



Regione del Veneto

Istituto Oncologico Veneto

Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Ospedale Busonera, Via Gattamelata 64 35128 Padova
C.F./P.I. 04074560287



REGIONE DEL VENETO

ATTO AZIENDALE

L'Atto Aziendale dell'Istituto Oncologico Veneto è stato elaborato in conformità ai seguenti principali provvedimenti normativi:

- Art. 32 della Costituzione il quale dispone che la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.
- D.L.gs. 30/12/1992, n.502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della L. 23 ottobre 1992, n.421" e successive modifiche ed integrazioni.
- L.R.V. 14/9/1994, n.55 "Norme sull'assetto programmatico, contabile, gestionale e di controllo delle Unità locali sociosanitarie e delle Aziende ospedaliere in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 -Riordino della disciplina in materia sanitaria"- così come modificato dal Decreto legislativo 7 dicembre 1993, n.517.
- L.R.V. 14/9/1994, n.56 "Norme e principi per il riordino del Servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 - Riordino della disciplina in materia sanitaria" - così come modificato dal Decreto legislativo 7 dicembre 1993, n.517.
- D.Lgs. 30/03/2001 n.165 "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche".
- D.L.gs. 16/10/2003, n.288 "Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, a norma dell'art. 42, comma 1, della L. 16 gennaio 2003, n.3".
- Accordo 1/7/2004 della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano "Atto di intesa recante organizzazione, gestione e funzionamento degli IRCCS non trasformati in Fondazioni".
- L.R.V. 22/12/2005, n.26 "Istituzione dell'Istituto Oncologico Veneto".
- D.Lgs 27/10/2009, n. 150 "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni".
- Legge 4/11/2010 n. 183 "Deleghe al Governo in materia di lavori usuranti, di riorganizzazione di enti, di congedi, aspettative e permessi, di ammortizzatori sociali, di servizi per l'impiego, di incentivi all'occupazione, di apprendistato, di occupazione femminile, nonché misure contro il lavoro sommerso e disposizioni in tema di lavoro pubblico e di controversie di lavoro".
- L.R.V. 29/6/2012, n.23 "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016".
- Legge 6/11/2012, n. 190 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione".
- D.Lgs. 14/03/2013 n.33 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni".

SOMMARIO

<u>PREMESSA.....</u>	<u>4</u>
<u>TITOLO I – ELEMENTI IDENTIFICATIVI E CARATTERIZZANTI DELL’ISTITUTO.....</u>	<u>5</u>
<u>Art. 1 - Assetto istituzionale.....</u>	<u>5</u>
<u>Art. 2 - Patrimonio e mezzi finanziari.....</u>	<u>6</u>
<u>Art. 3 - Missione, finalità e valori di riferimento.....</u>	<u>6</u>
<u>Art. 4 - Principi di assistenza.....</u>	<u>7</u>
<u>Art. 5 - Attività.....</u>	<u>8</u>
<u>Art. 6 - Rete Oncologica del Veneto</u>	<u>9</u>
<u>Art. 7 - Assegnazione e perseguimento degli obiettivi</u>	<u>9</u>
<u>Art. 8 - Strumenti.....</u>	<u>10</u>
<u>Art. 9 - Organizzazione e personale.....</u>	<u>10</u>
<u>TITOLO II - ORGANI</u>	<u>11</u>
<u>Art. 10 - Organi.....</u>	<u>11</u>
<u>TITOLO III – COMPONENTI LA DIREZIONE GENERALE E ORGANISMI COLLEGIALI</u>	
<u>.....</u>	<u>16</u>
<u>Art. 11 - Direzione Generale.....</u>	<u>16</u>
<u>Art. 12 - Organismi Collegiali.....</u>	<u>17</u>
<u>TITOLO IV – ORGANIZZAZIONE DELL’AZIENDA.....</u>	<u>19</u>
<u>Art. 13 - Articolazione Organizzativa.....</u>	<u>19</u>
<u>Art. 14 - Strutture in staff alla Direzione Generale.....</u>	<u>20</u>
<u>Art. 15 - Direzione Scientifica.....</u>	<u>21</u>
<u>Art. 16 - Servizi per l’organizzazione scientifica.....</u>	<u>22</u>
<u>Art. 17 - Direzione Sanitaria.....</u>	<u>23</u>
<u>Art. 18 - Organizzazione Dipartimentale</u>	<u>24</u>
<u>Art. 19 - Gruppi Multidisciplinari</u>	<u>24</u>
<u>Art. 20 – Breast Unit.....</u>	<u>24</u>
<u>Art. 21 – Dipartimenti funzionali interaziendali.....</u>	<u>24</u>
<u>Art. 22 - Strutture in staff alla Direzione Sanitaria</u>	<u>25</u>
<u>Art. 23 - Direzione Amministrativa.....</u>	<u>29</u>
<u>Art. 24 - Strutture della Direzione Amministrativa</u>	<u>29</u>
<u>TITOLO V – FUNZIONAMENTO DELL’ISTITUTO.....</u>	<u>32</u>
<u>Art. 25 –Programmazione e Bilancio</u>	<u>32</u>
<u>Art. 26 - Metodica di Budget e Centri di Responsabilità.....</u>	<u>33</u>
<u>Art. 27 - Miglioramento continuo dell’assistenza</u>	<u>33</u>
<u>Art. 28 – Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali.....</u>	<u>34</u>
<u>Art. 29 - Informazione, accoglienza, tutela e partecipazione dei cittadini.....</u>	<u>34</u>
<u>Art. 30 - Risorse umane: valorizzazione, qualificazione e formazione permanente.....</u>	<u>35</u>
<u>Art. 31 - Risorse materiali e tecnologiche: disciplina dei contratti di fornitura e di servizi</u>	
<u>.....</u>	<u>36</u>
<u>Art. 32 - Attività di controllo.....</u>	<u>36</u>
<u>Art. 33 - Sistema Controllo Interno.....</u>	<u>37</u>
<u>Art. 34 –Valutazione del personale.....</u>	<u>38</u>
<u>Art. 35 - Vigilanza.....</u>	<u>39</u>
<u>Art. 36 - Trasparenza.....</u>	<u>40</u>
<u>Art. 37 - Anticorruzione.....</u>	<u>40</u>
<u>Art. 38 - Privacy.....</u>	<u>41</u>
<u>Art. 39 – Sicurezza e salute nei luoghi di lavoro.....</u>	<u>41</u>
<u>TITOLO VI – SPERIMENTAZIONE.....</u>	<u>43</u>
<u>Art. 40 - Sperimentazione Clinica.....</u>	<u>43</u>
<u>TITOLO VII – NORMA FINALE E RINVIO.....</u>	<u>45</u>
<u>Art. 41 – Norma finale e rinvio.....</u>	<u>45</u>

PREMESSA

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

TITOLO I – ELEMENTI IDENTIFICATIVI E CARATTERIZZANTI DELL'ISTITUTO

Art. 1 - Assetto istituzionale

L'Istituto Oncologico Veneto (di seguito denominato IOV) è un istituto a indirizzo oncologico che opera in tale campo quale Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) di diritto pubblico.

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

Lo IOV è parte integrante del Servizio Sanitario della Regione Veneto, nel cui ambito svolge funzioni di alta qualificazione relativamente alle attività di assistenza, ricerca e formazione. Sul piano organizzativo la struttura è regolamentata sulla base della normativa regionale e nazionale quale ente non trasformato e, pertanto, la sua organizzazione e il suo funzionamento sono disciplinati dalla normativa regionale e dal presente atto aziendale, nonché dalle disposizioni contenute nel decreto legislativo n. 288/2003 e dalle disposizioni statali e regionali in materia di Aziende Sanitarie applicabili.

Costituzione, sede legale, sito, logo e patrimonio

Lo IOV è stato istituito con L.R. del 22 dicembre 2005, n. 26, quale istituto dotato di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia amministrativa, tecnica, patrimoniale e contabile. La Regione ha promosso il riconoscimento dell'Istituto quale istituto di ricovero e cura a carattere scientifico nella disciplina Oncologia ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 26 ottobre 2003, n. 288. Il Ministero della Salute, con decreto del 18 marzo 2005, adottato d'intesa con il presidente della Regione Veneto, ha riconosciuto il carattere scientifico dell'istituto, successivamente riconfermato con la periodicità e le modalità previste dalla normativa vigente.

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

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

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

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



[IRCCS](http://www.irccs.it)

Art. 2 - Patrimonio e mezzi finanziari

Il patrimonio dell'Istituto, fermo restando quanto previsto dall'art. 7 del decreto legislativo 16 ottobre 2003 n. 288, è costituito da tutti i beni mobili e immobili a esso appartenenti come risulta dal libro cespiti. I beni immobili facenti parte del patrimonio disponibile sono gestiti nell'ottica della salvaguardia e della valorizzazione e migliore redditività dei medesimi e possono essere oggetto di alienazione a titolo oneroso nel rispetto della normativa vigente.

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

- ospedale Busonera, via Gattamelata n. 64
- palazzina Immunologia, via Gattamelata n. 64
- palazzina Radioterapia, via Giustiniani n. 1

Art. 3 - Missione, finalità e valori di riferimento

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

L'Istituto è parte di un sistema diffusamente orientato al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza per soddisfare bisogni sempre più complessi del cittadino, avvalendosi dell'evoluzione delle tecniche e delle conoscenze.

Il paziente è posto al centro di un tempestivo e coordinato intervento multidisciplinare, derivato dall'esperienza clinica coniugata con le più avanzate acquisizioni di ricerca, maturate nell'ambito dell'Istituto e a livello della comunità scientifica nazionale e internazionale.

I percorsi diagnostici e terapeutici sono caratterizzati dalla personalizzazione e umanizzazione delle cure e dall'attenzione alle esigenze dell'utente e dei suoi familiari.

La dignità della persona umana, nel complesso degli aspetti biologici, psicofisici e relazionali, è il riferimento condiviso di tutte le attività dell'Istituto Oncologico Veneto.

Missione

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

Finalità

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

- 1) svolgere, nella disciplina dell'oncologia, nel rispetto delle disposizioni di legge e in conformità alla programmazione nazionale e regionale, attività di assistenza sanitaria di tipo clinico-traslazionale e di ricerca scientifica biomedica e sanitaria, integrandole strategicamente in funzione della natura di Istituto a carattere scientifico della struttura;

- 2) elaborare e attuare, direttamente o in rapporto con altri enti, programmi di formazione professionale ed educazione sanitaria con riferimento agli ambiti istituzionali di attività;
- 3) 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) sperimentare e verificare forme innovative di gestione e organizzazione in campo sanitario, nel proprio ambito disciplinare;
- 7) supportare, tramite idonee modalità, le Istituzioni di istruzione e formazione pre e post laurea;
- 8) svolgere attività di studio e ricerca con attivazione di misure preventive nelle aree con alta incidenza di tumori;
- 9) coordinare e finanziare gli studi offrendo ai cittadini della Regione e dell'intero Paese le migliori cure;
- 10) sviluppare collaborazioni assistenziali e scientifiche a livello regionale per promuovere l'eccellenza diffusa e, in ambito nazionale e internazionale, realizzare le sinergie necessarie al progresso scientifico oncologico;
- 11) costituire un centro di riferimento per sperimentazioni cliniche e studi di natura multicentrica a livello nazionale e internazionale;
- 12) sperimentare e verificare forme innovative di gestione e organizzazione in campo oncologico, tenendo conto delle variazioni demografiche e valorizzando l'approccio multiprofessionale e multidisciplinare;
- 13) 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;
- 14) promuovere collaborazioni con le associazioni di volontariato e di rappresentanza e tutela degli utenti operanti nei campi d'interesse oncologico, al fine di realizzare strumenti efficaci di comunicazione, per sviluppare sinergie finalizzate al miglioramento della qualità dell'accoglienza e delle cure e della conoscenza reciproca e al soddisfacimento dei bisogni – anche non assistenziali – a vantaggio della qualità percepita.

Art. 4 - Principi di assistenza

L'assistenza è una competenza fondamentale che viene prestata con continuità e secondo criteri di integrazione organizzativa e multidisciplinare. La centralità della persona e l'umanizzazione dell'assistenza sono principi imprescindibili: l'attenzione ai diritti della persona comprende la valutazione di tutti i bisogni fisici, psicologici, intellettuali e spirituali.

La pratica professionale e clinica risponde a criteri di appropriatezza ed è guidata dalle più aggiornate tecniche e procedure per le quali si disponga di provata evidenza, al fine di assicurare gli standard più elevati. La formazione continua del personale è strumento di miglioramento dell'assistenza ed è finalizzata anche all'accrescimento del capitale umano dell'Istituto e all'incremento/aggiornamento delle competenze e conoscenze.

