assicurare la programmazione, la gestione, l’organizzazione, l’erogazione, la valutazione ed il miglioramento continuo delle prestazioni diagnostico-



Regione del Veneto
Istituto Oncologico Veneto
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



REGIONE DEL VENETO

- assistenziali garantite dal personale infermieristico, tecnico-sanitario e dagli operatori di supporto, sulla base degli obiettivi assegnati dalla Direzione;
- essere responsabile del governo dell'assistenza infermieristica e tecnica di natura preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa promuovendo modelli organizzativi e professionali innovativi, attraverso lo sviluppo e la valorizzazione delle professioni sanitarie non mediche. Opera con attenzione alla persona, favorendo l'integrazione multiprofessionale, migliorando la qualità dell'assistenza erogata e sostenendo il processo di responsabilizzazione professionale;
 - aderire ai valori etici di riferimento dello IOV: si considerano essenziali e propri i valori fondanti dei codici deontologici delle professioni sanitarie, in particolare:
 - la centralità del cittadino, al fine di soddisfarne le aspettative come fruitore di assistenza sanitaria e la responsabilità di tutti gli operatori verso la comunità da servire;
 - il miglioramento continuo della qualità assistenziale, come condizione fondamentale per mantenere l'assistenza al passo con la rapida evoluzione delle conoscenze, della tecnologia, dell'integrazione dei sistemi sanitari e della continua variazione delle aspettative dei cittadini, in una logica di standardizzazione delle prassi professionali basate su evidenza scientifica;
 - la buona amministrazione, intesa come imparzialità, trasparenza, pari opportunità nei processi di programmazione, organizzazione e valutazione dei dipendenti;
 - la responsabilizzazione diffusa dei dipendenti come presupposto per una gestione delle risorse umane efficiente e coerente con i risultati da garantire ai clienti;
 - la crescita personale e professionale dei dipendenti, attraverso la promozione della ricerca e della formazione continua, per poter rispondere in ogni situazione assistenziale con appropriatezza, efficacia e competenza;



- il rispetto delle prerogative individuali di ogni dipendente, con l'obiettivo di consentire l'espressione delle migliori potenzialità professionali, garantendo il miglior percorso di sviluppo professionale compatibile con l'organizzazione;
- il senso di appartenenza aziendale, stimolando la capacità di collaborazione per il raggiungimento di obiettivi comuni.

Le finalità della Direzione delle Professioni Sanitarie

Le finalità della DPS sono così individuate:

- garantire un'assistenza infermieristica efficace, efficiente, di qualità e adeguata alla globalità dei bisogni dei cittadini attraverso l'applicazione del piano di assistenza infermieristica, tenuto conto dei carichi di lavoro, anche attraverso l'integrazione con gli altri professionisti;
- garantire un'assistenza alberghiera coerente con i bisogni dei cittadini e con gli obiettivi del servizio;
- promuovere, per la parte di competenza, l'integrazione tra le varie professionalità mediche, tecniche, riabilitative e sociali presenti nella struttura;
- programmare ed adottare modelli organizzativi assistenziali basati sui bisogni dei cittadini in un'ottica di economicità, di qualità e di coerenza con gli obiettivi dell'Istituto Oncologico Veneto:
- integrare il personale neo assunto e in mobilità, mediante l'attuazione di un percorso, definito in équipe multidisciplinare e multiprofessionale, per l'accoglimento, l'inserimento, la formazione e la valutazione dello stesso;
- attuare la formazione continua e promuovere l'aggiornamento periodico, al fine di migliorare il processo di assistenza;
- contribuire alla formazione e all'aggiornamento del personale ausiliario e OSS, definendo, con la collaborazione degli stessi, procedure relative al loro ambito lavorativo;
- assicurare la qualità e la valutazione della formazione tecnico-pratica secondo gli obiettivi definiti con i responsabili della formazione di base e specialistica;



