



OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO

Sistema Sanitario Regione Liguria
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

DIREZIONE GENERALE

560

18 APR. 2024

DELIBERAZIONE N. DEL

OGGETTO: Regolamento di organizzazione e funzionamento dell'IRCCS Ospedale Policlinico San Martino, ai sensi dell'art. 28 ter della L.R. n. 41/2006 e s.m.i. e dell'art. 3 del D.Lgs. n. 517/1999. Presa d'atto dell'approvazione con modifiche della deliberazione n. 173/2024 da parte della Regione Liguria.

L'anno duemilaventiquattro, addì **18** del mese di **APR.** presso la sede Amministrativa dell'IRCCS Ospedale Policlinico San Martino, sito in Genova, Largo Rosanna Benzi, 10 presenti il Direttore Scientifico, il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario

IL DIRETTORE GENERALE

Richiamata la deliberazione n. 173 del 6 febbraio 2024 con la quale il Policlinico ha adottato il proprio Regolamento di organizzazione e funzionamento, sentito il Rettore dell'Università degli Studi di Genova e d'intesa con il medesimo, relativamente all'elencazione nell'ambito dei Dipartimenti ad attività integrata delle strutture complesse e semplici dipartimentali proprie della Scuola di Scienze mediche e farmaceutiche, delle strutture complesse ospedaliere a direzione universitaria, nonché di quelle con prevalente finalità di ricerca a direzione universitaria del Policlinico;

Evidenziato che, ai sensi dell'art. 28 ter, comma 1, della L.R. n. 41/06 e s.m.i., il provvedimento è stato trasmesso con nota prot. n. 6750 del 7 febbraio 2024 alla Giunta Regionale della Liguria e con nota prot. n. 6752 in pari data al Ministero della Salute;

Preso atto che il Ministero della Salute, con nota in data 15 marzo 2024 prot. 5468, acquisita agli atti in pari data con Prot. n. 14011, ha formulato alcune osservazioni alla luce delle disposizioni di cui al D.lgs. n. 288/2003 e s.m.i. e dell'Atto di Intesa del 1° luglio 2004, ravvisando in particolare:

- la necessità che l'Istituto inserisca la previsione secondo cui il "*direttore scientifico esprime parere obbligatorio al direttore generale sulle determinazioni inerenti le attività cliniche e scientifiche dell'IRCCS e sulle assunzioni e sull'utilizzo del personale medico e sanitario non medico*", come previsto dallo schema tipo allegato all'Atto di Intesa del 1° luglio 2004.
- criticità riguardanti la circostanza che il Direttore del Dipartimento della ricerca - sebbene sia proposto dal Direttore Scientifico, e operi nel rispetto degli indirizzi definiti dal Direttore Scientifico - assume una responsabilità gestionale unicamente nei confronti del Direttore Generale e non risponde al Direttore Scientifico che è l'unico responsabile dell'attività di ricerca dell'IRCCS;

- che dall'organigramma non si evinca in alcun modo il raccordo né tra il Direttore Scientifico e il Direttore Generale né con l'intera struttura dell'IRCCS che, infatti, risulta essere completamente staccata dalla direzione scientifica. In particolare il Ministero ritiene che non risulti presente quel necessario coordinamento tra la predetta direzione e i dipartimenti dedicati alle due aree tematiche di riconoscimento scientifico di neuroscienze e di oncologia e ne auspica pertanto l'attuazione;

Atteso che il Policlinico con nota in data 28 marzo 2024 Prot. n. 16766 ha riscontrato, argomentando punto per punto, la sopra citata nota del Ministero della Salute;

Preso atto che con deliberazione n. 279 del 22 marzo 2024 la Giunta Regionale ha approvato il Regolamento di organizzazione e funzionamento di questo Policlinico, subordinatamente all'adeguamento del Regolamento mediante adozione, da parte dello stesso IRCCS, delle modifiche richieste, con nota n. 5468 del 15 marzo 2024, dal Ministero della Salute;

Considerato che il Ministero della Salute, in riscontro alla nota del Policlinico 28 marzo 2024 Prot. n. 16766 e presa visione della DGR n. 279/2024, con nota Prot. 7741 del 16 aprile 2024 ha confermato la necessità che il Regolamento in esame si adegui alle indicazioni riportate nella nota ministeriale datata 15 marzo 2024;

Ritenuto pertanto di apportare al Regolamento di organizzazione e funzionamento le modifiche conseguenti alle osservazioni espresse dal Ministero della Salute, secondo il testo allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale;

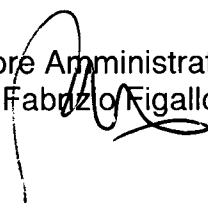
Preso atto del parere favorevole espresso, per quanto di competenza, dal Direttore Scientifico, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario

DELIBERA

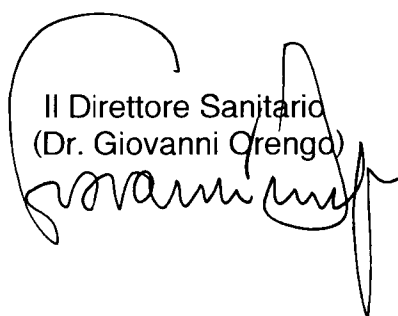
di prendere atto di quanto disposto con deliberazione della Giunta Regionale n. 279 del 22 marzo 2024 e per l'effetto apportare al Regolamento di organizzazione e funzionamento le modifiche conseguenti alle osservazioni espresse dal Ministero della Salute, secondo il testo allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale;

di trasmettere il presente provvedimento alla Giunta Regionale della Liguria ed al Ministero della Salute.

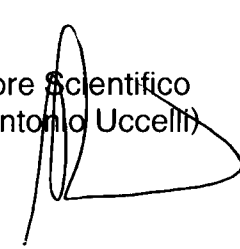
Il Direttore Amministrativo
(Dott. Fabrizio Figallo)



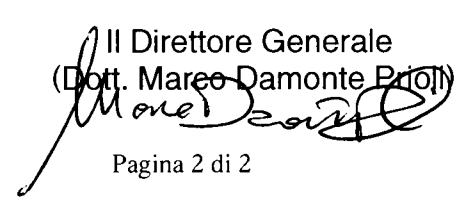
Il Direttore Sanitario
(Dr. Giovanni Crengo)



Il Direttore Scientifico
(Prof. Antonio Uccelli)



Il Direttore Generale
(Dott. Marco Damonte Prioli)





OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO

Sistema Sanitario Regione Liguria

Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Regolamento di Organizzazione e Funzionamento

