



Regione del Veneto
Istituto Oncologico Veneto
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
Sede legale: Via Gattamelata n. 64 - 35128 Padova
C.F./P.I.: 04074560287

ATTO AZIENDALE

SOMMARIO

PREMESSA	4
TITOLO I – ELEMENTI IDENTIFICATIVI E CARATTERIZZANTI DELL’ISTITUTO	4
Art. 1 – Assetto istituzionale.....	4
Art. 2 – Patrimonio	5
Art. 3 – Missione, valori, visione e finalità.....	5
Art. 4 – Integrazione tra assistenza e ricerca	7
Art. 5 – Rapporti con Università.....	8
Art. 6 – Attività.....	8
Art. 6.1 – Attività direttamente correlate al paziente	8
Art. 6.2 – Attività non direttamente correlate al paziente	10
Art. 6.3 – Attività di supporto	10
Art. 7 – L’Istituto all’interno della rete dell’assistenza oncologica nella Regione del Veneto.....	11
Art. 8 – Adesione a programmi di accreditamento, certificazione e partecipazione a reti nazionali e internazionali	12
TITOLO II – ORGANI DELL’ISTITUTO	13
Art. 9 – Direttore Generale	13
Art. 10 – Direttore Scientifico	15
Art. 11 – Consiglio di Indirizzo e Verifica	16
Art. 12 – Collegio Sindacale.....	16
Art. 13 – Collegio di Direzione.....	17
TITOLO III – COMPONENTI LA DIREZIONE GENERALE E ORGANISMI COLLEGIALI.....	17
Art. 14 – Direzione Generale	17
Art. 14.1 – Direttore Sanitario	18
Art. 14.2 – Direttore Amministrativo.....	19
Art. 15 – Organismi Collegiali.....	19
TITOLO IV – ORGANIZZAZIONE DELL’ISTITUTO	22
Art. 16 – Organizzazione	22
Art. 17 – Articolazione Organizzativa	22
Art. 18 – Strutture afferenti e in staff alla Direzione Generale.....	24
Art. 19 – Strutture afferenti e in staff alla Direzione Scientifica	29
Art. 20 – Strutture afferenti e in staff alla Direzione Amministrativa	34
Art. 21 – Strutture afferenti e in staff alla Direzione Sanitaria	38
Art. 22 – Organizzazione dell’Ospedale	40
Art. 23 – Organizzazione dipartimentale	43
TITOLO V – FUNZIONAMENTO DELL’ISTITUTO.....	45
Art. 24 – La gestione per processi	45

Art. 25 – La presa in carico multidisciplinare del paziente secondo PDTA	45
Art. 26 – Promozione della qualità, contenimento del rischio e garanzia di sicurezza.....	45
Art. 27 – Assegnazione e perseguimento degli obiettivi.....	46
Art. 28 – Il processo di programmazione aziendale.....	46
Art. 29 – Gestione delle risorse economiche e finanziarie.....	49
Art. 30 – Strumenti e opzioni gestionali	50
Art. 31 – Risorse umane: valorizzazione, qualificazione e formazione permanente	50
Art. 32 – Risorse materiali e tecnologiche: disciplina dei contratti di fornitura e di servizi.....	51
Art. 33 – Protezione dei dati personali.....	51
Art. 34 – Sicurezza e salute nei luoghi di lavoro	52
Art. 35 – Informazione, accoglienza, tutela e partecipazione dei cittadini	52
Art. 36 – Il miglioramento continuo dell’assistenza e della ricerca.....	53
Art. 37 – Attività di controllo	53
Art. 38 – Vigilanza.....	54
TITOLO VII – NORMA FINALE E RINVIO	54
Art. 39 – Norma programmatica.....	54
Art. 40 – Norma finale e rinvio.....	54
Art. 41 – Allegati	54
Allegato 1: Organigramma dell’Istituto.....	55
Allegato 2: Dotazione Organica.....	67

PREMESSA

L'Atto Aziendale di diritto privato dell'Istituto Oncologico Veneto - Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), di seguito indicato come "Istituto" o "IOV", 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. Tale documento, inoltre, disciplina i livelli di competenza, responsabilità e coordinamento delle attività di governo e gestione dell'Istituto, caratterizzando le funzioni di indirizzo strategico e di gestione operativa, che concorrono nello sviluppare e coniugare l'attività di ricerca e quella di assistenza.

TITOLO I – ELEMENTI IDENTIFICATIVI E CARATTERIZZANTI DELL'ISTITUTO

Art. 1 – Assetto istituzionale

Costituzione e denominazione

Il Ministero della Salute, con Decreto del 18 marzo 2005, adottato d'intesa con il Presidente della Regione del Veneto, già riconosceva il carattere scientifico ai sensi dell'art.13 del Decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288 dell'Istituto Oncologico Veneto, sorto come Consorzio tra Aziende del Servizio Sanitario Regionale con attività esterna, con atto pubblico costitutivo del 19 luglio 2004 e riconosciuto dalla Regione del Veneto con deliberazione della Giunta regionale n. 2475 del 6 agosto 2004, per la disciplina di oncologia.

Con Legge regionale del 22 dicembre 2005, n. 26, l'Istituto Oncologico Veneto veniva istituito quale Ente del Servizio Sanitario Regionale, a rilevanza nazionale, dotato di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia amministrativa, tecnica, patrimoniale e contabile, identificato con C.F./P.I. 04074560287.

L'Istituto, 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 diagnosi e cura di alta complessità e specialità, sia attraverso percorsi ambulatoriali che di ricovero.

La ricerca scientifica integrata all'assistenza è la caratteristica precipua dell'Istituto, la quale lo differenzia in maniera sostanziale dalle Aziende del Sistema Sanitario Regionale prive della qualifica di Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, rispetto alle quali evidenzia modalità operative, complessità organizzative e fabbisogni di risorse umane e materiali affatto specifici.

L'Istituto, oltre ad essere soggetto al sistema dei controlli della Regione del Veneto, è sottoposto, da parte del Ministero della Salute, a verifica periodica per la conferma del riconoscimento del carattere scientifico e a verifica annuale dei prodotti della ricerca scientifica, alla quale è legata l'erogazione del finanziamento per le attività di Ricerca Corrente.

Il Ministero della Salute ha confermato, da ultimo, il carattere scientifico dell'Istituto nella disciplina di oncologia con Decreto del 2 aprile 2020.

La Regione del Veneto ha individuato l'Istituto quale "Hub di riferimento regionale per quanto riguarda la patologia oncologica", come ribadito anche nel Piano Socio Sanitario Regionale 2019-2023 approvato con Legge regionale del 28 dicembre 2018, n. 48.

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 redatto secondo le linee guida di cui alla DGR n. 1306 del 16 agosto 2017 e dalla normativa nazionale di riferimento, in particolare il Decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288 e s.m.i. e il Decreto legislativo 23 dicembre 2022, n. 200 di riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico.

Sede legale, sedi operative, sito e logo

La sede legale dell'Istituto è stabilita in Via Gattamelata, 64 – 35128 Padova

Le sedi operative che erogano attività di assistenza e ricerca dell'Istituto, in relazione alle funzioni previste dalla programmazione regionale, sono le seguenti:

- sede operativa di Padova, Ospedale Busonera, via Erasmo Gattamelata n. 64;
- sede operativa di Padova, Palazzina Radioterapia, via Nicolò Giustiniani n. 2;
- sede operativa di Padova, Torre della Ricerca, Corso Stati Uniti n. 4;
- sede operativa di Castelfranco Veneto (TV), Ospedale San Giacomo Apostolo, Via dei Carpani 16/Z;
- sede operativa di Monselice (PD), Ospedali Riuniti Padova Sud, Via Albere n. 30;

- sede operativa di Venezia, Ospedale Ss Giovanni e Paolo, Castello 6777.

La sede operativa della Direzione Scientifica e della Direzione Amministrativa e delle strutture di supporto è ubicata in Padova, Piazza Salvemini, 13.

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

Il logo dell'Istituto è il seguente:



Art. 2 – Patrimonio

Il patrimonio dell'Istituto, fermo restando quanto previsto dall'art. 7 del Decreto legislativo 16 ottobre 2003 n. 288 e s.m.i., 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 indisponibile 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 Nicolò 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 della 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 del 16 luglio 2019 n. 26, 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.

È fatto divieto di utilizzare i finanziamenti ricevuti per attività di ricerca ad altri fini.

Art. 3 – Missione, valori, visione e finalità

Missione

La missione dell'Istituto consiste nella prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dei tumori, perseguendo in questi campi l'eccellenza attraverso lo sviluppo della ricerca oncologica di base, traslazionale e clinica ed 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 e multiprofessionale alla

patologia, secondo un approccio orientato alla centralità del paziente, seguendo logiche e metodologie fondate sui Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali, in un'ottica di presa in carico globale dell'utente, dando realizzazione al ruolo assegnato di centro di riferimento quale *Hub* per la rete delle Oncologie del Veneto.

Valori

L'Istituto, 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 dalla Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27 gennaio 1994.

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.

L'Istituto Oncologico Veneto, nell'esercizio della propria attività, si attiene ai principi e ai valori di riferimento definiti dalla legge istitutiva e alla propria mission istituzionale.

In particolare i propri valori si fondano su:

- eguaglianza dei diritti degli utenti: ogni utente dell'Istituto ha il diritto di ricevere l'assistenza e le cure mediche più appropriate, senza discriminazione di età, sesso, razza, nazionalità, lingua, religione, opinioni politiche e condizione sociale;
- trasparenza e garanzia della qualità: l'Istituto si impegna ad orientare la propria azione nel rispetto della trasparenza, in particolare nella gestione delle liste d'attesa, nelle modalità di erogazione dei servizi, nella esplicitazione chiara degli obiettivi, nella pubblicizzazione dei risultati ottenuti circa l'efficacia e l'efficienza dei servizi erogati, nella costruzione di un sistema qualità aziendale;
- imparzialità: i comportamenti degli operatori verso gli utenti devono essere ispirati a criteri di obiettività, giustizia ed imparzialità;
- continuità della presa in carico: l'Istituto garantisce la presa in carico e la continuità delle cure a tutti i malati. L'Istituto, attraverso accordi con le Aziende ULSS territoriali, promuove la definizione di percorsi condivisi, atti a garantire una continuità della presa in carico dei pazienti, anche nelle fasi avanzate o terminali della malattia;
- diritto di scelta degli utenti: secondo quanto stabilito dalle normative vigenti, l'utente ha il diritto di scegliere il soggetto o la struttura sanitaria che ritiene possa meglio rispondere alle proprie esigenze;
- efficienza ed efficacia delle prestazioni erogate: ogni operatore lavora per il raggiungimento dell'obiettivo primario che è la promozione della salute del cittadino, in modo da produrre, con le conoscenze tecnico-scientifiche più aggiornate, le migliori condizioni di benessere possibili; il raggiungimento di tale obiettivo implica il coinvolgimento e la crescita professionale degli operatori, nonché l'attivazione di percorsi e procedure in grado di garantire l'utilizzo ottimale delle risorse umane e finanziarie disponibili;
- partecipazione dell'utente: è garantita all'utente la partecipazione attiva attraverso un'informazione corretta, chiara e completa e la possibilità di esprimere la propria valutazione della qualità delle prestazioni erogate e di inoltrare reclami o suggerimenti per il miglioramento del servizio;
- collaborazione con le associazioni di volontariato e con gli altri stakeholder: è promossa la collaborazione con associazioni di volontariato e di tutela dei diritti del malato e con tutti gli altri portatori di interessi.

Visione

L'Istituto si distingue per un approccio alle malattie neoplastiche caratterizzato dall'integrazione tra prevenzione primaria e secondaria, cura e ricerca. L'Istituto 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 dell'Istituto.

In virtù della sua vocazione all'innovazione, l'Istituto 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 16 ottobre 2003, n. 288 e s.m.i. e dal Decreto legislativo 23 dicembre 2022, n. 200, 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 sinergicamente;
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. sviluppare, in adesione alla rete nazionale degli IRCCS oncologici, criteri condivisi per la scelta, l'utilizzo e la valutazione di programmi di Valutazione Esterna della Qualità degli Istituti Oncologici Integrati;
4. promuovere l'inserimento dell'Istituto nelle attività internazionali;
5. 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;
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, valorizzando l'approccio multiprofessionale e multidisciplinare, tenendo anche conto delle variazioni demografiche;
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, per il 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 l'Istituto sono i seguenti:

1. aderenza ai principi internazionali di "good clinical practice" e "good research practice";
2. setting multidisciplinare comprendente ricercatori clinici e biomedici concentrato sul problema clinico posto dal paziente;
3. salvaguardia della centralità della persona e dell'umanizzazione delle cure che comprende la valutazione di tutti i bisogni fisici, psicologici, intellettuali e spirituali;
4. appropriatezza della pratica professionale e clinica guidata dalle più aggiornate tecniche e procedure per le quali si disponga di provata evidenza;
5. riduzione della distanza tra laboratorio e letto del paziente con lo sviluppo di progetti condivisi tra ricercatori biomedici e clinici;
6. sostegno della sperimentazione clinica indipendente;
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;
10. adesione a programmi di accreditamento e certificazione volontari regionali, nazionali e internazionali, perseguendo, attraverso un approccio sinergico, il fine del miglioramento continuo della pratica clinica e della ricerca applicata.

Acclarato che non c'è buona assistenza senza buona ricerca e non c'è buona ricerca senza buona assistenza, la filosofia dell'Istituto 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. In quest'ottica di integrazione si colloca anche lo sviluppo di collegamenti funzionali tra numerosi servizi di ambito sanitario ed amministrativo e la Direzione Scientifica.

Art. 5 – Rapporti con Università

L'Istituto persegue politiche di collaborazione con le Università che sono finalizzate allo sviluppo di programmi didattici, assistenziali, di ricerca biomedica e sanitaria in campo oncologico e di alta formazione. L'Università degli Studi di Padova concorre al raggiungimento dei fini istituzionali dell'Istituto attraverso specifica convenzione la quale disciplina le strutture a direzione universitaria individuate nell'atto d'intesa tra il Presidente della Giunta Regionale e il Rettore dell'Università.

L'Istituto può avvalersi di personale universitario in convenzione ai sensi del Decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 e s.m.i.. 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, le forme di integrazione delle attività assistenziali e di ricerca con le funzioni di didattica. L'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 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 collabora anche con le Università in tema di formazione e di specializzazione degli operatori sanitari e di condivisione di progetti di ricerca.

Art. 6 – Attività

L'Istituto svolge la propria attività sulla base di programmi annuali e pluriennali che pianificano l'attività di ricerca e di assistenza, secondo un principio di stretto collegamento tra di esse. In particolare, l'Istituto programma attività di ricerca coerentemente con il programma di ricerca sanitaria di cui all'art. 12-bis del Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e s.m.i., e con gli atti di programmazione regionale in materia, privilegiando i progetti eseguibili in rete e quelli sui quali possono aggregarsi più enti, anche al fine di evitare duplicazioni di attività e dispersione dei finanziamenti.

I volumi e le tipologie dell'attività assistenziale sono definiti mediante appositi accordi con la Regione da stipularsi secondo le norme nazionali e regionali vigenti, tenendo conto delle peculiarità delle attività svolte dall'Istituto. Detti accordi costituiscono riferimento per l'attività di indirizzo e programmazione del Consiglio di indirizzo e verifica.

L'Istituto svolge le attività strumentali di cui all'art. 9 del Decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288 e s.m.i. sulla base di programmi annuali e pluriennali predisposti dal Direttore Generale, o dal Direttore Scientifico per quanto di competenza, e approvati dal Consiglio di Indirizzo e Verifica e ne destina i relativi proventi in via prioritaria al finanziamento delle attività di ricerca e alla qualificazione del personale. L'attività di ricerca è definita, indirizzata e coordinata dal Direttore Scientifico, in coerenza con gli indirizzi strategici indicati dal Consiglio di Indirizzo e Verifica e con gli obiettivi programmatici dell'Istituto. La valutazione dell'attività di ricerca in Istituto è coerente con i criteri stabiliti dalla Direzione della Ricerca Scientifica del Ministero della Salute. L'attività di ricerca clinico-scientifica costituisce componente essenziale dell'attività di tutte le strutture, così come di tutti i professionisti dell'Istituto. Di conseguenza, la valutazione della migliore organizzazione strutturale dell'Istituto, così come la valutazione in sede di acquisizione di nuove professionalità e di valutazione periodica dell'attività dei singoli dirigenti, deve tener conto del contributo attuale e potenziale all'attività scientifica.

Art. 6.1 – Attività direttamente correlate al paziente

Ricoveri Ospedalieri

La dotazione dei posti letto ospedalieri dell'Istituto è fissata dalla programmazione regionale, in coerenza con quanto previsto dal Decreto ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 e secondo il modello di rete "Hub and Spoke", in cui l'Istituto Oncologico Veneto è individuato come Hub di riferimento regionale per quanto riguarda la patologia oncologica. L'attività di ricovero si attua attraverso ricoveri ordinari e diurni, perseguendo

l'inserimento dei pazienti nel setting di degenza più appropriato rispetto alla complessità del caso, secondo la normativa vigente. In quest'ottica rientra, in linea con le indicazioni regionali, lo sviluppo dei ricoveri brevi di Day Surgery e Day Hospital così come della Week Surgery. L'Istituto pone tra i propri obiettivi lo sviluppo di un'efficiente gestione delle liste di attesa, della fase preoperatoria, dell'occupazione dei posti letto, dell'utilizzo delle sale operatorie.

Day Service ed attività ambulatoriale

L'Istituto persegue, in particolare per l'Area Medica, lo sviluppo del "Day Service" come modalità organizzativa routinaria, per garantire un'offerta di prestazioni integrate e concentrate nel tempo di erogazione, con minor impegno e disagio possibili per l'utente, al fine di offrire la miglior risposta assistenziale e terapeutica al paziente oncologico.

Per quanto riguarda l'attività ambulatoriale, l'Istituto Oncologico Veneto, sviluppa i percorsi ambulatoriali di diagnosi e trattamento secondo il principio della presa in carico del paziente, per la cui realizzazione un ruolo fondamentale è svolto dalle figure dei Case Manager, preposti alla gestione dei singoli pazienti inseriti nei diversi percorsi di patologia. Per favorire l'accessibilità dell'utenza inoltre, l'offerta di molte prestazioni è programmata ed organizzata su più di una sede di erogazione dell'Istituto.

Attività di ricerca

Le attività di ricerca sono parte integrante della missione dell'Istituto 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. Lo IOV si occupa della ricerca sul cancro in tutti i suoi ambiti: ricerca di base e preclinica, ricerca traslazionale, sperimentazione clinica e analisi dei "Real World Data". Il governo dell'attività di ricerca scientifica dell'Istituto, è attuato dal Direttore Scientifico, coadiuvato dalla UOSD Sviluppo e coordinamento della Ricerca Sanitaria, tramite i Responsabili delle linee di ricerca, i *Principal Investigator* dei progetti ed i ricercatori sanitari.

Per quanto riguarda la sperimentazione clinica, 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 viene preventivamente sottoposto alle valutazioni del Comitato Etico Territoriale (D.M. 30 gennaio 2023). L'attività di sperimentazione clinica (sponsorizzata e spontanea), di sperimentazione clinica multicentrica, e degli studi osservazionali eseguiti presso le strutture e laboratori dell'Istituto, è disciplinata da apposito regolamento organizzativo aziendale disciplinante la materia.

La UOSD Unità Ricerca Clinica supporta la Direzione Scientifica nel coordinamento delle attività di supporto alla ricerca clinica dello IOV. Presso l'Istituto si svolgono studi di ogni fase della ricerca clinica: studi di sicurezza clinica (fase I), di efficacia (Fase II), multicentrici (Fase III) e post-marketing (Fase IV). In applicazione della Determina AIFA 15 giugno 2015 n. 809/2015, è costituito il Centro sperimentazioni di Fase I quale articolazione funzionale cui compete 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.

Programma trapianti Cellule Staminali Emopoietiche

Presso l'Istituto è autorizzato e attivo il Programma Trapianti di Cellule Staminali Emopoietiche (CSE), tecnica utilizzata prevalentemente nel trattamento delle neoplasie ematologiche.

Il Programma Trapianto (PT) dipende dall'azione coordinata di 4 unità rappresentate da:

1. Unità clinica;
2. Unità di raccolta di CSE da sangue periferico (PB- Peripheral Blood);
3. Unità di raccolta di CSE da sangue midollare (BM-Bone Marrow);
4. Unità di Processazione.

Il PT prevede una funzione di Direzione del Programma (DPT) con il compito di coordinare le attività delle 4 Unità, che vi afferiscono.

Nell'ambito del Programma: l'Unità clinica è responsabile dell'impiego terapeutico delle CSE a fini trapiantologici; l'Unità di raccolta di CSE da sangue periferico (PB) afferisce ai Servizi trasfusionali, definiti dall'art. 2, comma 1, lettera e) del Decreto legislativo 20 dicembre 2007, n. 261 e autorizzati e accreditati dalle Regioni e Province autonome ai sensi degli articoli 4 e 5 del medesimo decreto; l'Unità di raccolta di CSE da sangue midollare (BM) è l'unità afferente all'Unità Clinica che svolge l'attività di raccolta delle CSE da sangue del midollo osseo; ed infine l'Unità di Processazione è l'istituto dei tessuti, così come definito dall'art. 3, comma 1, lettera q), del Decreto legislativo n. 191/2007, cioè "una banca dei tessuti, come prevista dalla Legge

1° aprile 1999, n. 91, o una unità di un ospedale pubblico, o un settore di un servizio trasfusionale come previsto dal Decreto legislativo 19 agosto 2005, n. 191, o una struttura sanitaria senza fini di lucro”, in cui si effettuano attività di lavorazione, conservazione, stoccaggio o distribuzione di tessuti e cellule umani.

Per quanto attiene le Unità non presenti presso l’Istituto, le attività sono assicurate attraverso apposite e specifiche convenzioni e erogate secondo precise procedure operative.

Art. 6.2 – Attività non direttamente correlate al paziente

Attività di ricerca di base e preclinica

La ricerca preclinica si avvale di laboratori attrezzati e di uno stabulario per la sperimentazione animale che mettono a disposizione tecnologie all’avanguardia, comprese piattaforme "high-throughput", distribuite in diverse sedi, ma strettamente integrate e connesse per favorire la crescita e la produzione scientifica, il rinnovamento tecnologico e la piena integrazione con gli studi clinici e la preparazione dei campioni biologici per la Biobanca.

Tra le attività svolte a supporto della ricerca medico-scientifica, rientra la “Biobanca”, che fornisce ai ricercatori dell’istituto o di altri Istituti di ricerca, campioni biologici di elevata qualità ed accuratamente annotati, necessari allo svolgimento di ricerche mirate a migliorare la caratterizzazione dei diversi tipi di neoplasie, identificare nuovi fattori prognostici correlati con lo sviluppo e disseminazione metastatica dei tumori e mettere a punto nuove tecnologie che permettano l’impiego di una terapia personalizzata.

Art. 6.3 – Attività di supporto

Farmaceutica e Dispositivi

Il governo dell’area farmaceutica viene garantito attraverso l’utilizzo appropriato e sicuro di farmaci convenzionali e sperimentali, dispositivi medici, diagnostici in vivo e in vitro, soluzioni infusionali, materiale per dialisi, materiale protesico, vaccini, prodotti nutrizionali, disinfettanti, radiofarmaci, stupefacenti, gas medicali, mezzi di contrasto ed emoderivati.

Nell’ambito delle attività previste per questa area, viene garantita la produzione delle terapie antitumorali infusionali a dose personalizzata, nel rispetto degli standard nazionali e internazionali previsti dalle Norme di Buona Preparazione e dalle *Good Manufacturing Practices*. L’attività di produzione viene erogata in regime istituzionale e in sovraziendalità, rispondendo ai fabbisogni delle unità operative di afferenza diretta e di strutture convenzionate. L’Unità Farmaci Antitumorali prevede anche l’allestimento di formulazioni galeniche orali magistrali, a dosaggi non reperibili in commercio.

È previsto un servizio di consegna diretta dei farmaci prescritti dagli specialisti dell’Istituto, destinati ai pazienti in dimissione da visita ambulatoriale o da ricovero; nell’ambito di questa attività è previsto un ambulatorio di counselling che garantisce la *patient education* attraverso una informazione strutturata al paziente, per favorirne l’empowerment, rendendo il paziente più consapevole e responsabile del suo processo di cura, migliorando l’aderenza terapeutica e gli esiti.

La governance farmaceutica viene garantita anche attraverso l’erogazione alle unità operative del materiale farmaceutico, in rispondenza ai fabbisogni mappati e attraverso la valutazione dell’appropriatezza prescrittiva delle richieste.

Il governo della spesa farmaceutica viene garantito dall’attività delle commissioni terapeutiche farmaci e dispositivi medici, dal monitoraggio continuo dei consumi, dalla corretta tenuta dei registri di patologia, dal monitoraggio dei livelli di aderenza alle raccomandazioni regionali sui farmaci innovativi, dal rispetto delle note AIFA, dal recepimento gare, dal ricorso a farmaci biosimilari e generici e dall’attenzione continua ai fattori di risparmio, unica garanzia per il rispetto dei limiti di costo stabiliti dalla Regione.

Le attività di vigilanza sono garantite attraverso:

- la vigilanza degli armadi farmaceutici delle unità operative tramite ispezioni della corretta conservazione e gestione del farmaco con particolare riferimento ai farmaci stupefacenti e ad alto costo;
- la farmacovigilanza, finalizzata al controllo delle reazioni avverse, riduzione delle interazioni farmacologiche, miglioramento dell’aderenza e degli *outcomes*;
- la dispositivo vigilanza, secondo le indicazioni ministeriali e regionali, finalizzata ad un utilizzo sicuro e appropriato dei dispositivi medici.

Di fondamentale importanza l’informazione indipendente sul farmaco e sui dispositivi medici di nuova introduzione, secondo criteri basati sull’*Health Technology Assessment*, garantita come consulenza agli

operatori sanitari attraverso l'utilizzo di banche dati internazionali, riviste indipendenti e linee guida delle società scientifiche internazionali, che si basano su metodologie di *Evidence Based Medicine* (EBM).

L'introduzione all'utilizzo di nuovi farmaci e nuove tecnologie viene gestita attraverso la metodologia GRADE (*Grades of Recommendation, Assessment, Development and Evaluation*) ed integrata dall'analisi BIA (Budget Impact Analysis), finalizzate ad un monitoraggio dell'impatto di spesa.

E' parte integrante anche l'attività di ricerca clinica traslazionale sia nell'ambito dei farmaci sia nell'ambito dei dispositivi medici, attraverso contributi diretti del personale afferente in qualità di sperimentatore principale o di co-sperimentatore oppure come supporto ai *Principal Investigator* nella gestione del campione sperimentale in tutte le sue fasi.

L'Istituto inoltre ha attive collaborazioni continuative con Università ed Enti Scientifici per lo svolgimento di seminari, lo svolgimento di tirocini pre e post laurea, tirocini di specializzazione della Scuola di Specialità di Farmacia Ospedaliera dell'Università degli Studi di Padova e di Scuole di Specializzazione delle più rinomate Università del territorio italiano.

Attività di gestione ambientale

Presso l'Istituto è attivo il servizio di gestione dei rifiuti (SGR), siano essi urbani che speciali, afferente al Direttore Sanitario. L'articolazione organizzativa e gestionale delle attività di gestione ambientale è disciplinata da apposito regolamento adottato dal Direttore Generale.