Regione del Veneto
Istituto Oncologico Veneto
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



REGIONE DEL VENETO

- perseguire ad adottare il sistema informativo relativo all'attività diagnostico-assistenziale e a tutte le attività di carattere amministrativo e organizzativo di competenza (cartella infermieristica, protocolli assistenziali ed operativi, procedure, ecc.);
- assumere e fare proprio quanto elaborato e disposto dal Comitato Etico, per quanto di competenza;
- collaborare con gli organismi di tutela dei diritti dei cittadini e con le associazioni di volontariato allo scopo di garantire la qualità del soggiorno dei pazienti/utenti nell'ospedale;
- definire, congiuntamente con i relativi responsabili, le attività ed i tempi di permanenza nella struttura dei volontari, affinché la loro presenza sia positiva per i cittadini;
- mantenere relazioni collaborative con i degenti, i familiari, i visitatori, le organizzazioni per la tutela dei diritti dei cittadini secondo i principi della Carta dei Servizi dell'Istituto.

Per conseguire le finalità di cui sopra, la UOC Direzione delle Professioni Sanitarie e la UOS Professioni Sanitarie svolgono le loro funzioni sotto la direzione del Direttore Sanitario.

In particolare le aree di responsabilità della DPS sono:

- Area Risorse Umane: programmazione del fabbisogno, gestione e monitoraggio sulla base degli obiettivi aziendali e delle singole UO.

I profili professionali che afferiscono alla DPS sono compresi nei profili professionali sanitari non medici, operatore socio-sanitario (OSS) e personale ausiliario.

- Area Modelli Organizzativi ed Assistenziali: realizzazione di modelli organizzativi e assistenziali idonei a soddisfare i bisogni dell'utenza e la presa in carico integrata (percorsi dei pazienti) anche attraverso lo sviluppo di competenze dei professionisti e la promozione e gestione di progetti di ricerca clinica e organizzativa

- Area Formazione: analisi dei bisogni formativi del personale afferente alle professioni sanitarie e di supporto e pianificazione dei relativi interventi ivi compresa la formazione universitaria così come indicato nella DGRV 1439/14.



Regione del Veneto
Istituto Oncologico Veneto
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



Per effetto delle deleghe ricevute dal Direttore Sanitario, il Direttore della DPS ha responsabilità attinenti alle seguenti funzioni:

1. concorre alla programmazione delle attività assistenziali, alla definizione degli standard assistenziali, di risultato e di processo e concorrere all'analisi dei costi in rapporto all'efficacia e all'efficienza ponendosi in rapporto sinergico con il Direttore Sanitario e i Servizi in staff alla Direzione Generale, partecipando agli incontri e alle decisioni assunte, per quanto di competenza, in relazione al raggiungimento degli obiettivi e all'integrazione funzionale;
2. partecipa alla definizione del fabbisogno del personale del comparto;
3. concorre alla programmazione del razionale utilizzo delle risorse in funzione di un equo livello di assistenza e delle normative vigenti;
4. promuove, in rapporto sinergico con gli Uffici di staff, la formazione e l'aggiornamento del Personale, la ricerca infermieristica, la sperimentazione e lo sviluppo di nuovi modelli organizzativi;
5. concorre alla verifica e alla valutazione delle prestazioni diagnostico-assistenziali offerte, in relazione alle competenze dei vari profili professionali;
6. concorre alla programmazione e allo sviluppo di programmi di educazione sanitaria e di qualità, anche nell'ambito di progetti interdisciplinari;
7. partecipa, su invito, alle riunioni del collegio di direzione;
8. mantiene i rapporti con i coordinatori di UU.OO. dando indicazioni in merito a problemi organizzativi (turnistica, part-time, congedi, aspettative, ecc.);
9. verifica, su segnalazione, le non conformità rilevate da URP e Direzione Sanitaria;
10. partecipa alle riunioni organizzative;
11. gestisce colloqui con il personale neoassunto, si occupa della presentazione al coordinatore di U.O. e monitora il periodo di prova;
12. offre supporto alla soluzione dei conflitti interpersonali;
13. collabora alla definizione organizzativa dell'U.O.;
14. collabora nell'organizzazione del piano ferie estivo;