Valori di riferimento

L'Istituto Oncologico Veneto, nell'esercizio della propria attività, si attiene ai principi e valori di riferimento definiti dalla legge istitutiva e ai principi fondamentali sull'erogazione dei servizi pubblici definiti dal D.P.C.M. 27 gennaio 1994, con particolare riguardo a:

- **eguaglianza dei diritti degli utenti**
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 s'impegna a orientare la propria azione nel rispetto della trasparenza nell'attività amministrativa, clinica e di ricerca, con particolare riferimento alla gestione delle liste d'attesa, alle modalità di erogazione dei servizi, all'esplicitazione chiara degli obiettivi, alla pubblicizzazione dei risultati ottenuti circa l'efficacia e l'efficienza dei servizi erogati e alla costruzione e mantenimento di un sistema di qualità aziendale;
- **imparzialità**
i comportamenti degli operatori verso gli utenti devono essere ispirati a criteri di obiettività, giustizia e 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;
- **equità** di accesso dei cittadini ai servizi che eroga l'istituto;
- **efficienza ed efficacia delle prestazioni erogate**
ogni operatore lavora per il raggiungimento dell'obiettivo primario della 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**
all'utente deve essere garantita la partecipazione alla prestazione del servizio attraverso: un'informazione corretta, chiara e completa; la possibilità di esprimere la propria valutazione della qualità delle prestazioni erogate e di inoltrare reclami o suggerimenti per il miglioramento del servizio; la collaborazione con associazioni di volontariato e di tutela dei diritti.

Art. 5 - Attività

L'Istituto svolge la propria attività sulla base di programmi annuali e pluriennali che pianificano l'attività di assistenza e ricerca secondo un principio di stretto collegamento. 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 successive modificazioni e integrazioni, 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 288/2003 sulla base di programmi annuali e pluriennali predisposti dal Direttore Generale e approvati e deliberati 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 - Rete Oncologica del Veneto

Nel quadro della programmazione socio sanitaria regionale e della Rete Oncologica Veneta (ROV), all'Istituto Oncologico Veneto IRCCS è assegnato il ruolo di centro *Hub* per il coordinamento, in stretta sintonia con le Aziende Ospedaliere di Padova e Verona, delle attività di alta specializzazione ed eccellenza e delle altre attività condotte per conto delle Aziende ULSS del territorio.

In particolare, presso lo IOV ha sede il Coordinamento Regionale della Rete Oncologica del Veneto (CROV) che:

- coordina i programmi e valuta le attività dei Poli Oncologici;
- coordina le attività di Ricerca in oncologia;
- valida i Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) e le linee guida proposte dai Poli Oncologici;
- definisce i percorsi di formazione professionale, aggiornamento, informazione, comunicazione e monitoraggio delle attività delle Commissioni di Rete.

Oltre al ruolo di coordinamento, lo IOV, in ottemperanza alla propria *mission* di IRCCS, persegue reali criteri di appropriatezza, applicando le linee guida maggiormente accreditate. In tal senso, lo IOV coordina il network regionale accreditato di Biobanche e laboratori di diagnostica molecolare oncologica.

Art. 7 - Assegnazione e perseguimento degli obiettivi

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

Art. 8 - Strumenti

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

- 1) stipulare atti e contratti, ivi comprese la locazione, l'assunzione in concessione o in comodato, l'acquisto della proprietà o di altri diritti reali su immobili;
- 2) amministrare, gestire e valorizzare i beni di cui abbia la disponibilità a qualunque titolo;
- 3) acquisire da parte di soggetti pubblici e privati risorse finanziarie e beni da destinare allo svolgimento di attività istituzionali;
- 4) stipulare accordi, convenzioni e contratti con enti pubblici e soggetti privati e partecipare ad associazioni, consorzi, società, enti e istituzioni pubbliche e private, la cui attività sia rivolta al perseguimento di scopi coerenti con quello proprio. In particolare, l'Istituto collabora e stipula specifiche convenzioni con le Università, con particolare riferimento all'Università di Padova, con l'Azienda Ospedaliera di Padova, con l'Azienda ULSS 16 di Padova e con le Aziende sanitarie venete per specifici progetti clinici e di ricerca e con altre Aziende sanitarie nazionali e internazionali;
- 5) svolgere ogni attività idonea ovvero di supporto al perseguimento delle finalità istituzionali.

Art. 9 - Organizzazione e personale

Ferme restando le disposizioni di legge nazionali vigenti in materia di IRCCS (D. Lgs. 288/2003) e quanto contenuto nell'Atto di intesa Stato-Regioni stipulato il 1 luglio 2004, l'Istituto articola la propria organizzazione interna nel rispetto di quanto previsto dalla Regione con la L.R. 26/2005 istitutiva dell'Istituto stesso e della normativa regionale sanitaria vigente.

In particolare è stato adottato il "Regolamento di organizzazione e funzionamento", secondo lo schema previsto dall'Atto di intesa Stato-Regioni del 1° luglio 2004, con Deliberazione del Direttore Generale n. 15 del 11 gennaio 2011. Il regolamento suddetto è stato successivamente approvato dalla Regione e dal Ministero della Salute che ha espresso parere favorevole.

Il numero e la tipologia dei dipartimenti e delle unità operative complesse e semplici e la dotazione organica complessiva e specifica sono definite almeno ogni tre anni dal Direttore Generale con apposito atto di organizzazione sulla base dei provvedimenti regionali. Nella definizione dell'assetto organizzativo il Direttore Generale valuta espressamente le esigenze connesse all'attività di ricerca, alle collaborazioni in atto tra unità e tra laboratori, anche appartenenti a diverse unità operative, e favorisce su richiesta la mobilità interna dei ricercatori. Sulle predette materie il Direttore Generale acquisisce il parere obbligatorio del Direttore Scientifico.

Il rapporto di lavoro del personale dell'Istituto è disciplinato dalle disposizioni di cui al D.lgs. n. 165/2001 e ss.mm.ii., al D.lgs. n. 502/92 e ss.mm.ii. e dai CC.CC.NN.LL. del personale del S.S.N. vigenti.

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

TITOLO II - ORGANI

Art. 10 - Organi

Sono organi dell'Istituto:

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

Direttore Generale

Il Direttore Generale, nominato dal Presidente della Regione, sentito il Ministro della Salute, è l'organo di governo responsabile della gestione complessiva dell'Istituto, di cui è legale rappresentante e titolare dei rapporti esterni (legge regionale n. 26/2005).

Il Direttore Generale assicura il regolare funzionamento dell'Istituto, rispondendo alla Regione e al Ministero della Salute del proprio mandato, nell'ambito della programmazione regionale e nazionale e degli indirizzi espressi dagli organismi di riferimento istituzionale: esercita tutti i poteri di gestione complessiva, coadiuvato dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo, rapportandosi con il Direttore Scientifico per quanto riguarda la ricerca e gli atti programmatici e gestionali a essa collegati. In particolare il Direttore Generale si rapporta con il Direttore Scientifico al fine della ottimale integrazione dell'attività assistenziale e di formazione con l'attività scientifica, con particolare riguardo alla definizione degli obiettivi aziendali di dipartimento e di struttura.

Egli ha il compito di combinare i fattori produttivi con lo scopo di perseguire, in condizioni di massima efficienza ed efficacia, il raggiungimento degli obiettivi definiti in sede di pianificazione annuale e approvati dal Consiglio di Indirizzo e Verifica e dalla Regione. La responsabilità di gestione complessiva dell'Istituto è da intendersi in senso pieno rispetto alle strategie, nonché all'azione di indirizzo nei confronti dei responsabili delle strutture operative, anche ai fini dell'integrazione delle stesse nella realizzazione della missione aziendale. È altresì responsabile della gestione del budget complessivo dell'Istituto, nel rispetto del vincolo delle risorse assegnate dalla Regione e dallo Stato, nonché dell'assegnazione dei budget ai direttori di dipartimenti/unità operative, che sono responsabili della gestione delle risorse assegnate.

Il Direttore Generale presidia lo svolgimento di tutte le funzioni necessarie alla direzione, all'organizzazione e all'attuazione dei compiti, nel rispetto dei principi di imparzialità e trasparenza nonché dei criteri di efficacia, efficienza ed economicità della gestione.

In particolare egli è responsabile:

- della gestione finanziaria, tecnica e amministrativa dell'Istituto, incluse l'organizzazione e la gestione del personale;
- del raggiungimento degli obiettivi fissati dalla Regione e dal Consiglio di Indirizzo e Verifica e assume le deliberazioni in ordine alla realizzazione dei piani e programmi adottati;
- della realizzazione dei piani e dei progetti strategici con riferimento agli obiettivi del Piano Sanitario Regionale e del Piano Sanitario Nazionale.

Il Direttore Generale, per lo svolgimento delle sue funzioni, si avvale delle strutture organizzative dell'Istituto e dei poteri organizzativi e gestionali attribuiti dalle leggi. Il Direttore Generale nomina, secondo le procedure previste, i direttori delle unità operative complesse. I direttori delle unità operative a direzione universitaria sono individuati d'intesa con il Rettore dell'Università degli Studi di Padova, come previsto dalle leggi e dalla Convenzione quadro tra Università degli Studi di Padova e l'Istituto Oncologico Veneto.

Al Direttore Generale competono le funzioni di programmazione e controllo e, in definitiva, la leadership dell'intera Azienda differenziando così, all'interno della stessa Azienda, la Funzione di programmazione, allocazione e committenza, propria della Direzione generale, dalla funzione di erogazione, affidata alle strutture tecnico-funzionali.

Risulta così attuata la divisione delle funzioni di gestione strategica, assegnate al Direttore Generale, dalle funzioni di gestione finanziaria, tecnica e amministrativa e scientifica, assegnate ai dirigenti, che le esercitano nell'ambito dell'autonomia gestionale e delle responsabilità amministrative, secondo le previsioni di performance assegnate.

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

La delega, pertanto, costituisce il presupposto per una migliore e negoziata definizione delle funzioni della dirigenza dell'area clinico-assistenziale e dell'area economica finanziaria; rappresenta lo strumento per l'affermazione dell'effettiva collaborazione della dirigenza con la Direzione Generale; contribuisce al processo di valorizzazione e responsabilizzazione della stessa dirigenza verso obiettivi predeterminati e condivisi; tende a realizzare modalità di governo e gestione più articolate e flessibili.

Consiglio di Indirizzo e Verifica

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

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

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

Il Consiglio esprime il proprio parere entro quarantacinque giorni dalla richiesta; in caso di silenzio, il parere si intende positivo. In caso di risultato negativo della gestione, il Consiglio, ai sensi dell'art. 10 della legge regionale istitutiva n. 26 del 22.12.2005, riferisce alla Regione, proponendo le misure da adottare.

Il Presidente del Consiglio di Indirizzo e Verifica cura, per quanto di competenza, le relazioni con enti, istituzioni, imprese pubbliche e private e altri organismi, anche al fine di instaurare rapporti di collaborazione e sostegno delle iniziative dell'Istituto. In caso di assenza o impedimento temporaneo, il Presidente è sostituito da un componente del Consiglio da lui espressamente delegato o, in assenza di delega, da quello più anziano d'età. Alle riunioni del Consiglio partecipano, senza diritto di voto, il Direttore Generale, il Direttore Scientifico e i componenti del Collegio Sindacale; possono altresì partecipare, senza diritto di voto, i soggetti di volta in volta invitati dal Consiglio stesso.

Il Consiglio definisce, durante la sua prima riunione, un proprio regolamento di funzionamento, tenendo in considerazione quanto stabilito dagli artt. 9 e 10 dello schema-tipo di regolamento di organizzazione e funzionamento degli IRCCS, allegato all'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.

Le riunioni del Consiglio possono effettuarsi utilizzando teleconferenze o sistemi telematici. In tale evenienza la riunione si considera tenuta nel luogo di convocazione, ove deve essere presente almeno un componente; inoltre tutti i partecipanti devono poter essere identificati e deve essere loro consentito di seguire la discussione e di intervenire in tempo reale alla trattazione degli argomenti affrontati.

Al termine della seduta ogni partecipante dovrà sottoscrivere il verbale tramite firma digitale, da restituire immediatamente a mezzo posta elettronica. A completamento delle sottoscrizioni verrà apposta marca temporale dal/dai componente/i presente/i in sede.

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 l'attività di ricerca scientifica dell'Istituto in coerenza con il Programma Nazionale di Ricerca di cui all'art. 12 bis del D.lgs. 502/92 e ss.mm.ii. e con il programma di ricerca della Regione e le strategie di ricerca dell'Istituto.

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

Il Direttore Scientifico, la cui attività è di natura esclusiva ai sensi 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, presiede il Comitato Tecnico Scientifico (CTS) ed esprime parere obbligatorio al Direttore Generale sulle determinazioni e le delibere inerenti le attività cliniche e scientifiche e le assunzioni e l'utilizzo del personale medico e sanitario non medico. Presiede la Commissione di

cui al comma 2 dell'art. 15-ter del D.lgs. 502/92. Esprime inoltre parere preventivo obbligatorio ai fini dell'adozione di atti deliberativi rilevanti per l'attività di ricerca.

Il Direttore Scientifico è il responsabile della promozione e gestione dell'attività di ricerca, in coerenza con quanto previsto dall'art. 12 bis del D.lgs. 502/92 e ss.mm.ii. e dal D.lgs. 288/2003.