Adottato con Deliberazione n. 560 del 18.04.2024

INDICE

I. PARTE – PARTE GENERALE

I.	PRINCIPI GENERALI	5
II.	ASSETTO ISTITUZIONALE	20
III.	IL LIVELLO ORGANIZZATIVO DI “STAFF” E DI “LINE”	30
IV.	IL LIVELLO ORGANIZZATIVO DEL MIDDLE MANAGEMENT.....	35
V.	IL COINVOLGIMENTO DEI DIRIGENTI DEL S.S.N. NELLA DIDATTICA, NELLA RICERCA E NELLA FORMAZIONE	48
VI.	LA SPERIMENTAZIONE, IL RISCHIO CLINICO ED IL CONTROLLO DI QUALITÀ	52
VII.	NORME DI CARATTERE PARTICOLARE.....	55
VIII.	NORME TRANSITORIE E FINALI	61

II PARTE - PIANO DI ORGANIZZAZIONE AZIENDALE (POA)

IX.	LIVELLO ORGANIZZATIVO	62
-----	-----------------------------	----

I. PARTE – PARTE GENERALE

I.	PRINCIPI GENERALI	5
----	-------------------------	---

(ART. 1)	(DENOMINAZIONE, SEDE, LOGO, NATURA GIURIDICA, ORGANIZZAZIONE E FUNZIONAMENTO)	5
----------	---	---

(ART. 2)	(VISIONE, MISSIONE, OBIETTIVI E VALORI)	7
(ART. 3)	(PRINCIPI ISPIRATORI DEL MODELLO ORGANIZZATIVO)	10
(ART. 4)	(STRUMENTI).....	11
(ART. 5)	(ATTIVITÀ)	11
(ART. 6)	(ORGANIZZAZIONE E PERSONALE).....	12
(ART. 7)	(IL FINANZIAMENTO).....	13
(ART. 8)	(IL PATRIMONIO).....	14
(ART. 9)	(LA CONTABILITÀ, L'ESERCIZIO FINANZIARIO).....	15
(ART. 10)	(I PROCESSI DI PIANIFICAZIONE ED IL SISTEMA DI PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO)	16
(ART. 11)	(PIANO STRATEGICO TRIENNALE)	19
II.	ASSETTO ISTITUZIONALE	20
(ART. 12)	(GLI ORGANI ISTITUZIONALI).....	20
(ART. 13)	(CONSIGLIO DI INDIRIZZO E VERIFICA).....	20
(ART. 14)	(DIRETTORE GENERALE)	21
(ART. 15)	(DIRETTORE SCIENTIFICO)	24
(ART. 16)	(COLLEGIO SINDACALE)	26
(ART. 17)	(COLLEGIO DI DIREZIONE)	27
(ART. 18)	(DIRETTORE SANITARIO E DIRETTORE AMMINISTRATIVO).....	28
(ART. 19)	(IL COMITATO TECNICO SCIENTIFICO).....	28
III.	IL LIVELLO ORGANIZZATIVO DI "STAFF" E DI "LINE"	30
(ART. 20)	(CARATTERISTICHE E COMPOSIZIONE DEL LIVELLO ORGANIZZATIVO DEL TOP E DEL MIDDLE MANAGEMENT).....	30
(ART. 21)	(IL MODELLO ORGANIZZATIVO DIPARTIMENTALE).....	31
(ART. 22)	(GLI ORGANI DEL DIPARTIMENTO)	32
(ART. 23)	(IL MODELLO DI ORGANIZZAZIONE DEL DISEASE MANAGEMENT TEAM)	32
(ART. 24)	(GLI ORGANI DEL DISEASE MANAGEMENT TEAM).....	33
(ART. 25)	(RAPPORTI DEI DIPARTIMENTI AD ATTIVITÀ INTEGRATA CON I DIPARTIMENTI UNIVERSITARI)	33
IV.	IL LIVELLO ORGANIZZATIVO DEL MIDDLE MANAGEMENT.....	35
(ART. 26)	(DISCIPLINA E STRUTTURA).....	35
(ART. 27)	(PERSONALE UNIVERSITARIO CONVENZIONATO)	37
(ART. 28)	(IMPEGNO ORARIO DEL PERSONALE DOCENTE UNIVERSITARIO NELLE STRUTTURE AZIENDALI)	38
(ART. 29)	(DISCIPLINA DEL CONFERIMENTO DEGLI INCARICHI).....	38

(ART. 30)	(LA VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI DEI DIRIGENTI E DEGLI OPERATORI).....	43
(ART. 31)	(DISCIPLINA DEGLI ORGANI PREPOSTI ALLA VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI DEI DIRIGENTI E DEGLI OPERATORI: IL COLLEGIO TECNICO, I COLLEGI TECNICI DI DIPARTIMENTO E L'ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE)	44
(ART. 32)	(IL COMITATO UNICO DI GARANZIA)	45
(ART. 33)	(LA RESPONSABILITÀ E LA RESPONSABILIZZAZIONE).....	46
(ART. 34)	(IL COMITATO DEI GARANTI)	46
V.	IL COINVOLGIMENTO DEI DIRIGENTI DEL S.S.N. NELLA DIDATTICA, NELLA RICERCA E NELLA FORMAZIONE	48
(ART. 35)	(ATTIVITÀ DI DIDATTICA E PARTECIPAZIONE DEL PERSONALE SANITARIO)	48
(ART. 36)	(LE SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE)	49
(ART. 37)	(MEDICI IN FORMAZIONE SPECIALISTICA).....	49
(ART. 38)	(PARTECIPAZIONE DEL PERSONALE ALLE ATTIVITÀ DI RICERCA).....	50
(ART. 39)	(LA FORMAZIONE)	51
VI.	LA SPERIMENTAZIONE, IL RISCHIO CLINICO ED IL CONTROLLO DI QUALITÀ	52
(ART. 40)	(SPERIMENTAZIONE).....	52
(ART. 41)	(GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO).....	53
(ART. 42)	(SISTEMA GESTIONE QUALITÀ)	54
VII.	NORME DI CARATTERE PARTICOLARE.....	55
(ART. 43)	(PRINCIPI ED OBIETTIVI PER L'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ LIBERO-PROFESSIONALE INTRAMURARIA E DI ATTIVITÀ DIVERSE ED A CARATTERE IMPRENDITORIALE DEL POLICLINICO).....	55
(ART. 44)	(ACCESSO DELL'UNIVERSITÀ A DATI ED INFORMAZIONI)	56
(ART. 45)	(SALUTE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO)	56
(ART. 46)	(RESPONSABILITÀ CIVILE ED ASSICURAZIONE).....	57
(ART. 47)	(DISCIPLINA DEI CONTRATTI DI FORNITURA DI BENI E SERVIZI DI VALORE INFERIORE A QUELLO STABILITO DALLA NORMATIVA COMUNITARIA IN MATERIA)	57
(ART. 48)	(RECLUTAMENTO DI PERSONALE PER ATTIVITÀ DI RICERCA).....	58
(ART. 49)	(PRODOTTI DELLE ATTIVITÀ DI RICERCA)	58
(ART. 50)	(PARTECIPAZIONE).....	59
VIII.	NORME TRANSITORIE E FINALI	61
(ART. 51)	(CRITERI E PRINCIPI DIRETTIVI PER L'ESERCIZIO DEL POTERE REGOLAMENTARE E PER L'ADOZIONE DEI PROVVEDIMENTI DI ATTUAZIONE DEL REGOLAMENTO)	61