Ospedale libero dal fumo

L'Istituto si impegna a sostenere la propria politica aziendale per la realizzazione di ambienti sanitari liberi dal fumo, aggiornando il regolamento applicativo della normativa vigente sul divieto di fumo nelle strutture aziendali e prevedendo un Gruppo di Coordinamento, che fa capo alla UOC Direzione Medica Ospedaliera, composto dal Responsabile della UOSD Psicologia Ospedaliera, dal Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione, dal Risk Manager e dal Responsabile della UOSD Professioni Sanitarie Ospedaliere, cui affidare il compito di definire e coordinare le azioni di formazione e sensibilizzazione rivolte ai dipendenti per la promozione di uno stile di vita libero dal fumo.

Attività Amministrative

Attraverso le unità di area amministrativa, l'Istituto assicura il reperimento e la gestione generale di tutti i fattori produttivi utilizzati e necessari per erogare le attività correlate direttamente o meno ai pazienti, le attività di ricerca e di supporto.

Art. 7 – L'Istituto all'interno della rete dell'assistenza oncologica nella Regione del Veneto

Con DGR n. 2067 del 19 novembre 2013, recentemente aggiornata dalla DGR n. 1711 del 30 dicembre 2022, la Regione del Veneto si è dotata di un sistema di rete per l'assistenza oncologica, basato sul modello delle reti *Hub & Spoke*, con l'obiettivo di favorire l'applicazione delle linee guida, lo sviluppo ed il monitoraggio di PDTA, il miglioramento delle relazioni tra le strutture della rete sanitaria, la facilitazione del trasferimento dei risultati della ricerca alle attività assistenziali, la promozione della formazione e della condivisione di strumenti e pratiche di eccellenza.

La Regione del Veneto ha previsto un'organizzazione della rete per livelli:

- Coordinamento Regionale delle Attività Oncologiche (CRAO) afferente alla Direzione Programmazione Sanitaria della Regione del Veneto;
- Livello di Coordinamento centrale;
- Poli oncologici di riferimento;
- Dipartimenti di Oncologia Clinica;
- Gruppi Oncologici Multidisciplinari (GOM).

Il modello generale per livelli è stato riconfermato con la DGR n. 1711 del 30.12.2022 "Istituzione del Coordinamento Regionale per le attività oncologiche – CRAO" che modifica l'assetto del livello di coordinamento centrale istituendo il CRAO afferente alla Direzione Programmazione Sanitaria della Regione del Veneto, il cui Responsabile tecnico-scientifico si avvale di un "*Advisory Board*".

Nel modello viene confermato il ruolo dell'Istituto per il supporto logistico al CRAO, ed il supporto operativo al perseguimento degli obiettivi assegnatigli.

All'interno della rete regionale oncologica, l'Istituto Oncologico Veneto:

- è identificato dalla programmazione regionale quale *Hub* di riferimento per quanto riguarda la patologia oncologica;

- costituisce con il Dipartimento Oncologico Funzionale Interaziendale di Padova, assieme all’Azienda Ospedale-Università Padova e all’Azienda ULSS n. 6 Euganea, uno dei cinque poli oncologici di riferimento all’interno della rete delle attività oncologiche in Veneto.

L’Istituto svolge il proprio ruolo di Hub anche attraverso accordi operativi di collaborazione con le strutture e le Aziende ULSS territoriali della Regione, al fine di sviluppare e assicurare percorsi omogenei di presa in carico ai pazienti affetti da patologie oncologiche complesse residenti nei territori di tali Aziende e nell’ottica di condividere l’expertise degli specialisti dell’Istituto con quelli operanti a livello locale, anche attraverso la partecipazione di questi ultimi ai GOM-IOV così come ai momenti di formazione con il coinvolgimento anche dei Medici di Medicina Generale (MMG) del territorio di riferimento, in attuazione di quanto disposto dalla DGR n. 614 del 14 maggio 2019 e dalla DGR n. 709 del 14 giugno 2022.

L’Istituto risulta sede di centri di riferimento regionale:

- Centro per il melanoma e sarcoma dei tessuti molli (DGR n. 2707 del 29 dicembre 2014);
- Centro per la chirurgia delle malattie dell’esofago (DGR n. 2707 del 29 dicembre 2014);
- Laboratorio centralizzato di riferimento per le provincie di Padova e Rovigo per lo screening cervicale con test HPV (DGR n. 772 del 27 maggio 2014);
- Centro Hub di riferimento per il test genetico germinale e la consulenza oncogenetica (DGR n. 1852 del 06 dicembre 2019);
- Centro per i biomarcatori diagnostici, prognostici e predittivi (CRIBT) (DGR n. 190 del 28 febbraio 2022).

Con la Circolare del Ministero Salute n. 28346 del 16/05/2019, integrata dalla circolare n. 42050 del 14/06/2019, l’Istituto Oncologico Veneto IRCCS è stato individuato quale centro di riferimento per la conferma diagnostica del Linfoma Anaplastico a Grandi Cellule (ALCL) e per la gestione clinica del paziente con diagnosi di Linfoma Anaplastico a Grandi Cellule associato a Protesi Mammaria (BIA-ALCL).

Art. 8 – Adesione a programmi di accreditamento, certificazione e partecipazione a reti nazionali e internazionali

L’Istituto fin dalla sua istituzione si è dotato di numerose certificazioni/accreditamenti per garantire idonei strumenti di governo, controllo e monitoraggio nell’ottica del miglioramento continuo, valore intrinseco nella natura di soggetto che è chiamato a coniugare assistenza e ricerca.

Oltre ai percorsi di autorizzazione all’esercizio e accreditamento istituzionale disciplinati a livello regionale e il percorso di riconoscimento di Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico a livello nazionale, che riconoscono all’Istituto elevati standard qualitativi, dal 2004 il Sistema di gestione per la qualità dell’Istituto è certificato ISO 9001 per l’erogazione di prestazioni di diagnosi e cura in regime ambulatoriale e in regime di ricovero ordinario, Day Hospital e Day Surgery in Area Medica, Chirurgica e di Terapia Intensiva e nelle Aree dei Servizi in ambito oncologico. Tale certificazione si estende anche alla progettazione e gestione della ricerca clinica spontanea e alla progettazione ed erogazione di eventi formativi in ambito sanitario e sarà oggetto di ulteriori future implementazioni portando nel prossimo futuro ad essere ricomprese tutte le attività e processi sia legati all’assistenza, sia alla ricerca e sia per quanto attengono le funzioni di supporto.

Dal 2015 l’Istituto Oncologico Veneto ha ottenuto l’accreditamento della *Organisation of European Cancer Institutes* (OECI) – la rete che raggruppa i più importanti centri di ricerca e cura dei tumori del continente – con la qualifica di “*Comprehensive Cancer Center*”.

L’Istituto è altresì accreditato dalla Società Europea di Oncologia Medica (ESMO) come “Centro di integrazione tra le terapie oncologiche e le cure palliative (cure simultanee)” e ha avviato il percorso per l’accreditamento JACIE rilasciato dal Joint Accreditation Committee ISCT-Europe & EBMT (JACIE), unico organismo di accreditamento ufficiale in Europa nel campo del trapianto di cellule staminali emopoietiche e della terapia cellulare.

L’Istituto aderisce, quale membro, alla Rete europea per i tumori rari dell’adulto EURACAN (*European Network for Rare Adult Solid Cancer*), per le neoplasie con origine dal tessuto connettivo (sarcomi delle parti molli), dal testicolo e dall’encefalo. Il riconoscimento quale “centro esperto” deriva dal possesso dei requisiti relativi al numero di pazienti presi in carico, alla presenza di Gruppi Oncologici Multidisciplinari (GOM) di cura, alla disponibilità di trattamenti oncologici innovativi e alla produzione scientifica annuale.

La presenza di numerose certificazioni/accreditamenti impone una convergenza del Sistema di Gestione Qualità dell’Istituto verso un modello anche organizzativo integrato tra questi diversi modelli, consolidando gli ambiti comuni e differenziando le specificità.

L’Istituto 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.

L'Istituto 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 e obiettivi in linea con i propri e che possono determinare significative ricadute positive sulla qualità dell'assistenza fornita e della ricerca svolta.

L'Istituto è membro di Alleanza Contro il Cancro (ACC), organizzazione italiana di ricerca oncologica clinica e traslazionale.

L'Istituto aderisce a:

- APRE – Agenzia per la Promozione della Ricerca Europea, che ha quale obiettivo sostenere e agevolare la partecipazione italiana ai Programmi per il finanziamento di ricerca e innovazione (R&I) dell'Unione europea, attraverso servizi di informazione, formazione e assistenza;
- MELODI - *Multidisciplinary European Low Dose Initiative*, piattaforma europea dedicata alla ricerca sul rischio da radiazioni a bassa dose, EURADOS - *European Radiation Dosimetry Group*, network che coinvolge 80 istituzioni europee e oltre 600 scienziati;
- EARMA - *European Association of Research Managers and Administrators*, comunità di manager e amministratori nell'ambito della ricerca in Europa;
- A_IATRIS - *Italian Advanced Translational Research Association*, associazione no profit fondata nel 2015, coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) quale rete di istituzioni nazionali deputata al coordinamento di tutti i servizi relativi alla medicina traslazionale e nodo italiano dell'infrastruttura europea EATRIS-ERIC.

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.

Tutti i componenti degli Organi dell'Istituto sono in possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente, in particolare dei requisiti di cui all'art. 6, comma 1-bis, del Decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288 e s.m.i., e assicurano l'assenza di incompatibilità e di conflitto di interesse.

Art. 9 – 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 del 22 dicembre 2005, n. 26 e del Decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288 e s.m.i..

L'incarico di Direttore Generale, ai sensi della normativa vigente, è conferito dal Presidente della Giunta Regionale con proprio decreto, ed 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 Deliberazione della Giunta Regionale.

Il Direttore Generale esercita tutti i poteri di gestione complessiva dell'Istituto, coadiuvato dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo, ed in stretta sinergia con il Direttore Scientifico, con il quale si rapporta, in particolare, per quanto riguarda la ricerca e gli atti programmatici e gestionali ad essa collegati. In particolare tale sinergia è volta a garantire il collegamento tra attività assistenziale ed attività di ricerca, assicurando anche il raggiungimento di obiettivi funzionali alla realizzazione delle linee di ricerca pianificate. Il Direttore Generale ha fra i suoi attuali obiettivi quello di garantire il raccordo tra l'attività assistenziale e di formazione con l'attività di ricerca, essendone responsabile.

L'azione di gestione complessiva del Direttore Generale si esplica mediante l'adozione di atti nella forma di deliberazioni, acquisiti preventivamente i pareri dei Direttori di Area e del Direttore Scientifico.

Il Direttore Generale orienta la sua azione 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 del 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.

La Regione attribuisce al Direttore Generale, all'atto della nomina, ulteriori specifici obiettivi funzionali al raccordo tra attività di assistenza e quella di ricerca, nonché alla realizzazione del piano triennale delle linee di ricerca definito per l'Istituto e approvato dal Ministero della Salute.

Al Direttore Generale competono le funzioni di programmazione e controllo dell'Istituto, esercitate anche attraverso l'adozione di regolamenti interni per l'organizzazione, la gestione ed il funzionamento dell'Istituto, oltre all'adozione dei documenti fondamentali per la gestione del Ciclo della Performance.

Spettano, in particolare, al Direttore Generale:

- tutti i poteri di governo e gestione dell'Istituto;
- la presa d'atto della nomina del Direttore Scientifico;
- la nomina del Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario, e loro eventuale revoca con provvedimento motivato;
- la nomina del Collegio Sindacale, del Collegio di Direzione, dell'Organismo Indipendente di Valutazione, del Consiglio dei Sanitari, del Collegio Tecnico per la verifica del personale dirigenziale.

In caso di assenza o impedimento del Direttore Generale le relative funzioni sono svolte temporaneamente da un Direttore della Direzione Generale di cui all'art. 14 del presente Atto Aziendale nominato con delibera di delega dello stesso Direttore Generale.

Le funzioni di governo e di gestione e facoltà di delega

L'organizzazione dell'Istituto 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.

Le norme di cui agli art. 4 e 14, comma 7, del Decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e s.m.i., 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.

Nello specifico, la responsabilità di gestione configura l'impegno diretto della dirigenza a conseguire risultati di "buona gestione e di buona amministrazione" e tali risultati devono essere prefigurati programmaticamente.

La funzione di "governo" spetta a colui che ricopre ruolo istituzionale di Direttore Generale, ai sensi del Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i., e assorbe la "responsabilità complessiva di gestione" nei termini sopra enunciati, e si articola nelle fasi del processo di pianificazione/programmazione/controllo: Fase progettuale, Fase di indirizzo e 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, è attività riservata esclusivamente al Direttore Generale.

Il Direttore Scientifico, Sanitario e Amministrativo concorrono, per quanto di rispettiva competenza, alle attività di governo e gestione dell'Istituto.

L'esercizio delle attività per la realizzazione degli obiettivi dell'Istituto programmati viene, di norma, delegato al Direttore della UOC Direzione Medica Ospedaliera, ai Direttori di Dipartimento, Direttori di Unità Operativa Complessa, Responsabili di Unità Operativa Semplice a valenza Dipartimentale, Responsabili di Unità Operativa Semplice e a Responsabili/Referenti di Unità di staff, in ottemperanza alla legislazione vigente.

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. 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'Istituto, per cui, in relazione alle esigenze che, in concreto, si propone di soddisfare, 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.

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'Istituto;

- 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);
- previsione della dichiarazione di “assenza di conflitti d'interessi” con i soggetti con cui si impegna a vario titolo l'Istituto;
- trasmissione alla Direzione Generale, al Collegio Sindacale, all'Ufficio Trasparenza e Anticorruzione e pubblicazione nell'albo on line dell'Istituto.

Il Direttore Generale nella sua veste di “organo di governo” dell'Istituto 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'Istituto, sempre che la rimozione dell'atto risponda al perseguimento di un interesse pubblico ed attuale.

Le funzioni di committenza e le funzioni di produzione

La funzione di committenza è prerogativa della programmazione nazionale, regionale e locale anche in relazione agli obiettivi programmatori e strategici stabiliti. L'Istituto concorre a dare risposte alla funzione di committenza ed alla domanda espressa dagli utenti attraverso la traduzione della richiesta in servizi prodotti dalle linee erogative dell'ospedale, il quale definisce le prestazioni necessarie ed appropriate per rispondere alla domanda espressa dall'utenza e agli obiettivi strategici assegnati all'Istituto.

La funzione di produzione, intesa come produzione di prestazioni e servizi, è di competenza delle Unità di Offerta riconducibili a Dipartimenti, Unità Operative, Funzioni. La funzione di produzione è improntata al rispetto dei principi costituzionali di imparzialità e buon andamento e ai principi di legalità, trasparenza, efficacia ed efficienza.

Per poter fornire adeguata risposta alla domanda dell'utenza, ma anche per poter pienamente realizzare gli obiettivi prefissati, l'Istituto, per quanto non erogabile dallo stesso, può acquisire prestazioni e servizi anche all'esterno presso soggetti sia pubblici che privati accreditati, nel rispetto della normativa vigente, in virtù di specifiche convenzioni o accordi.

Art. 10 – 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.

L'incarico del Direttore Scientifico comporta l'incompatibilità con qualsiasi altro rapporto di lavoro pubblico e privato, fatta salva l'attività di ricerca preclinica, clinica, traslazionale e di formazione, esercitata nell'interesse esclusivo dell'Istituto, senza ulteriore compenso.

L'incarico è pertanto compatibile con l'attività di formazione, ivi inclusa la titolarità di un corso quali ad esempio Corsi di Specializzazione e Corsi di laurea abilitanti triennali/Professioni Sanitarie o a ciclo unico/Medicina e Chirurgia-Odontoiatria.

Il Direttore Scientifico presiede il Comitato Tecnico Scientifico (CTS). Esprime il proprio parere al Direttore Generale ai fini dell'adozione di tutti gli atti deliberativi e comunque in maniera preventiva obbligatoria per quelli connessi alle attività cliniche e scientifiche, la definizione del piano triennale dei fabbisogni del personale, le assunzioni e le assegnazioni del personale medico e sanitario non medico.

L'Istituto infatti si avvale di personale dedicato alla ricerca, compreso quello del ruolo della Ricerca Sanitaria e delle attività di supporto alla Ricerca Sanitaria, di cui alla normativa di settore, nella misura almeno del 35% con contratto di lavoro subordinato a tempo determinato rispetto al totale complessivo del personale della ricerca.

In considerazione della conclusione dell'iter di approvazione del vigente piano triennale dei fabbisogni del personale, riferito al triennio 2023-2025, a decorrere dal successivo triennio, l'Istituto prevede una specifica sezione del sopracitato piano dedicato al personale della Ricerca Sanitaria con contratto di lavoro subordinato a tempo determinato e indeterminato, rappresentativa della consistenza della dotazione organica espressa in termini quantitativi e qualitativi necessari per lo sviluppo ed il mantenimento dell'attività di ricerca nonché il relativo valore economico finanziario. Il rispetto del predetto piano è subordinato all'ammontare dei finanziamenti e dei vincoli di cui alla normativa nazionale e regionale 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 designa 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, la cui misura non può essere inferiore ai conferimenti specificatamente destinati allo IOV, in virtù del suo status di Istituto di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico, compresi i finanziamenti per attività di ricerca.

Il Direttore Scientifico individua i responsabili delle linee di ricerca e dei singoli progetti di ricerca provvedendo altresì ad assegnare il relativo budget ed a monitorarne l'impiego ed i risultati anche attraverso le Unità specificatamente previste e in staff.

Il Direttore Scientifico, sulla base degli indirizzi del Consiglio di Indirizzo e Verifica, presenta annualmente il piano-programma della ricerca, in ragione del carattere scientifico dell'Istituto. Il Direttore Scientifico predispone atti di indirizzo per la selezione e l'impiego di personale, dipendente e non, per scopi correlati all'attività scientifica ed alla realizzazione di programmi o iniziative di ricerca, divulgazione scientifica e formazione.

Al fine di rendere possibile il raggiungimento degli obiettivi del Piano Strategico dell'Istituto, il Direttore Scientifico è supportato dalla struttura amministrativa aziendale mediante il personale appositamente dedicato al supporto alla ricerca nelle rispettive strutture amministrative di riferimento, unitamente alle UOSD direttamente gestite dallo stesso ed in staff alla Direzione Scientifica. Altresì è supportato dalla UOC Direzione Medica Ospedaliera, attraverso le unità afferenti, per gli aspetti operativi di competenza.

Art. 11 – 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'Istituto 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.

Al Consiglio partecipano, senza diritto di voto, il Direttore Generale, il Direttore Scientifico e il Collegio Sindacale e, su invito, il Direttore Sanitario, il Direttore Amministrativo e ogni altro dipendente che il Consiglio intenda invitare. Il Consiglio definisce un proprio regolamento di funzionamento tenendo in considerazione, comunque, quanto stabilito dallo schema tipo di regolamento di organizzazione e funzionamento degli IRCCS allegati all'Atto di Intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano.

Art. 12 – 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. I componenti del Collegio Sindacale sono scelti tra gli iscritti nel registro dei revisori contabili istituito presso il Ministero della Giustizia, ovvero fra i funzionari del Ministero dell'Economia e delle Finanze che abbiano esercitato per almeno tre anni le funzioni di revisori dei conti o di componenti di collegi sindacali.

Ai sensi della normativa vigente, il Collegio Sindacale:

- verifica l'amministrazione dell'Istituto sotto il profilo economico;
- vigila sull'osservanza della legge;
- accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili, ed effettua periodicamente verifiche di cassa.

Art. 13 – Collegio di Direzione

Il Direttore Generale, nell'espletamento delle funzioni di governo e di direzione strategica della gestione aziendale, si avvale del Collegio di Direzione che 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 Scientifico;
- il Direttore Amministrativo;
- il Direttore Sanitario;
- il Direttore della UOC Direzione Medica Ospedaliera;
- i Direttori dei Dipartimenti Strutturali Ospedalieri;
- il Responsabile della UOSD Professioni Sanitarie Ospedaliere;
- il Direttore della UOC Farmacia;
- il Responsabile della UOSD Sviluppo e coordinamento della Ricerca Sanitaria.

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 ha la responsabilità della messa a punto di un sistema consolidato di audit clinico, può definire un programma aziendale di gestione del rischio, ha facoltà di programmare attività di formazione continua, nonché promuovere attività di ricerca, di innovazione e di miglioramento continuo.

Provvede alle nomine di sua competenza dei componenti le commissioni di concorso o di selezione del personale, ai sensi della vigente normativa.

È 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 sua facoltà coinvolgere altri professionisti dell'Istituto in relazione alle specificità degli argomenti da trattare, in entrambi i casi senza diritto di voto.

Il funzionamento del Collegio di Direzione è disciplinato da apposito regolamento elaborato dal Collegio stesso e adottato dal Direttore Generale.

Qualora il Direttore Generale assuma decisioni non conformi rispetto al parere o alle proposte del Collegio di Direzione, formula adeguate motivazioni che trasmette al Collegio stesso.

TITOLO III – COMPONENTI LA DIREZIONE GENERALE E ORGANISMI COLLEGIALI

Art. 14 – Direzione Generale

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

- il Direttore Sanitario;
- il Direttore Amministrativo.

Ai sensi della normativa vigente, il Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo partecipano unitamente al

Direttore Generale, che ne ha responsabilità, e al Direttore Scientifico, alla direzione dell'Istituto, quali attori, 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, tramite il processo di budget, che li vede direttamente coinvolti e responsabili, tramite la declinazione degli obiettivi di budget e la loro negoziazione con i responsabili delle strutture dell'Istituto, il monitoraggio e l'eventuale revisione dei predetti budget e del budget generale. Parimenti il Direttore Scientifico partecipa al processo di budget articolando gli obiettivi alle diverse unità trattanti, al fine di perseguire i risultati programmati e collegati alla funzione propria.

Art. 14.1 – Direttore Sanitario

Il Direttore Sanitario è nominato dal Direttore Generale ai sensi dell'art. 3 del Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e risponde del raggiungimento degli obiettivi e della gestione delle risorse assegnate.

L'incarico 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, ai sensi del Decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288 e dell'Atto di intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 1° luglio 2004.

Il Direttore Sanitario partecipa al processo di pianificazione strategica finalizzato al raggiungimento degli obiettivi di salute, in un contesto di tenuta economica-finanziaria, esercitando le funzioni attribuite alla sua competenza e concorre, con la formulazione di proposte e pareri, al governo dell'Istituto. In particolare, a titolo esemplificativo e non esaustivo, sono di competenza del Direttore Sanitario:

- la medicina specialistica;
- la farmaceutica;
- la continuità Ospedale –Territorio e le dimissioni protette;
- il governo del rischio clinico;
- il controllo generale dell'attività assistenziale erogata circa l'appropriatezza prescrittiva ed erogativa così come il rispetto dei tempi di attesa, con azioni di verifica e monitoraggio espletate anche attraverso il Nucleo Aziendale di Controllo.

Il Direttore Sanitario:

- coadiuva il Direttore Generale nella definizione delle linee strategiche e delle politiche aziendali ed è il referente istituzionale dello stesso per quanto attiene la gestione sanitaria dell'Istituto, fornendo il parere obbligatorio di competenza sugli atti deliberativi;
- esercita l'alta direzione per l'ambito dell'area sanitaria dell'Istituto secondo l'articolazione del presente atto;
- esercita le altre funzioni delegate dal Direttore Generale esprimendo pareri per gli aspetti di competenza e, laddove previsto, per il conferimento degli incarichi di direzione, responsabilità o coordinamento relativi a strutture operative dei servizi sanitari;
- partecipa attivamente al processo del Ciclo della Performance, a partire dalla partecipazione alla definizione delle scelte programmatiche aziendali, alla declinazione degli obiettivi di budget per le articolazioni organizzative di competenza ed alla loro negoziazione con la collaborazione del Direttore Medico dell'Ospedale, supportato dai responsabili delle unità aziendali interessate, al monitoraggio ed all'eventuale revisione dei budget assegnati in coerenza con il budget generale; negozia il budget con i responsabili delle strutture tecnico-funzionali primarie a lui afferenti;
- propone le strategie e gli indirizzi operativi a livello aziendale per il governo della domanda e dell'offerta di prestazioni sanitarie, in particolare nell'ambito della specialistica ambulatoriale, con un approccio mirato all'appropriatezza, alla sostenibilità e al controllo dei tempi di attesa;
- promuove e monitora l'esecuzione delle attività per la gestione del rischio clinico e per la sicurezza del paziente, al fine di sviluppare la cultura della sicurezza a tutti i livelli del processo clinico-assistenziale, coinvolgendo i professionisti in una visione partecipata della sicurezza.
- assicura il governo delle infezioni correlate all'assistenza attraverso il coordinamento del comitato aziendale, cui è affidato il governo complessivo delle attività di prevenzione, sorveglianza e controllo.

In caso di assenza o impedimento del Direttore Sanitario le sue funzioni sono svolte, di norma, temporaneamente dal Direttore Medico dell'Ospedale o da altro Direttore di articolazione organizzativa nominato dal Direttore Generale su proposta del Direttore Sanitario stesso o, in caso di sua impossibilità, sentiti i componenti della Direzione Generale. L'esercizio di tali funzioni di supplenza riveste carattere aggiuntivo e non esclusivo. Qualora l'assenza o l'impedimento si protragga oltre sei mesi, il Direttore Generale procede alla

sostituzione nei modi e nei termini previsti dalla vigente normativa.

Art. 14.2 – Direttore Amministrativo

Il Direttore Amministrativo è nominato dal Direttore Generale ai sensi dell'art. 3 del Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e risponde del raggiungimento degli obiettivi e della gestione delle risorse assegnate.

L'incarico 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, ai sensi del Decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288 e dell'Atto di intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 1° luglio 2004.

Il Direttore Amministrativo partecipa al processo di pianificazione strategica finalizzato al raggiungimento degli obiettivi di salute, in un contesto di tenuta economica-finanziaria esercitando le funzioni attribuite alla sua competenza e concorre, con la formulazione di proposte e pareri, al governo dell'Istituto.

In particolare il Direttore Amministrativo:

- coadiuva il Direttore Generale nella gestione dell'Istituto, fornendogli pareri sugli atti relativi alle materie di competenza, avvalendosi dei dirigenti delle strutture amministrative e di supporto; assicura al Direttore Scientifico il supporto attraverso le funzioni e attività di competenza delle Unità a lui afferenti per la realizzazione degli obiettivi e scopi propri della Direzione Scientifica dell'Istituto;
- 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 nell'ottica di prevenzione del rischio amministrativo;
- esercita l'alta direzione sui servizi tecnici ed amministrativi dell'Istituto secondo l'articolazione del presente atto, garantendo e coordinando la funzione tecnico-amministrativa complessivamente intesa;
- esercita le altre funzioni delegate dal Direttore Generale, esprimendo pareri per gli aspetti di competenza e, laddove previsto, per il conferimento degli incarichi di direzione o responsabilità o coordinamento relativi a Unità Operative dei servizi stessi;
- svolge attività di direzione e coordinamento nei confronti dei responsabili delle strutture aziendali, con riferimento agli aspetti gestionali amministrativi;
- partecipa attivamente alla programmazione aziendale mediante il sistema della negoziazione di budget con i responsabili delle strutture tecnico funzionali dell'Istituto, con i direttori/responsabili di Unità Operativa e i responsabili delle strutture di staff;
- coordina l'attività dei dirigenti dell'area di competenza e verifica che le loro azioni, comprese quelle attuate nell'ambito dell'esercizio del potere delegato, siano coerenti con le disposizioni e gli indirizzi impartiti dalla direzione generale;
- coadiuva il Direttore Generale nell'esercizio del potere di sostituzione in caso di assenza, impedimento o inerzia del dirigente nei confronti dell'esercizio del potere delegato.