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

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

Il Direttore Scientifico è responsabile delle attività di ricerca dell'Istituto e riferisce al Direttore Generale del budget attribuito per la ricerca stessa. In particolare provvede a:

- promuovere e coordinare i piani della ricerca clinica e sperimentale e verificarne il monitoraggio e la rendicontazione;
- valutare in via preventiva e autorizzare le richieste di finanziamento per la realizzazione di progetti di ricerca scientifica da parte dei ricercatori e delle strutture dell'Istituto;
- individuare i responsabili di ciascun programma e progetto di ricerca, assegnare il relativo budget e verificarne l'impiego, in stretto coordinamento con le strutture afferenti alla Direzione Amministrativa;
- promuovere e valutare la qualità delle pubblicazioni scientifiche prodotte dall'Istituto;
- promuovere e coordinare le attività di trasferimento delle conoscenze attraverso le pubblicazioni scientifiche, la partecipazione a convegni, congressi e gruppi di lavoro, la realizzazione di corsi di formazione e attività di aggiornamento, in coerenza con progetti e programmi di ricerca e con il piano della formazione adottato dall'Istituto, nonché assicurare la migliore integrazione tra attività clinico-assistenziale e attività scientifica;
- promuovere e coordinare le attività di trasferimento tecnologico e innovazione nella pratica clinica;
- provvedere agli adempimenti previsti dal Ministero della Salute in riferimento all'attività Scientifica;
- presentare annualmente agli organi competenti una relazione generale sull'attività scientifica svolta dall'istituto;
- promuovere, di concerto con il Presidente del Consiglio di Indirizzo e Verifica, rapporti di collaborazione, funzionali allo svolgimento della missione scientifica dell'Istituto, con Ministeri, Regione ed enti e istituzioni scientifiche pubbliche e private, agenzie internazionali, autorità sanitarie e nazionali e internazionali, associazioni e fondazioni;

- partecipare alla definizione e qualificazione degli obiettivi (aziendali, di dipartimento e di struttura);
- concorrere alla definizione dell'organizzazione strutturale e funzionale dell'Istituto, avendo cura di assicurare la miglior integrazione tra l'attività clinico-assistenziale e l'attività scientifica;
- proporre criteri e indicatori per la valutazione dei dirigenti anche sulla base della produttività scientifica;
- partecipare alla negoziazione del budget per le diverse strutture, dipartimentali e non, nell'ottica d'integrare al massimo grado le funzioni clinico-assistenziali e di ricerca scientifica connaturate all'Istituto;
- promuovere e concorrere alla definizione del Piano di Formazione, in particolare per quanto riguarda eventi di formazione avanzata, meeting e workshop scientifici a carattere nazionale e internazionale;
- sviluppare e valorizzare, anche con il Direttore Generale, iniziative per l'acquisizione di risorse pubbliche e private da destinarsi allo sviluppo dell'attività scientifica;
- sottoporre al Consiglio di Indirizzo e Verifica studi, analisi, ricerche, cooperazioni e progettualità d'interesse per lo sviluppo scientifico dell'Oncologia;
- assistere la struttura di Comunicazione e Marketing nella formulazione di piani, materiale illustrativo/informativo e quant'altro previsto dalle funzioni di quella struttura, ivi incluso il sito web, fornendole il materiale e il supporto scientifico necessari.

Collegio Sindacale

Il Collegio Sindacale è nominato dal Direttore Generale e dura in carica tre anni. È composto da cinque membri di cui uno designato dal ministero competente, uno dalla conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria e tre dal Consiglio Regionale. Il presidente del Collegio è nominato dal Direttore Generale tra i componenti designati dal Consiglio Regionale.

Esercita le competenze previste dall'art. 3-ter del D.lgs. 502/92 e dalle specifiche norme della legge regionale 14 settembre 1994, n. 55.

Esso esercita le funzioni di vigilanza sulla regolarità amministrativa ai sensi dell'art. 4 del D.lgs. 288/2003. In particolare:

- verifica l'amministrazione dell'Istituto sotto il profilo economico;
- vigila sull'osservanza della legge;
- accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità dei bilancio alle risultanze dei libri e delle strutture contabili ed effettua periodicamente verifiche di cassa;
- può procedere ad atti di ispezione e controllo.

Le riunioni del Collegio possono effettuarsi utilizzando teleconferenze o sistemi telematici. In tale evenienza la riunione si considera tenuta nel luogo di convocazione, ove deve essere presente almeno un sindaco; inoltre tutti i partecipanti devono poter essere identificati e deve essere loro consentito di seguire la discussione e intervenire in tempo reale nella trattazione degli argomenti.

Al termine della seduta ogni partecipante dovrà sottoscrivere il verbale tramite firma digitale, da restituire immediatamente a mezzo posta elettronica. A completamento delle sottoscrizioni verrà apposta marca temporale dal/dai componente/i presente/i in sede.

TITOLO III – COMPONENTI LA DIREZIONE GENERALE E ORGANISMI COLLEGIALI

Art. 11 - Direzione Generale

Sono componenti della Direzione Generale:

- il Direttore Amministrativo;
- il Direttore Sanitario

Ai sensi dell'art. 3, co. 1-quinquies del D.lgs. 502/92, "...partecipano unitamente al Direttore Generale, che ne ha responsabilità, alla direzione dell'azienda,....". Sono, quindi, soggetti attori, unitamente al Direttore Generale, della funzione di programmazione, allocazione e committenza propria della Direzione Generale.

Il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo esercitano le funzioni loro attribuite rispettivamente dagli artt. 14 e 15 della l.r. n.56/94, attraverso il processo di budget, che li vede direttamente coinvolti e responsabili, a partire dalle scelte di programmazione aziendale, alla declinazione degli obiettivi di budget e alla loro negoziazione con i responsabili delle strutture aziendali, al monitoraggio e all'eventuale revisione dei predetti budget e del budget generale.

Come momento collegiale di lavoro per il governo complessivo e coordinato dello IOV, attesa la specificità di IRCCS, è istituito l'Ufficio di Direzione, costituito, oltre che da Direttore Generale, Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo, anche dal Direttore Scientifico. È preposto alla gestione complessiva dell'Istituto e opera in modo collegiale assicurando il concorso dei diversi punti di vista tecnici e professionali nell'ambito delle fasi di elaborazione e verifica dei programmi di sviluppo e organizzazione dei servizi, realizzandone l'integrazione per definire le strategie aziendali. L'Ufficio di Direzione è convocato su richiesta di uno dei componenti e si riunisce con frequenza almeno mensile.

Direttore Sanitario

Il Direttore Sanitario, nominato dal Direttore Generale con incarico almeno triennale, concorre al governo dell'Istituto e al processo di pianificazione e controllo delle attività anche attuando la "clinical governance", con riferimento sia alla qualità sia all'efficacia e all'efficienza tecnico-professionale, all'integrazione e al coordinamento delle attività volte ad assicurare la qualità clinica delle prestazioni erogate e il loro costante miglioramento. È altresì responsabile della direzione igienico-organizzativa della struttura, assicurando il coordinamento dei dipartimenti e delle strutture operative dell'istituto e promuovendo la valorizzazione delle professioni sanitarie e lo sviluppo della loro autonomia e responsabilizzazione, in coerenza con i principi disposti dalla legge 251/2000.

Il Direttore Sanitario coadiuva il Direttore Generale nella determinazione delle politiche aziendali finalizzate all'erogazione delle prestazioni sanitarie, all'appropriatezza delle stesse, alla qualità dei servizi e all'accesso alle prestazioni. Formula, altresì, proposte e pareri obbligatori al Direttore Generale sulle materie di propria competenza e lo coadiuva nella determinazione e assegnazione dei budget ai dirigenti responsabili delle strutture sanitarie.

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

Direttore Amministrativo

Il Direttore Amministrativo, nominato da Direttore Generale con incarico almeno triennale, concorre al governo dell'Istituto e al processo di pianificazione e controllo strategico; formula pareri obbligatori al Direttore Generale sulle materie di propria competenza; coadiuva il Direttore Generale nella definizione e direzione del sistema di governo economico-finanziario aziendale, garantendo l'efficace ed efficiente espletamento delle funzioni di supporto tecnico, amministrativo e logistico; garantisce la funzione tecnico-amministrativa complessivamente intesa. A tal fine supporta tutte le strutture organizzative aziendali, attraverso il coordinamento e l'integrazione delle attività tecnico-amministrative, mettendo a disposizione le informazioni necessarie a valutare la compatibilità e la congruenza tra piani di attività e risorse.

Art. 12 - 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; la sua composizione e funzionamento sono regolati sulla base di quanto stabilito nel Regolamento allegato all'Atto di intesa della Conferenza Stato-Regioni del 1 luglio 2004, oltre che da specifici provvedimenti dell'Istituto.

Comitato Scientifico Internazionale

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 potrà assistere il Direttore Scientifico nella promozione, produzione e sviluppo della ricerca dell'Istituto, valutandone allo stesso tempo la attività di ricerca e dando un parere sulle strategie complessive di miglioramento della stessa. Le modalità di funzionamento del CSI saranno regolate da apposito regolamento, dando atto che i suoi componenti saranno nominati dal Direttore Generale su proposta del Direttore Scientifico, previo parere del Consiglio di indirizzo e Verifica e resteranno in carica per tre anni.

Collegio di Direzione

Il Collegio di direzione, in particolare, concorre al governo delle attività cliniche e 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. Concorre inoltre allo sviluppo organizzativo e gestionale dell'Istituto, con particolare riferimento all'individuazione di indicatori di risultato clinico-assistenziale e di efficienza, nonché dei requisiti di appropriatezza e

di qualità delle prestazioni e alla gestione del rischio. Partecipa altresì alla valutazione interna dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi prefissati ed è consultato obbligatoriamente dal Direttore generale su tutte le questioni attinenti al governo delle attività cliniche.

Per l'esercizio di queste funzioni il Collegio di Direzione ha la responsabilità della messa a punto di un sistema consolidato di audit clinico; potrà definire un programma aziendale di gestione del rischio e potrà programmare e gestire un'attività di formazione continua, nonché svolgere attività di ricerca, innovazione e miglioramento continuo.

In ordine al modello organizzativo per la gestione della sicurezza del paziente, il Collegio di Direzione valuta e approva il piano per la sicurezza del paziente predisposto dall'apposito Comitato esecutivo.

Ai componenti del predetto collegio non è corrisposto alcun emolumento, compenso, indennità o rimborso spese.

Fino all'individuazione da parte della legge regionale del Collegio di Direzione quale organo dell'Azienda, ai sensi del D.L. 13 settembre 2012, n. 158, convertito nella legge 8 novembre 2012, n. 189, e alla definizione di composizione, criteri di funzionamento e relazioni con gli altri organi aziendali, si prevede che lo stesso sia così composto:

- Direttore Generale, che lo presiede
- Direttore Scientifico
- Direttore Sanitario
- Direttore Amministrativo
- Dirigente Medico di presidio
- Direttori di Struttura Complessa (SC)
- Responsabili di Struttura Semplice Dipartimentale (SSD)
- Responsabili di Strutture amministrative
- Dirigente del Servizio delle professioni sanitarie

Al Collegio di Direzione potranno, di volta in volta, essere chiamati a partecipare altri professionisti dell'Istituto, in relazione alla specificità degli argomenti da trattare.

Consiglio dei Sanitari

Il Consiglio dei Sanitari è previsto quale organismo elettivo, presieduto dal Direttore Sanitario, con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria alla direzione dell'Istituto, come previsto dall'art. 18 della L.R. 14/9/1994 n. 56.

Detto organismo è stato istituito dall'Istituto con deliberazione commissariale n. 67 del 12/3/2007, successiva alla deliberazione commissariale n. 26 del 5/2/2007, con la quale ne era stata fissata la composizione ai sensi della D.G.R. n. 6652 del 28.12.94.

Attese le dimensioni dell'Istituto, le funzioni a esso attribuite vengono svolte dal Collegio di Direzione.

TITOLO IV – ORGANIZZAZIONE DELL’AZIENDA

Art. 13 - Articolazione Organizzativa

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

L’articolazione interna, oltre alla Direzione Aziendale, include:

- i Dipartimenti
- le Strutture Complesse (SC)
- le Strutture Semplici a valenza Dipartimentale (SSD)
- le Strutture Semplici ad Alta Specializzazione (SSAS)
- le Strutture Semplici (SS)
- le Unità Operative (UO)

Definizioni

Il **dipartimento** è una struttura organizzativa che ha lo scopo di coordinare e sviluppare le attività cliniche, di studio e di ricerca delle strutture complesse e di quelle semplici dipartimentali, aggregate per aree organizzative funzionali omogenee. Al dipartimento sono attribuite le seguenti risorse:

- personale (comparto e dirigenza) assegnato al dipartimento;
- beni e materiali di consumo di uso comune del dipartimento;
- spazi di uso comune del dipartimento.

Il budget annuale viene negoziato dal Direttore di Dipartimento e dai Direttori di Struttura Complessa, contestualmente con il Direttore Generale e il Direttore Scientifico, in relazione sia alle esigenze assistenziali sia alla progettualità di ricerca, anche alla luce dei risultati scientifici acquisiti dalle diverse strutture in relazione alle dotazioni precedentemente attribuite.