(ART. 52)	(NORMA FINALE).....	61
-----------	---------------------	----

II PARTE - PIANO DI ORGANIZZAZIONE AZIENDALE (POA)

IX.	LIVELLO ORGANIZZATIVO	62
(ART. 53)	(CANCER CENTRE).....	65
(ART. 54)	(DIPARTIMENTO "STAFF")	67
(ART. 55)	(IL DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE)	75
(ART. 56)	(IL DIPARTIMENTO DELLA RICERCA)	81
(ART. 57)	(IL DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO)	89
(ART. 58)	(IL DIPARTIMENTO TECNICO E SISTEMI INFORMATIVI)	92
(ART. 59)	(I DIPARTIMENTI AD ATTIVITÀ INTEGRATA – DAI)	96
(ART. 60)	(I DISEASE MANAGEMENT TEAM - DMT)	114
(ART. 61)	(FUNZIONI E MODALITÀ OPERATIVE DEI DISEASE MANAGEMENT TEAM - DMT)	116
(ART. 62)	(ATTIVITÀ DI TRAPIANTO DI ORGANI, TESSUTI E CELLULE)	120
(ART. 63)	(NORMA FINALE).....	121
✓	DM MINISTERO 30.01.2023 "DEFINIZIONE DEI CRITERI PER LA COMPOSIZIONE E IL FUNZIONAMENTO DEI COMITATI ETICI TERRITORIALI.	124

I. PARTE – PARTE GENERALE

I. Principi generali

(Art. 1) (Denominazione, sede, logo, natura giuridica, organizzazione e funzionamento)

La denominazione ufficiale dell'Ente è "IRCCS Ospedale Policlinico San Martino" – (acronimo HSM). L'IRCCS Ospedale Policlinico San Martino – (di seguito definito **Policlinico**) è stato costituito con L.R. 1/3/2011, n. 2 perseguendo finalità di assistenza, cura, formazione e ricerca, prevalentemente traslazionale, garantendone la complementarietà e l'integrazione. È stato riconosciuto Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico nella disciplina di Oncologia con Decreto Ministero della Salute in data 12/08/2011 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 203 del 01/09/2011.

Con Decreto Ministero della Salute in data 05.03.2018, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 81 del 7.1.2018, è stato riconosciuto il carattere scientifico per la disciplina delle "neuroscienze" ed è stato confermato il riconoscimento del carattere scientifico per la disciplina di "oncologia".

Con Decreto Ministero della salute in data 03.05.2021, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 121 del 22.05.2021, è stato confermato il riconoscimento del carattere scientifico nelle discipline "oncologia" e "neuroscienze".

Il Policlinico ha sede legale in Genova, Largo Rosanna Benzi n. 10 ove sono collocate le proprie strutture amministrative, di assistenza e di ricerca ed ha i seguenti riferimenti fiscali: codice fiscale e partita IVA n. 02060850996.

L'Istituto è sottoposto alla vigilanza del Ministero della Salute, ai sensi dell'art. 16 del D.Lgs. n. 288/2003 così come modificato dall'art. 9 del D.Lgs n. 200/2022.

Afferisce alla tipologia organizzativa degli Istituti di Ricovero e cura a carattere scientifico e, in relazione a quanto previsto dal Protocollo Generale d'Intesa Regione Università e dal P.S.R., è individuato come Istituto di riferimento per le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e di ricerca dell'Università di cui all'art. 1 del D.Lgs. n. 517/99; lo stesso costituisce infatti la struttura di riferimento del polo didattico della Scuola di Scienze Mediche e Farmaceutiche dell'Università degli Studi di Genova, sia per il Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, sia per le Scuole di Specializzazione, Dottorati di Ricerca, Master di I e II livello che per i Corsi di Laurea delle professioni sanitarie. La formazione dell'operatore sanitario, del medico e del medico specialista rappresenta attività istituzionale ed una modalità di esercizio dell'attività assistenziale.

I rapporti con il sistema universitario sono disciplinati nel quadro della programmazione nazionale e regionale, sulla base di specifico Protocollo d'Intesa fra la Regione Liguria e l'Ateneo, tenuto conto

del rispetto del vincolo del bilancio aziendale attraverso l'equilibrio di costi e ricavi, compresi i trasferimenti di risorse finanziarie.

Il logo istituzionale è il seguente:



OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO

Sistema Sanitario Regione Liguria

Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Il sito istituzionale è il seguente:

www.ospedalesanmartino.it

Su ogni tipo di documento prodotto, sia per uso interno, che esterno, viene riportato sempre il logo istituzionale e, quando necessario, la denominazione del Dipartimento, della Struttura Complessa o Semplice di riferimento.

Il logo istituzionale e la denominazione completa dovranno altresì essere riportati nelle presentazioni a Corsi/Congressi. Nessun altro logo può essere utilizzato nella documentazione ufficiale del Policlinico. È possibile la compresenza, purché autorizzata, del logo di Agenzie o Aziende o Istituzioni nazionali o internazionali, nonché di eventuali *sponsor* pubblici e privati, purché connessi a iniziative e progetti specifici che coinvolgano il Policlinico. Anche il personale universitario convenzionato dovrà riportare sia il logo dell'Ateneo che quello del Policlinico nelle presentazioni a Corsi/Congressi e citare la doppia affiliazione Università/Policlinico nelle pubblicazioni scientifiche.

Con apposito Regolamento sono state disciplinate le condizioni e le modalità di utilizzo da parte di soggetti pubblici e privati del marchio e del logotipo oltre che degli altri segni distintivi e la concessione del patrocinio del Policlinico, al fine di garantire l'utilizzo appropriato e corretto dei segni distintivi stessi, nonché salvaguardare l'immagine, il decoro, il prestigio e l'interesse generale del Policlinico.

Il Policlinico è dotato di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia organizzativa, gestionale, patrimoniale e contabile ai sensi della normativa vigente nazionale e regionale.

L'organizzazione ed il funzionamento sono disciplinati dal presente Regolamento che costituisce lo strumento giuridico mediante il quale il Policlinico sancisce principi e criteri della propria organizzazione e dei meccanismi di funzionamento, delineando gli ambiti di autonomia, entro i quali sono perseguite le finalità istituzionali mediante adozione di atti fondati sul principio di libertà delle forme, nei limiti previsti dal Codice Civile, dalle leggi che disciplinano l'attività della Pubblica Amministrazione e dai contenuti del seguente articolato.