Regione del Veneto
Istituto Oncologico Veneto
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



REGIONE DEL VENETO

15. indice riunioni periodiche con i coordinatori per condividere la gestione e creare una rete di integrazione organizzativa.
16. mantiene i rapporti con i direttori di Unità Operativa, fornisce e riceve informazioni sull'UO;
17. favorisce l'adozione di progetti di miglioramento dell'assistenza nelle UU.OO.: fornisce informazioni, promuove il coinvolgimento e rispetto delle tappe dei progetti in collaborazione con la struttura Formazione;
18. collabora per definire i livelli di assistenza e le risorse congruenti (revisione della dotazione organica delle U.U.O.O, monitoraggio dei dati di cruscotto per la gestione del personale -personale assegnato, minuti di assistenza, turnover, mobilità, part time, gravidanze, personale con limitazioni-);
19. monitora i flussi di prestazioni in uscita dalle UU.OO. per la verifica della congruenza fra personale assegnato e prestazioni rese;
20. partecipa alla negoziazione di budget;
21. provvede a garantire gli standard minimi assistenziali;
22. aggiorna i dati statistici (posti letto, media del personale che aderisce allo sciopero, elaborazione dei dati forniti dall'ufficio del personale, ...);
23. gestisce la mobilità interna;
24. ricolloca il personale con prescrizione della Medicina Preventiva;
25. rialloca il personale in maternità (prima e dopo il parto);
26. interfaccia le UU.OO. per problematiche comuni al fine di migliorare le procedure trasversali esistenti.
27. collabora alla gestione lo smaltimento differenziato dei rifiuti;
28. collabora alla programmazione di interventi per la disinfestazione e derattizzazione;
29. collabora con le iniziative di verifica della qualità contribuendo all'accREDITAMENTO dei processi assistenziali;
30. collabora all'analisi delle situazioni delle UU.OO., per la gestione delle relazioni sindacali;
31. collabora con la Direzione Sanitaria per la riduzione, riapertura e traslochi di



UU.OO.;

32. esprime parere sull'acquisto di grandi apparecchiature;
33. collabora con il Direttore Sanitario ed i Responsabili di U.O. per determinare il numero di indagini diagnostiche da effettuare compatibilmente con la tipologia di apparecchiatura;
34. collabora con il Direttore Sanitario ed i Responsabili di U.O. per determinare l'orario di apertura del Servizio, compatibilmente con le richieste dell'utenza.

Gruppo per la ricerca clinica

La ricerca clinica in oncologia è fondamentale per identificare nuovi e più efficaci trattamenti per la malattia, nuove modalità di somministrazione e per testare l'efficacia di nuovi modelli di assistenza.

L'impegno della professione infermieristica è sempre più orientato all'utilizzo della ricerca nell'assistenza e nasce dall'esigenza di migliorare le situazioni non soddisfacenti, identificando bisogni non soddisfatti sia di natura conoscitiva, clinica o assistenziale, allo scopo di misurare il grado di efficacia e di efficienza della prestazione.

L'infermiere di ricerca diventa il perno per garantire elevati standard di qualità delle cure essendo esclusi, dai livelli di assistenza erogati, le prestazioni sanitarie che non soddisfano il principio di efficacia ed appropriatezza, ovvero la cui efficacia non è dimostrabile in base alle evidenze scientifiche disponibili (DL 229/99).

L'infermiere di ricerca nasce per favorire una stretta interconnessione tra ricerca e cura, con una vocazione particolare alla ricerca traslazionale e vuole garantire qualità, originalità, innovazione e trasferibilità alla pratica clinica.