Le **strutture complesse** si configurano quali articolazioni, previste dalla programmazione regionale, costituite con riferimento alle specialità diagnostiche, terapeutiche, di ricerca e amministrative. Sono dotate 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 struttura complessa negozia il budget annuale con le Direzioni, con la partecipazione del Direttore di dipartimento cui afferisce la struttura. Alle strutture complesse afferiscono strutture semplici per lo svolgimento di particolari attività specialistiche e di ricerca.

Le **strutture semplici a valenza dipartimentale** sono organizzazioni, previste dalla programmazione regionale, dotate di autonomia in produzione ed erogazione di specifiche prestazioni; utilizzano risorse attribuite al dipartimento cui appartengono. Il Responsabile di Struttura Semplice a valenza dipartimentale negozia il budget con il Direttore di dipartimento/area omogenea.

Le **strutture semplici ad alta specializzazione** sono articolazioni organizzative di particolare rilevanza strategica nell’ambito dell’organizzazione dipartimentale

dell'Istituto. A esse è assegnato un budget proprio, anch'esso negoziato direttamente con il Direttore di dipartimento.

Le **strutture semplici** sono articolazioni organizzative di struttura complessa o afferenti alle Direzioni aziendali. Sono finalizzate ad attività di ricerca o prestazioni di particolare rilievo per le strutture/direzioni alle quali afferiscono e utilizzano un budget assegnato dal Direttore di Struttura Complessa o Direzione.

Le **unità operative** sono strutture che dipendono dalle Direzioni di riferimento, hanno autonomia operative e budget assegnato dalla Direzione Generale.

Art. 14 - Strutture in staff alla Direzione Generale

UO Comunicazione e Marketing

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

Le funzioni assegnate sono:

- curare, in collaborazione con la struttura informatica, la gestione e lo sviluppo del sito web aziendale. I contenuti del sito internet vengono aggiornati con continuità al fine di fornire al cittadino e alle altre parti interessate una completa e corretta informazione sull'Istituto;
- curare i rapporti con la stampa e la promozione e il coordinamento della corretta circolazione delle informazioni e comunicazioni istituzionali, interne ed esterne;
- curare l'informazione sullo stato della ricerca scientifica e la relativa comunicazione, anche con il supporto di rassegne stampa tematiche e la produzione di opuscoli in stretta collaborazione con la Direzione Scientifica;
- ricevere le richieste di patrocinio e concessione del logo aziendale, provvedendo alla loro concessione previo parere della Direzione competente;
- curare la programmazione e l'organizzazione, adeguate al particolare contesto etico, di manifestazioni e altre iniziative volte a far meglio conoscere lo IOV e, in particolare, la struttura di assistenza e ricerca ivi operante;
- promuovere e sviluppare iniziative finalizzate all'integrazione tra lo IOV e il territorio, creando le condizioni favorevoli per ottenere elargizioni da parte di soggetti pubblici e privati;
- programmare azioni di fundraising per lo sviluppo di relazioni con potenziali donatori pubblici e privati e per l'acquisizione delle quote "5 per mille".

SS Qualità, Accredimento e Controllo Interno

Le funzioni assegnate sono:

- garantire lo sviluppo, la valutazione, la misurazione, l'aggiornamento e la gestione del sistema della qualità aziendale, promuovendo e coordinando le iniziative e i progetti in materia;
- promuovere e diffondere all'interno dell'Istituto, in collaborazione con la "formazione e aggiornamento del personale", i metodi per il miglioramento continuo della qualità;
- curare gli adempimenti previsti dalla L.R. 22/2002 in materia di Autorizzazione all'esercizio e Accredimento istituzionale;

- favorire e sviluppare l'integrazione delle attività ordinarie e progettuali che vengono svolte per migliorare i processi aziendali;
- curare lo sviluppo della rete degli IRCCS oncologici per la valutazione esterna della qualità;
- sviluppare il Sistema di Controllo Interno aziendale e svolgere le attività connesse alla medesima funzione, afferendo funzionalmente alla Direzione Amministrativa.

UO Controllo di Gestione

Le funzioni assegnate sono:

- supportare e partecipare all'elaborazione del piano aziendale e coordinare il processo di elaborazione del budget in aderenza a quanto previsto dall'apposito regolamento approvato dalla Direzione Generale;
- gestire la verifica e il monitoraggio dei budget negoziati segnalando gli scostamenti e le manovre correttive per il riallineamento ai parametri di efficienza previsti (costi/ricavi);
- gestire, elaborare e fornire alla Direzione analisi periodiche di carattere generale o settoriale (internal auditing).

UO Servizio Prevenzione e Protezione

Le funzioni assegnate sono:

- collaborare con la Direzione Generale all'elaborazione dei piani e programmi per il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori durante il lavoro;
- collaborare con le strutture committenti nel fornire alle imprese appaltatrici e ai lavoratori autonomi dettagliate informazioni sui rischi specifici dell'ambiente in cui sono destinati a operare e sulle misure di prevenzione ed emergenza adottate in relazione alla propria attività;
- provvedere ai sensi del decreto legislativo 81/2008 e della normativa vigente in materia di protezione dei lavoratori.

Art. 15 - Direzione Scientifica

La **Direzione Scientifica** svolge funzioni di:

- integrazione e cura dei rapporti dell'attività di ricerca nelle reti regionali, nazionali e internazionali e nei rapporti con gli enti pubblici e privati, anche commerciali, nell'ambito di ricerche commissionate e dello sviluppo di brevetti;
- definizione dei piani triennali di ricerca corrente;
- raccolta dati sulla produzione scientifica, nell'ambito dei progetti di ricerca svolti dall'Istituto (corrente, finalizzata, U.E. Ecc);
- supervisione alla rendicontazione specifica dei progetti di ricerca e predisposizione della relazione annuale al Ministero della Salute, alla Regione e agli organi dell'Istituto;
- gestione della documentazione scientifica, comprese le biblioteche scientifiche, l'accesso a banche dati e la promozione di pubblicazioni su riviste specializzate;
- promozione di studi clinici e sperimentali;

- supporto alla Direzione Sanitaria nello sviluppo di percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali per specifiche patologie la cui gestione coinvolge l'applicazione di processi di ricerca;
- promozione dei rapporti con partners interessati a finanziare progetti di ricerca clinica applicata;
- richiesta di contributi di ricerca a terzi, siano essi enti pubblici o privati, anche a titolo di donazione o simili, compresi i finanziamenti in conto capitale.

L'attività della Direzione Scientifica, ai fini dello svolgimento delle proprie funzioni, si declina principalmente in:

- 1) Direzione e monitoraggio dell'attività di ricerca, in stretta collaborazione con la Direzione Amministrativa e in relazione con i Ministeri, la Regione, Alleanza Contro il Cancro e gli altri IRCCS e Aziende Ospedaliere ad alta specializzazione, oltre che con Università (in particolare l'Università di Padova) e altri Enti di ricerca;
- 2) Segreteria del CTS e del CSI;
- 3) Grant e trasferimento tecnologico: bandi di ricerca finalizzata in ambito europeo e internazionale, con ricerca di bandi e proposizione di altre iniziative; supporto di lobbying scientifico per la stesura dei progetti; fundraising nei confronti dei potenziali donatori; trasferimento tecnologico per gli aspetti di competenza;
- 4) Attività per la qualità editoriale della ricerca: aspetti editoriali connessi alle pubblicazioni scientifiche dell'Istituto, compreso l'editing per le pubblicazioni su riviste internazionali;
- 5) Relazioni internazionali: svolge le attività connesse a relazioni con Istituti di ricerca in oncologia o con organismi internazionali (OECD, UICC, WHO, ecc);
- 6) Monitoraggio dell'attività dei Laboratori di ricerca.

Art. 16 - Servizi per l'organizzazione scientifica

UO Analisi finanziaria e budget della ricerca

Supporta il Direttore Scientifico nell'attività di promozione e coordinamento della ricerca scientifica dell'Istituto.

Il Direttore Scientifico, al fine di ottimizzare l'attività delle strutture e uniformare i criteri di gestione delle risorse in termini unitari e integrati, si avvale, per sovrintendere alla gestione del budget, oltre che del proprio personale, anche delle strutture afferenti alla Direzione Amministrativa e, più in particolare, della Struttura Semplice Affari Generali, deputata anche alla gestione amministrativa dei fondi di ricerca.

Il budget viene concordato annualmente con il Direttore Generale in relazione agli indirizzi del Consiglio di Indirizzo e Verifica e, in ogni caso, non può essere inferiore ai finanziamenti destinati all'Istituto per l'attività di ricerca.

UO Relazioni Internazionali e Grant Office (RIG Office)

Nell'ambito delle politiche istituzionali, si propone di divulgare informazioni sui bandi per ottenere finanziamenti. Lo staff del RIG Office supporta i ricercatori nella preparazione e sottomissione delle richieste di finanziamento e successivamente nella gestione del partenariato e dei progress report periodici.

Al fine di favorire la rappresentanza dell'Istituto in seno alle Piattaforme di consultazione formale istituite dalla Commissione Europea e dalle organizzazioni di rappresentanza di interessi di settore, il RIG Office ne monitora i lavori e favorisce la partecipazione a consessi internazionali delle figure Dirigenziali dell'Istituto Oncologico Veneto IRCCS - IOV. Tali azioni sono inoltre finalizzate all'aumento delle

possibilità di networking scientifico e istituzionale. Il RIG Office favorisce l'internazionalizzazione dell'Istituto Oncologico Veneto IRCCS – IOV supportando le attività di rete e di collaborazione bilaterale e multilaterale.

UO Gestione documentazione scientifica

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

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

- del patrimonio bibliografico e dell'accesso alle risorse informative (in oncologia e scienze correlate) per il personale interno e convenzionato;
- degli obblighi connessi al sistema Bibliosan.

In quest'ambito, la Direzione Scientifica:

- può aderire, sentito il parere del CTS, della Direzione Strategica e del Comitato di Indirizzo e Verifica, a iniziative di partecipazione a reti informatiche nazionali tra IRCCS ed Enti di ricerca di diversa natura;
- nomina un responsabile della Biblioteca Scientifica, deputato a rappresentarlo e a mantenere i rapporti organizzativi col sistema Bibliosan.

SS Sperimentazioni Cliniche, Biostatistica e Nucleo di Ricerca Clinica

La struttura Sperimentazioni Cliniche, Biostatistica e Nucleo di ricerca Clinica svolge attività di ricerca nel settore oncologico di riferimento, integrando le proprie competenze con altre strutture dell'Istituto e della Regione. A questo proposito collabora alla programmazione, gestione e sorveglianza delle sperimentazioni cliniche, in stretta cooperazione e coordinamento con i ricercatori responsabili delle stesse.

Alla SS Sperimentazioni Cliniche, Biostatistica e Nucleo di ricerca clinica sono affidate le funzioni del Nucleo di Ricerca Clinica che vengono svolte in collaborazione con le strutture aziendali coinvolte nelle sperimentazioni cliniche.

La struttura collabora inoltre al monitoraggio dei risultati delle sperimentazioni, che vengono resi noti periodicamente agli organi di controllo dell'Istituto, e assiste la Direzione Scientifica nel monitoraggio, bibliometrico e non, della produttività dell'Istituto.

Art. 17 - Direzione Sanitaria

La Direzione Sanitaria garantisce l'efficienza e l'efficacia degli interventi tecnico-sanitari in relazione alle esigenze tecnico organizzative dei Dipartimenti e, se necessario delle singole unità operative, e assicura alle stesse provvedimenti tempestivi e appropriati, anche avvalendosi, ove necessario, delle strutture sanitarie dell'ULSS 16 e dell'Azienda Ospedaliera di Padova per i servizi di supporto, come stabilito dai provvedimenti della Regione Veneto. In particolare, la Direzione Sanitaria è responsabile del governo clinico complessivo aziendale, inteso come insieme delle attività volte ad assicurare l'appropriatezza, la qualità clinica e la sicurezza delle prestazioni erogate, nonché il loro costante miglioramento.

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

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

Art. 18 - Organizzazione Dipartimentale

I servizi sanitari dell'istituto sono organizzati in Dipartimenti (vedasi l'allegato n. 2). È compito della Direzione Sanitaria promuovere e organizzare, nell'ambito delle risorse a disposizione, eventuali attività di completamento e supporto specialistico al percorso assistenziale del paziente, come, tra le altre, la riabilitazione oncologica e la continuità terapeutico-assistenziale con il territorio.

Art. 19 - Gruppi Multidisciplinari

La presa in carico del paziente avviene ponendo attenzione a tutti i suoi bisogni, al fine di ottenere il miglior risultato sul tumore e sulla qualità della vita e applicando l'approccio multidisciplinare strutturato alla patologia.

Infatti, particolare rilevanza, attesa la peculiarità delle attività sanitarie dell'Istituto, rivestono le attività multidisciplinari per le specifiche patologie d'organo che vedono coinvolti, con ambulatori dedicati e/o con incontri di discussione dei casi, gli specialisti che partecipano alla presa in carico del paziente (vedasi l'allegato n. 3).