Il Regolamento, definito nel rispetto dello Schema tipo di regolamento di cui all'Atto di Intesa Stato-Regioni del 01.07.04, viene adottato dal Direttore Generale, d'intesa con il Rettore dell'Università

degli Studi di Genova limitatamente alla costituzione, organizzazione e funzionamento dei dipartimenti ad attività integrata ed alle strutture che li compongono ai sensi del D.Lgs. n. 517/1999 e del vigente Protocollo d'Intesa Regione/Università, e previo parere obbligatorio del Consiglio di Indirizzo e Verifica. Può essere modificato ed integrato con la medesima procedura.

(Art. 2) (Visione, missione, obiettivi e valori)

Il Policlinico è riconosciuto come Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico per la disciplina di "Oncologia" e delle "Neuroscienze".

Il Policlinico si configura inoltre come HUB regionale per le reti delle seguenti aree:

- Rete Infarto (all'interno della rete Cardiovascolare)
- Rete Ictus (all'interno del riconoscimento Ministeriale del carattere di scientificità in Neuroscienze)
- Rete traumatologica (sede Centro Trauma di Alta Specializzazione per Regione Liguria);
- Rete dell'emergenza urgenza (sede del Numero Unico dell'Emergenza 112 e della Centrale Operativa del 118)
- Rete ospedaliera dell'emergenza (sede di DEA di II livello)
- Rete neonatologica e punti nascita (sede del punto nascita a maggior tutela delle condizioni morbose materne correlate alla gravidanza)
- Rete medicine specialistiche
- Rete trapiantologica: sede dei programmi di
 - o Trapianto di fegato da cadavere a cuore battente e cuore fermo,
 - o Trapianto di rene da cadavere a cuore battente e cuore fermo
 - o Trapianto di rene da donatore vivente
 - o Trapianto di rene e pancreas
 - o Trapianto di cellule staminali emopoietiche
- Rete delle malattie rare
- Rete psichiatrica.

Il Policlinico si caratterizza come ospedale di alta specializzazione di rilievo nazionale e centro di ricerca sanitaria di base, clinica e traslazionale in coerenza con le disposizioni di legge vigenti e negli ambiti disciplinari individuati in conformità alla programmazione nazionale e regionale.

Visione:

Il Policlinico vuole, nel triennio di vigenza dell'attuale regolamento, confermare il suo ruolo di riferimento nazionale e internazionale in ambito oncologico e delle neuroscienze sia per la qualità e i volumi di attività clinica sia per la qualità della produzione scientifica.

Inoltre, al di fuori delle aree per cui è riconosciuto il carattere di scientificità, il Policlinico intende affermare e consolidare il ruolo di HUB regionale ed extraregionale nell'ambito della rete cardiovascolare e delle malattie infettive, rispettivamente riducendo la mobilità passiva ligure che caratterizza l'area cardiovascolare e garantendo il controllo e la gestione delle malattie infettive e delle infezioni correlate alle pratiche assistenziali.

Missione:

Il Policlinico, attraverso lo svolgimento unitario e coordinato delle funzioni di assistenza, didattica e ricerca, persegue le seguenti finalità:

- ✓ svolge prestazioni di ricovero e cura di alta specialità e, nel rispetto delle disposizioni di legge e negli ambiti disciplinari individuati in sede di riconoscimento e in aderenza alla programmazione nazionale e regionale ed alla sua evoluzione, secondo *standard* di eccellenza, di ricerca di base clinica e traslazionale nel campo biomedico ed in quello dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari, di innovazione nei modelli di assistenza e di trasferimento delle conoscenze;
- ✓ assicura la realizzazione della collaborazione tra Servizio Sanitario Regionale e Università degli Studi di Genova ai sensi del D.Lgs. n. 517/99;
- ✓ elabora ed attua, direttamente o in rapporto con altri enti, programmi di formazione professionale e di educazione sanitaria con riferimento agli ambiti istituzionali di attività e per il miglioramento e lo sviluppo delle stesse;
- ✓ sperimenta e verifica forme innovative di gestione e di organizzazione in campo sanitario, nei rispettivi ambiti disciplinari;
- ✓ supporta tramite idonee modalità, le istituzioni di istruzione e formazione pre e post laurea;
- ✓ svolge ogni altra attività strumentale e funzionale al perseguimento delle proprie finalità.

La presenza della Scuola di Scienze Mediche e Farmaceutiche dell'Università di Genova ha implicazioni organizzative e operative ma anche 'strategiche': infatti le esigenze didattiche comportano la necessità di garantire tutte le specializzazioni con docenti adeguati per numero e qualificazione, e di concentrare nel Policlinico, se possibile, le casistiche più ampie e diversificate.

Il Policlinico si caratterizza quindi per la propria realtà polispecialistica e per la forte vocazione all'integrazione di ricerca scientifica, assistenza e didattica tanto nelle strutture di diagnosi e cura quanto nei laboratori, in un contesto di coordinamento funzionale e/o strutturale.

A tal fine favorisce condizioni logistiche ed organizzative coerenti con lo svolgimento dei corsi di studio della Scuola di Scienze Mediche e Farmaceutiche, compatibilmente con le risorse economico-finanziarie di sistema. La verifica della coerenza delle scelte logistiche ed organizzative alle esigenze dei corsi di studio è oggetto di un tavolo tecnico paritetico di confronto fra il Policlinico e l'Università.

Promuove e collabora ad iniziative di scambio culturale e scientifico con strutture, pubbliche e private, nonché con altri Paesi della Comunità mondiale, tramite l'organizzazione e la partecipazione ad incontri scientifici, convegni e stage sia all'estero sia presso la sua propria sede. Attua misure idonee di collegamento e sinergia con altre strutture di ricerca e di assistenza sanitaria, pubbliche e private, con le Università, con Istituti di riabilitazione e con analoghe strutture.

Svolge attività di trasferimento delle conoscenze acquisite attraverso le attività assistenziali e di ricerca, di insegnamento teorico-pratico, di addestramento e di formazione, direttamente e in collaborazione con Università e con altre Istituzioni nazionali ed internazionali.