Il Direttore Amministrativo, svolge inoltre ogni altra funzione, ivi compresa l'adozione di atti a rilevanza esterna, attribuitagli dalla legislazione vigente, dal presente atto e da regolamenti aziendali, ovvero su delega del Direttore Generale.

In caso di assenza o impedimento del Direttore Amministrativo, le sue funzioni sono svolte temporaneamente da un dirigente nominato dal Direttore Generale su proposta del Direttore Amministrativo stesso o, in caso di sua impossibilità, sentiti i componenti della Direzione Generale.

L'esercizio di tali funzioni di supplenza riveste carattere aggiuntivo e non esclusivo. Qualora l'assenza o l'impedimento si protragga oltre sei mesi, il Direttore Generale procede alla sostituzione nei modi e nei termini previsti dalla vigente normativa.

Art. 15 – Organismi Collegiali

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.

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 l'attività di ricerca e dando un parere sulle strategie complessive di miglioramento della stessa.

Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)

L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), istituito ai sensi del Decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 e s.m.i., esercita funzioni e compiti previsti nell'ambito del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance ai sensi della DGR n. 140 del 16 febbraio 2016. In particolare, l'OIV:

- monitora il funzionamento dell'intero ciclo della valutazione, anche attraverso la struttura tecnica di supporto, comunicando tempestivamente le criticità riscontrate alla Direzione Generale;
- 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;
- predispone il Documento di validazione della Relazione sulla Performance;
- garantisce la correttezza dei processi di misurazione, valutazione e premialità, nel rispetto del principio di valorizzazione del merito e della professionalità;
- 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 Generale;
- 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;
- 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 adotta un proprio Regolamento che disciplina le funzioni, i compiti e le attività, in conformità alle linee di indirizzo approvate dalla regione.

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 Legge del 4 novembre 2010, n. 183.

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 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.

Anche sulla base di quanto previsto dalla Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 04.03.2001, esso è costituito da componenti designati dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative nell'Istituto e da un pari numero di componenti designati dalla Direzione Generale dell'Istituto, questi ultimi individuati attraverso una procedura di interpello che garantisca trasparenza nelle modalità di selezione. Il Presidente è scelto dal Direttore Generale tra gli appartenenti ai ruoli della stessa amministrazione.

Compiti e funzioni del Comitato sono in particolare finalizzati ad ottimizzare la produttività del lavoro, a migliorare l'efficienza delle prestazioni, a garantire un ambiente di lavoro nel quale siano rispettati i principi di pari opportunità e benessere organizzativo e sia contrastata qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica. Il Comitato dà altresì attuazione alle normative europee, nazionali e regionali per le pari opportunità e, in particolare, per rimuovere comportamenti lesivi delle libertà personali, comprese le molestie sessuali; conduce indagini conoscitive, ricerche ed analisi sulle condizioni di benessere lavorativo e per

l'individuazione di misure atte a creare effettive condizioni di parità tra lavoratori e lavoratrici dell'Istituto e pone in essere azioni di verifica dell'esistenza di condizioni di lavoro o fattori organizzativi e gestionali che possano determinare l'insorgenza di situazioni persecutorie o di violenza morale o di discriminazione sessuale; segnala inoltre situazioni e casi di discriminazione e segregazione professionale, e avanza proposte per la loro rimozione agli organi dell'Istituto competenti.

Consiglio dei Sanitari

È l'organismo di rappresentanza elettiva dell'Istituto, 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.

Le modalità di elezione del Consiglio dei Sanitari sono definite con apposito regolamento approvato dal Direttore Generale.

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.

Comitato Etico Territoriale dell'Istituto Oncologico Veneto (CET)

Con Decreto del Ministro della Salute del 26 gennaio 2023 "Individuazione dei quaranta Comitati Etici Territoriali" è stato individuato il Comitato Etico Territoriale (CET) Area Nord Veneto. Con Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità Sociale della Regione del Veneto n. 78 del 06.06.2023, in adempimento delle disposizioni normative nazionali, è stato nominato il "Comitato Etico Territoriale per l'area Nord Veneto" con sede presso lo IOV-IRCCS le cui le competenze/ripartizione e le relative funzioni/criteri/modalità di funzionamento, sono disciplinate dal Ministero della Salute con il sopraccitato D.M. del 26.01.2023 e con il D.M. 30.01.2023.

Il Comitato Etico Territoriale 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. È incaricato di rendere pareri che tengano conto della prospettiva dei non addetti ai lavori, in particolare dei pazienti o delle loro organizzazioni.

I CET di cui al comma 1 del D.M. 26.01.2023 sono competenti in via esclusiva per la valutazione delle indagini cliniche sui dispositivi medici e sui medicinali per uso umano di fase I, II, III e IV per gli aspetti compresi nella parte II dell'art. 7 del regolamento (UE) n. 2014/536, e, come consentito dall'art. 4 del medesimo regolamento, congiuntamente con l'Autorità competente, per la valutazione degli aspetti relativi al protocollo di studio, compresi nella parte I della relazione di valutazione di cui all'art. 6 del citato regolamento (UE) n. 2014/536. Essi sono, altresì, competenti in via esclusiva per la valutazione di indagini cliniche sui dispositivi medici e di studi osservazionali farmacologici.

Commissione Ospedaliera per la Prevenzione e il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza

Alla Commissione Ospedaliera per la Prevenzione ed il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (di seguito CO-ICA), nominata con Deliberazione del Direttore Generale e presieduta dal Direttore Sanitario, è affidato il governo complessivo delle attività di prevenzione, sorveglianza e controllo delle Infezioni correlate all'assistenza, secondo la normativa vigente.

La CO-ICA, avvalendosi delle diverse competenze che caratterizzano la necessaria multidisciplinarietà, elabora il Programma aziendale per la sorveglianza, la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate

all'assistenza, ne promuove l'applicazione, svolgendo azioni di indirizzo e coordinamento, e ne verifica l'attuazione.

L'Istituto si propone di consolidare il sistema di sorveglianza aziendale delle infezioni correlate all'assistenza (ICA), allineando le strategie per la prevenzione ed il governo delle infezioni anche attraverso il monitoraggio dei programmi di controllo delle infezioni, di tipica competenza della CO-ICA, con le attività di sorveglianza diretta nella filiera produttiva, anche al fine di implementare attività di miglioramento delle pratiche professionali.

La realizzazione di questo disegno complessivo si realizza attraverso un modello che prevede due livelli operativi: presenza di un Gruppo Operativo per ciascuna sede assistenziale principale, coordinato dalla UOC Direzione Medica Ospedaliera; la "Rete di Referenti" nelle Unità di produzione, in modo da raggiungere tutte le realtà operative. I Gruppi operativi GO-ICA operano in stretta collaborazione con la "Rete dei Referenti" trovando nei Referenti un elemento di garanzia e di continuità operativa nei confronti dei GO-ICA, strettamente connessi alla Commissione Ospedaliera CO-ICA.

TITOLO IV – ORGANIZZAZIONE DELL'ISTITUTO

Art. 16 – Organizzazione

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

Il numero e la tipologia delle Unità Operative Complesse sono stabiliti dalla programmazione regionale che può prevedere anche Unità Operative Semplici Dipartimentali o Unità Operative Semplici. L'Istituto, con apposito Atto Aziendale, definisce l'organizzazione ed il funzionamento interni, articolando le Unità previste dalla programmazione in Dipartimenti, potendo, nel rispetto delle normative vigenti in materia, integrare il numero e la tipologia delle Unità Operative Semplici per meglio delineare l'organizzazione aziendale e denotarne le peculiarità operative. L'Atto Aziendale è assunto dal Direttore Generale ed è elaborato con la concorrenza del Direttore Scientifico e dei Direttori Amministrativo e Sanitario, che sull'atto devono esprimere parere obbligatorio, a cadenza triennale e di norma comunque entro 6 mesi dalla nomina del Direttore Generale.

Nella definizione dell'assetto organizzativo e funzionale assunto attraverso l'Atto Aziendale, il Direttore Generale valuta espressamente le esigenze rappresentate dal Direttore Scientifico, connesse alle proprie funzioni di governo e promozione delle attività di ricerca, cui concorrono anche le collaborazioni tra unità appartenenti a diverse Strutture Operative, realizzate anche tramite il supporto funzionale delle unità amministrative e sanitarie aziendali necessarie. Il rapporto di lavoro del personale dell'Istituto è disciplinato dalle disposizioni normative e contrattuali vigenti.

L'organizzazione individuata dal presente Atto Aziendale è conforme a quanto stabilito dalla DGR n. 614 del 14 maggio 2019 con la quale sono state approvate le schede di dotazione ospedaliera, compresa quella dello IOV, e dalla DGR n. 1306 del 16 agosto 2017 riportante le linee guida regionali per la predisposizione dell'Atto Aziendale da parte delle Enti del S.S.R., il tutto integrato con le disposizioni normative di cui dal Decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288 e s.m.i. e dal Decreto legislativo 23 dicembre 2022, n. 200 di riorganizzazione degli IRCCS.

La dotazione organica dell'Istituto è stata, da ultimo, approvata dalla Regione del Veneto con DGR n. 1748 del 29 novembre 2019.

Art. 17 – Articolazione Organizzativa

L'articolazione organizzativa definisce la struttura dell'Istituto, le relazioni gerarchiche e funzionali tra le Unità 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 e la caratterizzazione di relazioni gerarchiche e funzionali in particolare al fine di garantire l'integrazione fra l'assistenza e la ricerca e quanto necessario a supporto della ricerca stessa.

L'articolazione interna dell'Istituto si sviluppa attraverso:

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

- Unità Operative Semplici (UOS);
- Unità di Staff.

Il numero complessivo delle Unità Operative Semplici a valenza Dipartimentale unitamente a quello dell'Unità Operative Semplici, è previsto in un rapporto di 1,31 per Unità Operativa Complessa.

Non rientrano in questo computo generale le strutture semplici e semplici dipartimentali afferenti alla Direzione Scientifica, in quanto l'Istituto, stante la sua natura di Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, risponde a specifiche normative nazionali per l'articolazione di tale Direzione, peraltro, individuata come organo dell'Istituto nominato dal Ministero della Salute sentito il Presidente della Regione. Le stesse trovano copertura economica attraverso fondi riconducibili ai finanziamenti legati alle attività di ricerca.

Dipartimenti

Il Dipartimento è un'organizzazione integrata di unità omogenee, affini o complementari, ciascuna con obiettivi specifici, ma che concorrono al perseguimento di comuni obiettivi di salute.

La composizione dei Dipartimenti, l'organizzazione gestionale, le procedure di nomina ed i compiti sono disciplinati dalla normativa nazionale e regionale vigente.

I Dipartimenti possono essere:

Strutturali: costituiscono il modello ordinario di gestione operativa delle attività, con una tipologia organizzativa e gestionale volta a dare risposte unitarie, flessibili, tempestive, razionali ed esaustive rispetto ai compiti assegnati, anche attraverso la condivisione delle risorse; sono costituiti, di norma, 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 in via prioritaria i seguenti strumenti:

- gestione e utilizzo comune di spazi, attrezzature e tecnologie;
- utilizzo dei posti letto assegnati organizzati per aree omogenee secondo livelli di intensità di cure;
- utilizzo integrato del personale appartenente alle professioni tecnico-sanitarie nonché degli operatori socio sanitari e del personale ausiliario e amministrativo;
- continuità assistenziale integrata;
- negoziazione e gestione del budget;
- formazione permanente e valorizzazione 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 gli Enti del Servizio Sanitario Regionale 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.

Transmurali: 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 transmurali si applica quanto disposto dalla normativa relativamente alla qualificazione attribuita.

Unità Operative Complesse

Si configurano quali articolazioni previste dalla programmazione regionale, costituite con riferimento all'Area Sanitaria delineata nelle specialità delle Aree Medica, Chirurgica, della Terapia Intensiva, dei Servizi di Diagnosi e Cura, Riabilitativa, e all'Area Amministrativa. 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 il Direttore del Dipartimento cui afferisce la struttura e/o con la Direzione dell'Istituto, secondo la pianificazione della gestione del piano delle performance.

Le Strutture complesse possono essere articolate in Strutture Semplici per lo svolgimento di articolati ambiti di attività specialistiche e/o di ricerca. Peculiari attività possono trovare realizzazione ed evidenza attraverso l'assegnazione di incarico dirigenziale che ne connota le elevate competenze.

Unità Operative Semplici a valenza Dipartimentale

Sono organizzazioni per cui è previsto un centro di responsabilità dotato di budget specifico e quindi di gestione di risorse umane e strumentali, con autonomia e responsabilità di produzione ed erogazione di specifiche attività e prestazioni, rispondendo al modello organizzativo del Dipartimento cui afferiscono. Possono essere previste sia dalla programmazione regionale che essere definite dalla programmazione dell'Istituto. 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 cui afferisce la struttura e/o con la Direzione dell'Istituto, secondo la pianificazione della gestione del piano delle performance.

Unità Operative Semplici

Sono, di norma, articolazioni organizzative di Unità Operative Complesse, ma possono afferire anche direttamente "in staff" a direzioni di area e di dipartimento; possono essere previste sia dalla programmazione regionale che essere definite dalla programmazione dell'Istituto. Nel caso in cui siano unità in staff sono centri di responsabilità che negoziano il budget annuale con il Direttore di Dipartimento cui afferisce la struttura e/o con la Direzione dell'Istituto, mentre quando sono articolazioni di Unità Operativa Complessa fanno riferimento al budget negoziato ed assegnato a quest'ultima.

Le Unità Operative Semplici sono finalizzate all'erogazione di prestazioni di particolare e peculiare rilievo, sia in ambito assistenziale, che della ricerca che dell'attività amministrativa; nel caso in cui siano articolazione di una struttura non si connotano necessariamente con l'attività di maggiore caratterizzazione della Unità Operativa Complessa.

L'Unità Operativa Semplice è diretta da un dirigente responsabile con incarico di natura gestionale.

Unità di Staff

A supporto delle attività strategiche e per sviluppare e sostenere alcune delle più importanti esigenze di coordinamento e standardizzazione dei processi, la Direzione Generale, Scientifica, Sanitaria e Amministrativa si avvalgono di strutture organizzative che sono parte integrante dell'organizzazione aziendale denominate Unità di Staff. La loro autonomia è esercitata nell'ambito dei programmi e delle direttive impartite dal Direttore di riferimento che definisce anche le risorse necessarie per il funzionamento. La relativa responsabilità è esercitata tramite un incarico di posizione o di funzione nel rispetto del regolamento di Istituto in materia.

Descrizione dell'articolazione organizzativa e rappresentazione degli organigrammi: razionale delle scelte

Nei successivi articoli viene data evidenza dell'articolazione organizzativa delle funzioni ed attività svolte dalle Unità in staff alla Direzione Strategica dell'Istituto e alla UOC Direzione Medica Ospedaliera, al vertice organizzativo-gestionale della struttura assistenziale.

Il livello di dettaglio dell'articolazione delle funzioni e delle attività per ciascuna struttura e/o unità organizzativa è finalizzato esclusivamente a dare il quadro generale delle competenze esistenti all'interno dell'Istituto, così come individuate ed organizzate nel modello di funzionamento complessivo dello stesso, nonché dei legami funzionali trasversali esistenti tra le diverse articolazioni organizzative.

Per loro stessa natura tali informazioni, in quanto riferite ad un livello micro di dettaglio organizzativo che attiene alla gestione operativa interna dell'Istituto, non costituiscono contenuto obbligato del presente atto, in quanto per loro natura necessitano di un livello di flessibilità ed autonomia gestionale non compatibile con la natura propria dell'Atto Aziendale.

Per questo, le funzioni/attività qui individuate per ciascuna unità potranno essere soggette, all'occorrenza, a modifiche, che verranno formalizzate tramite atti e provvedimenti interni, senza per questo modificare l'impianto complessivo del presente Atto Aziendale e quindi senza necessità di riapprovazione dello stesso.

Art. 18 – Strutture afferenti e in staff alla Direzione Generale

UOS Controllo di Gestione

La UOS Controllo di Gestione, in staff al Direttore Generale, svolge le seguenti funzioni:

- implementa e gestisce il Sistema di Misura e Valutazione delle Performance ed il relativo Ciclo, come previsto dal D. Lgs n. 150/2009 nonché garantisce il processo di programmazione e controllo, come definito dalla legge regionale n. 55/1994 e s.m.i.;
- sviluppa e alimenta il sistema informativo di supporto al controllo di gestione;
- coordina la produzione ed il corretto invio, alle scadenze previste, di tutti i flussi informativi verso il

- Ministero, la Regione e Azienda Zero; gestisce i flussi di mobilità sanitaria e di rendicontazione economica degli stessi;
- gestisce il sistema di monitoraggio delle performance aziendali e degli obiettivi sia regionali che aziendali, supportando il processo decisionale interno all’Istituto con specifiche analisi, assicurando un aggiornamento costante alla Direzione Aziendale e alle unità di produzione al fine di permettere tempestivi interventi correttivi;
 - gestisce la mobilità sanitaria;
 - gestisce il sistema di Contabilità Analitica;
 - supporta, per la parte di competenza, la predisposizione del bilancio di previsione ed il monitoraggio del bilancio economico infrannuale;
 - supporta l’OIV nelle materie previste dalla normativa vigente;
 - fornisce il necessario supporto agli Organi e Organismi aziendali sulle materie di competenza;
 - supporta la Direzione dell’Istituto 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.

UOS Qualità, Accreditamenti e Riconoscimento IRCCS

La UOS Qualità, Accreditamenti e Riconoscimento IRCCS, in staff al Direttore Generale, svolge le seguenti funzioni:

- supporta l’intera organizzazione nella mappatura e successiva formalizzazione dei processi clinici, di ricerca e trasversali in stretta collaborazione con tutte le funzioni dell’Istituto nell’ottica di promozione della qualità, sviluppo organizzativo, miglioramento continuo in tutti i processi e fasi erogative e trasparenza;
- progetta, sviluppa e mantiene una piattaforma comune quale Sistema di Gestione Qualità integrato fra i percorsi di certificazione e accreditamento, anche con l’apporto di altre funzioni aziendali;
- coordina l’iter di mantenimento del riconoscimento quale Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico;
- governa l’implementazione, ottenimento e mantenimento di programmi di certificazione e accreditamento volontari nazionali, europei e internazionali;
- coordina i procedimenti autorizzativi e di accreditamento ai sensi della Legge regionale n. 22/2002 gestendo altresì le relazioni con gli Uffici regionali e di Azienda Zero competenti;
- supporta la costante formazione dei Referenti Qualità delle singole articolazioni organizzative;
- definisce, in stretta collaborazione con tutte le funzioni aziendali, i documenti necessari per disciplinare le attività al fine di garantire la qualità e sicurezza dei singoli processi e del servizio che ne deriva di concerto che le altre funzioni responsabili;
- supporta la Direzione Generale e la Direzione Scientifica, i Dipartimenti e le Unità Operative nella realizzazione di progetti innovativi, nell’analisi dei processi e nella definizione di procedure operative.

Servizio Prevenzione e Protezione

Il Servizio Prevenzione e Protezione cura la corretta applicazione delle normative in vigore in tema di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, secondo quanto previsto dal Decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 e s.m.i. all’interno dell’Istituto, in tutte le aree e per le parti di sua competenza, per assicurare la massima tutela e proteggere quanti operano all’interno dell’Istituto dai rischi in cui sono esposti durante l’attività lavorativa.

In particolare, tra l’altro, è di competenza del servizio:

- l’individuazione dei fattori di rischio, la valutazione dei rischi e l’individuazione delle misure per la sicurezza e la salubrità degli ambienti di lavoro, nel rispetto della normativa vigente sulla base della specifica conoscenza dell’organizzazione dell’Istituto;
- ad elaborare, per quanto di competenza, le misure preventive e protettive di cui al Documento di Valutazione dei rischi e i sistemi di controllo di tali misure;
- elaborare le procedure di sicurezza per le varie attività dell’Istituto;
- proporre programmi di informazione e formazione dei lavoratori;
- partecipare alle consultazioni in materia di tutela della salute e sicurezza sul lavoro, nonché alla riunione periodica prevista dalla normativa di settore;
- fornire ai lavoratori le informazioni di cui all’art. 36 del Decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 e s.m.i..

Sorveglianza sanitaria e attività di Medico Competente e Medico Autorizzato

Per sorveglianza sanitaria si intende l'insieme degli accertamenti sanitari svolti dal Medico Competente finalizzati alla tutela dello stato di salute e alla sicurezza dei lavoratori, in relazione alle condizioni di salute degli stessi, all'ambiente di lavoro, ai fattori di rischio e alle modalità di svolgimento dell'attività lavorativa. Essa, per tutti i lavoratori, si basa sui principi della medicina del lavoro.

Il medico competente programma ed effettua la sorveglianza sanitaria attraverso protocolli sanitari definiti in maniera specifica per ogni struttura, riportati per iscritto nell'allegato specifico del DVR e basati su linee guida generali.

L'attività di medico competente è svolta secondo i principi della medicina del lavoro e del Codice etico della Commissione internazionale di salute occupazionale (ICOH).

In particolare, il Medico Competente collabora con il Servizio di Prevenzione e Protezione alla valutazione dei rischi per la salute e sicurezza dei lavoratori e alla redazione del documento della valutazione dei rischi, collabora all'attuazione di programmi di promozione della salute.

Il medico competente coordinatore riveste il ruolo di raccordo organizzativo con tutti gli eventuali altri medici competenti coordinati, detta i criteri omogenei di definizione e applicazione dei protocolli sanitari, delle procedure e degli strumenti operativi, ivi compreso il Medico Autorizzato per quanto concerne la parte organizzativa e procedurale, fatto salvo la sorveglianza specifica per i lavoratori radioesposti.

Il Medico Competente collabora altresì con il Medico Autorizzato, in possesso della capacità tecnica e professionale necessaria per lo svolgimento dei compiti inerenti alla sorveglianza sanitaria dei lavoratori esposti a radiazioni ionizzanti.

La sorveglianza sanitaria comprende l'effettuazione di visite mediche preventive, per valutare l'idoneità del lavoratore allo svolgimento della mansione specifica, l'effettuazione di visite mediche periodiche, finalizzate a controllare lo stato di salute dei lavoratori e il permanere dei requisiti di idoneità allo svolgimento della mansione specifica, visite mediche su richiesta del lavoratore, qualora sia ritenuta dal medico competente correlata ai rischi professionali o alle sue condizioni di salute, suscettibili di peggioramento a causa dell'attività lavorativa svolta, visite mediche in occasione del cambio della mansione onde verificare l'idoneità alla nuova attività e visite mediche precedenti alla ripresa del lavoro, a seguito di assenza per motivi di salute di durata superiore ai sessanta giorni continuativi, al fine di verificare l'idoneità alla mansione.

Il Medico Autorizzato è un medico in possesso del titolo di Medico Competente, abilitato, presso il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi del Decreto Legislativo 31 luglio 2020, n. 101 e s.m.i., a svolgere l'attività di Radioprotezione Medica, cioè qualsiasi tipologia di sorveglianza sanitaria per lavoratori esposti a radiazioni ionizzanti e 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 sanitaria in caso di esposizioni accidentali o di emergenza.

Trasparenza e anticorruzione

Il D.Lgs. 25 maggio 2016, n. 97 ha unificato in capo ad una sola persona fisica l'incarico di Responsabile della prevenzione, della corruzione e della trasparenza – RPCT il quale cura:

- l'adempimento degli obblighi posti dalla normativa sulla prevenzione della corruzione di cui alla L. n. 190/2012, al D.Lgs. n. 39/2013 e alle altre fonti normative in materia quali:
- l'elaborazione della sezione del PIAO per la prevenzione della corruzione e della trasparenza, 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;
- la 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;

- la 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;
- 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 quali, a titolo esemplificativo, i controlli interni, l’Internal audit, il supporto all’OIV, per gli aspetti di competenza.

Ufficio Formazione

L’Istituto è Provider ECM cioè è soggetto qualificato nell’Educazione Continua in Medicina e pertanto abilitato sia all’organizzazione di attività formative adeguate che al rilascio di crediti ECM.

L’Istituto considera la formazione un compito fondamentale legato anche 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 è destinatario il personale che opera nell’Istituto, nelle forme per cui ha diritto, italiano e straniero, cui l’Istituto apre il proprio patrimonio di conoscenze.

L’Ufficio Formazione, in particolare:

- supporta la Direzione ed il Collegio di Direzione nella stesura del Piano Annuale della Formazione;
- elabora e realizza i programmi annuali e/o pluriennali di formazione garantendo la coerenza con gli obiettivi aziendali e l’adeguatezza della risposta ai bisogni formativi raccolti attraverso il coinvolgimento di tutti i profili professionali;
- coordina e supporta la Rete dei Referenti di Formazione per garantire l’efficacia del processo formativo in Istituto;
- progetta e gestisce direttamente i momenti formativi strategici trasversali, nonché quelli realizzati in collaborazione con la Regione, la Fondazione Scuola di Sanità Pubblica ed altri Enti;
- supporta le iniziative sviluppate dal Direttore Scientifico collegate alla promozione della ricerca e alla formazione del personale coinvolto, per quanto compatibile;
- garantisce la corretta pianificazione di eventi formativi coerenti con i requisiti definiti dal Programma di Educazione Continua in Medicina per tutti gli operatori dei profili sanitari svolgendo altresì il ruolo di “provider” del sistema ECM regionale certificato ISO 9001;
- gestisce le richieste di partecipazione dei dipendenti ad eventi formativi fuori sede.

Ufficio Innovazione e Sviluppo Organizzativo

La funzione di Innovazione e sviluppo organizzativo supporta la Direzione Generale 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 nell’a individuazione delle aree prioritarie 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 con l’ottica di integrare i processi di innovazione e cambiamento all’interno dei processi di programmazione delle attività dell’Istituto.

Servizio Rapporti con il Paziente e con gli Stakeholders

In staff alla Direzione Generale viene istituito un Servizio finalizzato alla pianificazione ed alla gestione delle diverse forme di comunicazione con pazienti, caregiver, associazioni e altri stakeholders. Il Servizio, che si articola nelle funzioni di Patient Education and Empowerment, Ufficio Relazioni con il Pubblico, Ufficio Comunicazione e Marketing, integra le proprie attività in particolare con l’Unità Innovazione e Sviluppo Organizzativo assicurando supporto anche allo sviluppo delle progettualità della Direzione Scientifica per gli aspetti che rientrano nell’ambito di competenza.

La **Patient education and empowerment** (PEE). sviluppa in particolare:

- coordina il Gruppo di Lavoro della PEE composto da professionisti, malati, caregiver e volontari di associazioni di malati e di volontariato che promuove azioni di ricerca e di intervento nell'ambito della programmazione della PEE;
- contribuisce alla ricerca scientifica su "Health Literacy" riguardo prevenzione, ricerca e assistenza oncologica e modelli di erogazione delle informazioni al paziente in un'ottica di "change promoting" organizzativo;
- promuove interventi di comunicazione al malato anche attraverso la predisposizione e la distribuzione di materiale informativo omogeneo per i malati e i caregiver secondo criteri e strumenti di valutazione standardizzati;
- promuove e/o organizza incontri divulgativi-scientifici a tema per, anche in collaborazione con le associazioni dei malati per i pazienti per conoscere i principali temi della cura e della ricerca in oncologia e per avere l'opportunità di ascoltare e dialogare con medici e ricercatori;
- promuove/organizza convegni e corsi di formazione sulla comunicazione e la formazione per gli operatori sanitari su argomenti scelti in base alle priorità/interessi dei pazienti e cittadini, con particolare attenzione al coinvolgimento degli stessi anche in relazione alle diversità etniche e culturali;
- attiva e sperimentare buone pratiche e loro misurazione di efficacia che possano contribuire ad aumentare l'empowerment e la comunicazione con il cittadino ed i pazienti attraverso una serie di incontri sui principali temi che riguardano la malattia e le sue cure;
- produce comunicazioni e pubblicazioni sugli argomenti della PEE anche in collaborazione con altre realtà affini alla PEE italiane ed internazionali;
- promuove campagne di comunicazione scientifica quale strumento a supporto del processo di integrazione tra la sempre maggiore disponibilità di strumenti sofisticati nel settore dell'oncogenomica e le pratiche correnti di sanità pubblica;
- sviluppa un processo di "capacity building" finalizzato a migliorare conoscenza, cultura, coscienza collettiva, condivisione di intenti e collaborazione;
- realizza programmi/campagne di educazione per sensibilizzare la popolazione in generale sui tumori, i loro sintomi, i fattori di rischio, la prevenzione, le opzioni di trattamento e l'impatto su pazienti, lungoviventi, loro famiglie e assistenti e i cittadini con un aumentato rischio di cancro.