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

Art. 20 – Breast Unit

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

Lo IOV istituisce la Struttura Complessa Breast Unit che, con un gruppo multidisciplinare di professionisti con esperienza specifica in ambito senologico, gestisce il percorso diagnostico-terapeutico accompagnando la donna lungo tutto il percorso di diagnosi, terapia e follow-up.

Art. 21 – Dipartimenti funzionali interaziendali

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

La dimensione interaziendale del Dipartimento funzionale persegue la finalità di consentire una maggiore tutela del paziente ed un più alto grado di efficienza organizzativa.

Per il raggiungimento di specifici obiettivi comuni a più Aziende sanitarie, coerentemente con quanto previsto dalla normativa vigente, saranno costituiti dipartimenti funzionali interaziendali ed in particolare:

- il Dipartimento funzionale oncologico (con l'Azienda Ospedaliera di Padova)
- il Dipartimento funzionale per le politiche del farmaco (con le aziende e ULSS della provincia di Padova).

Art. 22 - Strutture in staff alla Direzione Sanitaria

SC Direzione Medica Ospedaliera

La SC Direzione Medica Ospedaliera è la struttura complessa che coadiuva il Direttore Sanitario nell'espletamento delle funzioni igienico-organizzative all'interno dello IOV. Essa concorre, nell'ambito dell'assistenza ospedaliera, al raggiungimento degli obiettivi aziendali. Ha competenze gestionali, organizzative, igienico-sanitarie, di prevenzione, medico-legali, scientifiche, di formazione, aggiornamento e promozione della qualità dei servizi sanitari e delle prestazioni. Inoltre promuove e coordina le azioni finalizzate al miglioramento dell'efficienza, efficacia e appropriatezza delle prestazioni sanitarie.

SC Servizio per le Professioni Sanitarie

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

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

Il Servizio per le Professioni Sanitarie concorre al perseguimento della mission aziendale assicurando efficacia, qualità ed efficienza tecnico organizzativa del processo assistenziale.

Il Servizio per le Professioni Sanitarie esercita funzioni di organizzazione, coordinamento, gestione complessiva e di sviluppo professionale delle risorse professionali di competenza. Svolge inoltre funzioni di valutazione e progettazione organizzativa sanitaria per gli aspetti di competenza al fine di rendere omogenee le procedure sanitario-organizzative, di uniformare i criteri di organizzazione e gestione complessiva, mantenendo l'unitarietà del processo produttivo-sanitario e garantendo l'integrazione tra le UU.OO.

Svolge le funzioni previste dalla normativa vigente.

All'interno della SC per le Professioni sanitarie è costituito un Gruppo per la ricerca clinica che ha la responsabilità di:

- seguire le sperimentazioni cliniche dal punto di vista "assistenziale"
- coordinare il gruppo infermieristico di ricerca
- formare il personale infermieristico nella sperimentazione clinica all'interno delle strutture complesse e semplici

- assegnare le attività valutando i carichi di lavoro
- supervisionare le attività in modo da garantire il coordinamento con le altre figure di supporto
- proporre, sviluppare e condurre protocolli e progetti di ricerca infermieristici.

UO Centro Unico Prenotazioni

Il Centro Unico Prenotazioni (CUP) dello IOV:

- prenota, mediante supporto informatico (agende elettroniche) le prestazioni erogate in regime istituzionale (dallo IOV, dall'ULSS 16 e dall'Azienda Ospedaliera di Padova);
- gestisce le agende informatizzate delle strutture dello IOV;
- svolge le pratiche di accettazione, chiusura prestazioni e consegna referti;
- cura l'interfaccia con il Call Center interaziendale;
- cura, in collaborazione con il tecnico informatico, l'accessibilità alla prenotazione via WEB delle prestazioni istituzionali da parte dell'utente (CUP on-line);
- effettua il monitoraggio dell'attività ambulatoriale dell'istituto su indicazione della Direzione.

SS Governo clinico e appropriatezza

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

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

- garantire le attività inerenti la mobilità sanitaria con particolare riferimento alle contestazioni sanitarie;
- valutare il grado di appropriatezza delle prestazioni sanitarie svolte dall'istituto, garantendo la qualità dei dati relativi alle prestazioni sanitarie erogate;
- verificare l'appropriatezza della codifica SDO in riferimento alle Linee Guida Regionali e promuove la formazione del personale in merito alla codifica;
- gestire, monitorare e controllare le infezioni ospedaliere promuovendo l'applicazione di linee guida e specifici protocolli, implementando la sorveglianza ai fini della prevenzione di malattie trasmissibili, con particolare riferimento alle aree critiche;
- gestire, monitorare e controllare la situazione igienico organizzativa dell'azienda, compreso il controllo della gestione dei rifiuti;
- seguire la predisposizione dei PDTA per le patologie tumorali di competenza dell'istituto in accordo con il Direttore Sanitario ed i Dirigenti sanitari interessati.

UO Medicina Preventiva e Radioprotezione Medica

Il servizio di medicina preventiva e radioprotezione medica garantisce la tutela e sicurezza dei lavoratori attraverso l'attività di Medicina del Lavoro secondo quanto previsto dalla normativa vigente, attraverso la "sorveglianza sanitaria e medica",

che comprende esami clinici ed indagini diagnostiche, strumentali e di laboratorio, ritenuti necessari ai fini dell'espressione del giudizio di idoneità alla mansione specifica. Tali accertamenti sono effettuati in fase di assunzione e, successivamente, con periodicità stabilita in base ai livelli di esposizione al rischio e alla normativa vigente.

Medico competente

- Il Medico competente esprime i giudizi di idoneità alla mansione specifica al lavoro;
- gestisce sotto la propria responsabilità la documentazione sanitaria del lavoratore;
- promuove attività di informazione: informa i lavoratori sul significato della sorveglianza sanitaria cui sono sottoposti e, nel caso di esposizione ad agenti con effetti a lungo termine, sulla necessità di sottoporsi ad accertamenti sanitari anche dopo la cessazione dell'attività che comporta l'esposizione a tali agenti. Fornisce altresì, a richiesta, informazioni analoghe ai rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza. Informa ogni lavoratore interessato dei risultati della sorveglianza sanitaria e, a richiesta dello stesso, gli rilascia copia della documentazione sanitaria;
- visita gli ambienti di lavoro almeno 1 volta l'anno o a cadenza diversa stabilita in base alla valutazione dei rischi,
- collabora per la parte di competenza, con l'azienda e con il servizio di prevenzione e protezione all'attività di formazione e informazione dei lavoratori.

Medico autorizzato

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

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

UO URP

Le funzioni assegnate sono di:

- collaborare con le direzioni e l'ufficio qualità nella definizione dei diritti di informazione di accesso e partecipazione (l. 241/90 e ss.mm.ii.) garantendone l'esercizio;
- garantire la corretta informazione al pubblico attraverso la predisposizione e l'aggiornamento della Carta dei Servizi e degli strumenti informativi per gli utenti;
- agevolare l'utilizzazione dei servizi offerti ai cittadini;
- attuare un sistema di gestione dei reclami e dei segnali di disservizio al fine di utilizzare le segnalazioni come aiuto alla risoluzione di eventuali problemi;
- assicurare il coinvolgimento delle associazioni di volontariato;

- collaborare con le altre strutture per la definizione degli aspetti legati al comfort degli ambienti aziendali
- raccogliere, elaborare e presentare alle Direzioni i report elaborati e partecipare alle iniziative di miglioramento.

SS Psiconcologia

Il Servizio di Psiconcologia dello IOV garantisce il supporto psicologico ai pazienti oncologici e alle famiglie in tutte le fasi della malattia, sia durante il ricovero ordinario e il day hospital che nel percorso ambulatoriale e nel follow-up.

Ai fini della presa in carico del paziente secondo un approccio multidisciplinare, la struttura garantisce la competenza psiconcologica anche nell'ambito dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali.

UO Formazione

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

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

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

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

Attività/servizi complementari

Per la specifica finalità, l'Istituto fornisce servizi a supporto dell'attività di assistenza e ricerca, svolte mediante convenzioni e/o specifici accordi. In particolare sono previsti i seguenti servizi:

- ambulatorio "Donna"
- riabilitazione oncologica
- dietetica e nutrizione clinica
- ginecologia oncologica
- onco-andrologia
- onco-urologia
- onco-geriatria
- osteo-oncologia.

Art. 23 - Direzione Amministrativa

Le funzioni tipiche della Direzione Amministrativa sono state svolte, oltre che mediante strutture autonome dell'Istituto Oncologico Veneto, anche attraverso strutture dipartimentali interaziendali con l'Azienda Ospedaliera di Padova (AOP) e l'Azienda ULSS 16 di Padova, come stabilito dai provvedimenti regionali e confermato dalla deliberazione n. 82/2010.

A seguito di quanto disposto dai provvedimenti regionali che prevedono la decadenza dei dipartimenti interaziendali, lo IOV, nell'ottica di una ottimizzazione delle risorse e nella costante ricerca di una sempre maggiore economia gestionale, si potrà avvalere delle strutture di supporto tecnico-amministrativo dell'Azienda Ospedaliera di Padova e delle Aziende ULSS 15, 16 e 17 allo scopo di garantire certezza e regolarità rispetto a tutte le attività gestionali per il buon funzionamento dell'istituto stesso. L'Istituto potrà, pertanto, stipulare apposite convenzioni che disciplineranno i rapporti con le Aziende citate.

Art. 24 - Strutture della Direzione Amministrativa

Le strutture complesse afferenti alla Direzione Amministrativa sono le seguenti:

SC Bilancio e programmazione finanziaria

Le funzioni assegnate sono:

- supportare la Direzione Generale nella programmazione economico-finanziaria assicurando la corretta gestione dei flussi finanziari;
- gestire l'elaborazione e la redazione del bilancio di previsione, di esercizio e di tutte le rendicontazioni intermedie;
- provvedere alla definizione e gestione delle procedure amministrativo-contabili e fiscali dell'Istituto, sia per i movimenti in entrata (controllo delle attività sanitarie) che in uscita e assicurare la corretta gestione delle attività contabili;
- gestire il debito informativo con gli organi sovra-ordinati (Regione, Ministeri ecc).

SC Risorse umane e affari generali

SS Affari generali e gestione delle risorse umane

Le funzioni assegnate riguardano la gestione amministrativa di:

- tenuta ed aggiornamento dell'anagrafe delle prestazioni e della banca dati del personale dipendente, della rilevazione del tempo lavoro e non lavoro e dell'anagrafe delle prestazioni;
- applicazione di regolamenti e procedure in tema di retribuzione, trasferte, permessi, mobilità e, in genere, per quanto attiene ai rapporti tra Istituto e singolo dipendente;
- definizione e gestione, in collaborazione con le altre strutture coinvolte ed il Nucleo di valutazione, metodologie, strumenti e processi di sviluppo delle risorse umane
- supporto alla Direzione aziendale nelle relazioni con le OO.SS;
- redazione, sulla base della normativa contrattuale vigente e dell'organizzazione dell'istituto, dei contratti individuali di lavoro
- protocollo, repertorio atti e deliberazioni;

- ricerca corrente;
 - finanziamenti pubblici e privati di attività di ricerca finalizzata;
 - sperimentazioni cliniche;
 - acquisti in economia su fondi vincolati;
 - convenzioni con università e scuole di specializzazione;
 - adempimenti relativi alla normativa sulla privacy;
 - contratti su progetti di ricerca, incarichi libero professionali e borse di studio.
- Svolge inoltre attività di segreteria degli organi/organismi dell'Istituto.

SS Affari legali

Le funzioni assegnate riguardano:

- pareri legali su attività istituzionali;
- gestione dell'intero pacchetto assicurativo istituzionale (polizze), comprese quelle relative alle sperimentazioni non profit promosse dall'ente;
- richieste di risarcimento danni, in sinergia con ufficio sinistri centrale, secondo il modello sperimentale regionale;
- procedura dei comodati;
- donazioni;
- accessi agli atti ai sensi della legge 241/90 e ss.mm.ii.;
- risarcimento per infermità dipendenti per causa di terzo;
- richieste di pignoramento presso terzi e dichiarazioni di terzo pignorato;
- attività amministrativa relativa al patrimonio disponibile (accettazione eredità, legati testamentari ecc)
- obblighi derivanti dalla legge 441/82;
- procedure per l'ottenimento di proprietà brevettali e commercializzazioni.

SC Servizi tecnici e acquisizione beni e servizi

Le funzioni assegnate riguardano:

- supporto alla Direzione strategica nell'attività di pianificazione e programmazione dei lavori, in particolare nella predisposizione del Piano Triennale degli Investimenti in lavori pubblici e dei relativi aggiornamenti annuali;
- gestione amministrativa del patrimonio disponibile e indisponibile;
- progettazione, realizzazione, ristrutturazione e manutenzione ordinaria e straordinaria delle strutture edilizie e impiantistiche dell'Istituto Oncologico Veneto necessarie al corretto svolgimento delle attività aziendali, garantendo il rispetto delle condizioni di sicurezza, dell'economicità e del comfort ambientale.