Obiettivi:

Rientrano in particolare nelle "finalità" del Policlinico i seguenti obiettivi strategici:

- assicurare la presa in carico globale dell'individuo, garantendo equità e facilità di accesso alle cure, con un'organizzazione basata su una più spiccata separazione delle attività di promozione, indirizzo e *governance*, erogazione e controllo;
- garantire la continuità assistenziale nei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziale del policlinico e nei Percorsi Integrati di Cura con il territorio;
- agire le proprie funzioni di HUB regionale nelle aree sopra descritte per garantire la massima tutela della appropriatezza clinico assistenziale ed organizzativa e la conseguente riorganizzazione della rete ospedaliera nonché alla riconversione delle quote di produzione inappropriate ai fini della corretta applicazione della normativa sui livelli essenziali di assistenza, svolgendo, nel rispetto delle vigenti disposizioni di legge e negli ambiti disciplinari individuati in sede di riconoscimento e in conformità alla programmazione nazionale e regionale, attività di assistenza sanitaria, cura, formazione e ricerca biomedica e sanitaria, prevalentemente traslazionale e con particolare riguardo all'ambito oncologico e a quello delle neuroscienze, garantendone la complementarietà e l'integrazione;
- promuovere la personalizzazione delle cure del malato al fine di adeguare e promuovere l'individualizzazione dell'uso e dell'offerta specifica di farmaci, terapie e tecnologie nella prospettiva della piena realizzazione del progetto bandiera di Regione Liguria in merito alla realizzazione del nuovo ospedale computazionale di Erzelli;
- contribuire alla realizzazione di una sempre più stretta correlazione fra l'attività assistenziale necessaria per lo svolgimento dei compiti istituzionali dell'Università e la programmazione sanitaria nazionale e regionale in termini di funzionalità e di coerenza con le esigenze della didattica e della ricerca, al fine di perseguire la massima efficienza dell'attività integrata di didattica, ricerca ed assistenza;
- sperimentare e verificare forme innovative di gestione e di organizzazione in campo sanitario, in aderenza al Piano Sanitario Regionale che identifica il Policlinico come centro di riferimento per studi di natura multicentrica a livello nazionale e internazionale;
- promuovere le attività del Policlinico derivanti dalla partecipazione alle reti nazionali di cui al DM 70 per le quali l'istituto è individuato come HUB regionale;
- garantire la "*par condicio*" nella disciplina dei rapporti fra componenti universitarie e componenti ospedaliere, a garanzia di una valorizzazione effettiva del potenziale di entrambe nella logica dell'integrazione, e nell'accesso delle due componenti ad adeguati standard di risorse in termini di personale, attrezzature, spazi e loro manutenzione assicurando, conseguentemente, la parità di diritti e doveri, di opportunità e di condizioni retributive fra i professionisti del SSR e dell'Università;
- svolgere ogni altra attività strumentale e funzionale al perseguimento delle proprie finalità, con particolare riguardo alle funzioni di coordinamento di programmi nazionali e regionali di prevenzione e diagnosi precoce.

Valori:

I "valori" principali cui si ispira sono:

- la centralità del paziente come obiettivo fondamentale;
- l'accoglienza e l'accessibilità ai servizi;
- l'affidabilità, la qualità, la sicurezza e l'appropriatezza delle prestazioni;

- l'innovazione tecnologica, organizzativa e formativa avanzata a tutti i livelli, per sostenere i miglioramenti continui dell'attività di diagnosi e cura e per produrre attività di eccellenza;
- la competenza, eccellenza ed autorevolezza professionale;
- la motivazione e la valorizzazione del capitale intellettuale e scientifico;
- la sicurezza e la qualità nell'ambiente di lavoro nei confronti dei pazienti e degli operatori nel rispetto della normativa vigente;
- l'ascolto ed il coinvolgimento;
- l'equità;
- la trasparenza e la responsabilità;
- la condivisione;
- la razionalità e la coerenza nei comportamenti;
- il coinvolgimento delle associazioni di volontariato e di tutela del malato e le sinergie con gli Enti locali territoriali e con ogni altro Ente/Autorità di diretto riferimento;
- la partecipazione dei cittadini, degli utenti e degli operatori.

(Art. 3) (Principi ispiratori del modello organizzativo)

Il modello organizzativo si ispira ai seguenti principi che ne costituiscono presupposto e fondamento, in coerenza con la missione e la finalità e gli impegni assunti dalla Direzione Generale:

1. razionalizzazione dei servizi clinici per garantire la presa in carico del paziente e lo svolgimento del percorso clinico all'interno dell'ente, avendo a disposizione tutte le strutture e le competenze necessarie, favorendo una gestione integrata ospedale-territorio con particolare riguardo ai pazienti fragili;
2. forte integrazione tra ricerca, formazione e clinica, ove la ricerca è parte integrante dell'attività che tutte le strutture sono tenute a dare anche in ordine all'avanzamento delle conoscenze scientifiche;
3. massima valorizzazione dell'autonomia di governo nel rispetto degli organi istituzionali del S.S.N. ad essa preordinati e dei doveri connessi all'osservanza del principio di integrazione, condivisione e di "leale collaborazione" nei rapporti con l'Università;
4. definizione di un assetto strutturale flessibile concepito in logica di "insieme", teso alla condivisione di decisioni e strategie, articolato su quattro macro livelli e, trasversalmente, sui *Disease Management Teams (DMT)*:
 - quello degli Organi istituzionali e della Direzione Generale per l'esercizio della funzione di "governo";
 - quello dello "staff", per il supporto alla Direzione nella funzione di governo;
 - quello del "top management" costituito dai direttori dei dipartimenti, di collegamento fra Direzione Generale e le singole strutture che li compongono;
 - quello del "middle management", rappresentato dalle Unità operative che esercitano attività cliniche assistenziali, attività di ricerca e attività di gestione tecnico professionale ed amministrativa;
 - quello dei DMT, strutture trasversali funzionalmente sovraordinate alla organizzazione verticale divisionale, meglio definiti nella seconda parte del presente Regolamento;
5. razionalizzazione e specializzazione delle attività, favorendo alti volumi per il miglioramento

- della performance del Policlinico;
6. distinzione delle competenze e delle responsabilità fra area di governo e area di gestione:
 - la prima è propria della Direzione strategica ed è caratterizzata dall'esercizio di funzioni di programmazione strategica, di indirizzo e di controllo;
 - la seconda è propria della dirigenza ed è caratterizzata dall'esercizio di funzioni tecnico professionali in regime di autonomia, nel rispetto delle prerogative della Direzione Generale;
 7. valorizzazione delle risorse umane, identificate come fattore determinante del buon funzionamento e della immagine del Policlinico, mediante strategie di "investimento" che rafforzino il senso di appartenenza, diano sviluppo all'accreditamento professionale e siano di supporto all'accreditamento di eccellenza;
 8. scelta della massima trasparenza nell'esercizio delle attività di governo e di gestione.