Al fine di portare in quest'ambito il contributo tecnico/assistenziale, all'interno della DPS è stato costituito il Gruppo infermieristico per la ricerca clinica che ha la responsabilità di:

- proporre, sviluppare e condurre protocolli e progetti di ricerca infermieristici per produrre nuove conoscenze relative alle problematiche di interventi assistenziali;



- provvedere all'organizzazione delle procedure per garantire l'avvio e il buon funzionamento di questo organismo;
- seguire le sperimentazioni cliniche dal punto di vista assistenziale;
- coordinare il gruppo infermieristico di ricerca;
- formare il personale infermieristico nella sperimentazione clinica all'interno delle strutture complesse e semplici;
- supervisionare le attività in modo da garantire il coordinamento con le altre figure di supporto e secondo i carichi di lavoro;
- discutere con lo sperimentatore in merito alla fattibilità dello studio;
- organizzare le procedure di randomizzazione e registrazione e la raccolta dei dati;
- organizzare report periodici per l'aggiornamento dei database comuni;
- gestire la somministrazione dei farmaci sperimentali, eseguire i prelievi e i controlli previsti dai diversi studi sperimentali;
- organizzare la chiusura dello studio;
- collaborare nella pubblicazione di lavori scientifici.

QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO

Il quadro normativo di riferimento per l'istituzione della DPS si rifà alle seguenti norme:

- L. 833/78 - Istituzione del Servizio sanitario nazionale - nella quale i principi di tutela della salute del cittadino, espressi all'art. 1, sono correlati all'art. 32 della Costituzione e costituiscono il fondamento del Sistema sanitario nazionale stesso. L'art. 2, comma 8 individua, inoltre, la formazione professionale e l'aggiornamento quali strumenti per il raggiungimento dei livelli di professionalità, di competenza e responsabilità necessari al raggiungimento degli obiettivi del Servizio Sanitario Nazionale;
- Legge 341 del 19.11.1990 "Riforma degli Ordinamenti Didattici Universitari";



Regione del Veneto
Istituto Oncologico Veneto
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



REGIONE DEL VENETO

- DL 502 del 1992 e ss.mm.ii., che hanno avviato il percorso di riqualificazione delle professioni sanitarie;
- Decreti Ministeriali che dal 1994 in poi hanno individuato i profili delle figure professionali e delle professioni sanitarie, che definiscono per ogni profilo la specificità del campo d'azione, le funzioni autonome e le responsabilità conseguenti;
- L. 42 del 26 .02.1999 che, nell'abrogare i mansionari, sancisce la piena autonomia delle professioni sanitarie, individuando il campo proprio della loro operatività e diretta responsabilità. In questo senso, vanno valutati i decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitari e di formazione post - base, nonché degli specifici codici deontologici;
- L. 251 del 10.08.2000 relativa alla disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione, nonché della professione ostetrica che invita lo Stato e le Regioni a promuovere "... la valorizzazione e la responsabilizzazione delle funzioni e del ruolo delle professioni infermieristico-ostetriche al fine di contribuire alla realizzazione del diritto alla salute, al processo di aziendalizzazione nel Servizio sanitario nazionale, all'integrazione dell'organizzazione del lavoro della sanità in Italia con quelle degli altri Stati dell'Unione europea".
- D.M. 30.1.1982 art. 73 che disciplina l'accesso ai concorsi per il profilo professionale di Operatore Professionale Dirigente;
- DPR 821/84 all'art. 19 e il D.M. 13.9.88, relativamente all'ambito delle attività di programmazione, coordinamento, controllo e qualità dei servizi per le Professioni Sanitarie, della promozione delle tecniche dell'assistenza, della verifica e della collaborazione alla formulazione dei piani operativi e dei sistemi di valutazione dei medesimi.
- DGR 1306 del 16.08.2017. Allegato A. Linee guida per la predisposizione dell'atto aziendale.