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP), in particolare:

assicura la gestione della comunicazione con gli utenti;

- elabora e mantiene aggiornata la carta dei servizi in raccordo con la UOS Qualità, Accreditamenti e Riconoscimento IRCCS;
- raccoglie, gestisce e monitora le segnalazioni e le richieste di informazioni da parte dell'utenza, a cui fornisce supporto nell'orientamento ai servizi e prestazioni; è responsabile dei procedimenti di gestione delle segnalazioni e reclami dell'utenza, in un'ottica di miglioramento continuo dei servizi;
- verifica la percezione della qualità delle prestazioni erogate individuando, per tale finalità, idonei ed adeguati strumenti in collaborazione con la UOS Qualità, Accreditamenti e Riconoscimento IRCCS.

L'Ufficio Comunicazione e Marketing, in particolare:

- realizza, aggiorna e gestisce il piano di comunicazione interna ed esterna dell'Istituto;
- cura l'immagine coordinata dell'Istituto in collaborazione con le altre funzioni trasversali ed in stretta collaborazione con la Direzione Generale e Scientifica;
- cura la gestione dei contenuti del sito web aziendale e dei social network;
- cura i rapporti con la stampa e la promozione e il coordinamento della corretta circolazione delle informazioni e comunicazioni istituzionali, interne ed esterne;
- cura 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;
- gestisce le richieste di patrocinio e concessione del logo dell'Istituto, provvedendo alla loro concessione previo parere della Direzione competente;
- cura la programmazione e l'organizzazione, adeguate al particolare contesto etico, di manifestazioni e altre iniziative volte a far meglio conoscere l'Istituto;
- promuove e sviluppa iniziative finalizzate all'integrazione tra l'Istituto e il territorio, creando le condizioni favorevoli per beneficiare di donazioni o altri atti di liberalità;
- programma azioni di fundraising per lo sviluppo di relazioni con potenziali donatori pubblici e privati anche tramite la gestione della campagna "5 per mille";
- supporta la Direzione Strategica nella diffusione di progetti e attività innovative;

– progetta e organizza eventi aziendali quali incontri, inaugurazioni, conferenze stampa.
Con tale Unità si rapporta, integrando le proprie attività ed esigenze, l’Ufficio Stampa dell’Istituto che assicura tutte le attività specifiche di comunicazione attraverso la presenza di personale qualificato.

Art. 19 – Strutture afferenti e in staff alla Direzione Scientifica

UOSD Sviluppo e coordinamento della Ricerca Sanitaria

Il personale della UOSD Sviluppo e coordinamento della Ricerca Sanitaria coadiuva il Direttore Scientifico nell’attuazione del programma di ricerca dell’Istituto promuovendo la realizzazione di progetti di ricerca innovativi, monitorandone e verificandone lo stato di avanzamento ed il raggiungimento degli obiettivi. A questi fini, la UOSD Sviluppo e coordinamento della Ricerca Sanitaria coordina l’attività del personale di ricerca sanitario e di supporto alla ricerca che è, alla stessa, funzionalmente collegato e che viene assegnato dalla Direzione Scientifica alle Unità Operative che svolgono ricerca traslazionale e clinica nei diversi Dipartimenti dell’Istituto sulla base delle linee di ricerca programmate.

L’UOSD Sviluppo e coordinamento della Ricerca Sanitaria supporta il Direttore Scientifico nei rapporti con i diversi livelli organizzativo-gestionali interessati dalle linee di ricerca, in particolare i responsabili delle principali linee di ricerca oncologiche, i Principal Investigators dei singoli progetti di ricerca, i ricercatori sanitari, anche ai fini di assicurare la sinergia tra obiettivi scientifici e strategie aziendali; inoltre, coordina e svolge attività di Segreteria del Comitato Tecnico Scientifico (CTS) e del Comitato Scientifico della Formazione Continua in Medicina. La UOSD Sviluppo e coordinamento della Ricerca Sanitaria è articolata in 4 Uffici, con specifici compiti, di seguito esplicitati.

Promozione e gestione della Ricerca

Il governo della ricerca deve garantire, oltre alla corretta distribuzione delle risorse ed appropriatezza di progetti e strutture, anche l’opportuna ricaduta in termini d’impatto delle nuove conoscenze prodotte sulla promozione della salute, sulle pratiche cliniche e sul governo dell’innovazione. L’Ufficio Promozione e gestione della Ricerca sostiene e coordina, insieme al Direttore Scientifico, i piani della ricerca clinica e sperimentale e ne verifica il monitoraggio e la rendicontazione. In particolare svolge le seguenti attività:

- si rapporta con il personale identificato nei diversi uffici amministrativi per meglio integrare le risorse umane, strumentali e finanziarie da impiegare nello sviluppo scientifico dell’Istituto (ad es. Provveditorato, Risorse Umane, Affari Legali, Bilancio);
- organizza la partecipazione a convegni, congressi e gruppi di lavoro, la realizzazione di corsi di formazione ed attività di aggiornamento, in coerenza con progetti e programmi di ricerca e con il piano della formazione adottato dall’Istituto, per assicurare la miglior integrazione tra attività clinico-assistenziale e attività scientifica;
- organizza e coordina le attività di confronto scientifico e seminari dei ricercatori (compresi il “retreat annuale”, seminari e letture di relatori su invito, lab meeting e journal club);
- opera un monitoraggio delle attività di ricerca dei piramidati, verificando i progressi rispetto agli obiettivi assegnati dai responsabili delle Unità di appartenenza ed assiste il Direttore Scientifico nel processo di valutazione annuale e quinquennale del personale;
- verifica la congruità del numero di ricercatori impegnato nei progetti di ricerca, in relazione all’attività complessiva dell’Istituto ed agli sviluppi programmati;
- contribuisce ad identificare innovazioni tecnologiche ed indirizzi emergenti di ricerca oncologica che potrebbero essere implementati negli anni successivi;
- contribuisce ad individuare i responsabili di ciascun programma e progetto di ricerca, per l’assegnazione del relativo budget e per verificarne l’impiego, in stretta coordinazione con le strutture afferenti alla Direzione Scientifica e Direzione Amministrativa;
- raccoglie le istanze dei ricercatori e coordina le attività di miglioramento delle tempistiche relative agli ordini del materiale di consumo destinato alla ricerca;
- ricerca e promuove attività di “fund raising” nei confronti dei potenziali donatori per l’organizzazione di eventi o attività scientifiche e divulgative promosse dalla Direzione Scientifica.

Monitoraggio e Rendicontazione della Ricerca

L’Ufficio Monitoraggio e Rendicontazione della Ricerca coadiuva la Direzione Scientifica nei rapporti con i diversi componenti del modello organizzativo della ricerca sanitaria dell’Istituto, monitorando l’avanzamento dei progetti di ricerca e gestendo in maniera integrata con la contabilità economico patrimoniale la documentazione contabile per il monitoraggio delle spese relative alle progettualità dell’Istituto finanziate con tutti i fondi della ricerca. Tiene regolari rapporti con il Ministero della Salute per la rendicontazione economica

dei progetti di ricerca. Supporta il Direttore Scientifico per la predisposizione del Budget della Direzione Scientifica.

Verifica la disponibilità finanziaria a copertura delle richieste di borse di studio e contratti per la ricerca scientifica, incluse le proroghe e i rinnovi.

Biobanca

La Biobanca dell'Istituto è una "biobanca oncologica a scopo di ricerca" che si configura come un'unità di servizio, senza scopo di lucro, organizzata secondo i criteri del sistema gestione qualità, finalizzata alla raccolta, alla conservazione ed alla distribuzione di materiale biologico umano e dei dati ad esso associati, garantendo i diritti dei soggetti coinvolti in conformità a quanto contemplato nel consenso informato.

La costituzione di una Biobanca finalizzata a sostenere la ricerca scientifica è d'importanza fondamentale in un IRCCS quale lo IOV. Con la DGR n. 190 del 28 febbraio 2022, la Regione del Veneto ha approvato la realizzazione della Biobanca presso l'Istituto tramite lo spostamento della titolarità del Centro per i Biomarcatori Diagnostici, Prognostici e Predittivi (CRIBT) dall'Azienda ULSS n. 3 Serenissima allo IOV. La Biobanca si dota di un proprio regolamento approvato con Deliberazione del Direttore Generale e pubblicato nel sito istituzionale.

La Biobanca, al cui funzionamento è dedicato un apposito staff tecnico, ha quali organi deputati alla sua gestione: lo Steering Committee, il Responsabile della Biobanca e il Gruppo Tecnico-Scientifico.

Le attività principali che verranno svolte dal Servizio di Biobanca sono:

- ottimizzazione dei protocolli di preparazione dei campioni biologici e loro trasferimento alla Biobanca;
- archiviazione e mantenimento del materiale depositato;
- gestione del database dedicato;
- archiviazione della documentazione inerente ai campioni depositati;
- monitoraggio del flusso materiale biologico in ingresso ed in uscita;
- messa in rete con Biobanche nazionali e internazionali;
- partecipazione a progetti di ricerca nazionali e internazionali e supporto a progetti istituzionali con attività di "Biobank on Demand" (gestione di campioni con raccolta, stoccaggio e processamento del materiale biologico).

Biblioteca Scientifica

Lo IOV, come Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, partecipa attivamente alla rete delle biblioteche degli Enti di ricerca biomedici italiani (Bibliosan) attraverso la Biblioteca Scientifica.

La Biblioteca Scientifica, avvalendosi delle risorse conferitegli dall'Istituto, svolge le seguenti attività ordinarie:

- gestione della produzione scientifica dell'Istituto e rendicontazione annuale della stessa al Ministero della Salute in occasione della Ricerca Corrente;
- formulazione di proposte di corsi di formazione residenziali accreditati ECM per il personale sanitario;
- elaborazione di estrazioni bibliometriche relative alla performance scientifica delle persone candidate a concorsi e selezioni banditi dall'Istituto;
- gestione dell'accesso alle risorse in abbonamento (database bibliografici e citazionali e riviste scientifiche);
- gestione servizio di document delivery;
- elaborazione del parere di affidabilità delle riviste scientifiche;
- collaborazione al miglioramento della qualità editoriale anche attraverso l'identificazione e selezione di servizi di editing per riviste internazionali;
- gestione servizio di supporto al personale dell'Istituto relativamente a:
 - ricerche bibliografiche e tutoraggio nell'uso delle banche dati in abbonamento e di tipo biomedico;
 - analisi (estrazioni) bibliometriche e gestione degli identificativi univoci;
 - accesso da remoto alle risorse bibliografiche;
 - consulenza per la pubblicazione.

UOSD Valorizzazione della Ricerca

L'UOSD Valorizzazione della Ricerca è responsabile dell'attività di supporto ai processi di innovazione e di valorizzazione della ricerca. La UOSD promuove e mantiene rapporti di collaborazione funzionali allo svolgimento della missione scientifica dell'Istituto, anche attraverso la partecipazione ai tavoli tecnici di competenza, con il Ministero della Salute, la Regione, enti ed istituzioni scientifiche pubbliche e private, autorità sanitarie nazionali e internazionali, associazioni e fondazioni.

La UOSD Valorizzazione della Ricerca è articolata in 3 Uffici, con specifici compiti, di seguito esplicitati.

Contrattualizzazione della Ricerca

In collaborazione con la UOSD Unità di Ricerca Clinica, che cura gli aspetti di budget e scientifici dei relativi contratti, all'Ufficio Contrattualizzazione della Ricerca sono affidate le seguenti funzioni:

- negoziazione e finalizzazione degli accordi contrattuali (contratti di conduzione, Material Transfer Agreement, Data Transfer Agreement ecc.) e degli emendamenti relativi a sperimentazioni cliniche, precliniche e studi osservazionali, promossi da soggetti pubblici e privati da condursi presso l'Istituto;
- predisposizione e negoziazione di accordi contrattuali (e degli eventuali emendamenti) con aziende farmaceutiche e con altri soggetti pubblici e privati quali terzi erogatori ai sensi del D.M. 30 novembre 2021;
- predisposizione e negoziazione degli accordi contrattuali, Material Transfer Agreement (MTA) o Data transfer Agreement (DTA) da stipulare con tutti i centri sperimentali di sperimentazioni cliniche, precliniche e studi osservazionali retrospettivi o prospettici promossi dall'Istituto.
- predisposizione e negoziazione degli accordi economici finalizzati alla valorizzazione della Ricerca No Profit ai sensi del D.M. 30 novembre 2021 “Misure volte a facilitare e sostenere la realizzazione degli studi clinici di medicinali senza scopo di lucro e degli studi osservazionali e a disciplinare la cessione di dati e risultati di sperimentazioni senza scopo di lucro a fini regolatori, ai sensi dell'art. 1, comma 1, lettera c), del Decreto legislativo 14 maggio 2019, n. 52.

Oltre a questi compiti, l'Ufficio Contrattualizzazione della Ricerca:

- su richiesta del Direttore Scientifico, procede alla negoziazione e finalizzazione delle convenzioni aventi ad oggetto specifici progetti di ricerca;
- supporta il Grant Office e il Technology Transfer Office nella negoziazione e finalizzazione degli accordi di loro competenza e nella redazione proposte di delibera finalizzate alla loro approvazione;
- predispone l'istruttoria e la relativa messa in mora, a supporto dell'Ufficio Legale dell'istituto, per l'eventuale recupero di crediti derivanti dall'attività di Ricerca.

L'Ufficio collabora, inoltre, con l'UOSD Unità di Ricerca Clinica nell'organizzazione di eventi formativi con iniziative rivolte, a vario titolo, a tutti gli attori coinvolti con ruoli e competenze diverse - nella ricerca clinica svolta in Istituto.

Grant Office

La mission del Grant Office è quella di offrire assistenza tecnica e supporto ai ricercatori, nell'individuazione ed ottenimento di finanziamenti nazionali e internazionali, nonché nella gestione dei progetti finanziati con grant competitivi.

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, il Grant Office ne monitora i lavori e favorisce la partecipazione a consessi internazionali delle figure Dirigenziali dello IOV IRCCS. Tali azioni sono finalizzate all'aumento delle possibilità di networking scientifico e istituzionale.

Il Grant Office favorisce l'internazionalizzazione dell'Istituto Oncologico Veneto IRCCS supportando le attività di rete e di collaborazione bilaterale e multilaterale nell'ambito dell'assistenza e della ricerca, compresa la gestione dell'iter di adesione e rinnovo annuale alle reti nazionali (ad es. IATRIS, ACC, APRE) e internazionali (ad es. DIGICORE, EARMA, EURADOS, LBS, MELODI) con valenza scientifica e clinica.

Il Grant Office supporta i ricercatori nella preparazione e sottomissione delle richieste di finanziamento e successivamente nella gestione del partenariato e dei progress report periodici. In particolare, interviene nelle seguenti attività:

- nella fase “pre-grant”, si occupa della divulgazione dei bandi afferenti all'area di attività del singolo ricercatore ed altresì si premura di individuare le opportune fonti di finanziamento; offre assistenza tecnica nella preparazione delle proposte progettuali con particolare attenzione alla definizione degli obiettivi, impostazione del piano di lavoro, predisposizione del budget, stesura della sezione relativa all'impatto, disseminazione e sfruttamento dei risultati;
- dopo l'ottenimento del finanziamento, si fa carico dell'iter di gestione del progetto, in particolare si occupa, supportato dall'Ufficio Contrattualizzazione della Ricerca, di negoziare e sottoscrivere accordi di collaborazione con gli attori coinvolti (gestione del partenariato e relativi adempimenti collegati), del monitoraggio e della raccolta dei deliverables e report scientifici, predispone gli adempimenti amministrativi interni ed, infine, collabora con gli uffici interni dell'Istituto al fine di fornire il supporto necessario nella gestione dei finanziamenti per garantire la corretta allocazione dei fondi di ricerca nel pieno rispetto delle procedure istituzionali;
- organizzazione di attività di formazione mirate all'interpretazione dei bandi nazionali e internazionali.

Technology Transfer Office

Il Technology Transfer Office (TTO) ha il compito di supportare i ricercatori allo scopo di tutelare ogni forma di espressione della loro proprietà intellettuale anche, ad esempio, nell'individuazione del migliore percorso finalizzato a tutelare giuridicamente le invenzioni degli stessi.

A tal fine, ove sussistano i requisiti per ottenere la tutela dell'invenzione mediante il deposito di una domanda di brevetto, il TTO procede a una prima valutazione della documentazione prodotta dal Ricercatore ai fini del deposito della domanda di brevetto. Durante questa fase il personale del TTO supporta il ricercatore nella definizione della domanda di brevetto e nella strategia del deposito ed individua il miglior modo per la valorizzazione delle invenzioni.

A tal fine vengono individuati, con le modalità consentite dalla legge, possibili partner interessati a sviluppare il brevetto intavolando, con il supporto dell'ufficio Contrattualizzazione della Ricerca, negoziazioni di contratti di cessione di brevetti o quote di brevetti, contratti di licenza e accordi di co-sviluppo economico e scientifico.

Il Technology Transfer Office si occupa di:

- individuare nell'ambito delle ricerche svolte in Istituto invenzioni suscettibili di protezione brevettuale;
- supportare i ricercatori nell'individuazione del percorso migliore finalizzato a tutelare giuridicamente le invenzioni degli stessi.
- assistere i ricercatori nella stesura dei brevetti e, in genere, nelle procedure di brevettazione;
- gestire e valorizzare, la proprietà intellettuale dell'Istituto e del portafoglio brevetti, negoziando e sottoscrivendo - con il supporto dell'Ufficio Contrattualizzazione della Ricerca - contratti licenza, cessione, material transfer Agreement (MTA), Non-Disclosure Agreement (NDA) e, in genere, di Confidential Agreement (CDA);
- partecipare a bandi e/o a progetti ministeriali nelle tematiche del Trasferimento Tecnologico e, in generale, della tutela della Proprietà Intellettuale.

L'Ufficio, infine, è impegnato nell'organizzazione di eventi formativi relativi alla tutela della Proprietà Intellettuale dei ricercatori dell'Istituto con specifica attenzione alle tematiche relative alla valorizzazione dell'innovazione.

UOSD Unità di Ricerca Clinica

Al fine di rendere più efficiente il processo delle sperimentazioni cliniche e di promuovere e potenziare la ricerca clinica no-profit, con la DGR n. 925 del 22 giugno 2016, la Regione del Veneto ha istituito tre Unità Ricerca Clinica in sostituzione dei rispettivi Nuclei Ricerca Clinica. Fra questi è stato identificato quello dell'Istituto da ultimo confermato dalla DGR n. 1365 del 16 settembre 2020.

La UOSD Unità di Ricerca Clinica (URC) è una struttura semplice a valenza dipartimentale in Staff alla Direzione Scientifica. L'Unità rappresenta l'infrastruttura che si pone da un lato come punto di riferimento per la programmazione e gestione della ricerca clinica promossa dall'Istituto e dall'altro come fulcro operativo per la gestione della ricerca clinica con promotore esterno all'Istituto, sia di natura profit che no-profit.

L'URC si avvale di un team multidisciplinare qualificato e dotato di specifiche competenze che opera sia centralmente sia attraverso il distacco di personale presso le diverse Unità Operative dell'Istituto.

All'URC competono:

- il supporto alla progettazione e il coordinamento degli studi clinici in ambito oncologico promossi e/o coordinati da IOV;
- il supporto alla metodologia degli studi clinici, la biostatistica e la bioinformatica;
- l'attività regolatoria delle sperimentazioni cliniche condotte presso lo IOV e/o promosse/coordinate dallo IOV;
- la valutazione della fattibilità locale degli studi clinici;
- la tenuta del database d'Istituto degli studi clinici (sistema RedCap) e l'aggiornamento del database regionale (CRMS, Clinical Research Management System);
- la gestione dell'attività amministrativa ed economico-contabile degli studi clinici;
- il supporto operativo, documentale e di "study coordination" delle sperimentazioni cliniche profit e no profit condotte presso l'Istituto, su delega dello sperimentatore principale;
- la formazione del personale sulle tematiche inerenti la ricerca clinica.

In accordo ai requisiti indicati nel "Progetto per la qualità nelle sperimentazioni no-profit" promosso da AIFA nel 2008, l'URC, affiancata da altre figure professionali, costituisce il Clinical Trial Quality Team/CTQT dell'Istituto come disciplinato da apposito Regolamento. Compiti principali del CTQT sono quelli di garantire la qualità delle sperimentazioni no-profit in conformità alle Good Clinical Practice (GCP) e, a tal fine, di

coadiuvare il promotore no-profit e gli sperimentatori durante le fasi di pianificazione, realizzazione e verifica di uno studio clinico.

All'UOSD Unità Ricerca Clinica è assegnato il dirigente che svolge le funzioni di Direttore Medico del Centro di Fase I in possesso dei requisiti previsti dalla Determina AIFA 19 giugno 2015. Il Centro si articola in due aree: clinica e gestionale. L'area clinica è composta dalle UU.OO. dell'area medica e chirurgica attraverso 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 dalle UOC Anestesia e rianimazione. L'area gestionale è presidiata dalla UOSD Unità Ricerca Clinica e dalle altre articolazioni organizzative deputate alle funzioni trasversali, fra cui la UOS Qualità, Accreditamenti e Riconoscimento IRCCS, che si occupano degli aspetti organizzativi e gestionali della conduzione delle sperimentazioni cliniche di Fase I.

La UOSD Unità di Ricerca Clinica è articolata in 3 Uffici, con specifici compiti, di seguito esplicitati.

Biostatistica e Bioinformatica

La funzione primaria dell'Ufficio Biostatistica e Bioinformatica è fornire alle Unità Operative e ai gruppi di ricerca dell'Istituto approcci metodologici, metodi quantitativi e tecniche avanzate di analisi di dati clinici e biomolecolari per chiarire i meccanismi di insorgenza delle malattie neoplastiche, validare nuovi approcci terapeutici e migliorare la prognosi dei pazienti.

All'Ufficio competono il supporto metodologico, biostatistico e bioinformatico per gli studi clinici promossi dallo IOV, dalla stesura del protocollo sperimentale alla pubblicazione dei risultati, in particolare:

- definizione del disegno sperimentale più appropriato per studiare il quesito clinico e la questione biologica di interesse;
- calcolo della dimensione del campione e preparazione di schemi di randomizzazione;
- analisi e interpretazione delle ricerche scientifiche in campo clinico (sperimentazioni cliniche, validazione di metodi diagnostici, studi osservazionali, traslazionali e multi-omici);
- stesura di Piani di Analisi Statistica (SAP) per delineare l'approccio analitico dei dati quantitativi e qualitativi raccolti;
- applicazione di modelli statistici anche con metodologie innovative e non standard;
- sviluppo e applicazione di algoritmi computazionali e metodologie di analisi bioinformatica di dati biologici complessi di sequenziamento di nuova generazione;
- progettazione di data base e schede raccolta dati per l'archiviazione e l'organizzazione dei dati

Procedure regolatorie

All'Ufficio Procedure Regolatorie compete l'attività regolatoria delle sperimentazioni cliniche condotte presso lo IOV e/o promosse/coordinate dallo IOV, in particolare:

- stesura, aggiornamento e revisione di procedure operative e modulistica specifica;
- supporto allo sperimentatore e al Clinical Trial Centre per l'allestimento di tutta la documentazione che costituisce il fascicolo documentale da sottoporre per approvazione all'Autorità Competente e al Comitato Etico;
- gestione dei rapporti con le Autorità Competenti, i Comitati Etici, i ricercatori, i centri satelliti, i promotori esterni e gli uffici amministrativi locali, e i relativi aspetti amministrativi regolatori;
- valutazione della fattibilità locale di realizzazione/gestione degli studi;
- gestione delle attività connesse alla conclusione dell'iter autorizzativo alla conduzione dello studio, mediante negoziazione del contratto (per gli aspetti tecnico-scientifici) con i promotori/centri satelliti/finanziatori e proposta della delibera autorizzativa del Direttore Generale;
- gestione del monitoraggio economico-contabile degli studi;
- tenuta del database d'Istituto (sistema RedCap) e regionale (CRMS, Clinical Research Management System).

Centro Trial Clinici (CTC)

La UOSD Unità di Ricerca Clinica rappresenta l'infrastruttura tecnica per lo svolgimento dei principali compiti per gli studi di cui IOV sia promotore. In particolare, il CTC nel rispetto di specifiche procedure operative, implementate nel sistema gestione qualità dell'Istituto, garantisce le seguenti attività:

- stesura del protocollo clinico e allestimento di tutta la documentazione che costituisce il fascicolo documentale dello studio (compresa la documentazione per il paziente);
- definizione del "budget" per lo studio clinico;
- definizione del piano di monitoraggio dello studio;
- conduzione delle visite di monitoraggio presso i centri partecipanti allo studio;

- produzione dei rapporti clinici ad interim e finali;
- assistenza per la gestione del farmaco e delle attività di farmacovigilanza.

Art. 20 – Strutture afferenti e in staff alla Direzione Amministrativa

UOC Sistemi Informativi

La UOC Sistemi Informativi, afferente alla Direzione Amministrativa, svolge le funzioni di gestione delle tecnologie dell'Information & Communication Technology nei processi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, nei processi amministrativi, contabili e della logistica dei beni e nei processi attinenti all'attività di ricerca sanitaria, traslazionale e di sperimentazione clinica.

Garantisce altresì, attraverso un'unità organizzativa interna con personale specificatamente dedicato a tempo pieno o parziale, le funzioni di competenza a supporto e per la realizzazione delle funzioni della Direzione Scientifica.

In particolare si occupa di:

- predisporre il piano annuale di investimenti in tecnologia informatica;
- coordinare la rilevazione del fabbisogno di hardware e software, supportando la fase di individuazione delle soluzioni tecniche;
- gestire l'esecuzione dei contratti relativi a forniture di beni e servizi dell'ambito informatico e dei contratti di opera e di sviluppo di prodotti software;
- assicurare assistenza tecnica agli utenti;
- gestire i sistemi di telecomunicazione, compresa la telefonia;
- gestisce il sistema di conservazione della documentazione digitale.

La UOC assicura inoltre la gestione e lo sviluppo delle infrastrutture informatiche (reti e sistemi), con particolare riferimento alle seguenti aree:

- progettazione e aggiornamento tecnologico della rete e dei server, in termini di performance e di sicurezza in rapporto a costi e utilizzabilità;
- costante miglioramento della sicurezza interna e perimetrale e attuazione delle progettualità collegate all'innalzamento dei livelli di Cybersecurity;
- gestione, monitoraggio, sviluppo e supporto dell'infrastruttura comune, dei sistemi centrali, dell'infrastruttura di networking e delle apparecchiature a disposizione degli utenti finali, in un'ottica di interoperabilità fra i diversi sistemi, sanitari, amministrativi e legati alla ricerca, comprese anche le reti informatiche per l'analisi e la condivisione dei "big data" tra IRCCS ed Enti di ricerca nazionali e internazionali;
- piano di migrazione al cloud nazionale e adeguare le infrastrutture secondo le direttive dell'Agenzia per la Cybersicurezza Nazionale (ACN), dislocando l'infrastruttura server su datacenter certificato esternalizzato.