(Art. 4) (Strumenti)

Per il raggiungimento delle sue finalità istituzionali, mirando all'equilibrio di bilancio e compatibilmente con le disposizioni legislative in materia, il Policlinico può:

- a) stipulare atti e contratti, ivi compresi l'assunzione di finanziamenti e mutui a breve o a lungo termine, la locazione, l'assunzione in concessione o comodato o l'acquisto della proprietà o di altri diritti reali su immobili, la stipula di convenzioni di qualsiasi genere con enti pubblici o privati;
- b) amministrare, gestire e valorizzare i beni di cui abbia la disponibilità a qualunque titolo (a titolo esemplificativo e non esaustivo, sia proprietaria, locataria, comodataria o comunque di cui abbia il possesso e la legittima detenzione);
- c) acquisire da parte dello Stato, della Regione e di altri soggetti pubblici e privati risorse finanziarie e beni da destinare allo svolgimento delle attività istituzionali;
- d) stipulare accordi, convenzioni e contratti con enti pubblici e soggetti privati, partecipare ad associazioni, consorzi, società, enti ed istituzioni, pubbliche e private, la cui attività sia rivolta al perseguimento di scopi comunque connessi e/o compatibili con quelli propri;
- e) svolgere ogni attività idonea ovvero di supporto al perseguimento delle finalità istituzionali.

(Art. 5) (Attività)

Il Policlinico svolge la propria attività sulla base di programmi annuali e pluriennali che pianificano l'attività di ricerca e di assistenza secondo un principio di collegamento connesso con la formazione. Costituisce Polo di riferimento regionale e di attrazione extra regionale, nonché sede d'elezione per le attività volte al contenimento delle fughe sanitarie in tutte le discipline presenti, con particolare riferimento a quella oncologica, secondo l'organizzazione "Hub & Spokes" del Sistema Sanitario Regionale ligure e con riferimento a quanto definito in sede di programmazione regionale.

In particolare programma l'attività di ricerca coerentemente con il programma di ricerca sanitaria di cui all'articolo 12-bis del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. e all'art. 8 del D.Lgs. n. 288/2003 e s.m.i. e

con gli atti di programmazione regionale in materia, privilegiando i progetti eseguibili in rete e quelli sui quali possono aggregarsi più enti, anche al fine di evitare duplicazioni di attività e dispersione dei finanziamenti.

Costituisce struttura di riferimento della funzione ospedaliera regionale per le attività di maggiore complessità e di alta specialità prestazionale e tecnologica e si caratterizza come Polo di riferimento regionale e di attrazione extra regionale ad alto livello di prestazioni di elevata complessità.

Ai sensi della D.Lgs. n. 517/99 e della L.R. n. 1/05 e s.m.i., contribuisce alla realizzazione della correlazione fra l'attività assistenziale necessaria per lo svolgimento dei compiti istituzionali dell'Università e la programmazione sanitaria nazionale e regionale.

In attuazione dell'art. 6, comma 1, del D.P.R. n. 213/2001, entro il 31 gennaio di ogni anno presenta al Ministero della Salute una relazione scientifica sull'attività di ricerca svolta nel precedente anno, insieme ad un dettagliato rendiconto contabile della propria gestione finanziaria. Svolge le attività strumentali di cui all'articolo 9 del D.Lgs. n. 288/03 e s.m.i. e, sulla base di programmi annuali e pluriennali predisposti dal Direttore Generale previo parere preventivo obbligatorio del Consiglio di indirizzo e verifica, ne destina i relativi proventi in via prioritaria al finanziamento delle attività di ricerca ed alla qualificazione del personale. In nessun caso eventuali perdite derivanti da attività strumentali possono essere in carico al Policlinico.

(Art. 6) (Organizzazione e Personale)

Il Policlinico articola la propria organizzazione interna nel rispetto di quanto previsto dalle LL.RR. n. 1/05, n. 7/06, n. 41/06, n. 12/09, n. 2/11 e loro rispettive successive integrazioni e modificazioni, ferme restando le disposizioni di legge nazionali vigenti, in quanto compatibili.

Il numero e la tipologia dei dipartimenti e delle strutture complesse e semplici e la dotazione organica complessiva e specifica costituiscono atto organizzativo del Direttore Generale, adottato con le modalità previste dalla vigente normativa.

La ricognizione dei dipartimenti e delle strutture complesse e semplici viene effettuata ogni tre anni dal Direttore Generale con apposito atto che andrà ad aggiornare il presente Regolamento.

Nella definizione dell'assetto organizzativo del Policlinico, il Direttore Generale valuta espressamente le esigenze connesse alle attività di assistenza, didattica professionalizzante e ricerca, e per quanto attiene alla ricerca valuta le esigenze connesse alle collaborazioni in atto anche tra personale afferente a diverse strutture complesse e semplici. In considerazione di tali esigenze favorisce, su richiesta degli interessati, la mobilità interna dei ricercatori dipendenti.

In materia di ricerca il Direttore Generale acquisisce il parere obbligatorio del Direttore scientifico.

Il rapporto di lavoro del personale è disciplinato dalle disposizioni di cui al D.Lgs. n. 165/01 e s.m.i., al D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., al D.Lgs. n. 288/03 e s.m.i. nonché dai CC.CC.NN.LL. di settore vigenti.

Il rapporto di lavoro del personale universitario è disciplinato dalle norme dell'ordinamento universitario e dal CCNL di settore e, per quanto attiene l'attività assistenziale, dal D.Lgs. n. 517/99, dalle norme in esso richiamate e dal Protocollo Generale d'Intesa Regione/Università.

Il Personale in servizio presso il Policlinico è tenuto ad aderire ad un codice di condotta che disciplina prescrizioni comportamentali volte al corretto utilizzo delle risorse e al rispetto di regole di fair

competition. Il personale del Policlinico e il personale in convenzione è tenuto a rispettare la disciplina delle incompatibilità tra lo svolgimento delle attività legate al rapporto di lavoro con l'IRCCS e lo svolgimento dell'attività a favore di spin-off e start up, secondo quanto previsto dalla normativa vigente e dai regolamenti rispettivamente adottati da ciascun IRCCS in materia di incompatibilità, cumulo di impieghi e disciplina degli incarichi extra-istituzionali a titolo oneroso o gratuito anche con riguardo alla fase del trasferimento tecnologico dei risultati della ricerca, secondo quanto previsto dalla normativa vigente e dai regolamenti adottati dall'IRCCS in materia (art. 4, comma 1, lett. b) D.Lgs. n. 200/2022).

(Art. 7) (Il Finanziamento)

Come previsto dall'art. 7 del D.Lgs. n. 517/99, dall'art. 28 *quater*, comma 2, della L.R. n. 41/06 e s.m.i. e come ribadito dal Protocollo Generale d'Intesa Regione Università, al sostegno economico finanziario delle attività svolte dal Policlinico concorrono risorse messe a disposizione dai competenti Ministeri, dall'Università e dal Fondo Sanitario Regionale.