SS Acquisizione beni e servizi

Le funzioni assegnate consistono nella gestione completa, o in collaborazione con altre Aziende Sanitarie in Convenzione, delle procedure di acquisto sopra e sotto soglia di beni e servizi. In particolare:

- raccolta, esame e distribuzione alle strutture competenti di tutte le richieste di acquisto;
- programmazione degli acquisti formulando, con la necessaria collaborazione delle altre strutture coinvolte, i piani di fabbisogno per acquisizioni e appalti in termini di qualità, quantità, tempi e costi (esclusi lavori pubblici);

- procedure di acquisto, dalla richiesta alla pagabilità della fattura, sopra e sotto soglia, non gestite da altre strutture (aziendali e interaziendali);
- gestione degli acquisti su fondi vincolati, donazioni ed erogazioni liberali, in coordinamento con la Struttura Semplice Affari Generali;
- coordinamento e controllo delle attività svolte in collaborazione con altre Aziende Sanitarie in Convenzione;
- partecipazione riunioni NAIDM (Nucleo per l'Appropriatezza d'Impiego dei Dispositivi Medici);
- sopralluoghi per acquisto nuovi beni (eventuali misurazioni perimetrali con esperti del settore) e/o rilevazione beni esistenti ed esigenze di acquisto;
- verifica della fornitura dei beni e servizi, al fine dell'emissione dei certificati di pagamento;
- tenuta contabilità forniture e servizi.

TITOLO V – FUNZIONAMENTO DELL'ISTITUTO

Art. 25 – Programmazione e Bilancio

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

Il documento di programmazione, il bilancio pluriennale di previsione ed il bilancio economico preventivo rappresentano il livello strategico della programmazione. Sono i documenti con cui la direzione aziendale definisce le proprie priorità fissando obiettivi ed indirizzi clinico-assistenziali e gestionali, in coerenza con gli obiettivi del piano socio-sanitario regionale ed evidenziando i vincoli di sistema, principalmente di natura economica.

Documento di programmazione

Rappresenta l'atto di programmazione pluriennale mediante il quale l'Istituto pianifica, nei limiti delle risorse disponibili, le attività da svolgere.

Il documento di programmazione è un piano pluriennale che si uniforma al PSSR e agli altri atti della programmazione sanitaria regionale ed ha durata e scadenza pari a quella della programmazione regionale.

È adottato entro il 31 dicembre dell'ultimo anno di vigenza del piano precedente ed è aggiornato entro il 31 dicembre di ogni anno in correlazione anche alla verifica dello stato di attuazione della programmazione.

Prevede, secondo i principi del governo clinico, il coinvolgimento dei professionisti, chiamati a fornire contributi e proposte per la declinazione delle linee strategiche.

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

Documento di programmazione ed è aggiornato annualmente per scorrimento.

Si articola nelle seguenti parti:

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

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

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

Bilancio economico preventivo

Esponde analiticamente la previsione del risultato economico dell'azienda per l'esercizio preso a riferimento. È redatto sulla base dello schema del bilancio pluriennale di previsione e corredato da una relazione del Direttore Generale che ne costituisce parte integrante. Nella relazione vengono, tra l'altro, indicati gli investimenti da attuarsi nell'esercizio, le prestazioni che si intendono erogare, i dati analitici relativi al personale e le articolazioni del budget con i corrispondenti obiettivi e risorse.

Art. 26 - Metodica di Budget e Centri di Responsabilità

Il raccordo tra gli atti di pianificazione extra-aziendali e aziendali e la programmazione aziendale si realizza tramite la metodica di budget, ai sensi della L.R. 14 settembre 1994, n° 55.

Il Direttore Generale sulla base delle indicazioni della programmazione regionale, definisce le linee di indirizzo relativamente all'ipotesi di equilibrio costi e ricavi, politiche relative ai livelli di produzione, politiche della qualità, politica delle risorse umane, progetti di innovazione e livelli degli investimenti.

Il processo di programmazione aziendale annuale ha il suo fulcro nel Documento delle Direttive, con il quale la Direzione Aziendale individua i principi guida e gli obiettivi strategici. Esso rappresenta il documento per eccellenza della programmazione aziendale ed è completo degli obiettivi e delle priorità che caratterizzano tutti gli interventi da compiersi sia in corso d'anno che negli anni seguenti.

Il budget è lo strumento di integrazione e coordinamento utilizzato nell'ambito della programmazione attuativa dal sistema di programmazione e controllo di gestione. Deve prevedere un significativo coinvolgimento dei responsabili dei centri di responsabilità, in quanto ha come finalità la responsabilizzazione economica dei dirigenti sugli obiettivi. Il sistema della gestione per budget è ispirato al principio della separazione delle responsabilità di programmazione e controllo da quelle di gestione delle attività.

Ai fini del processo di budget l'Istituto si articola in Centri di Responsabilità (CdR). Si definisce CdR una unità organizzativa con un responsabile che impiega una pluralità di risorse – umane, tecnologiche, finanziarie – per ottenere specifici risultati.

L'Istituto Oncologico Veneto adotta quindi i seguenti criteri per l'individuazione di un CdR:

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

Il Centro di Costo (CdC) può identificarsi con il CdR o rappresentarne una disaggregazione per aree omogenee. Le disaggregazioni devono, in ogni caso, avere significato di approfondimento informativo/conoscitivo per il sistema di contabilità analitica, che è lo strumento di misurazione.

Il criterio per l'identificazione di un CdC è la sua significatività conoscitiva. Per l'identificazione del CdC valgono gli stessi criteri descritti per il CdR, escluso il primo. Tutti i CdC devono afferire ad un CdR.

L'insieme dei CdR costituisce il piano dei centri di responsabilità.

Il percorso di budget si concretizza in un documento a valenza annuale "Documento delle Direttive", in cui sono definiti gli specifici obiettivi di produzione per le singole unità operative che compongono l'Istituto e le risorse assegnate per il raggiungimento di tali obiettivi. Gli assegnatari del budget sono i CdR individuati all'interno dell'Istituto.

Art. 27 - Miglioramento continuo dell'assistenza

Il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e dell'appropriatezza delle prestazioni rese è obiettivo prioritario dell'Istituto che viene perseguito avvalendosi

della UO Qualità, Accreditamento e Controllo interno e della SS Governo clinico e appropriatezza.

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

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

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

Art. 28 – Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali

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

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

Art. 29 - 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, inoltre, la partecipazione e la tutela dei diritti dei cittadini, nella fruizione dei servizi. A questo fine, assicura il coinvolgimento dei rappresentanti delle associazioni di volontariato e di tutela dei diritti, quali portatori di interessi diffusi, alle fasi di programmazione delle attività e di valutazione della qualità dei servizi, allo scopo di favorire l'adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze dei cittadini. La presenza e l'attività, all'interno delle strutture sanitarie, degli organismi di volontariato e di tutela dei diritti è favorita anche tramite la stipulazione di accordi o protocolli, che stabiliscano gli ambiti e le modalità di collaborazione, fermo restando il diritto alla riservatezza comunque garantito al cittadino e la non interferenza nelle scelte professionali degli operatori sanitari.

L'azienda, in questa prospettiva, assicura il costante impiego dei principali strumenti organizzativi, normalmente previsti in materia di informazione, partecipazione, tutela ed accoglienza:

- la **Carta dei servizi**, adottata in conformità al DPCM del 27/01/1994 "Principi sull'erogazione dei servizi pubblici" e al DPCM del 19/05/1995 "Schema generale di riferimento della carta dei servizi pubblici sanitari";
- l'**URP** (Ufficio per l'informazione e le relazioni con il pubblico), istituito ai sensi dell'art
- . 12 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;
 - raccogliere ed elaborare proposte per migliorare gli aspetti organizzativi e logistici dei servizi.
- il **sistema di gestione dei reclami**, che si svolge attraverso procedure predefinite.

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

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

Art. 30 - Risorse umane: valorizzazione, qualificazione e formazione permanente

L'istituto Oncologico Veneto riconosce il valore strategico delle risorse professionali. A tal fine, promuove e tutela forme di valorizzazione del personale, favorendone la partecipazione consultiva, propositiva e decisionale negli ambiti di competenza riconosciuti, il coinvolgimento nella responsabilità e la gratificazione professionale, nel quadro di strategie incentivanti e con il supporto della formazione e dell'aggiornamento finalizzato.

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

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

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

L'Istituto Oncologico Veneto è Provider ECM e, avvalendosi dell'ufficio formazione, pianifica con cadenza annuale, le iniziative di formazione e addestramento finalizzate a garantire ai propri dipendenti l'acquisizione ed il miglioramento delle conoscenze e delle capacità necessarie ad attuare le prestazioni di loro competenza. L'attività formativa si sviluppa nel rispetto della normativa del D. Lgs. 502/92 e s.m.i. e della normativa regionale, riguarda tutte le componenti professionali operanti nell'istituto e si concretizza mediante progetti e programmi specifici, definiti dall'istituto e realizzati prioritariamente all'interno dello stesso.

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

Art. 31 - Risorse materiali e tecnologiche: disciplina dei contratti di fornitura e di servizi

L'attività di acquisizione di beni e fornitura di servizi presso l'Istituto Oncologico Veneto è informata ai principi della programmazione annuale, della coerenza con il sistema budgetario, 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 al D.lgs. 12 aprile 2006, n. 163.

L'istituto ha adottato con Deliberazione del Direttore Generale, in attuazione dell'art. 125 del D.lgs. n. 163/2006 e dell'art. 330 del DPR n. 207/2010, Il "Regolamento per l'acquisizione di beni, servizi e lavori in economia" che disciplina l'ambito di applicazione, i limiti d'importo delle singole voci di spesa e le procedure per l'acquisizione di beni, servizi, lavori in economia dell'Istituto. Ciò, in ottemperanza al principio comunitario di proporzionalità, contemperando altresì l'efficacia e l'economicità dell'azione amministrativa con i principi di trasparenza, parità di trattamento, non discriminazione e concorrenza tra gli operatori economici.

Art. 32 - Attività di controllo

L'Azienda è sottoposta a controlli esterni ed interni. I controlli esterni sono posti in essere dalla Struttura regionale per l'attività ispettiva di cui la L.R. 5 agosto 2010, n. 21 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 all'art. 4 del D. Lgs. 286/99, che definisce in termini generali i requisiti del sistema per tutte le pubbliche amministrazioni. Tale controllo applica la metodica di budget, al fine di garantire efficacia ed efficienza ai processi di acquisizione e di impiego delle risorse e concretizzare il principio di responsabilità economica, rafforzando inoltre il legame tra autonomia dirigenziale e responsabilità nella realizzazione degli obiettivi. Al controllo di gestione si applicano, inoltre, le disposizioni di cui agli articoli 34, 35, 36 e 37 della L.R. 55/1994 e s.m.i..
- Il controllo dell'appropriatezza e della congruità delle prestazioni sanitarie, demandato al Nucleo Aziendale di Controllo (NAC) che informa la propria attività alla regolamentazione ed agli indirizzi operativi dettati dalla Regione Veneto.
- Il controllo strategico: mira a valutare l'adeguatezza delle scelte compiute in sede di attuazione dei piani, programmi ed altri strumenti di determinazione dell'indirizzo politico, in termini di congruenza tra risultati conseguiti ed obiettivi predefiniti. Tale tipologia di controllo, per la sua natura intrinseca, fa

capo ad un soggetto esterno all'Istituto, ancorché sempre inserito nel servizio sanitario, e cioè la Regione. Ciò trova ragione nei rapporti tra organo di indirizzo politico e organo di gestione, così come delineati dal D.lgs. 29/93 e successive modificazioni, nonché nel D.lgs. 229/99 dove l'art. 3 bis comma 5 prevede che spetta alla Regione determinare preventivamente in via generale i criteri di valutazione dell'attività dei Direttori Generali, con riguardo al raggiungimento degli obiettivi definiti dalla programmazione regionale e con particolare riferimento alla efficienza, efficacia e funzionalità dei servizi, e che all'atto della nomina dei Direttori, le Regioni definiscono ed assegnano, aggiornandoli periodicamente, gli obiettivi di salute e di funzionamento. L'attività di valutazione e controllo strategico si configura come riservata ed è quindi sottratta al diritto di accesso di cui alla L. 241/90, in quanto correlata alla emanazione di atti di amministrazione generale, di pianificazione e di programmazione (art. 13 L. 241/90).

Art. 33 - Sistema Controllo Interno

Il Sistema di controllo interno (SCI) è un sistema (quindi un insieme di elementi collegati fra loro che concorrono congiuntamente al raggiungimento di obiettivi comuni e definiti) che coinvolge tutti i livelli dell'organizzazione aziendale ed è finalizzato a fornire una ragionevole sicurezza sul conseguimento degli obiettivi rientranti nelle seguenti categorie:

- efficacia ed efficienza delle attività operative;
- adeguata tutela del patrimonio aziendale;
- attendibilità delle informazioni finanziarie e operative;
- conformità alle leggi e ai regolamenti in vigore.