La UOC inoltre, all'interno dei progetti di sviluppo dell'informatizzazione della Struttura e dell'evoluzione della telemedicina assicura:

- supporto all'analisi e messa in opera dei progetti per l'evoluzione del sistema informativo, nell'ambito delle progettualità regionali, inerenti i processi di diagnosi, cura in ambito ospedaliero (progetto SIO), di telemedicina, oltre che ai processi delle aree amministrative, contabili e della logistica dei beni, nonché la gestione operativa dei relativi software in raccordo con quanto programmato da Azienda Zero.

UOC Gestione Risorse Umane

La UOC Gestione Risorse Umane, afferente alla Direzione Amministrativa, svolge le funzioni di acquisizione e amministrazione del capitale umano, reclutato a vario titolo, dalla fase di acquisizione fino alla cessazione e assicura le prerogative giuridiche, economiche e previdenziali previste dalle disposizioni legislative, dai contratti collettivi nazionali di lavoro, dai contratti integrativi e dai regolamenti nei confronti del personale del comparto, della dirigenza e del personale del ruolo della ricerca sanitaria e dei collaboratori di supporto alla ricerca sanitaria.

Garantisce altresì, attraverso un'unità organizzativa interna con personale specificatamente dedicato a tempo pieno o parziale, le funzioni di competenza a supporto e per la realizzazione delle funzioni della Direzione Scientifica.

In particolare si occupa di:

- pianificare e definire il fabbisogno del personale, compresa la definizione e gestione della dotazione

- organica, secondo le direttive fornite dalla Direzione Generale e Direzione Scientifica, per tutti i ruoli, compresi quelli della ricerca sanitaria e dei collaboratori di supporto alla ricerca sanitaria, tenuto conto delle disposizioni regionali e di quanto previsto per il piano triennale del fabbisogno del personale;
- predisporre i piani trimestrali di richiesta delle autorizzazioni sull’acquisizione di personale da inviare alla Regione;
 - garantire le politiche di gestione del personale dipendente, finalizzate anche alla valorizzazione del capitale umano, per quanto attiene le relazioni sindacali, la valutazione della performance individuale, le autorizzazioni per incarichi extra istituzionali;
 - garantire le politiche di gestione degli Specialisti Ambulatoriali Interni;
 - espletare le procedure per il reclutamento del personale con contratto di lavoro dipendente a tempo indeterminato/determinato e di personale con contratti atipici (Liberi professionisti, Borse di Studio, Collaborazioni occasionali);
 - gestire il sistema di monitoraggio delle presenze di personale esterno che accede alle strutture dell’Istituto (es. tirocinanti, specializzandi, stagisti, alternanza scuola-lavoro);
 - operare la gestione giuridica, economica, previdenziale e amministrativa del rapporto di lavoro;
 - supportare le procedure di costituzione e nomina degli organismi dei Dipartimenti Strutturali Ospedalieri;
 - gestire la libera professione intramoenia (fino al completo passaggio dell’attività in carico alla Direzione Amministrativa di Ospedale); garantire il supporto necessario alle attività istruttorie dell’Organismo preposto ai controlli sulla LPA e la gestione della successiva applicazione delle eventuali relative sanzioni;
 - supportare le attività dell’Ufficio Procedimenti Disciplinari garantendo il supporto necessario alle attività istruttorie e la gestione della successiva applicazione delle eventuali relative sanzioni;
 - svolgere l’attività di segreteria del Collegio Sindacale;
 - garantire il supporto alla rendicontazione della Ricerca Corrente e agli altri debiti informativi sulle attività di ricerca e sperimentazione;
 - curare i flussi informativi di competenza verso la Regione, il Ministero e altri soggetti interni ed esterni.

UOC Contabilità e Bilancio

La UOC Contabilità e Bilancio, afferente alla Direzione Amministrativa, svolge le funzioni di gestione di tutti gli aspetti economici, finanziari, fiscali e patrimoniali dell’Istituto attraverso gli strumenti contabili previsti dalla normativa vigente, nonché di presidio di una ordinata tenuta e conservazione dei libri e registri obbligatori per legge, compresi quelli previsti da norme fiscali, verificando l’adeguatezza e la completezza della relativa documentazione contabile.

Garantisce altresì, attraverso un’unità organizzativa interna con personale specificatamente dedicato a tempo pieno o parziale, le funzioni di competenza a supporto e per la realizzazione delle funzioni della Direzione Scientifica.

In particolare si occupa di:

- redigere il bilancio annuale di previsione;
- redigere il bilancio annuale di esercizio;
- monitorare dell’andamento economico e finanziario dell’Istituto;
- gestire il sistema di budget economico;
- espletare la fatturazione attiva e riscossioni e la fatturazione passiva e pagamenti;
- gestire la contabilità e la tenuta dei libri (Giornale, Cespiti e Inventari);
- gestire gli obblighi di natura fiscale;
- gestire la contabilità delle Casse;
- tenere i rapporti con il Tesoriere;
- effettuare il recupero crediti di natura fiscale (ticket).

UOC Provveditorato, Economato e Gestione della logistica

La UOC Provveditorato, Economato e Gestione della Logistica, afferente alla Direzione Amministrativa, svolge le funzioni di acquisire e gestire, dal momento della richiesta di acquisto fino alla liquidazione della fattura, beni e servizi sanitari e non sanitari finalizzati a garantire il funzionamento delle attività e l’erogazione delle prestazioni sanitarie, seguendo gli obiettivi predefiniti a livello aziendale.

Garantisce altresì, attraverso un’unità organizzativa interna con personale specificatamente dedicato a tempo pieno o parziale, le funzioni di competenza a supporto e per la realizzazione delle funzioni della Direzione

Scientifica.

In particolare si occupa di:

- predisporre il piano annuale/biennale delle gare sopra e sotto soglia;
- predisporre il piano di investimenti annuale di mobili ed arredi e del piano investimenti per attrezzature sanitarie;
- coordinare la rilevazione del fabbisogno di beni e servizi;
- espletare le procedure interne di acquisizione di beni e servizi per le sole categorie rientranti nell'ambito del Codice degli Appalti;
- aderire alle procedure effettuate dalle Centrali di Committenza di acquisizione di beni e servizi;
- gestire le variazioni contrattuali;
- gestire la fase di esecuzione del contratto;
- gestire l'inventario cespiti ed il magazzino centralizzato;
- tenere i rapporti con l'Autorità Nazionale Anticorruzione, per quanto di competenza;
- gestire l'anagrafe per la stazione appaltante;
- supportare la gestione dei flussi informativi verso Azienda Zero, Regione e Ministero sulle aree di competenza.

UOSD Servizi Tecnici e Patrimoniali

La UOSD Servizi Tecnici e Patrimoniali, afferente alla Direzione Amministrativa, svolge le funzioni di garantire nel tempo il mantenimento a norma, l'adeguamento ed il potenziamento della qualità, funzionalità e sicurezza del patrimonio edile, impiantistico e tecnologico dell'Istituto.

In particolare si occupa di:

- predisporre il piano annuale/triennale delle gare sopra e sotto soglia e il piano triennale degli investimenti in lavori pubblici;
- pianificare gli interventi per messa a norma delle strutture rispetto alla normativa antisismica e antincendio;
- aderire a procedure effettuate da terzi di acquisizione di beni e servizi;
- gestire l'esecuzione del contratto di opera, dei contratti di manutenzione e dei contratti di utenza;
- gestire il patrimonio immobiliare dell'Istituto, unitamente ai relativi programmi di alienazione, e quello non di proprietà sotto il profilo tecnico e amministrativo;
- espletare attività di progettazione interna;
- attuare la messa in sicurezza delle strutture dell'Istituto;
- assicurare la manutenzione delle aree verdi, delle aree ad uso pubblico e delle vie di transito interne alle proprietà dell'Istituto;
- gestire le emissioni e i reflui;
- gestire il sistema di videosorveglianza interna ed esterna agli edifici in collaborazione con la UOC Sistemi Informativi e la UOSD Affari Generali e Legali;
- tenere i rapporti con l'Autorità Nazionale Anticorruzione, per quanto di competenza.

UOSD Affari Generali e Legali

La UOSD Affari Generali e Legali, afferente alla Direzione Amministrativa, svolge le funzioni di gestione documentale sia nella fase conservativa (gestione protocollo/archivio), sia nella fase formativa/produttiva dei provvedimenti aziendali (deliberazioni/determinazioni dirigenziali) e connessa loro conservazione (Libro delle deliberazioni e delle determinazioni dirigenziali), si occupa dell'affidamento e tenuta dei rapporti con i consulenti e i patrocini legali, della gestione del processo di autorizzazione del rischio da sinistri e di tutte le polizze assicurative e della valorizzazione del patrimonio aziendale con particolare riferimento alla gestione dei lasciti ereditari o delle donazioni.

Garantisce altresì, attraverso un'unità organizzativa interna con personale specificatamente dedicato a tempo pieno o parziale, le funzioni di competenza a supporto e per la realizzazione delle funzioni della Direzione Scientifica.

In particolare si occupa di:

- gestire l'iter procedimentale delle Deliberazioni del Direttore Generale e delle Determinazioni dirigenziali dalla proposta alla pubblicazione;
- gestire il protocollo unico dell'Istituto di cui al DPR n. 445/2000 e l'appalto del servizio postale, il titolare di classificazione, l'archivio di deposito amministrativo e le procedure di scarto;
- coordinare le richieste di accesso agli atti da parte di soggetti terzi, fornendo altresì supporto alle Unità

- dell'Istituto;
- coordinare e supportare l'elaborazione dell'Atto Aziendale e del Regolamento di organizzazione e funzionamento dell'Istituto;
 - predispone gli atti di costituzione/adesione alle partecipazioni in Società/Associazioni, ed alle convenzioni con altri enti, associazioni, privati;
 - fornire supporto giuridico alla predisposizione ed approvazione dei contratti di locazione attiva/passiva;
 - gestire i contratti assicurativi compresi quelli relativi alle sperimentazioni, i sinistri ed i contenziosi (civile, amministrativo, penale, lavoro e recupero credito di secondo livello);
 - predisporre e formalizzare le convenzioni e le procedure per l'acquisizione dei tirocinanti/specializzandi/stagisti/percorsi per le competenze trasversali e per l'orientamento (PCTO) ecc., alimentando di concerto con la UOC Gestione Risorse Umane il sistema di monitoraggio delle presenze di personale esterno che accede alle strutture dell'Istituto;
 - gestire le donazioni di beni/attrezzature, accettazione eredità, legati testamentari, ecc.;
 - gestire il sistema di gestione della Privacy in raccordo con la UOC Sistemi informativi;
 - sovrintendere le procedure di costituzione e nomina del Collegio di Direzione e Consiglio dei Sanitari;
 - svolgere attività di studio e consulenza legale a supporto della Direzione e delle Unità dell'Istituto in ordine a problematiche di particolare complessità giuridica;
 - attivare l'iter per il recepimento e l'attuazione per quanto di diretta competenza degli atti normativi che prevedono costituzione di commissioni, comitati e organismi aziendali;
 - espletare le attività di segreteria e verbalizzazione del Comitato di Indirizzo e Verifica.

UOS Direzione Amministrativa di Ospedale

La UOS Direzione Amministrativa di Ospedale, afferente alla Direzione Amministrativa, svolge le funzioni di gestione delle attività amministrative attinenti alle funzioni ospedaliere di presidio, coordinando i processi tecnico-amministrativi di area ospedaliera al fine di garantire l'integrazione funzionale tra attività sanitarie ed amministrative.

In particolare si occupa di:

- gestire il Centro Unico Prenotazione ed i front office delle prenotazioni;
- gestire la libera professione intramuraria (a seguito del completo passaggio dell'attività da parte della UOC Gestione Risorse Umane);
- gestire il processo di contabilizzazione delle prestazioni sanitarie tra Aziende Sanitarie Pubbliche della Regione, tra Enti e da altri soggetti privati;
- gestire le attività amministrative correlate al servizio di trasporto sanitario di pazienti;
- supportare la gestione del caricamento dei dati relativi ai ricoveri e alle prestazioni specialistiche;
- gestire le pratiche per attività di ricovero a carico di utenti stranieri;
- espletare attività di rimborso ticket agli utenti;
- gestire in termini organizzativi le Casse;
- gestire il centralino;
- monitorare l'esecuzione dei contratti dei servizi in appalto nell'area ospedaliera;
- coordinare le attività amministrative inerenti alla Convenzione Quadro tra l'Istituto e l'Azienda ULSS n. 2 Marca Trevigiana;
- coordinare e gestire le segreterie di reparto, da effettuarsi di concerto con la UOC Direzione Medica Ospedaliera per le funzioni di competenza di quest'ultima;
- gestire le attività amministrative correlate al portale tessera sanitaria;
- coordinare e gestire la movimentazione della posta interna/esterna all'interno delle singole sedi dello IOV, secondo modalità integrate con il servizio di trasporto esterno.

UOS Ingegneria Clinica

La UOS Ingegneria Clinica, afferente alla UOC Provveditorato Economato e Gestione della Logistica, svolge la funzione di gestire le attrezzature sanitarie, inclusa la componente software e le reti di trasmissioni dati quando trattasi di dispositivi medici ai sensi delle normative vigenti, durante l'intero ciclo di vita della tecnologia che prevede: valutazione della tecnologia (HTA), pianificazione, valutazione, collaudo e messa in servizio, manutenzione, sicurezza e gestione del rischio e dismissione.

Garantisce altresì, attraverso un'unità organizzativa interna con personale specificatamente dedicato a tempo pieno o parziale, le funzioni di competenza a supporto e per la realizzazione delle funzioni della Direzione

Scientifica.

In particolare si occupa di:

- predisporre il piano annuale/triennale degli investimenti in attrezzature sanitarie ad acquisizione diretta da parte dell'Istituto e ad acquisizione per il tramite della società che gestisce il progetto di finanza, per conto dell'Azienda ULSS n. 2 Marca Trevigiana, presso la sede di Castelfranco Veneto;
- supportare la fase di analisi e valutazione per l'introduzione di nuove attrezzature sanitarie e loro dismissione;
- supportare la fase di individuazione ed acquisizione sul mercato di attrezzature sanitarie;
- supportare le procedure di gara per acquisizione/rinnovo dei contratti relativi a manutenzione delle apparecchiature
- gestire l'esecuzione dei contratti relativi a forniture di beni/servizi relativi ad attrezzature sanitarie;
- supportare e collaborare all'attività legata alla dispositivo-vigilanza;
- collaborare alla definizione delle architetture/organizzazioni volte all'interfacciamento di attrezzature sanitarie con sistemi informativi aziendali;
- gestire i flussi informativi relativi alle attrezzature sanitarie per attività assistenziali e di ricerca;
- collaborare alla gestione informatizzata dell'inventario;
- supportare le procedure di gestione di qualità, contenimento rischio, protocolli di igiene, ecc., laddove sia interessata la tecnologia biomedicale.

Internal Auditing

L'Internal Auditing, Unità in staff al Direttore Amministrativo, è funzione prevista dalla DGR/CR n. 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).

Art. 21 – Strutture afferenti e in staff alla Direzione Sanitaria

Attività specialistica

L'Attività Specialistica, in staff al Direttore Sanitario, svolge attività di coordinamento funzionale dell'attività ambulatoriale erogata presso le diverse sedi dell'Istituto.

In tale attività rientrano:

- il governo dell'offerta specialistica ambulatoriale in relazione alla domanda espressa dall'utenza e agli obiettivi strategici dell'Istituto (espressi a livello locale, regionale o nazionale), coinvolgendo per le rispettive competenze la UOC Direzione Medica Ospedaliera e con questa le Direzioni di Dipartimento;
- la supervisione dell'attività del CUP Manager, al fine di verificare e di controllare le modalità operative di esecuzione delle prestazioni ambulatoriali, svolgendo un monitoraggio continuo sugli effettivi tempi di attesa;
- la predisposizione, in collaborazione con la UOS Direzione Amministrativa di Ospedale, delle indicazioni per la corretta ed omogenea applicazione all'interno dell'Istituto delle indicazioni prescrittive ed erogative previste della normativa, garantendo l'aggiornamento ai medici prescrittori;
- la gestione del tariffario delle prestazioni di specialistica ambulatoriale con il supporto delle strutture amministrative per quanto di rispettiva competenza;
- il supporto alla definizione e all'implementazione dei percorsi assistenziali, provvedendo a garantire il coinvolgimento di tutte le competenze e delle strutture anche sviluppando un sistema di monitoraggio dei processi e degli esiti;
- il monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva.

In staff alla Direzione Sanitaria si colloca, come da normativa regionale, il CUP Manager - Coordinatore dei processi di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali, con i seguenti compiti:

- monitoraggio delle prestazioni offerte dall'Istituto rispetto alla domanda;
- responsabilità della gestione e del monitoraggio delle Agende, anche in regime di libera professione,

- ai fini di garantirne in particolare il tempestivo aggiornamento conseguente a variazioni di domanda/offerta, in sinergia con i responsabili delle strutture erogatrici e secondo le indicazioni della Direzione Sanitaria, per consentire il pieno utilizzo del tempo messo a disposizione dai professionisti;
- monitoraggio e gestione delle liste di attesa.

Nucleo aziendale di Controllo (NAC)

L'effettuazione dei controlli interni sulla produzione sanitaria dell'Istituto è considerato obiettivo imprescindibile del Direttore Generale. I controlli sono effettuati per il tramite del NAC, in staff al Direttore Sanitario, cui afferisce la responsabilità.

Il sistema dei controlli interni si propone di perseguire i seguenti obiettivi:

- migliorare l'appropriatezza di erogazione delle prestazioni di ricovero ed ambulatoriali e la correttezza di codifica, definendo una funzione di "certificazione interna";
- aumentare il livello di omogeneità delle codifiche e delle modalità di erogazione delle prestazioni;
- mantenere il sistema il più possibile esplicito e trasparente grazie alla presenza dei Piani annuali di Controllo.

I controlli interni hanno, principalmente, le seguenti finalità:

- controllo del sistema di codifica ICD 9-CM delle diagnosi e degli interventi utilizzati dai clinici e nel rispetto delle direttive regionali in tema di codifica;
- controllo delle tipologie di prestazioni sanitarie risultate più critiche a livello aziendale;
- verifica della correttezza di gestione delle liste di attesa dei ricoveri programmati secondo le priorità assegnate.

Per quanto concerne la specialistica ambulatoriale, i controlli interni hanno la finalità di:

- accertare l'attivazione di tutti i processi necessari a garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa per le prestazioni;
- verificare l'applicazione delle specifiche cliniche di prioritarizzazione delle prestazioni ambulatoriali definite a livello regionale e/o aziendale;
- accertare la corretta indicazione nella prescrizione delle esenzioni per patologia in relazione alle prestazioni prescritte e la corretta erogazione delle prestazioni, secondo quanto previsto dalle normative vigenti, anche per quanto si riferisce ai percorsi di accesso alle prestazioni.

Il NAC inoltre attua tutte le attività previste, per quanto di competenza, dal Piano Nazionale Anticorruzione e comunque ogni compito che le normative assegnano allo stesso.

Semestralmente il NAC predisponde per il Direttore Sanitario prospetti riepilogativi relativi agli esiti dei controlli effettuati per un'analisi e l'inoltro agli organismi centrali nelle modalità previste dalle normative e procedure.

Ogni anno l'Istituto, tramite il NAC, predisponde un proprio "Piano annuale dei controlli interni" che riporti le tipologie di controllo che verranno esaminate nel corso dell'anno; il Piano deve comprendere anche specifiche categorie che siano risultate critiche a livello locale, adeguatamente esplicitate e motivate. Il Piano va inviato, entro il mese di marzo, al Nucleo Regionale di Controllo (NRC) per la verifica della congruenza e dell'adeguatezza e per l'approvazione.

Qualora nel corso dell'anno dovessero essere evidenziate criticità non previste dal Piano dei Controlli interni ma meritevoli di attenzione e verifica, il Responsabile del NAC in sinergia con il Direttore Sanitario predisporrà adeguata informativa al Direttore Generale circa le nuove tipologie di prestazioni sanitarie che si propone di sottoporre a controllo, e di conseguenza il Direttore Generale provvederà ad inviare al Nucleo Regionale di Controllo comunicazione relativa, ad integrazione del Piano annuale dei Controlli interni.

Gestione del rischio clinico e della sicurezza delle cure

La sicurezza delle cure è parte integrante del diritto alla salute. Per tutelare tale diritto è importante concepire la sicurezza delle cure come una funzione trasversale, da integrare in tutte le attività del sistema sanitario aziendale, dalla promozione della salute alla prevenzione diagnosi e cura e riabilitazione, al fine di prevenire gli eventi avversi. La realizzazione delle attività di prevenzione e gestione del rischio sanitario, anche con l'attività di gestione e prevenzione del contenzioso, rappresenta un interesse primario del Sistema perché consente maggiore appropriatezza nell'utilizzo delle risorse disponibili e garantisce la tutela del paziente e dell'operatore.

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, ai sensi della Legge n. 24/2017 ad integrazione di quanto previsto dalla DGR n. 1831 del 01 luglio

2008, dalla DGR n. 2255 del 30 dicembre 2016 e successive modifiche ed integrazioni, presso l'Istituto è attivata l'unità organizzativa di Governo del rischio clinico e della sicurezza delle cure, collocata in staff al Direttore Sanitario cui afferisce la responsabilità dell'ambito di attività.

Al Responsabile della Gestione del rischio clinico aziendale, afferente all'Unità, spetta, in via principale, l'esercizio delle seguenti funzioni:

- attivazione, anche in forma proattiva, di 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 e analisi 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 e formazione continua del personale finalizzata alla prevenzione del rischio sanitario, anche con il supporto delle altre unità aziendali competenti;
- assistenza tecnica all'Ufficio Legale aziendale nel caso di contenzioso per malpractice;
- compilazione della scheda di Risk Management nel gestionale sinistri e Rischio clinico (GSRC) e adempimento degli obblighi informativi regionali previsti;

L'unità sviluppa azioni di sostegno ai programmi di "infection control" mirati alla diffusione delle buone pratiche correlate alla prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza, anche attraverso il controllo e il monitoraggio dell'adesione alle procedure di contenimento.

Governo clinico e appropriatezza

L'Unità ha il compito di favorire lo sviluppo e l'implementazione di strumenti per il governo clinico, di assicurare lo sviluppo ed il miglioramento della qualità, della continuità e dell'appropriatezza dei processi clinico-assistenziali. La materia è di competenza del Direttore Sanitario cui l'Unità è posta in staff.

L'attività si integra con compiti e funzioni di altre unità, quali in particolare, l'unità di Gestione del Rischio clinico e Sicurezza del paziente, il NAC e l'Attività Specialistica. L'unità supporterà con le competenze proprie la UOC Direzione Medica Ospedaliera, e attraverso di essa i Dipartimenti, e si confronterà anche con la UOS Direzione Amministrativa di Ospedale, al fine di realizzare le attività connotate con le competenze dell'unità stessa.

Coordinamento locale ospedaliero per il procurement

Il procurement di organi, tessuti e cellule è compito istituzionale delle strutture sanitarie e le attività di donazione e trapianto rientrano nei LEA.

La gestione del processo correlato alla donazione di organi e tessuti è un'attività complessa sia per gli aspetti etici ed emozionali, sia per gli aspetti organizzativi. Necessita di multidisciplinarietà, multiprofessionalità e di una grande capacità di comunicazione sia interna che verso i familiari dei potenziali donatori.

Il processo di procurement e poi di donazione coinvolge a vario titolo diverse componenti dell'Istituto e necessita di una gestione costante del processo al fine di assicurare, sensibilizzare e garantire l'aggiornamento del personale così come la massima organizzazione operativa.

La donazione è un obiettivo strategico per lo IOV-IRCCS e la competenza della materia è afferente al Direttore Sanitario.

La donazione di organi nella realtà dello IOV-IRCCS risente delle scelte cliniche, organizzative e terapeutiche dei medici intensivisti, nell'ambito del fine vita, dopo avere assicurato la migliore qualità di cura ai pazienti con lesione cerebrale acuta o gravissima insufficienza cardiocircolatoria.

Dal 1° luglio 2019 è attivo e ha sede presso l'Ospedale San Giacomo Apostolo di Castelfranco Veneto il Coordinamento Locale Ospedaliero per il Procurement di organi e tessuti dell'Istituto, organizzato in modo continuativo e assicurato nel setting clinico di diagnosi e cura in area critica e con valenza multidisciplinare.

Al Coordinamento è assegnato il compito di sviluppare, mantenere il processo di procurement e donazione, in sinergia con i responsabili delle Unità di Terapia Intensiva.

Art. 22 – Organizzazione dell'Ospedale

L'Ospedale è la struttura tecnico-funzionale mediante la quale, attraverso i diversi punti di erogazione previsti dalla programmazione regionale, l'Istituto assicura, in modo unitario, l'assistenza ospedaliera corrispondente ai livelli essenziali di assistenza stabiliti dalle norme nazionali e regionali.

UOC Direzione Medica Ospedaliera

Al vertice dell'organizzazione dell'Ospedale è posta la UOC Direzione Medica Ospedaliera alla quale sono connesse, ai sensi delle norme in vigore, le funzioni di direzione ed organizzazione dell'intera struttura ospedaliera, da attuarsi nell'ambito delle disposizioni e degli indirizzi operativi e gestionali aziendali, oltre alle funzioni derivanti dalle specifiche competenze professionali.

E' responsabile del buon funzionamento della struttura Ospedale, dell'efficace ed efficiente gestione delle risorse attribuite così come del raggiungimento degli obiettivi specifici assegnati, che saranno oggetto di valutazione.

In particolare la UOC Direzione Medica Ospedaliera:

- governa i processi organizzativo-assistenziali della struttura, anche attraverso il coordinamento dei Dipartimenti afferenti, ed esercita la funzione direzionale delle attività delle Unità ospedaliere con competenza per gli aspetti organizzativo-gestionali e di igiene ospedaliera, anche attraverso la promozione della prevenzione e la collaborazione per la gestione delle infezioni correlate all'assistenza e del governo del rischio clinico;
- partecipa alla definizione delle linee strategiche e degli obiettivi aziendali, delle politiche di sviluppo e dei programmi da realizzare;
- partecipa attivamente al processo di budgeting secondo le modalità previste dall'Istituto;
- promuove l'applicazione dei percorsi diagnostici e terapeutici con i Dipartimenti Strutturali Ospedalieri e con i professionisti di riferimento, valutandone l'effettiva attuazione in sinergia con la Direzione Sanitaria;
- organizza l'attività specialistica ambulatoriale in adempimento alle indicazioni della Direzione Sanitaria volte innanzitutto al mantenimento dei tempi di attesa ed all'appropriatezza erogativa, realizzando interventi di miglioramento organizzativo e proponendo azioni di innovazione e potenziamento;
- concorre alla definizione dei criteri e delle priorità di allocazione delle risorse per le Unità Operative, verificando la congruità tra risorse assegnate ed obiettivi prefissati;
- concorre ad elaborare proposte e pareri per l'acquisto delle attrezzature e dei dispositivi medici, individuando e proponendo le priorità;
- propone programmi formativi finalizzati a supportare lo sviluppo professionale e gestionale della Struttura e partecipa all'elaborazione del piano formativo aziendale;
- supporta la Direzione nei programmi di valutazione del grado di appropriatezza e valorizzazione delle prestazioni sanitarie svolte dall'Istituto;
- effettua la valutazione del personale secondo le procedure aziendali;
- collabora nella realizzazione di programmi di valutazione del grado di soddisfazione degli utenti;
- assume provvedimenti di emergenza, in accordo con la Direzione Sanitaria, volti ad assicurare il mantenimento dei livelli di sicurezza e di contenimento del rischio nell'erogazione delle attività assistenziali.