L'Università concorre con l'apporto del personale docente e non docente e tecnico-amministrativo e di beni immobili e mobili secondo le modalità specificate nel Protocollo Generale d'Intesa Regione/Università. Regione e Università, inoltre, concorrono con propri finanziamenti all'attuazione di programmi di rilevante interesse per la Regione e per l'Università, definiti d'intesa. Il Fondo Sanitario Regionale mette a disposizione risorse che comprendono il corrispettivo delle prestazioni prodotte secondo i criteri di finanziamento dell'assistenza ospedaliera stabiliti dalla Regione nell'ammontare globale preventivamente definito in base all'art. 8 *sexies* del D.Lgs. 502/92 e s.m.i. Resta ferma la possibilità che la Regione e l'Università, previe dirette intese, possano ulteriormente concorrere con propri finanziamenti alla attuazione di programmi di rispettivo e rilevante interesse.

In particolare il Policlinico prende atto che:

- Ai fini della determinazione della quota di finanziamento, la Regione si impegna a tenere conto dei maggiori costi indotti sulle attività assistenziali connesse all'impegno e alla specificità delle finalità istituzionali per l'attività di formazione e di ricerca dell'Azienda di riferimento e degli altri Enti sanitari convenzionati del SSR riconoscendo un incremento del corrispettivo per le prestazioni di ricovero ordinario, day hospital e a eventuali trasferimenti regionali connessi a specifiche funzioni assistenziali non oggetto di remunerazione tariffaria, ai sensi del DPCM 24.5.2001, art. 1, comma 7, detratta la quota correlata ai minori costi derivanti dall'apporto di personale universitario, che deve essere valutata in sede di determinazione del prodotto globale del Policlinico, fatta salva per la Regione la possibilità di riconoscere maggiori costi previa specifica valutazione;
- la parte degli oneri sostenuti dall'Università per la retribuzione del personale universitario convenzionato e per le immobilizzazioni e le attrezzature di proprietà dell'Università utilizzate anche per l'assistenza deve essere rilevata nell'analisi economica e finanziaria ed evidenziata negli atti di bilancio; in tali atti devono essere evidenziate le quote dei contributi regionali percepite per i corsi di studio delle professioni sanitarie, per la ricerca biomedica e

assistenziale finalizzata ed ogni altro contributo aggiuntivo che sia in rapporto con la presenza della Scuola di Scienze Mediche e Farmaceutiche.

Il Policlinico, ai sensi dell'art. 10 del D.Lgs. n. 288/03 e s.m.i., ha accesso altresì a tutte le forme di finanziamento previste dalla normativa statale e regionale in materia e a sostegno di attività di ricerca e assistenza, nonché alle quote annualmente riservate dal Ministero della Salute per il finanziamento di progetti gestiti nei modi previsti dall'ente erogatore.

Può usufruire di erogazioni generiche o specifiche da parte di privati, ivi comprendendo enti e società, oltre a lasciti testamentari e non, purché non in contrasto con le proprie finalità istituzionali e con la vigente normativa.

I finanziamenti destinati all'attività di ricerca non possono essere utilizzati per fini diversi da quelli della specifica attività di ricerca scientifica del Policlinico o del supporto alla stessa.

(Art. 8) (Il Patrimonio)

Il patrimonio del Policlinico è costituito dai beni mobili ed immobili ad esso appartenenti, ivi compresi quelli da trasferire o trasferiti dallo Stato o da altri Enti pubblici, nonché dai rapporti giuridici attivi e passivi aventi contenuto economico. I suddetti beni sono inventariati in patrimonio disponibile e indisponibile. I beni immobili facenti parte del patrimonio disponibile sono gestiti secondo gli indirizzi dettati dalla Regione in materia e nell'ottica della salvaguardia della valorizzazione e migliore redditività dei medesimi e possono essere oggetto di alienazione a titolo oneroso nel rispetto della normativa vigente.

I beni immobili riconducibili alla titolarità o nella disponibilità dell'Università, nonché i suoi beni mobili, già destinati in modo prevalente alle attività assistenziali, vengono concessi in uso a titolo gratuito e consegnati con apposito verbale, redatto sulla base dell'atto ricognitivo, da formalizzarsi entro 120 giorni dalla stipula del Protocollo Generale di Intesa, al Policlinico San Martino per l'attività corrente, fermi restando i relativi titoli di proprietà e diritti reali, ove e fino a quando essi vengano adibiti a tale attività. Alla cessazione della destinazione ad attività assistenziali, essi rientrano nella piena disponibilità dell'Università.

I beni sono valutati come apporto patrimoniale ai sensi dell'art. 7, comma 1, del D. Lgs. n. 517/1999 e sono opportunamente evidenziati nel registro inventario dei beni sia del Policlinico San Martino che dell'Università.

Entro 120 giorni dalla stipula del Protocollo Generale di Intesa, il Rettore e il Direttore Generale individuano i beni mobili e immobili in apposito atto ricognitivo. Il Policlinico San Martino e l'Università in concomitanza di variazioni volumetriche o superficiali si impegnano a darne comunicazione alla Regione, mentre in altri atti formali verranno elencati i beni riconsegnati all'Università.

Il Policlinico San Martino individua nel proprio bilancio i finanziamenti necessari per la conduzione e la manutenzione, così come per la sostituzione di attrezzature e l'adeguamento degli immobili qualora destinati a finalità assistenziali. Tali finanziamenti dovranno essere compatibili con le risorse assegnate al Policlinico San Martino.

Gli oneri di conduzione e di manutenzione, (così come definiti dall'art. 3 del D.P.R. 6 /2001, n. 380 e ss.mm.ii - Testo unico dell'edilizia) ovvero tutti gli oneri di cui alla normativa UNI 11063: 2017 dei beni concessi in uso gratuito ivi espressamente ricompresi gli oneri relativi agli interventi urgenti e

indifferibili di cui infra, sono carico del Policlinico per la quota parte riferibile alla porzione immobiliare destinata a uso assistenziale e secondo quanto previsto dal documento di programmazione degli interventi di seguito indicato vi provvede con proprie risorse. Gli interventi di manutenzione straordinaria sugli immobili concessi in uso gratuito o comunque riconducibili all'Ateneo potranno essere eseguiti solo previa autorizzazione del Consiglio di Amministrazione dell'Università.

Restano escluse dalla preventiva autorizzazione del Consiglio di Amministrazione dell'Università, ma fatta salva successiva necessaria ratifica, tutte le opere o gli interventi indifferibili e improrogabili nonché tutte le opere urgenti.

La manutenzione straordinaria dei beni nella disponibilità dell'Università può essere effettuata compatibilmente con un piano di ammortamento coerente con l'effettiva destinazione del bene alle attività assistenziali.