Lo SCI dell'Istituto svolge le seguenti attività:

- coordinare lo sviluppo del Sistema di Controllo Interno;
- attuare il monitoraggio del Sistema di Controllo Interno;
- favorire e promuovere il miglioramento del Sistema di Controllo Interno;
- mettere le varie strutture che compongono l'azienda nelle condizioni di assumere le migliori decisioni nel rispetto delle regole interne ed esterne in un contesto di crescente complessità;
- consentire di prevenire, mitigare ed identificare i rischi di natura amministrativo-contabile per l'organizzazione attraverso una attività strutturata di risk management.

La funzione Controllo Interno ha il compito di supportare tutte le funzioni aziendali e i responsabili di processo nelle attività di quantificazione e gestione del rischio amministrativo-contabile. Pertanto tale funzione, non ha un ruolo ispettivo ma esclusivamente di supporto tecnico/collaborativo rispetto alle funzioni e ai responsabili di processo. È una struttura dedicata facente parte della SS Qualità Accreditamento e Controllo Interno, che opera in modo autonomo, rapportandosi direttamente con la Direzione Strategica.

Nello specifico la funzione Controllo Interno svolge i seguenti compiti:

- gestisce i rapporti con la corrispondente Funzione Regionale afferente alla Direzione Controlli e Governi SSR;
- supporta lo sviluppo, il mantenimento e il miglioramento del Sistema di Controllo Interno;
- elabora il Piano di sviluppo del Sistema di Controllo Interno e lo rende sinergico con la programmazione aziendale;

- allinea il piano di sviluppo del Sistema di Controllo Interno aziendale con le azioni, le progettualità e le tempistiche Regionali;
- attua il monitoraggio e l'avanzamento del piano di sviluppo del Sistema Controllo Interno Aziendale;
- esegue, in collaborazione con le funzioni aziendali interessate, le fasi di implementazione del Controllo Interno (analisi del processo, identificazione dei rischi definizione dei piani di contenimento, esegue il monitoraggio dell'attuazione dei piani di contenimento, esecuzione dei test e rivalutazione del rischio);
- supporta le articolazioni organizzative aziendali nella valutazione, sviluppo e miglioramento del sistema di Controllo Interno.

La Funzione Controllo Interno dell'Istituto è inserita tra le attività dell'Ufficio Qualità, Accreditamento e Controllo interno, in staff alla Direzione Generale, con particolare afferenza funzionale alla Direzione Amministrativa.

La Funzione, partendo dal documento Regionale sull'identificazione dei processi necessari per lo sviluppo del controllo interno, deve esplicitare i processi aziendali propri, ricollegandosi al progetto Regionale per lo sviluppo della Funzione del Controllo Interno.

Art. 34 –Valutazione del personale

La valutazione del personale si attiene ai principi dei Titoli II e III del D.lgs 150/2009, è applicata secondo le prescrizioni e le linee di indirizzo della Regione Veneto in materia di misurazione e valutazione dei dipendenti del servizio sanitario regionale ed in materia di trasparenza, applicative delle disposizioni del D.lgs. n.150/2009, nonché ai contratti collettivi integrativi aziendali, disciplinanti la materia.

L'Istituto promuove il merito e il miglioramento della performance organizzativa e individuale, anche attraverso l'utilizzo di sistemi premianti selettivi, secondo logiche meritocratiche, nonché valorizza i dipendenti che conseguono le migliori performance attraverso l'attribuzione selettiva di incentivi sia economici che di carriera.

La valutazione del personale con qualifica dirigenziale è diretta a valutare le prestazioni ed i comportamenti organizzativi del personale dirigente e si basa sui principi ricavabili dal D. Lgs. 286/99, dal D. Lgs. 502/92 e ss.mm.ii., dal D.lgs. 150/2009 e dai contratti di lavoro.

In particolare:

- integrazione con il sistema di valutazione del Direttore Generale e dei suoi più stretti collaboratori nonché con il sistema di valutazione di tutti gli altri operatori appartenenti al comparto
- conoscenza diretta dell'attività del valutato da parte dell'organo proponente o valutatore di prima istanza;
- approvazione o verifica della valutazione da parte dell'organo competente o valutatore di seconda istanza;
- partecipazione al procedimento del valutato, anche attraverso la comunicazione ed il contraddittorio.

La valutazione riguarda le prestazioni, nonché i comportamenti relativi allo sviluppo delle risorse umane e organizzative e tiene particolarmente conto dei risultati raggiunti.

L'art.7 del D.lgs. 150/2009 individua l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) quale soggetto preposto a sovrintendere e monitorare, garantendo la correttezza dell'intero processo, il sistema di misurazione e valutazione annuale dei risultati.

Organismo Indipendente di Valutazione

In conformità alle "Linee di indirizzo in materia di misurazione e valutazione dei dipendenti del servizio sanitario regionale ed in materia di trasparenza, applicative delle disposizioni del d.lgs. n.150/2009 e della L.R. 26 maggio 2011, n. 9, modificata dalla L.R. 11 novembre 2011, n. 22." emanate dalla Regione Veneto, l'Organismo Interno di Valutazione (OIV) svolge un ruolo di misurazione e valutazione della performance con riferimento all'amministrazione nel suo complesso, alle unità organizzative in cui si articola ed ai singoli dipendenti. L'OIV, tra gli altri compiti:

- svolge funzioni di monitoraggio del funzionamento del sistema complessivo della valutazione e della trasparenza, relazionando annualmente sullo stato di avanzamento dello stesso e validando la "Relazione sulla performance" di cui all'art. 10 del D. Lgs. 150/2009;
- supporta la Direzione Generale nella definizione degli obiettivi strategici e nell'individuazione delle responsabilità ad essi connesse, favorendo l'allineamento dei comportamenti del personale alla missione dell'organizzazione attraverso il sistema della misurazione e valutazione aziendale;
- rende noti al personale gli obiettivi di performance e cura la regolare comunicazione sullo stato di raggiungimento degli stessi.

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 dell'art.21 della Legge n. 183/2010. Nel CUG convergono le competenze dei precedenti Comitati per le pari opportunità e dei Comitati sul fenomeno del mobbing, dei quali ha assunto tutte le funzioni previste dalla legge, dai contratti collettivi relativi al personale delle amministrazioni pubbliche o da altre disposizioni. Il Comitato in oggetto contribuisce all'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico, migliorando l'efficienza delle prestazioni collegata alla garanzia di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità, di benessere organizzativo e dal contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica per i lavoratori.

Art. 35 - Vigilanza

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

- a) il programma annuale di attività
- b) il bilancio preventivo economico annuale e pluriennale e il bilancio d'esercizio
- c) gli atti vincolanti il patrimonio o il bilancio per più di cinque anni.

Il Consiglio Regionale verifica annualmente il raggiungimento degli obiettivi di ricerca e assistenziali in coerenza con le risorse assegnate dallo Stato e dalla Regione sulla base di una relazione che l'Istituto provvede a trasmettere entro il 30 giugno di ogni anno.

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

Art. 36 - Trasparenza

Lo IOV esplica la propria attività nel rispetto del principio della trasparenza intesa come accessibilità totale delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività dell'Istituto, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche.

L'Istituto recepisce pienamente la normativa di cui il Decreto legislativo 14 marzo 2013 n. 33 recante disposizioni in materia di "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle Pubbliche Amministrazioni". In particolare lo IOV attua pienamente gli istituti e gli obblighi contenuti in detta normativa quali:

- istituzione del diritto di accesso civico
- predisposizione e pubblicazione del piano annuale per la trasparenza
- nomina del Responsabile della trasparenza
- creazione nel sito internet aziendale dell'apposita sezione "Amministrazione trasparente".

Art. 37 - Anticorruzione

La legge 6 novembre 2012, n. 190, in attuazione dell'art. 6 della Convenzione dell'Organizzazione delle Nazioni Unite contro la corruzione, adottata dalla Assemblea Generale dell'ONU il 3 ottobre 2003 e ratificata ai sensi della legge 3 agosto 2009, n. 116 e degli articoli 20 e 21 della Convenzione penale sulla corruzione, ratificata con la legge 28 giugno 2012, n. 110, individua in ambito nazionale, l'Autorità e gli altri organi incaricati di svolgere, con modalità tali da assicurare azione coordinata, attività di controllo di prevenzione e di contrasto della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione.

In ottemperanza alla suddetta legge lo IOV ha previsto l'individuazione del Responsabile della prevenzione della corruzione al quale sono affidati, in particolare, i seguenti compiti:

- elaborare la proposta di piano della prevenzione i cui contenuti, che caratterizzano anche l'oggetto dell'attività del responsabile, sono indicati nel comma 8 dell'art.1 della legge n.190/2012;
- definire procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione.

Tali adempimenti costituiscono elementi di valutazione della responsabilità dirigenziale.

Il Responsabile svolge, inoltre, le seguenti attività:

- verificare l'efficace attuazione del piano e della sua idoneità, nonché proporre la modifica dello stesso quando sono accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione, nell'attività dell'amministrazione o aggiornamenti normativi;
- verificare, d'intesa con il dirigente competente, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio di corruzione

- individuare il personale da inserire nei programmi di formazione destinati a operare in settori esposti alla corruzione.

L'Istituto, dà piena applicazione al decreto legislativo n. 39/2013 emanato a seguito citata legge n. 190/2012 sulla prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione, in particolare in materia di inconfiribilità di incarichi dirigenziali, interni ed esterni, comunque denominati, a coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i delitti contro la Pubblica amministrazione.

Parimenti sono recepite le norme del citato decreto in materia di incompatibilità tra incarichi dirigenziali e cariche di componenti degli organi di indirizzo nelle amministrazioni statali, Regionali e locali.

Lo svolgimento di incarichi dirigenziali in una delle situazioni di incompatibilità comporta la decadenza dell'incarico.

Si intendono altresì recepite le norme riguardanti l'inconfiribilità e l'incompatibilità relative alle cariche direttive delle Aziende sanitarie locali.

Un'ulteriore attività del Responsabile della prevenzione della corruzione è costituita dalla vigilanza sul rispetto delle disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità.

Art. 38 - Privacy

Nello svolgimento delle proprie attività lo IOV garantisce il rispetto della privacy, diritto fondamentale della persona costituzionalmente riconosciuto.

Nella realtà di attività di ricerca, diagnosi e cura in cui opera l'Istituto Oncologico Veneto sono quotidianamente trattati una pluralità di dati di estrema delicatezza come quelli riguardanti la salute dei cittadini.

Pertanto, al fine di garantire che il diritto al trattamento dei dati personali si svolga nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali di ogni persona, nonché della dignità individuale, lo IOV profonde il massimo impegno per adeguare le proprie strutture e l'organizzazione delle attività, alla normativa sulla tutela del diritto alla riservatezza dei propri utenti, dipendenti, collaboratori e fornitori, sancita con il D.lgs 196/2003.

La SS Affari Generali è la struttura che, nell'ambito delle attività dell'Istituto, assolve agli adempimenti relativi alla normativa sulla privacy, in collaborazione in particolare con la SS Qualità, Accreditamento e Controllo interno.

Art. 39 – Sicurezza e salute nei luoghi di lavoro

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

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

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

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

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

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

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

Esperto qualificato

Come previsto dalla normativa di radioprotezione D.lgs 230/95 e successive modifiche, il Direttore Generale assicura la sorveglianza fisica per la protezione dei lavoratori e della popolazione contro le radiazioni ionizzanti attribuendo l'incarico di Esperto Qualificato a uno o più Fisici che afferiscono alla Struttura Complessa di Fisica Sanitaria e che sono in possesso dell'abilitazione richiesta.

Gli Esperti Qualificati hanno le competenze e l'addestramento necessari per effettuare misurazioni, esami, verifiche e valutazioni di carattere fisico, tecnico e radiotossicologico, per assicurare il corretto funzionamento dei dispositivi di protezione, per fornire tutte le altre indicazioni e formulare provvedimenti atti a garantire la sorveglianza fisica della protezione dei lavoratori e della popolazione.

Esperto responsabile della sicurezza in risonanza magnetica

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

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

TITOLO VI – SPERIMENTAZIONE

Art. 40 - Sperimentazione Clinica

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

Strutture dedicate alla ricerca biomedica

L'organizzazione dell'attività di ricerca clinica e sperimentale, peraltro strettamente interconnessa con l'attività clinica, è mission peculiare dello IOV in quanto istituto di ricerca e cura a carattere scientifico. Esistono peraltro all'interno dell'articolazione dell'Istituto delle strutture pressoché esclusivamente dedicate alla ricerca biomedica, in particolare alla ricerca traslazionale e che operano in stretta collaborazione con le strutture a carattere prevalentemente clinico:

SS Studi clinici di fase precoce e ricerca traslazionale

SS Studio del papilloma virus in oncologia: prevenzione e diagnosi

SS Virologia oncologica

SS Marcatori molecolari oncologici

SS Terapia immunologica dei tumori

SS Coordinamento multidisciplinare per PDTA tumori del colon-retto.