Al fine di facilitare l'integrazione gestionale ed operativa di alcuni ambiti di erogazione dell'attività assistenziale, ove insistono più unità di offerta, in particolare ambulatoriale, la UOC Direzione Medica Ospedaliera, all'interno del processo di riordino organizzativo dell'Istituto, assume l'afferenza del coordinamento.

La UOC Direzione Medica Ospedaliera, inoltre, garantisce il supporto per l'organizzazione delle attività di ricerca rivolte ai pazienti interagendo per tali aspetti anche con la struttura specificatamente organizzata all'interno della Direzione Scientifica dell'Istituto.

La UOC si articola in una UOS Direzione Medica, come previsto dalla programmazione regionale.

Assicura la presenza sulle diverse sedi in cui viene erogata l'attività assistenziale.

Afferiscono alla UOC Direzione Medica Ospedaliera:

- UOSD Professioni Sanitarie Ospedaliere;
- UOSD Psicologia Ospedaliera;
- UOS Dietetica e nutrizione clinica.

UOSD Professioni Sanitarie Ospedaliere

L'UOSD Professioni Sanitarie Ospedaliere (PSO) concorre ad assicurare un'assistenza personalizzata e di qualità a tutti gli utenti promuovendo l'impiego ottimale delle risorse disponibili, nel rispetto delle norme etiche e deontologiche.

La UOSD PSO: promuove lo sviluppo delle professioni sanitarie e delle competenze, anche attraverso

l'elaborazione di modelli organizzativi e professionali innovativi la cui adozione assicuri lo sviluppo e la valorizzazione delle professioni sanitarie e tecnico-sanitarie concorrendo al perseguimento della mission aziendale, assicurando efficacia, qualità ed efficienza tecnico-organizzativa del processo assistenziale; attua la valutazione dei processi assistenziali attraverso il monitoraggio di idonei indicatori promuovendo interventi per il loro miglioramento.

L'UOSD persegue il conseguimento dei compiti propri dell'Unità in sinergia con la UOC Direzione Medica Ospedaliera, cui afferisce, proponendo alla stessa gli interventi ritenuti necessari per la loro realizzazione, da condividere poi con la Direzione Sanitaria per gli aspetti di competenza.

In particolare, le aree di articolazione delle attività della UOSD Professioni Sanitarie Ospedaliere sono:

- Area Risorse Umane: programmazione del fabbisogno e monitoraggio sulla base degli obiettivi dell'Istituto e delle singole Unità Operative;
- Area Modelli Organizzativi ed Assistenziali: elaborazione e proposta di modelli organizzativi ed 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 realizzazione di progetti di ricerca clinica ed organizzativa;
- Area Formazione: analisi dei fabbisogni formativi del personale delle professioni sanitarie e di supporto e pianificazione della proposta dei relativi interventi, ivi compresa la formazione universitaria così come indicato nella DGR n. 1439 del 5 agosto 2014.

Il Responsabile 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.

L'attività della UOSD Professioni Sanitarie Ospedaliere viene disciplinata da Regolamento specifico dell'Istituto adottato con deliberazione del Direttore Generale.

All'interno della UOSD Professioni Sanitarie Ospedaliere è articolata l'“Unità delle professioni sanitarie per la Ricerca Clinica”, cui afferisce il personale delle professioni sanitarie che segue le sperimentazioni cliniche dal punto di vista “diagnostico-assistenziale” trasversalmente per tutte le Unità Assistenziali dell'Istituto.

L'Unità ha afferenza funzionale alla Direzione Scientifica, in particolare attraverso la UOSD “Sviluppo e coordinamento della ricerca sanitaria”.

L'Unità, cui è preposto un titolare di incarico dedicato, ha la funzione di:

- svolgere le attività tecnico-infermieristiche di ricerca nelle fasi di avvio, conduzione e chiusura dello studio, per quanto attiene gli aspetti di competenza;
- assicurare le attività di competenza per quanto attiene la comunicazione/informazione relativamente ai risultati dello studio;
- supportare la formazione di altro personale nella sperimentazione clinica all'interno delle strutture complesse e semplici;
- collaborare nella redazione di pubblicazioni scientifiche;
- rapportarsi con il Principal Investigator per erogare le attività di competenza in modo da garantire anche il coordinamento con tutte le figure coinvolte.

UOSD Psicologia Ospedaliera

L'UOSD Psicologia Ospedaliera, afferente alla UOC Direzione Medica Ospedaliera, ha il compito di individuare e rispondere ai bisogni emozionali dei pazienti che afferiscono all'Istituto e dei loro familiari, garantendo il supporto e l'intervento psicologico-clinico e terapeutico in caso di sofferenza o di stress e favorendo l'adattamento in tutte le fasi del percorso di cura. A tale scopo, lo psicologo è presente nei reparti di degenza, nelle Piastre Ambulatoriali e in Hospice, partecipa agli ambulatori integrati e ai Gruppi Multidisciplinari e svolge attività clinica ambulatoriale, per percorsi terapeutici individuali e di gruppo. Gli interventi erogati, previsti dai protocolli in uso, dai PDTA e dalle principali linee guida, vengono definiti e condivisi nell'ambito del confronto multidisciplinare, attraverso le riunioni d'equipe settimanali dei Gruppi Oncologici Multidisciplinari.

Alla UOSD Psicologia Ospedaliera afferiscono tutte le figure coinvolte nelle attività di ambito psicologico all'interno dell'Istituto, gerarchicamente e funzionalmente, al fine di assicurare un modello omogeneo trasversale ed integrato delle attività, con un'organizzazione che assicuri a tutte le unità il necessario supporto. In particolare l'Unità svilupperà iniziative finalizzate a implementare le abilità comunicative e relazionali degli operatori e interventi mirati alla gestione dello stress lavoro-correlato e alla prevenzione del burnout.

Il personale della UOSD Psicologia Ospedaliera partecipa all'attività di ricerca in ambito psico-oncologico, e partecipa, per quanto di competenza, a progetti e sperimentazioni cliniche, interagendo per tali aspetti anche

con la struttura specificatamente organizzata all'interno della Direzione Scientifica dell'Istituto.

UOS Dietetica e nutrizione clinica

La UOS Dietetica e nutrizione clinica si occupa delle problematiche nutrizionali che possono interessare le persone affette da patologie oncologiche così come di promuovere il mangiare sano al fine di contenere i fattori di rischio e favorire i risultati delle terapie intraprese, contrastando l'insorgenza di effetti collaterali indesiderati.

Ha come obiettivi:

- la cura e la prevenzione della malnutrizione nel paziente in trattamento chemio/radioterapico, al fine di ottimizzare i risultati delle terapie intraprese contenendo gli effetti collaterali e migliorare la qualità di vita,
- la prevenzione e il trattamento dell'obesità quale fattore di rischio di recidiva;
- la promozione e divulgazione dei principi del mangiare sano per contenere i fattori di rischio per la salute e prevenire situazioni patologiche

Le prestazioni vengono fornite ai pazienti sia in regime ambulatoriale che durante il ricovero ospedaliero e includono la valutazione dello stato nutrizionale, la stesura di un programma di supporto/rieducazione alimentare basato sul counseling, programmi di nutrizione enterale e parenterale, con relativo monitoraggio.

Le attività di promozione e divulgazione del mangiare sano vedono l'Unità impegnata anche in campagne ed iniziative di comunicazione e di formazione rivolte in particolare agli stakeholders dell'Istituto ma anche alla sensibilizzazione della popolazione in generale.

L'Unità sviluppa anche progetti di ricerca in sinergia con le unità operative dell'Istituto, interagendo anche con la struttura specificatamente individuata all'interno della Direzione Scientifica.

Art. 23 – Organizzazione dipartimentale

Dipartimenti Strutturali Ospedalieri

I servizi sanitari dell'Istituto sono organizzati in Dipartimenti. 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. Una Unità può far parte di un solo Dipartimento Strutturale.

Ai Dipartimenti Strutturali dello IOV afferiscono tutte le Unità Operative assistenziali dell'Istituto previste nelle schede regionali di dotazione ospedaliera o previste dalla programmazione aziendale e operanti nelle sedi in cui si articola l'Istituto.

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.

I Dipartimenti Strutturali Ospedalieri sono coordinati dalla UOC Direzione Medica Ospedaliera.

Vengono previsti quattro Dipartimenti all'interno dei quali si articolano le Unità Operative (vedasi l'allegato organigramma).

- Dipartimento delle Chirurgie Oncologiche;
- Dipartimento di Oncologia Medica;
- Dipartimento di Diagnostica per Immagini e Radioterapia;
- Dipartimento di Oncologia Traslazionale e dei Servizi Trasversali.

Dipartimenti Interaziendali Funzionali

Con le Aziende sanitarie di riferimento del territorio sono state poste in essere azioni comuni finalizzate all'ottimizzazione dei percorsi clinico-assistenziali attraverso progettualità condivise con l'istituzione e/o rinnovo di Dipartimenti interaziendali di tipo funzionale, che si aggiungono ai Dipartimenti Strutturali nell'ambito dell'organizzazione dell'Area sanitaria. Le Unità dell'Istituto, oltre ad appartenere ad un Dipartimento Strutturale, possono essere inserite anche in più di un Dipartimento interaziendale funzionale concorrendo alla realizzazione di obiettivi specifici assegnati in accordo dalle Direzioni delle Aziende sanitarie di riferimento.

Dipartimento Funzionale Interaziendale Politiche del Farmaco

Con DGR 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. È costituito tra le Unità Operative dell'Istituto, dell'Azienda ULSS n. 6 Euganea e dell'Azienda Ospedale-Università Padova.

Il territorio della provincia di Padova si caratterizza infatti per alcune peculiarità, considerando che sullo stesso coesistono l'Azienda ULSS n. 6 Euganea, l'Azienda Ospedale-Università Padova e l'Istituto Oncologico Veneto. Queste ultime due strutture si caratterizzano per essere centri Hub specializzati; in particolare l'Istituto, Hub di riferimento regionale per quanto riguarda la patologia oncologica, garantisce supporto logistico ed organizzativo al Coordinamento regionale per le attività oncologiche (CRAO), 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 regionale, il Dipartimento Interaziendale 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 gestione del farmaco.

La Vision del Dipartimento interaziendale 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-Territorio della terapia.

Dipartimento Funzionale Interaziendale Oncologico

Il Dipartimento Funzionale Interaziendale Oncologico di Padova (DOFIP), istituito con DGR n. 1105 del 1/07/2014 e successivamente modificato con DGR n. 387 del 2 aprile 2019 tra le Unità Operative dell'Istituto, dell'Azienda Ospedale-Università Padova e dell'Azienda ULSS n. 6 Euganea, rappresenta uno dei cinque poli oncologici (PO) di riferimento all'interno della rete delle attività oncologiche in Veneto. I dipartimenti oncologici ed i poli oncologici caratterizzano il modello organizzativo della Rete Oncologica Veneta, come confermato dalla DGR n. 1711 del 30 dicembre 2022 istitutiva del Coordinamento Regionale Attività Oncologica. Il DOFI di Padova è polo oncologico di riferimento per il territorio corrispondente alle province di Padova e Rovigo.

Tale Dipartimento comprende, per quanto riguarda l'Istituto Oncologico Veneto, le Unità Operative di Area Medica, di Area Chirurgica e dell'Area dei Servizi Diagnosi e Cura dell'Istituto individuate con deliberazione del Direttore Generale di attuazione. Gli aspetti relativi al funzionamento sono disciplinati dai provvedimenti regionali e dai conseguenti provvedimenti aziendali ai quali si rinvia.

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 Ospedale-Università di Padova.

Con DGR 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 Unità operative comprese nel Dipartimento armonizzando l'erogazione delle prestazioni in dimensioni dipartimentali.

Il Dipartimento funzionale interaziendale di Anatomia Patologica è stato attivato con deliberazione del Direttore Generale IOV n. 477 del 18.07.2019 e provvedimenti successivi; vi afferisce, per l'Istituto, la UOC Anatomia e Istologia Patologica della sede di Castelfranco Veneto.

TITOLO V – FUNZIONAMENTO DELL’ISTITUTO

Art. 24 – 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-corruzione, compliance, ambientale, operatore-sicurezza nei luoghi di lavoro).

Art. 25 – La presa in carico multidisciplinare del paziente secondo PDTA

Il Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) individua come strumento fondamentale per la presa in carico del paziente complesso il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA), che rappresenta la traduzione di linee guida relative a una patologia o problematica clinica nel contesto delle reti cliniche regionali, finalizzato al miglior esito delle cure. Per questo motivo, a livello regionale sono stati predisposti numerosi Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) per le diverse patologie oncologiche.

L’Istituto Oncologico Veneto:

- collabora con il Coordinamento Regionale delle Attività Oncologiche nell’elaborazione di PDTA a livello regionale, grazie alle competenze dei propri professionisti;
- adotta all’interno dell’Istituto i PDTA approvati a livello regionale;
- codifica a livello locale specifici percorsi operativi e di responsabilità nella gestione del paziente, finalizzati all’applicazione dei PDTA regionali; tali percorsi seguono un approccio multidisciplinare che mira ad integrare le competenze di tutte le strutture, semplici e complesse, che operano presso lo IOV IRCCS;
- effettua il monitoraggio dei percorsi attraverso specifici indicatori.

Un percorso condiviso e imprescindibile nella presa in carico dei malati oncologici, per qualunque tipo di tumore, specie se in fase metastatica, è identificato dai PDTA della Regione Veneto nelle “Simultaneous care” o “Cure Simultanee”, ovvero 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.

Presso l’Istituto, le Cure Simultanee sono garantite a tutti i pazienti per i quali è stata posta l’indicazione, attraverso ambulatori multidisciplinari dedicati per i malati in Day Hospital e briefing bisettimanali per i malati ricoverati. Gli ambulatori di Cure Simultanee e di Cure Palliative dell’Istituto rappresentano anche un fondamentale nodo di integrazione Ospedale-Territorio per la continuità assistenziale del percorso del paziente oncologico.

La presa in carico del paziente oncologico, avviene con un approccio multidisciplinare e multidimensionale, rivolto ai bisogni del paziente, con il fine di raggiungere il miglior risultato possibile sulla patologia oncologica e sulla qualità della vita. I Gruppi Oncologici Multidisciplinari (GOM) sono gruppi di lavoro composti da diversi professionisti, all’interno dell’Istituto e più estesamente del Dipartimento Oncologico Funzionale Interaziendale, nella logica della presa in carico globale del paziente, che contribuiscono alla definizione e all’attuazione del percorso diagnostico, terapeutico e riabilitativo del singolo paziente oncologico.

Tutti i Gruppi Oncologici Multidisciplinari con l’indicazione del rispettivo coordinatore, sono individuati con deliberazione del Direttore Generale: la composizione del team è finalizzata a garantire la partecipazione di tutte le specialità competenti per la patologia di interesse del team.

Art. 26 – Promozione della qualità, contenimento del rischio e garanzia di sicurezza

La gestione per processi in un’organizzazione complessa impone uno sforzo organizzativo e di metodo particolarmente significativo, in particolare se tale organizzazione soggiace a requisiti provenienti da più fonti, regionali, nazionali ed europee.

L'Istituto per la sua natura di Ente del Servizio Sanitario Nazionale e di Istituto di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico rappresenta numerosi profili di complessità, sia dovendo adeguare la propria organizzazione a numerosi dettati normativi sia per la necessità di coniugare l'assistenza con la ricerca.

Questo contesto impone un approccio sistemico e sistematico orientato all'integrazione dei processi di supporto in particolare quelli legati al miglioramento continuo della qualità, al contenimento del rischio e alla garanzia di elevati standard di sicurezza. Tale impostazione si sostanzia in una capillare rete di referenti per area tematica che necessariamente devono interfacciarsi tra di loro al fine di generare positive e propositive sinergie in un'ottica di miglioramento continuo dei servizi e prestazioni offerti all'utenza.

L'orientamento prevalente di tutti i sistemi infatti da diversi anni sta convergendo verso un modello integrato che riesca a coniugare più esigenze, minimizzando lo sforzo organizzativo massimizzandone allo stesso tempo l'impatto.

L'Istituto ha orientato i propri sforzi verso l'adozione di una piattaforma comune che consenta una valutazione a 360° dei requisiti applicabili e delle analisi in termini qualità-rischio-sicurezza consolidando altresì le relazioni fra i Responsabili delle funzioni centrali, in particolare quelle di Responsabile della Qualità, Risk Manager e Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione.

Tale impostazione si traduce nel consolidamento delle relazioni fra i Responsabili e le figure specificatamente individuate per seguire le diverse tematiche inserite nelle singole articolazioni organizzative come disciplinato anche dagli atti che definiscono il Modello organizzativo dell'Istituto Oncologico Veneto per la promozione della qualità e per la gestione e la sicurezza del paziente.

Art. 27 – Assegnazione e perseguimento degli obiettivi

Gli obiettivi dell'Istituto, intesi quali risultati concreti che lo stesso 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 e periodicamente disciplinati con atto giuntale. Gli obiettivi devono essere raggiunti esercitando pienamente l'autonomia professionale di cui l'Atto Aziendale è strumento.

Art. 28 – Il processo di programmazione aziendale

La Legge regionale n. 55/1994 e s.m.i. prevede che il raccordo tra gli atti di pianificazione extra-aziendali e aziendali e la programmazione aziendale sia realizzato tramite la metodica di budget.

Il Direttore Generale, sulla base del Piano Sanitario Nazionale, del Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) e sugli altri atti di programmazione adottati dalla Regione del Veneto, nonché degli obiettivi annualmente assegnati all'Istituto dalla Regione al Direttore Generale, degli obiettivi di ricerca assegnati dal Ministero della Salute e delle linee di sviluppo strategico interne all'Istituto, predisponde i documenti di pianificazione/programmazione triennale, che vengono ricompresi nel cosiddetto Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), previsto dal Decreto legge n. 80/2021.

Il PIAO, è un documento programmatico triennale a scorrimento annuale che racchiude in un unico documento: il Piano triennale della Performance, il Piano triennale per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza, il Piano Triennale del fabbisogno del personale, il Piano della Formazione ed il Piano organizzativo del lavoro agile, oltre a prevedere sezioni dedicate al Valore pubblico (comprendente le strategie per il benessere assistenziale quali il benessere economico, sociale, ambientale e sanitario), all'Organizzazione del capitale umano ed ai sistemi di Monitoraggio. Nel Piano Triennale della Performance sono ricompresi sia gli obiettivi legati all'assistenza che quelli della ricerca.

Sulla base dei contenuti del PIAO, prende avvio il processo di programmazione aziendale annuale che, partendo dagli obiettivi strategici e dalle linee di azione pluriennali definiti nello stesso, prosegue con la predisposizione del Documento delle Direttive, con il quale la Direzione dell'Istituto individua le linee di azione da perseguire nell'anno di riferimento per il raggiungimento degli obiettivi strategici riportati nel PIAO. Il Documento delle Direttive costituisce il documento nel quale sono esplicitate tutte le azioni e le strutture aziendali coinvolte, individuate quali idonee al perseguimento degli obiettivi della programmazione, ed è il riferimento per la successiva negoziazione degli obiettivi di budget annuali assegnati alle singole strutture dell'Istituto (cosiddette schede di budget).

Il budget rappresenta lo strumento mediante il quale la Direzione indirizza gli sforzi delle strutture dell'Istituto al perseguimento degli obiettivi strategici, in una logica di azione integrata e coordinata. A tal fine, il budget deve garantire il pieno coinvolgimento di tutti i livelli gerarchici previsti nell'organizzazione dell'Istituto, in

modo da garantire la responsabilizzazione degli stessi, in termini di impegno, coinvolgimento, sinergia operativa e focalizzazione degli sforzi sugli obiettivi assegnati.

Il percorso di budget si concretizza in un documento, specifico per ciascuna unità operativa, a valenza annuale, denominato “Scheda di Budget di Unità Operativa”, in cui sono definiti gli specifici obiettivi gestionali assegnati e opportunamente pesati comprensivi delle relative risorse.

Gli obiettivi di budget sono assegnati alle unità operative anche denominate Centri di Responsabilità, come individuate all’art. 17 del presente Atto Aziendale. L’insieme delle schede di budget costituisce il Budget annuale dell’Istituto.

Il Ciclo della Performance e il Sistema di Misura e Valutazione della Performance

La metodica di budget, di cui al precedente paragrafo, è integrata nel più ampio sistema di gestione aziendale che trova la sua origine e fondamento metodologico nel D.Lgs. n. 150/2009, quest’ultimo fondato sulle seguenti due componenti fondamentali:

- il Ciclo della Performance, ispirato al cosiddetto modello PDCA o modello di Deming, caratterizzato dalle 4 fasi: Plan, Do, Check e Act, che rappresentano il ciclo di gestione annuale di un’azienda orientata al miglioramento continuo;
- il Sistema di Misura e Valutazione della Performance, nel quale viene declinata la modalità di misurazione e di valutazione della cosiddetta Performance aziendale, in coerenza con i dettami normativi e contrattuali che caratterizzano la pubblica amministrazione ed in particolare l’Istituto.

Entrambe queste componenti sono dettagliatamente esposte nella relativa sezione del Piano della Performance inserito nel PIAO.

Il Ciclo di gestione della Performance dell’Istituto si articola in varie fasi, caratterizzate da una ciclicità annuale, nella quale i risultati ottenuti in un esercizio diventano input per la revisione dei documenti strategici e delle conseguenti azioni da attuare nell’esercizio successivo, generando un ciclo virtuoso e senza soluzione di continuità, orientato al miglioramento continuo; il Ciclo è articolato come segue:

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 dagli stessi;
3. negoziazione di budget che permette il collegamento tra gli obiettivi (definiti a livello strategico) e l’allocazione delle risorse;
4. avvio delle attività necessarie al raggiungimento degli obiettivi;
5. monitoraggio in corso d’esercizio ed attivazione di eventuali azioni correttive;
6. misurazione e valutazione dei risultati attraverso la valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati a ciascuna struttura;
7. rendicontazione dei risultati con la valutazione annuale della Performance e, sulla base di questi, revisione della pianificazione strategica prevista al punto 1 per l’esercizio successivo.

Il Sistema di Misura e Valutazione della Performance definisce il concetto di performance e descrive le modalità con le quali tale dimensione viene misurata e valutata, anche ai fini del suo impatto sul sistema premiante aziendale che ne recepisce l’output.

La definizione di un sistema di misurazione e valutazione della performance è prevista dal D.Lgs. n. 150/2009, che introduce una disciplina organica, per la pubblica amministrazione, relativa all’utilizzo di strumenti di valorizzazione del merito e di incentivazione della produttività e della qualità della prestazione lavorativa e principi di selettività e di concorsualità nelle progressioni di carriera, il riconoscimento di meriti e demeriti, l’incremento dell’efficienza del lavoro pubblico ed il contrasto alla scarsa produttività e all’assenteismo, la trasparenza dell’operato delle amministrazioni pubbliche anche a garanzia della legalità.

Ai sensi del D.Lgs. n. 150/2009 e dei CC.CC.NN.LL. dell’area comparto e dirigenza, la performance viene distinta in: Performance Organizzativa (PO) e Performance Individuale (PI).

La PO esprime il risultato che un’intera organizzazione con le sue singole articolazioni consegue ai fini del raggiungimento di determinati obiettivi e, in ultima istanza, della soddisfazione dei bisogni dell’utenza finale. La PO è misurata sia a livello di singola struttura che a livello aziendale.

Presso l’Istituto i contenuti della PO sono rappresentati dalle schede di budget assegnate ai Centri di Responsabilità.

La PI esprime il contributo fornito da un dipendente in termini di risultati raggiunti e comportamenti tenuti nello svolgimento del proprio lavoro. La PI è misurata a livello di singolo dipendente, qualunque sia il suo inquadramento giuridico ed il suo ruolo all’interno dell’Istituto, mediante modalità di misurazione opportunamente differenziate.

Le modalità di misurazione della PO e della PI sono declinate all'interno della sezione del PIAO relativa al Piano della Performance.

Sia la PO che la PI sono oggetto di un processo di valutazione il cui risultato è trasmesso al sistema premiante, anch'esso descritto nella relativa sezione del PIAO.

Il sistema di valutazione della PO e della PI, adottato dall'Istituto, è oggetto di confronto con le organizzazioni sindacali del comparto e della dirigenza e di validazione da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV).

I principi di valutazione prevedono sempre due livelli di valutazione (prima e seconda istanza) e la possibilità di ricorrere a soggetti super partes per la gestione di eventuali disaccordi tra valutato e valutatore in merito alla valutazione effettuata.

I soggetti che intervengono nel processo di valutazione dei risultati della PO sono:

- i Direttori/Responsabili dei Centri di Responsabilità assegnatari di schede di budget, che effettuano la auto valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget assegnati;
- i Direttori/Responsabili della struttura sovraordinata a quella oggetto di valutazione, che effettuano la valutazione di prima istanza;
- l'OIV che effettua la valutazione di seconda istanza sulla valutazione di prima istanza, verificando la corretta applicazione di quanto previsto dal Sistema di Misura e Valutazione della Performance adottato e da quanto disposto dalla normativa vigente e dai CC.CC.NN.LL. vigenti;
- soggetti/organismi individuati nel sistema per la gestione degli eventuali disaccordi tra valutato e valutatore.

I soggetti che intervengono nel processo di valutazione dei risultati della PI sono:

- il superiore gerarchico, eventualmente coadiuvato da un soggetto a conoscenza dell'attività svolta dal dipendente valutato (qualora non coincida con il primo), che effettua la valutazione di prima istanza sulla base di quanto previsto dalla scheda di valutazione individuale adottata dall'Istituto;
- l'OIV che effettua la valutazione di seconda istanza sul processo di valutazione di prima istanza, verificando la corretta applicazione di quanto previsto dal Sistema di Misura e Valutazione della Performance adottato e da quanto disposto dalla normativa vigente e dai CC.CC.NN.LL. vigenti, verificando, in particolare, la correttezza del processo di valutazione effettuato soprattutto nei casi che producono significativi scostamenti dal positivo esito della valutazione;
- soggetti/organismi individuati nel sistema per la gestione degli eventuali disaccordi tra valutato e valutatore.

Il sistema premiante

Collegato al Sistema di Misura e Valutazione della Performance, del quale ne recepisce i risultati della valutazione, è previsto un sistema premiante tramite il quale le risorse messe a disposizione dai CC.CC.NN.LL. vigenti, in termini di fondo incentivante della produttività per il comparto e fondo di risultato per la dirigenza, vengono assegnate, da ultimo, ai singoli dipendenti.

I criteri di assegnazione di queste risorse, che tengono conto dell'inquadramento giuridico del dipendente, della tipologia di incarichi ad esso assegnati e del risultato della valutazione della PO e della PI, sono oggetto di contrattazione con le OO.SS. di categoria e vengono quindi periodicamente aggiornati anche sulla base della sottoscrizione di nuovi contratti di lavoro.

Tali accordi sono sottoscritti nel rispetto dei principi e delle disposizioni normative e contrattuali che regolamentano tale istituto contrattuale; tra questi, in particolare, il principio di garanzia di partecipazione al sistema premiante da parte di tutti i dipendenti dell'Istituto e quello relativo all'obbligo di differenziazione delle quote assegnate che deve tenere conto dei risultati della Valutazione della Performance ed evitare ogni forma di distribuzione cosiddetta "a pioggia" delle risorse economiche messe a disposizione dai contratti di lavoro.