Nucleo per la Ricerca Clinica

Il Nucleo per la Ricerca Clinica dello IOV (NRC), istituito ai sensi delle disposizioni regionali, è un'unità funzionale responsabile del coordinamento di tutta l'attività di sperimentazione, profit e no-profit, effettuata presso l'Istituto.

Le funzioni del Nucleo per la Ricerca Clinica sono affidate alla SS Sperimentazioni cliniche, biostatistica e Nucleo per la ricerca clinica in collaborazione con le strutture aziendali coinvolte nell'iter autorizzativo delle sperimentazioni cliniche e nel monitoraggio amministrativo contabile.

Nello svolgimento dei compiti assegnati al NRC la SS Sperimentazioni cliniche, Biostatistica e Nucleo per la ricerca clinica si raccorda con il Comitato di valutazione delle sperimentazioni cliniche istituito con specifico atto.

Comitato Etico per la Sperimentazione Clinica (CESC)

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

Il CESC è costituito con provvedimento del Direttore Generale, rimane in carica tre anni, con il compito di valutare sotto il profilo etico e organizzativo i programmi di sperimentazione scientifica e terapeutica avviati dall'Istituto, fornisce pareri vincolanti su tutte le ricerche cliniche sperimentali trasmesse per competenza dal

NRC. Può anche fornire parere sulle questioni etiche o di bioetica a esso proposte dal Direttore Generale, dal Direttore Scientifico o dal Consiglio di Indirizzo e Verifica.

Comitato per la Sperimentazione Animale

Ai sensi del D.Lgs 116/1992, che regola la materia di protezione degli animali utilizzati ai fini sperimentali è istituito un Comitato Etico per la sperimentazione animale con i compiti definiti nell'atto di nomina dei componenti.

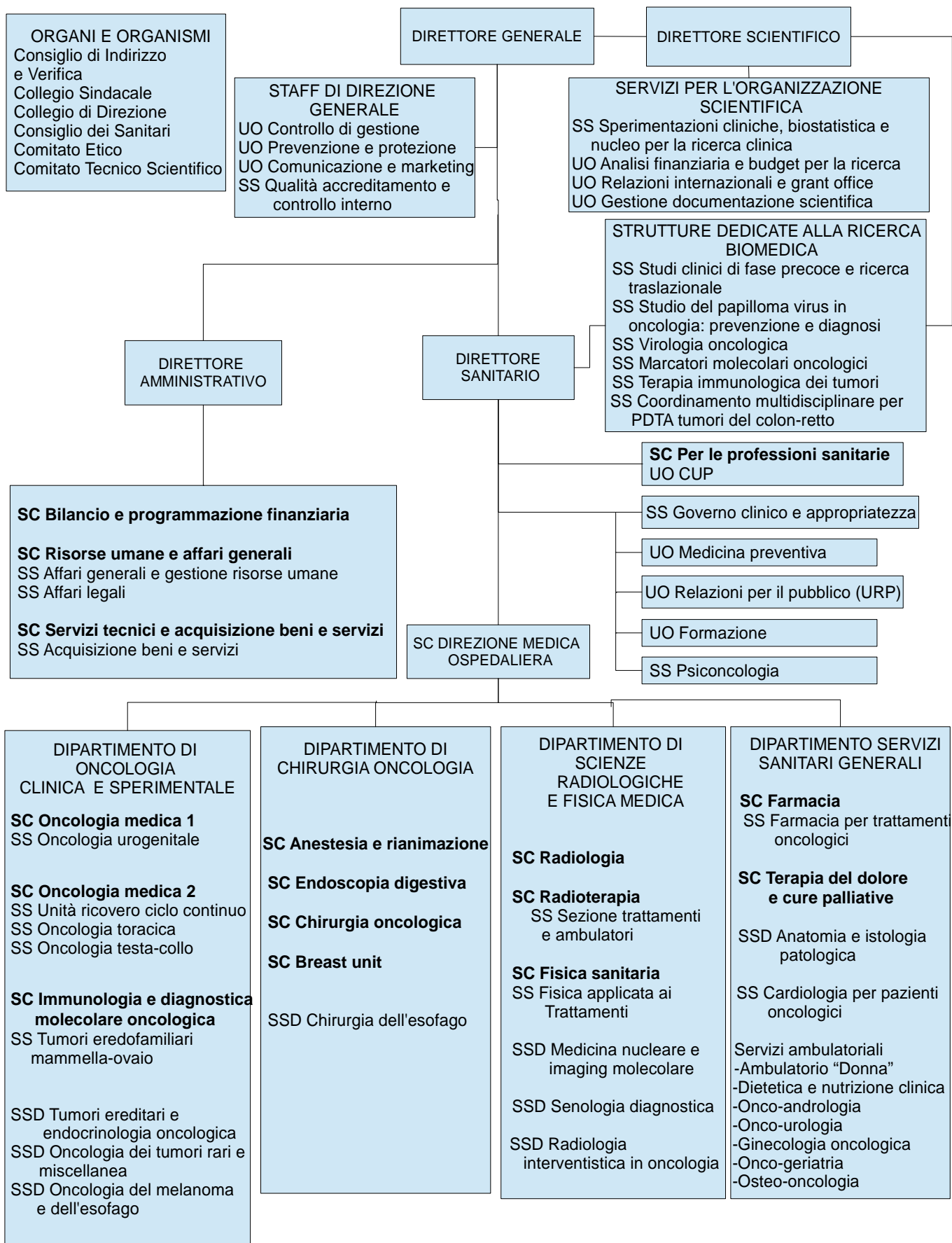
TITOLO VII – NORMA FINALE E RINVIO

Art. 41 – Norma finale e rinvio

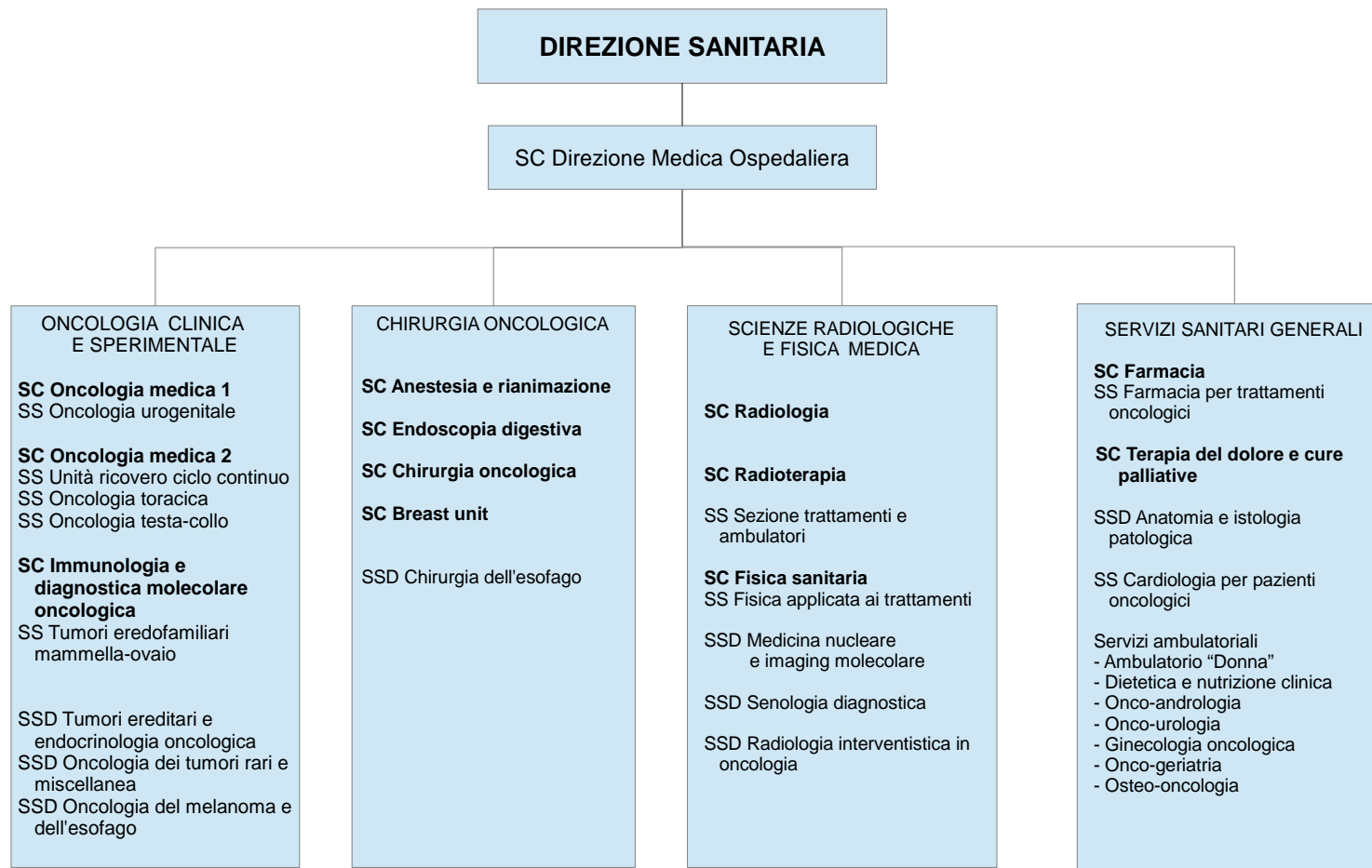
Sono rimessi all'esercizio del potere regolamentare dell'Istituto la disciplina di particolari materie afferenti alla gestione organizzativa e la definizione degli indirizzi necessari all'attuazione della normativa contenuta nel presente Atto Aziendale, fermo restando il riferimento alle fonti normative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

Art. 42 - 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.



Allegato 1: Organigramma



Allegato 2: Dipartimenti Sanitari

TEAM MULTIDISCIPLINARI - SEDE IOV		
Campo di interesse / patologia	Struttura referente	Cadenza degli incontri
GRUPPO INTERDISCIPLINARE PER LO STUDIO DELLE CARCINOSI E TRATTAMENTI LOCOREGIONALI	SC Chirurgia oncologica	Ambulatorio settimanale
MELANOMA	SC Chirurgia oncologica	Discussione casi settimanale
NEOPLASIE EMATOPOIETICHE	SC Oncologia medica 1 SC Radioterapia	Ambulatorio settimanale
OSTEO-ONCOLOGIA	SC Oncologia medica 1 SC Oncologia medica 2	Ambulatorio settimanale
PATOLOGIA DEL RETTO/ ANO	SC Radioterapia SC Oncologia medica 1	Ambulatorio settimanale
PRECANCEROSI DEL TUBO DIGERENTE ESOFAGO DI BARRETT	SC Endoscopia digestiva SSD Chirurgia dell'esofago	Discussione casi settimanale
SARCOMI DEI TESSUTI MOLLI	SC Chirurgia oncologia	Discussione casi settimanale
SCREENING FAMILIARITÀ COLON-RETTO	SSD Tumori ereditari e Endocrinologia oncologica	Ambulatorio settimanale
CURE SIMULTANEE	SC Oncologia medica 1 SC Terapia del dolore e cure palliative	Valutazione casi 2 volte alla settimana
TUMORI CAPO E COLLO	SC Radioterapia	Ambulatorio settimanale
TUMORI DELL'ESOFAGO	SSD Chirurgia dell'esofago SSD Oncologia del melanoma e dell'esofago	Ambulatorio settimanale e discussione casi
ONCOGERIATRIA	SC Oncologia medica 1	Ambulatorio settimanale

Allegato 3: Team Multidisciplinari

TUMORI GINECOLOGICI	SC Oncologia medica 2	Discussione casi
TUMORI DEL POLMONE E PLEURA	SC Oncologia medica 2	Ambulatorio settimanale
VALUTAZIONI MULTIDISCIPLINARI BREAST UNIT	SC Oncologia medica 2 SC Breast unit	Discussione casi settimanale
FAMILY CANCER CLINIC	SSD Tumori ereditari e Endocrinologia oncologica	Ambulatorio settimanale

TEAM MULTIDISCIPLINARI - SEDE AOP		
Campo di interesse / patologia	Struttura referente per IOV	Cadenza degli incontri
PATOLOGIE NEOPLASTICHE UROLOGICHE	SC Oncologia medica 1	Discussione casi settimanale
TUMORI CEREBRALI ADULTO – NEURO-ONCOLOGIA	SC Oncologia medica 1	Discussione casi quindicinale
TUMORI CEREBRALI PEDIATRICI	SC Radioterapia	Visita multidisciplinare e discussione casi settimanale
TUMORI DEL FEGATO E VIE BILIARI	SC Oncologia medica 1	Discussione casi settimanale
TUMORI DELLA TIROIDE - G.I.V.E.T.	SSD Tumori ereditari e Endocrinologia oncologica	Discussione casi settimanale
TUMORI GASTRO- INTESTINALI	SC Oncologia medica 1	Ambulatorio/ discussione casi settimanale
TUMORI DEL PANCREAS	SC Oncologia medica 1	Discussione casi settimanale
TUMORI DELLA PROSTATA	SC Radioterapia SC Oncologia medica 1	Discussione casi settimanale
TUMORI RARI E MISCELLANEA	SSD Oncologia dei tumori rari e miscellanea	Discussione casi settimanale