Le quote di premialità assegnate devono, inoltre, tenere conto anche dei seguenti aspetti:

- contratto di lavoro a tempo pieno o part time;
- l'effettiva presenza in servizio del dipendente, considerando sia i termini di assunzione e cessazione del dipendente in corso d'anno, sia le eventuali assenze, come previste dalla normativa nazionale e dalla contrattazione integrativa;
- l'esito della valutazione della PO e della PI espresse in termini percentuali.

Art. 29 – Gestione delle risorse economiche e finanziarie

La gestione delle risorse economiche e finanziarie dell'Istituto è demandata ai documenti contabili quali il Bilancio pluriennale di previsione, il Bilancio Economico Preventivo annuale, il Bilancio di Esercizio, il Sezionale della Ricerca ed alla metodica di budget.

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 sezione è articolato per anno, rispetto alle fondamentali strutture dell'Istituto.

È strutturato secondo lo schema obbligatorio fornito dalla Giunta Regionale, in coerenza con le disposizioni di cui al D.Lgs. n. 118/2011, 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. Il documento viene corredato da una relazione del Direttore Generale che riporta gli aspetti salienti della gestione.

Bilancio preventivo economico annuale

Esponde analiticamente la previsione del risultato economico dell'Istituto per l'esercizio preso a riferimento.

Il bilancio preventivo economico annuale è redatto sulla base dello schema fornito dalla Giunta Regionale, in coerenza con le disposizioni di cui al D.Lgs. n. 118/2011, ed è corredato, tra gli altri, da una relazione del Direttore Generale, che riporta in sintesi il piano investimenti in beni durevoli e immobili previsti nel triennio, l'organizzazione e l'attività da erogare, gli obiettivi e i risultati attesi nonché un'analisi dell'andamento atteso dei principali aggregati economici.

Sezionale della ricerca

Tra i documenti richiesti agli IRCCS dal Ministero della Salute vi è il cosiddetto Sezionale della ricerca che viene predisposto annualmente ed inviato al Ministero.

Al fine di garantire una sempre più chiara distinzione tra l'attività istituzionale erogata dall'Istituto in termini di assistenza ai pazienti con le relative fonti di finanziamento e l'attività di ricerca, in tutte le sue articolazioni, con le sue variegate fonti di finanziamento, in primis i finanziamenti provenienti dal Ministero della Salute, l'Istituto ha avviato un progetto di riorganizzazione del suo sistema di contabilità, classificando a monte i ricavi e le spese che attonano a ciascuna di queste due aree.

Questo sistema, oltre ad alimentare il Sezionale della Ricerca, come già fa ora, permetterà di avere una sempre più tempestiva e dettagliata quantificazione delle fonti di finanziamento, che annualmente alimentano l'attività della ricerca, e dei relativi costi per tipologia che alle stesse fanno riferimento. Ciò anche a garanzia di una corretta quantificazione delle quote di finanziamento della ricerca non utilizzate nell'esercizio corrente e soggette ad accantonamento per utilizzi futuri, come pure degli utilizzi ai fini di ricerca durante l'esercizio corrente finanziati con risorse oggetto di accantonamento negli esercizi precedenti.

L'obiettivo finale di questo percorso metodologico è di gestire in simultanea due codici di bilancio separati, uno istituzionale e uno della ricerca, di cui dare evidenza separata in sede di allegati ai bilanci preventivi e consuntivi, salvo poi fondersi nel conto economico e stato patrimoniale finali dell'Istituto.

Metodica di budget

Al fine di garantire un corretto monitoraggio dell'andamento del bilancio (in termini di equilibrio tra costi e ricavi), nel corso dell'esercizio economico, l'Istituto si è dotato di una metodica di budget mediante la quale vengono assegnate risorse economiche a tutte le strutture deputate al reperimento dei fattori produttivi necessari a garantire il processo produttivo ed il supporto allo stesso, con il compito di effettuare un costante monitoraggio dell'andamento di tali voci, evidenziando all'occorrenza e con tempestività eventuali scostamenti da quanto programmato e previsto in sede di Bilancio preventivo economico annuale.

Bilancio d'esercizio

I risultati economici raggiunti sono annualmente rendicontati nel bilancio d'esercizio.

Il bilancio d'esercizio espone i risultati della gestione economica, patrimoniale e finanziaria relativamente all'esercizio di riferimento.

Gli schemi e i termini per la presentazione del bilancio d'esercizio sono definiti dalla citata Legge regionale n. 55/1994 e dal Decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, annualmente integrati con la circolare al bilancio d'esercizio della Regione del Veneto.

Il bilancio d'esercizio è composto dai seguenti documenti:

- conto economico;
- stato patrimoniale;
- rendiconto finanziario;
- nota integrativa;
- relazione del Direttore Generale.

L'esercizio finanziario ha inizio il 1° gennaio e termina il 31 dicembre di ciascun anno. Le scadenze contabili sono fissate dalla normativa regionale e nazionale e/o da apposite comunicazioni degli Enti di riferimento.

L'Istituto organizza la propria struttura mediante centri di costo in grado di programmare e rendicontare la gestione economica e delle risorse umane e strumentali.

Art. 30 – Strumenti e opzioni gestionali

L'Istituto, per il raggiungimento del suo scopo e degli obiettivi assegnati, può:

- stipulare atti e contratti, ivi comprese la locazione, l'assunzione in concessione o comodato o l'acquisto della proprietà o di altri diritti reali su immobili;
- amministrare, gestire e valorizzare i beni di cui abbia la disponibilità a qualunque titolo;
- acquisire, da parte di soggetti pubblici e privati, risorse finanziarie e beni da destinare allo svolgimento di attività istituzionali;
- stipulare accordi, convenzioni e contratti con enti pubblici e soggetti privati, 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, le Aziende Ospedaliere, le Aziende ULSS e gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico sia pubblici sia privati in particolare per specifici progetti clinici e di ricerca;
- svolgere ogni attività idonea ovvero di supporto al perseguimento delle finalità istituzionali.

Art. 31 – 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 Generale e dei livelli dirigenziali dell'Istituto 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 Generale 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 Triennale del Fabbisogno del Personale e della dotazione Organica, inserito all'interno del PIAO e soggetto ad approvazione da parte della Regione del Veneto, nel quale viene evidenziato l'organico previsto per le diverse figure professionali e per le diverse tipologie (dipendenti, convenzionati, incarichi professionali, ecc.) ed i relativi costi che tale dotazione comporta. In allegato a tale piano viene sempre esplicitato anche il numero, la composizione ed i costi sostenuti per il personale cd. della Piramide della Ricerca e del restante personale adibito alla ricerca ma reperito con altre forme contrattuali.

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

Tutti i documenti sopra citati trovano formalizzazione all'interno del PIAO.

Nel corso dell'esercizio, l'attuazione di quanto previsto dal piano del fabbisogno in termini di assunzioni e l'aggiornamento del fabbisogno conseguente a dimissioni non programmate o a modifiche delle priorità di fabbisogno, viene espletata attraverso la predisposizione di piani di fabbisogno trimestrali, che vengono inviati alla Commissione Regionale per l'Investimento, Tecnologia e Edilizia (CRITE), a cui è stato demandato dalla Regione anche il compito di vagliare le richieste di autorizzazione all'assunzione di personale degli Enti del Servizio Sanitario Regionale.

Tale programmazione deve tenere conto delle istanze provenienti dalle strutture interne ed essere compatibile con la dotazione organica complessiva dell'Istituto, come approvata con deliberazione della Giunta Regionale, e con il tetto di spesa per il personale annualmente assegnato a quest'ultimo dalla Regione del Veneto.

Art. 32 – 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 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.

La programmazione si esplicita nella predisposizione dei seguenti documenti: piano annuale delle gare per l'acquisizione di beni e servizi (derivante dalla rilevazione del fabbisogno previsto per ciascuna tipologia di beni e servizi); piano annuale e triennale degli investimenti in beni immobili, anche noto come piano degli investimenti in lavori pubblici, in attrezzature sanitarie, in informatica, sia hardware sia software e in beni durevoli economici. Documenti questi integrati con il bilancio di previsione dell'Istituto, che ne recepisce i fabbisogni in termini di risorse economiche e finanziarie.

L'attività di reperimento dei fattori produttivi sul mercato è disciplinata ai principi ed alle disposizioni cogenti del Codice degli Appalti Pubblici.

Ad integrazione di quanto non previsto specificatamente dal citato Codice, l'Istituto adotta un "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. In tale regolamento, particolare attenzione è dedicata alla gestione degli acquisti di beni di consumo per l'attività di ricerca, che per sua natura presenta difficoltà nella definizione del fabbisogno annuale e nella flessibilità di utilizzo di particolari prodotti, soggetti a test preliminari di validazione degli esami sperimentali che ne determinano spesso la successiva infungibilità rispetto ad altri prodotti analoghi.

Art. 33 – Protezione dei dati personali

L'Istituto, in qualità di Titolare del trattamento dei dati personali, nel rispetto di quanto previsto dal Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", da ultimo modificato dal D.Lgs. 10 agosto 2018, n. 101, ed in conformità al Regolamento UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, adotta, secondo il principio della responsabilizzazione (accountability), le misure tecniche ed organizzative adeguate per garantire ed essere in grado di dimostrare che il trattamento dei dati personali è effettuato conformemente alla normativa vigente, tenuto conto della relativa natura, ambito di applicazione, contesto e finalità di trattamento e possibile rischio di lesione dei diritti e delle libertà degli interessati.

Le misure adottate sono aggiornate periodicamente e consultabili nel sito internet e intranet aziendale e nel loro insieme costituiscono il sistema gestionale aziendale della privacy, che comprende:

- a. il Responsabile della protezione dei dati (RPD) disciplinato dagli artt. 37, 38 e 39 del Regolamento UE n. 679/2016;
- b. il Referente aziendale privacy;
- c. il Referente informatico per la protezione dei dati;
- d. il registro delle attività di trattamento dei dati;
- e. il sistema di attribuzione delle responsabilità del trattamento dei dati personali (conferimento ai Direttori di UOC/UOSD delle della delega ex art. 2-quaterdecies, comma 1, del D.Lgs. n. 196/2003,

- relativa alla gestione delle attività di trattamento dei dati personali e degli adempimenti previsti dal Regolamento UE n. 679/2016);
- f. il rilascio delle specifiche autorizzazioni al trattamento dei dati mediante gli appositi gestionali informatici in uso nell'Istituto;
 - g. le informazioni da fornire agli interessati;
 - h. la valutazione preventiva dell'impatto privacy;
 - i. la prevenzione, il contenimento e la gestione delle violazioni dei dati personali;
 - j. la formazione dei delegati, dei responsabili e degli incaricati del trattamento dei dati.

Art. 34 – Sicurezza e salute nei luoghi di lavoro

La gestione della salute e della sicurezza sul lavoro costituisce parte integrante della gestione generale dell'Istituto.

La responsabilità della gestione della sicurezza e salute nel luogo di lavoro riguarda l'intera organizzazione, dalla Direzione Generale sino al singolo lavoratore, ciascuno secondo le proprie attribuzioni e competenze, così come previsto dal Decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81.

L'Istituto prevede l'implementazione di un sistema di gestione della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro e suo monitoraggio attraverso l'azione del Servizio di Prevenzione e Protezione e del Medico Competente.

Il modello di gestione per la sicurezza 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, che prevedono in particolare:

- il coinvolgimento e la partecipazione di tutta la struttura aziendale secondo le diverse attribuzioni e competenze; tale coinvolgimento considera 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 funzione svolta;
- l'organizzazione di un sistema efficace di comunicazione, che permetta una adeguata comprensione e condivisione comune degli obiettivi e delle regole di prevenzione e protezione;
- la consultazione periodica dei lavoratori anche per tramite delle OO.SS. e degli RLS;
- l'attiva promozione di elevati standard di sicurezza nei luoghi di lavoro ed il loro costante monitoraggio.

Concorrono altresì al presidio della salute e della sicurezza sul lavoro, oltre alle funzioni di Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezioni, Medico Competente e Medico Autorizzato già descritti, il Responsabile Tecnico Sicurezza Antincendio, gli Addetti Emergenze e Primo Soccorso, l'Esperto in Radioprotezione, lo Specialista in Fisica Medica, l'Esperto Responsabile della Sicurezza in Risonanza Magnetica e l'Addetto Sicurezza Laser. Le relative responsabilità sono descritte nel regolamento per l'applicazione del D.Lgs. n. 81/2008.

Art. 35 – 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 stabiliscono 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:

1. la Carta dei servizi, adottata in conformità al DPCM del 27 gennaio 1994 "Principi sull'erogazione dei

servizi pubblici” e al DPCM del 19 maggio 1995 “Schema generale di riferimento della carta dei servizi pubblici sanitari”;

2. 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;
3. 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 alla tutela dei cittadini, da realizzare anche con il concorso e la collaborazione delle rappresentanze professionali e sindacali.

Art. 36 – Il miglioramento continuo dell’assistenza e della ricerca

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 la UOS Qualità, Accreditamenti e Riconoscimento IRCCS e tutte le funzioni deputate al governo dei processi di supporto.

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 dell’Istituto. 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.

Art. 37 – Attività di controllo

L’Istituto è sottoposto 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 Decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 286, 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 del Veneto;
- il controllo strategico, in termini di congruenza tra risultati conseguiti ed obiettivi predefiniti, ad opera della Direzione Generale, Direzione Scientifica, Direzione Sanitaria e Direzione Amministrativa.

L’attività di valutazione e controllo strategico si configura come riservata ed è quindi sottratta al diritto di accesso di cui alla L. n. 241/1990, in quanto correlata alla emanazione di atti di amministrazione generale, di pianificazione e di programmazione.

Art. 38 – 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:

- il programma annuale di attività;
- il bilancio preventivo economico annuale e pluriennale e il bilancio d'esercizio;
- 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.

TITOLO VII – NORMA FINALE E RINVIO

Art. 39 – Norma programmatica

Il presente Atto Aziendale è coerente con le disposizioni normative nazionali e regionali e in particolare con gli atti programmatici di cui alla DGR n. 614 del 14 maggio 2019 e s.m.i.

Art. 40 – 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. 41 – 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.

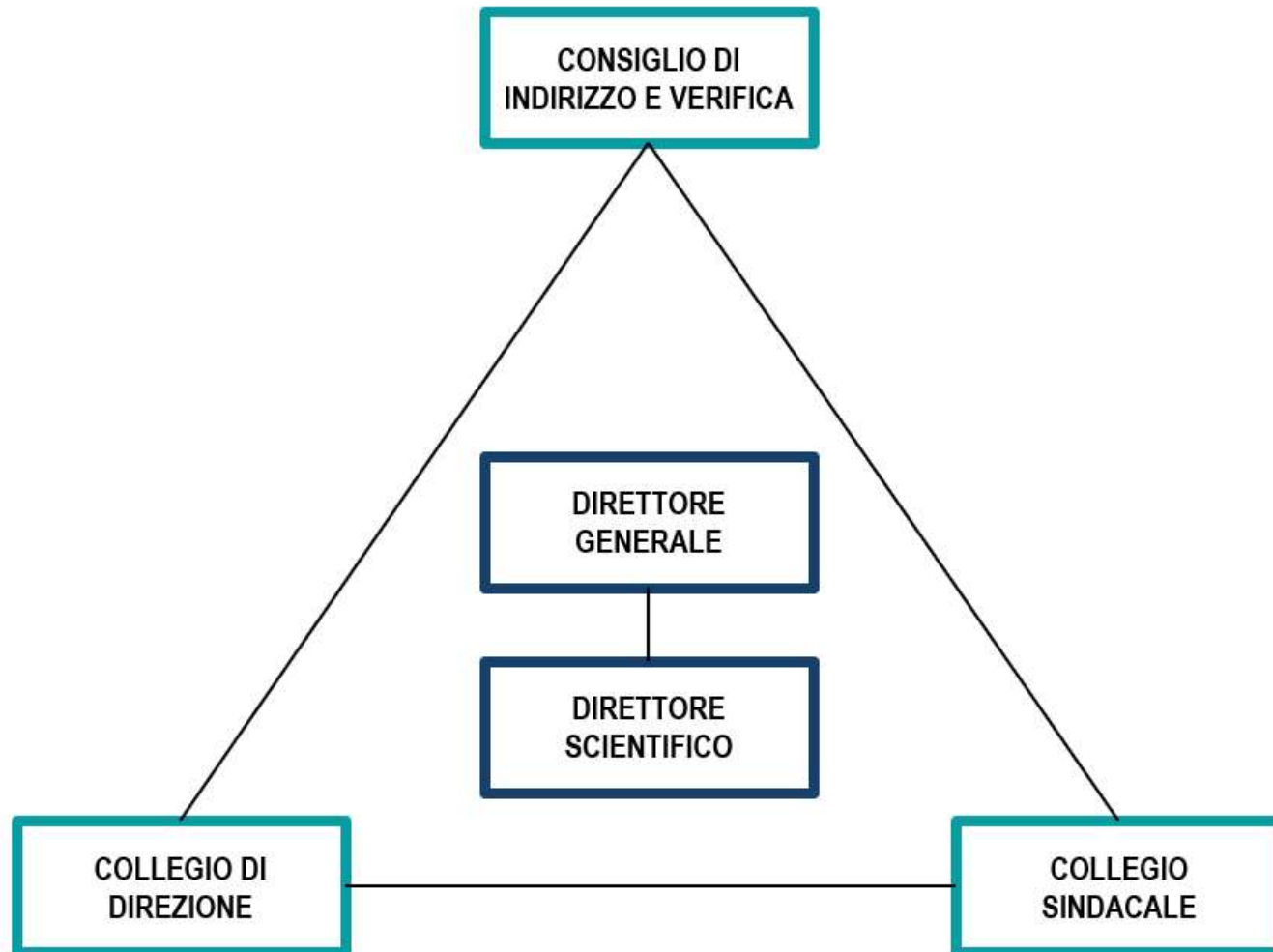
Si allegano i seguenti documenti:

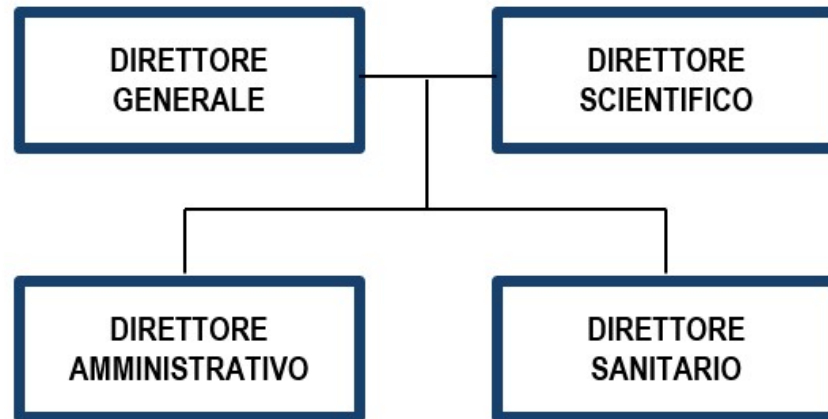
- **Allegato 1:** Organigramma dell'Istituto;
- **Allegato 2:** Dotazione organica.

Allegato 1: Organigramma dell'Istituto

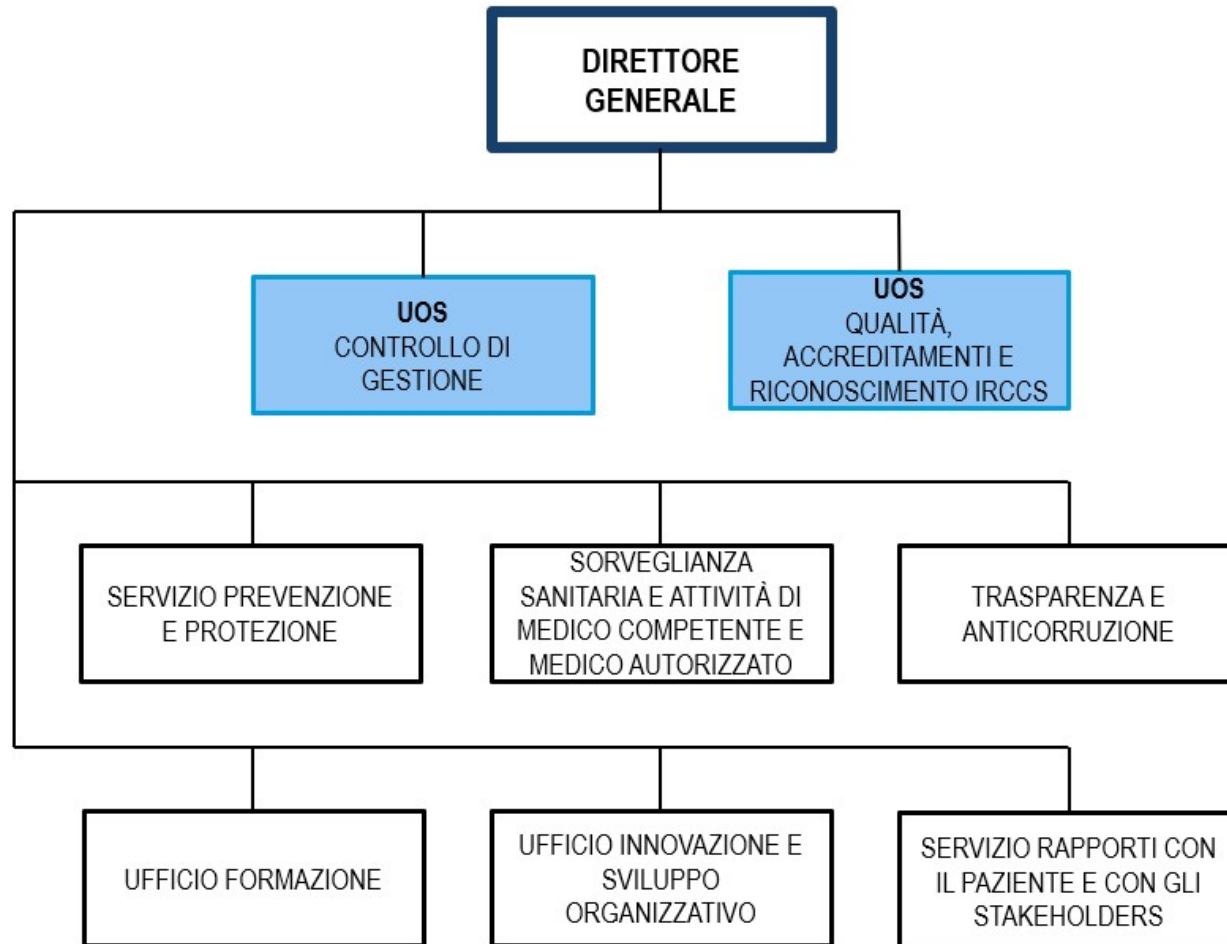
Legenda



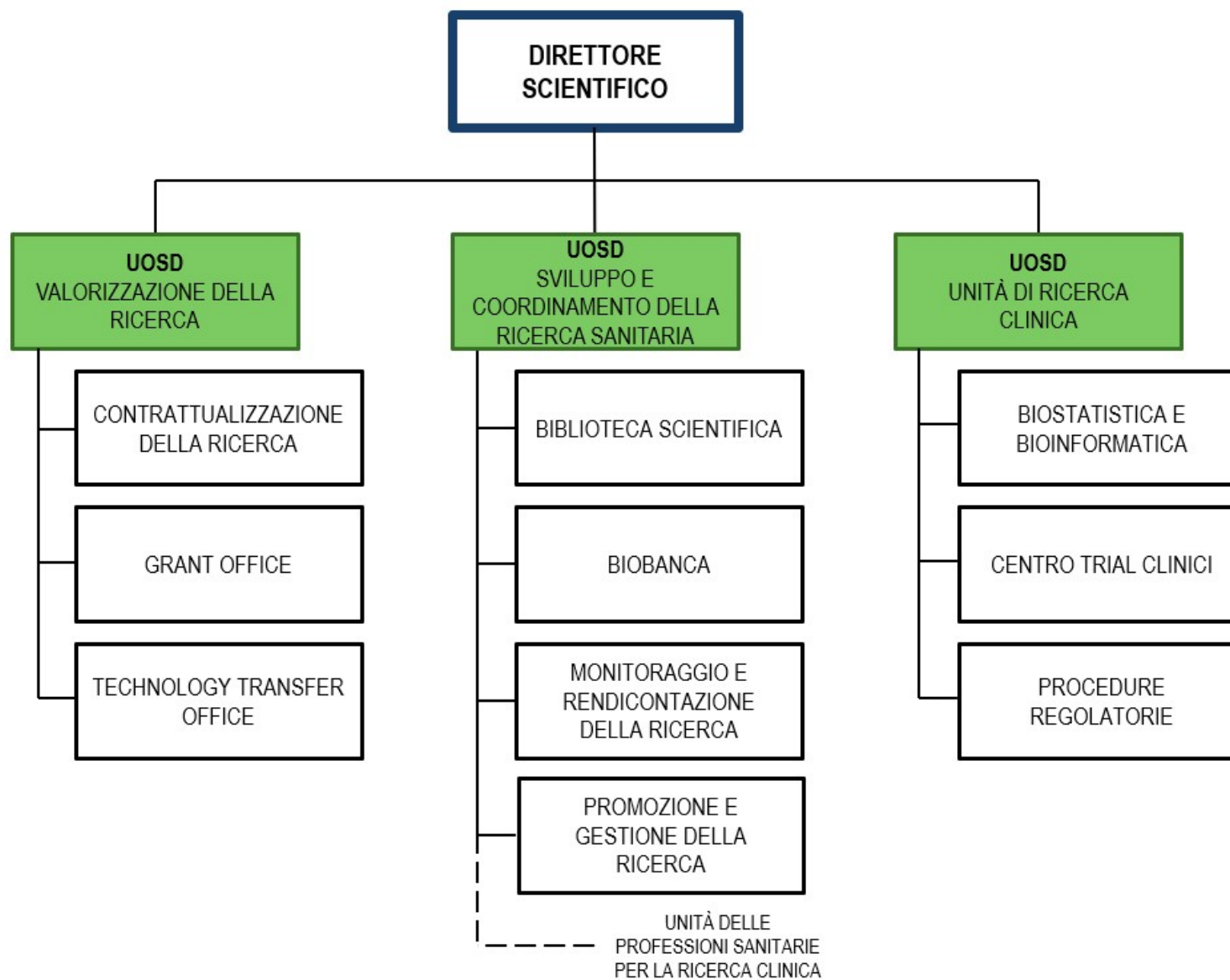




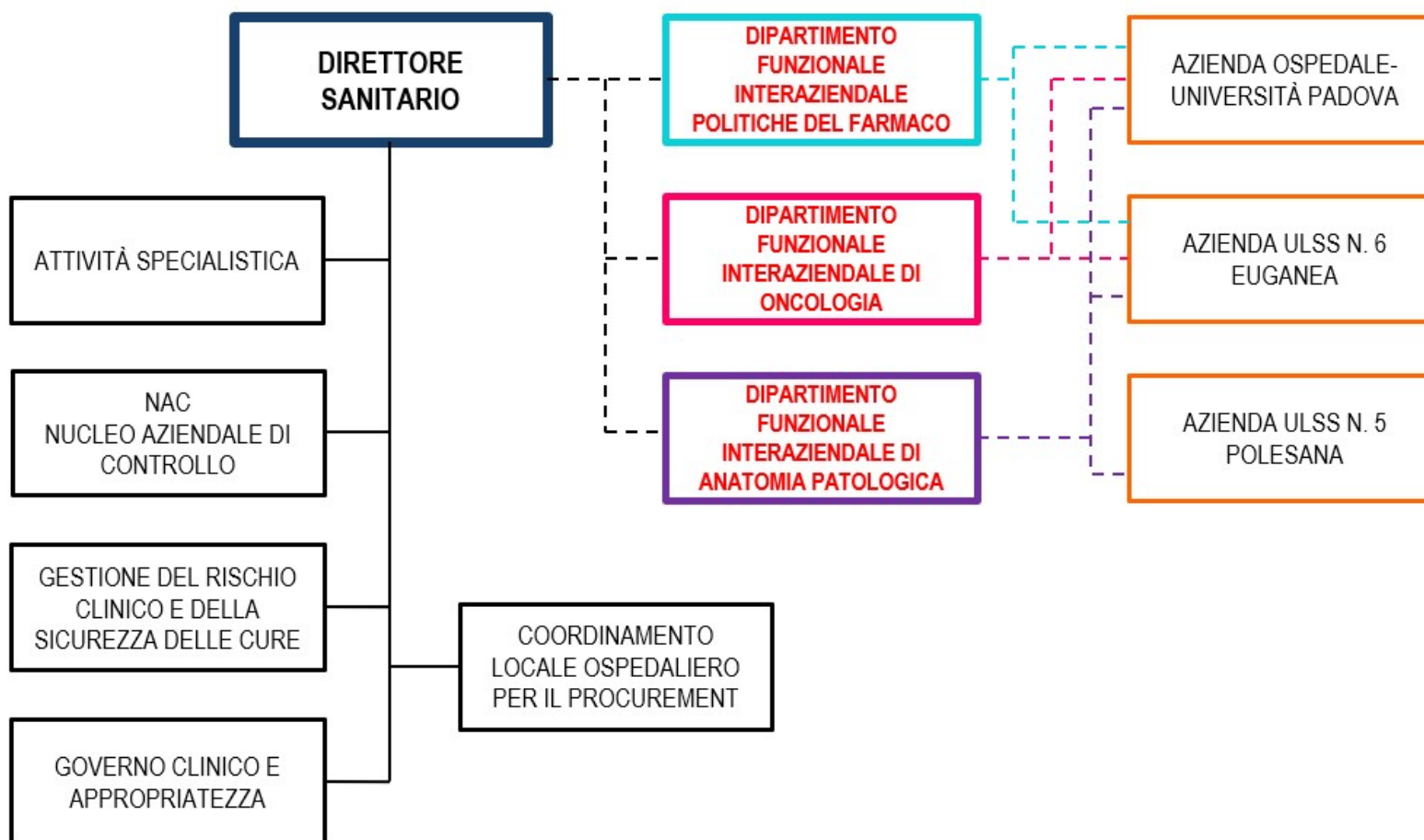
Unità di staff alla Direzione Generale



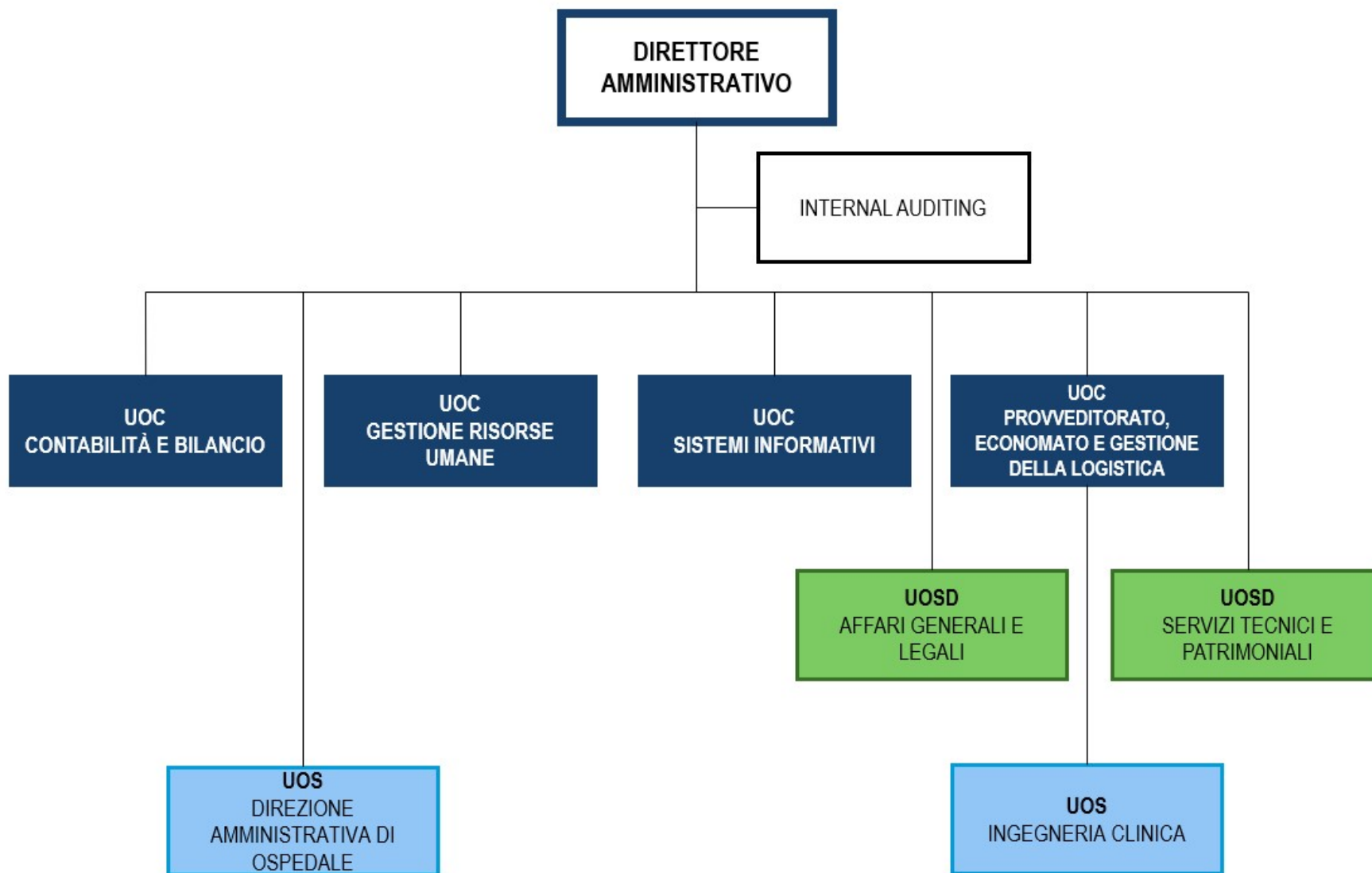
Unità di staff alla Direzione Scientifica

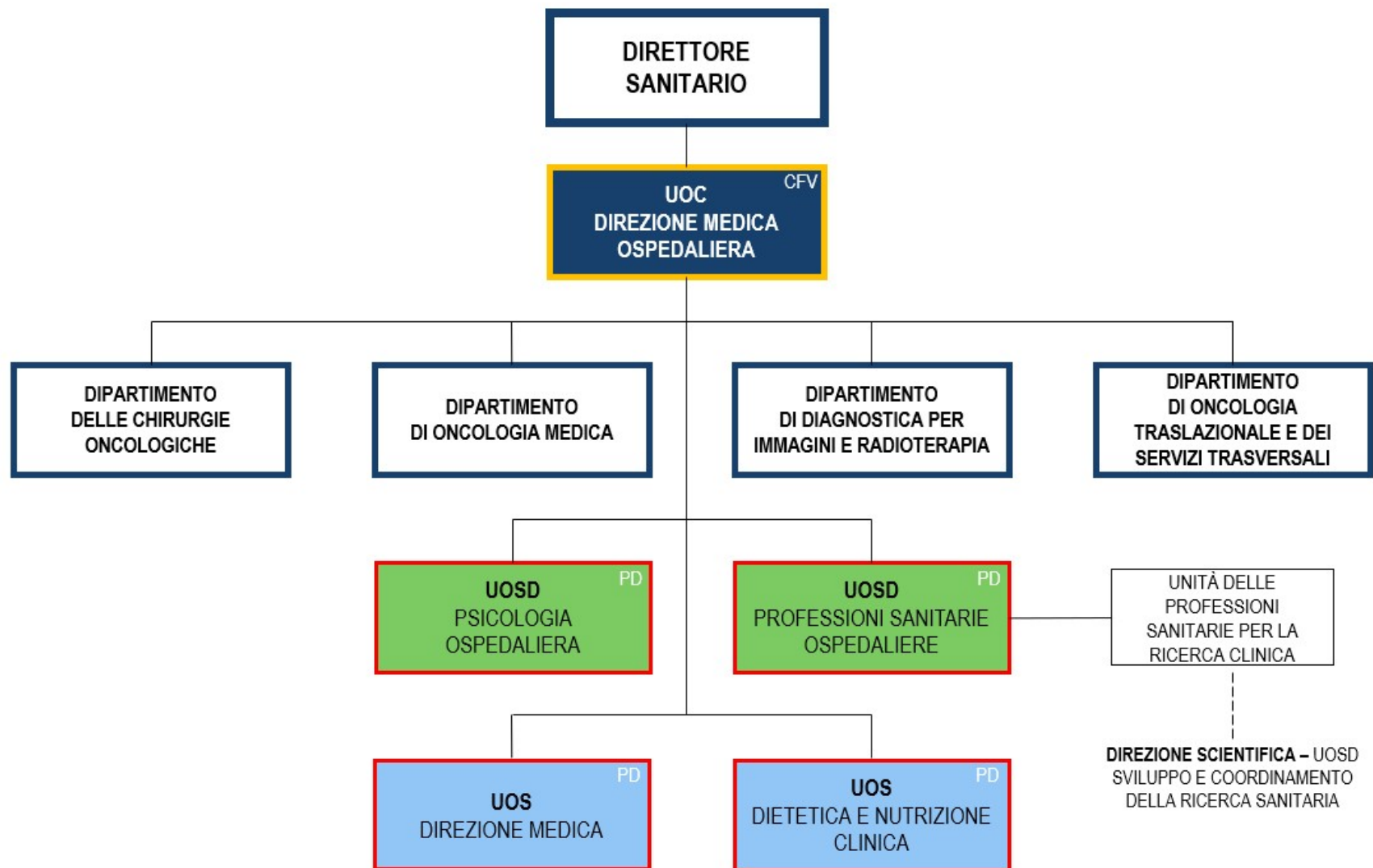


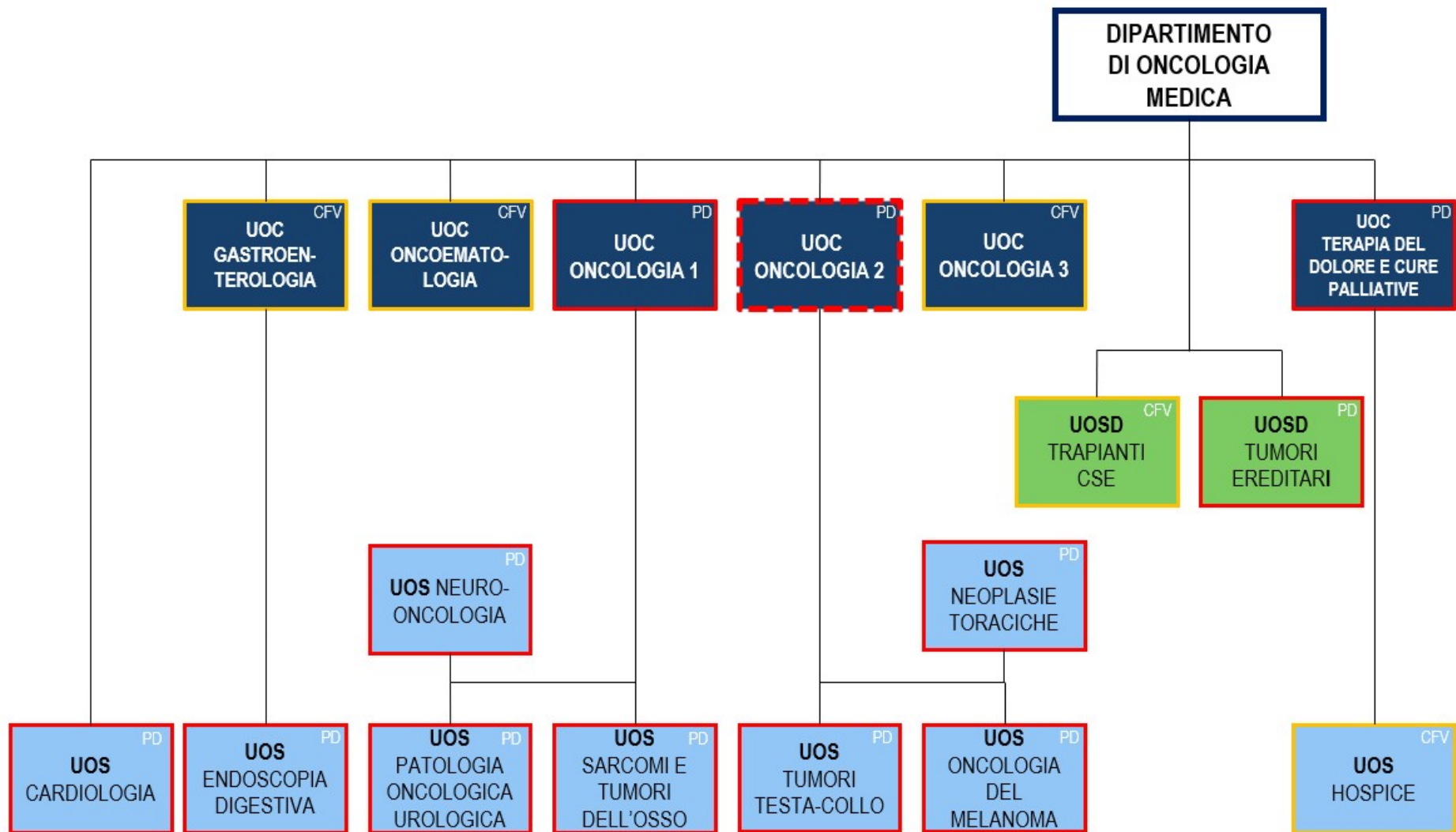
Unità di staff alla Direzione Sanitaria



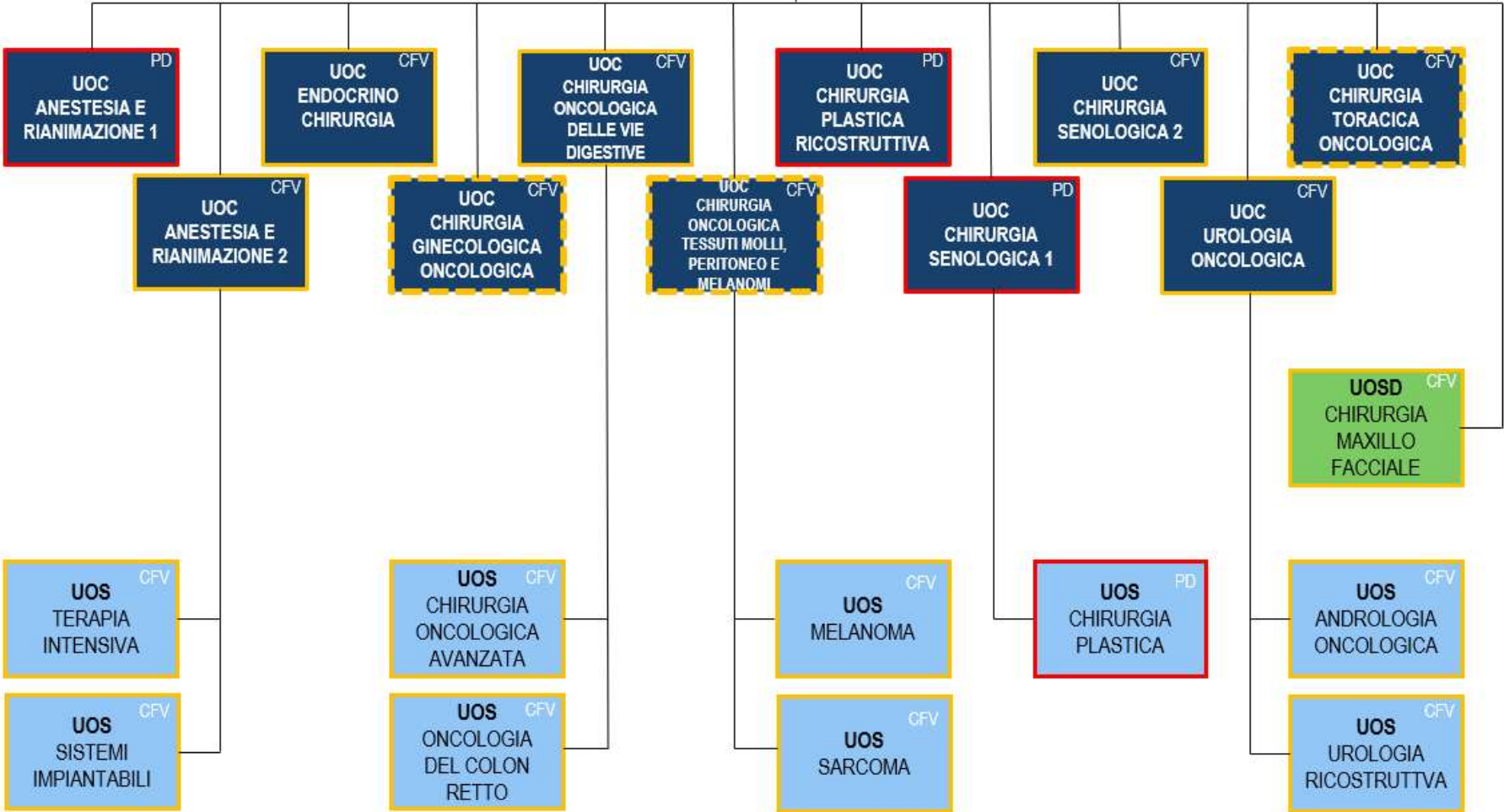
Area della Direzione Amministrativa

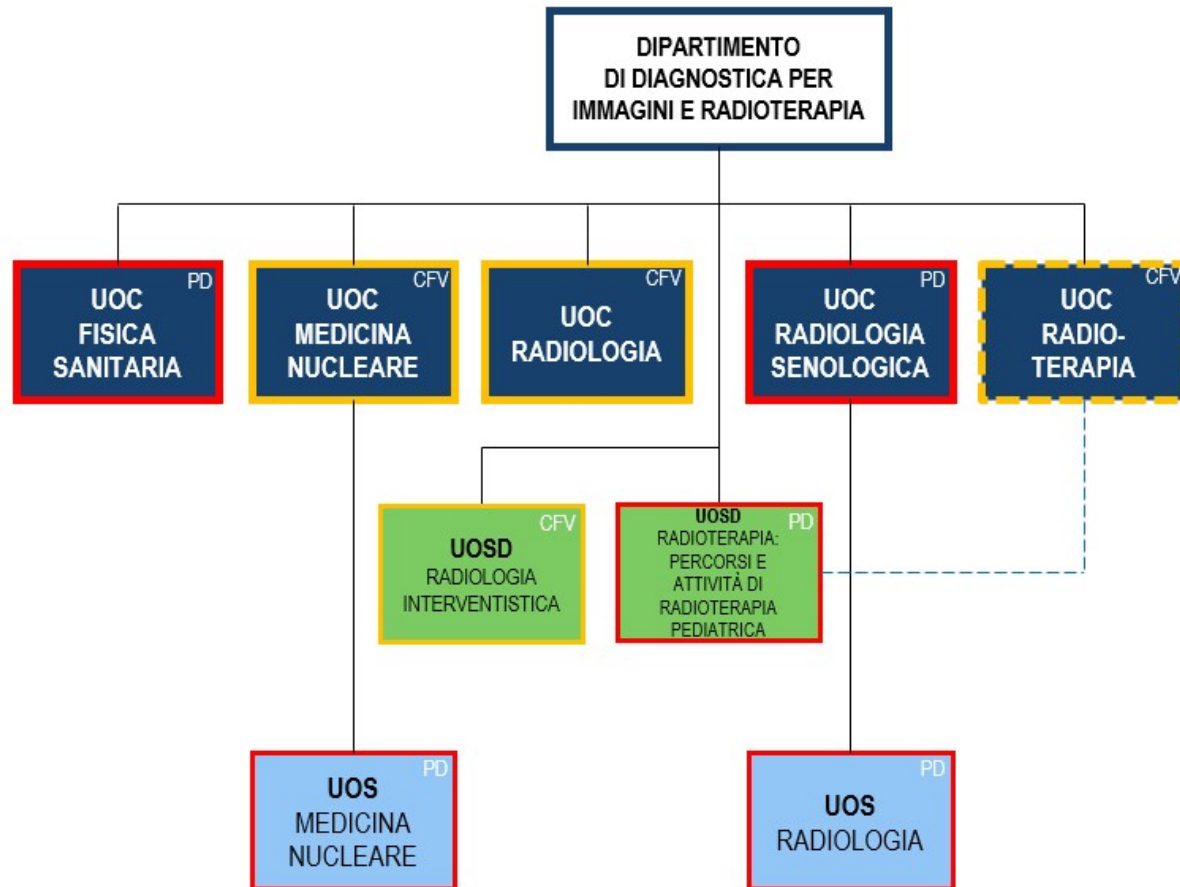


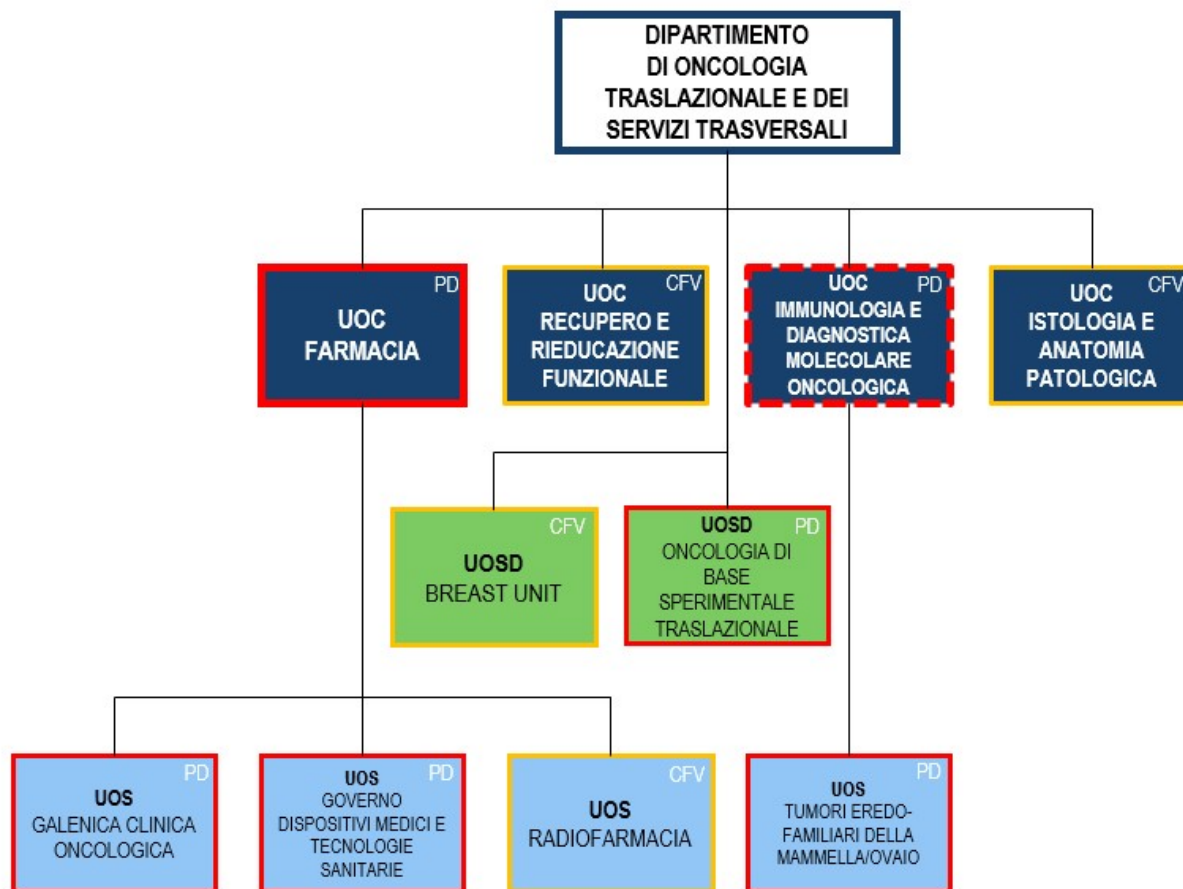




**DIPARTIMENTO
DELLE CHIRURGIE
ONCOLOGICHE**







Allegato 2: Dotazione Organica

Si riporta di seguito la dotazione organica dell'Istituto Oncologico Veneto IRCCS approvata dalla Regione del Veneto, da ultimo, con DGR n. 1748 del 29 novembre 2019.

Tale dotazione organica è stata determinata sulla base delle necessità assistenziali derivanti dall'attuazione della programmazione regionale di cui alla DGR n. 614 del 14 maggio 2019 e non ricomprende il personale di ricerca del ruolo della Ricerca Sanitaria e delle attività di supporto alla Ricerca Sanitaria di cui all'art. 1 c. 424 della Legge 27 dicembre 2017, n. 205.



REGIONE DEL VENETO

ALLEGATO A DGR nr. 1748 del 29 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

Con deliberazione del Direttore Generale dell'Istituto n. 68/2023 è stato approvato il Piano definitivo del fabbisogno del personale relativo al triennio 2023/2025 (PTFP 2023/2025) e la dotazione organica per l'anno 2023 in seguito all'approvazione dell'Area Sanità e Sociale della Regione del Veneto, di cui alla nota prot. n. 32383 del 18.01.2023.

Nel predetto Piano, sulla base delle indicazioni regionali, nelle sezioni relative all'organico ed al relativo costo, non è stato riportato il personale della cd. "piramide della ricerca", ancorché segnalato all'Area sanità e Sociale con evidenza separata.

Anche in attuazione di quanto previsto dal Decreto legislativo 23 dicembre 2022, n. 200, l'Istituto provvederà ad integrare il Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale prevedendo una specifica sezione dedicata al Personale della Ricerca Sanitaria dell'Istituto assunto con contratto di lavoro subordinato a tempo determinato e indeterminato.

Nell'ambito del predetto piano verrà definita la consistenza della dotazione organica espressa in termini di numero dei posti, per ogni profilo, ritenuti necessari per lo sviluppo ed il mantenimento dell'attività di ricerca nonché il relativo valore economico finanziario.

Tenuto conto delle caratteristiche di variabilità proprie dell'attività di ricerca sanitaria, l'assunzione del predetto personale con contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato è subordinata alla disponibilità economica necessaria per la relativa attuazione.

Sempre con riferimento al suddetto PTFP 2023/2025, si precisa che l'organico di personale di ricerca, assunto e previsto in assunzione, con contratto di lavoro subordinato a tempo determinato è di 134 unità, delle quali 78 del ruolo della Ricerca Sanitaria e delle attività di supporto alla Ricerca Sanitaria di cui all'art. 1 c. 424 della Legge 27 dicembre 2017, n. 205.

Considerato che l'Istituto si avvale di personale dedicato alla ricerca, reclutato con varie forme contrattuali, compreso quello del ruolo della Ricerca Sanitaria e delle attività di supporto alla Ricerca Sanitaria, sulla base di quanto sopra riportato, lo stesso assicura che almeno il 35% di tale personale è assunto con un contratto di lavoro subordinato a tempo determinato.

Con riferimento a quanto disposto dall'articolo 10, comma 2 del Decreto legislativo 23 dicembre 2022, n. 200, entro i termini ivi previsti, l'Istituto provvederà ad inviare alla Regione del Veneto e al Ministero della Salute la richiesta di adeguamento dell'attuale dotazione organica, al fine di prevedere anche i posti da destinare al personale di ricerca.