Il Policlinico al termine dell'uso non potrà pretendere rimborso alcuno e le valorizzazioni o manutenzioni effettuate verranno incamerate al patrimonio dell'Università a titolo gratuito fatto salvo quanto previsto dal documento di programmazione degli interventi di seguito indicato e/o da successivi eventuali accordi integrativi. Per i beni mobili che l'Università intenda acquisire da adibire ad attività assistenziale è necessario il preventivo parere del Policlinico San Martino.

Le parti s'impegnano a definire con separato documento la programmazione degli interventi di manutenzione dei beni immobili e la ripartizione dei relativi oneri nel rispetto dei seguenti criteri:

- a) effettiva destinazione dell'immobile e/o sue porzioni all'attività assistenziale (costi ripartiti in base alla quota di superficie utilizzata per i rispettivi fini istituzionali);
- b) stato di vetustà dell'immobile/impatto degli interventi manutentivi su mantenimento/aumento valore immobile nel tempo;
- c) ciclo di vita dell'immobile, funzionalità, compatibilità normativa e architettonica degli edifici.

Gli oneri inerenti ai Tributi di natura immobiliare, nessuno escluso, se dovuti, ricadono in capo al concessionario per la quota parte riferibile alla porzione immobiliare destinata a uso assistenziale e secondo quanto previsto dal documento di programmazione degli interventi sopra menzionato.

La eventuale futura destinazione di beni immobili di proprietà del Policlinico in comodato d'uso all'Università per l'espletamento di attività didattiche e di ricerca scientifica rientranti nell'ambito delle finalità istituzionali del S.S.N., potrà essere attivata e modificata previa specifica intesa fra le parti, che dovrà disciplinare le modalità di attuazione anche con riferimento agli aspetti economico finanziari e di gestione.

(Art. 9) (La Contabilità, l'Esercizio finanziario)

L'esercizio finanziario ha inizio il 1° gennaio e termina il 31 dicembre di ciascun anno.

Nel rispetto della specifica normativa nazionale e regionale, il Policlinico ha assunto a regime il sistema della gestione economico finanziaria e patrimoniale secondo i principi di cui al Codice Civile. Approva il bilancio economico di previsione dell'anno successivo, redatto in base ai programmi e progetti, entro il 30 novembre di ogni anno.

Il bilancio d'esercizio rappresenta la situazione economico patrimoniale e finanziaria del Policlinico ed è approvato entro il 30 aprile dell'esercizio successivo a quello di riferimento. Organizza la propria struttura mediante centri di costo e di responsabilità in grado di programmare e rendicontare la gestione economica, amministrativa e delle risorse umane e strumentali. Le disposizioni specifiche sull'attività contabile e finanziaria sono definite nelle deliberazioni e nelle direttive regionali.

Apposito regolamento allegato sub lettera "A" disciplina le modalità di gestione amministrativa e contabile autonoma della ricerca.

Lo stato patrimoniale e lo stato di funzionamento vengono allegati al presente Regolamento rispettivamente sub lettere "B" ed "C".

(Art. 10) (I processi di pianificazione ed il sistema di programmazione e controllo)

Le attività sono indirizzate, attuate e controllate attraverso un processo di pianificazione e verifica che definisce gli obiettivi e ne consente il monitoraggio.

Il processo è così articolato:

La pianificazione individua gli obiettivi strategici mediante quattro fasi complementari:

- recepimento PSN e PSR
- analisi del fabbisogno (caratteristiche della popolazione, domanda espressa)
- analisi delle necessità di sviluppo del Policlinico
- analisi delle modalità di integrazione tra assistenza, didattica e ricerca

La programmazione individua le modalità tecniche ed organizzative necessarie al raggiungimento degli obiettivi strategici attraverso i seguenti passaggi:

- analisi delle priorità (costo/beneficio, costo/opportunità)
- analisi e programmazione delle attività di ricerca
- analisi degli assetti organizzativi
- analisi delle risorse

Il percorso di "budgeting" suddivide e integra gli obiettivi strategici ed assegna le risorse ai singoli centri di responsabilità:

- suddivisione degli obiettivi per linea di produzione e struttura
- assegnazione delle risorse
- individuazione degli indicatori per il monitoraggio e dei relativi valori attesi.

Il "reporting" effettua il monitoraggio dell'attuazione delle attività in relazione agli obiettivi, ai diversi livelli gestionali, valutandone gli scostamenti osservati dall'atteso in via previsionale, in fase intermedia e a consuntivo:

- produzione dei *report*
- analisi degli scostamenti
- azioni di *feed-back* in corso di attività
- valutazione della performance organizzativa

La **valutazione degli esiti**, complementare al PNE di AgeNAS, ha lo scopo di consentire il monitoraggio in tempo reale, analogamente agli altri indicatori, degli esiti delle attività tenendo conto dei fattori di confondimento propri della casistica del Policlinico:

- individuazione degli indicatori
- individuazione dei fattori di confondimento
- monitoraggio e *benchmarking* interno ed esterno

Il **processo di “outsourcing”**, con il quale il Policlinico rinuncia in tutto o in parte alla produzione ed alla gestione organizzativa diretta di attività sue proprie non afferenti direttamente alla missione istituzionale e le acquisisce all'esterno da altre strutture pubbliche o private, processo comunque subordinato ad un'istruttoria per la sua legittimazione tecnico/economica in ogni singola situazione.

Documenti illustrativi

Piano strategico triennale: contiene le linee strategiche per il governo del Policlinico e ne articola gli obiettivi e gli indirizzi di gestione in programmi e progetti coerenti con il presente Regolamento.

Bilancio pluriennale di previsione: aggiornato annualmente, costituisce l'espressione in termini economico finanziari e patrimoniali delle scelte operate con il Piano strategico triennale.

Bilancio economico di previsione: espone analiticamente per l'anno solare successivo la previsione dei costi e dei ricavi di competenza economica e quindi del risultato economico ed è strettamente collegato al *budget* generale.

Relazione del Direttore Generale: illustra la situazione e l'andamento della gestione nel suo complesso e nelle diverse articolazioni organizzative in cui si suddivide, con particolare riguardo ai costi, ai ricavi ed agli investimenti.

Modalità attuative

La Direzione generale ritiene necessario procedere ad una piena integrazione del proprio sistema di controllo di gestione, valutazione del personale e controllo strategico, così come risultanti dal combinato disposto del D.Lgs. 30.7.1999 n. 286 e del D.Lgs. 27.10.2009 n. 150, unitamente a quanto previsto dai CC.CC.NN.LL. di Comparto, in quanto applicabili.

Il controllo di gestione

È strutturato in tre aree di gestione e controllo integrate nei processi di contabilità analitica.

- **Area assistenza:** nell'ambito della quale viene gestito l'intero processo di *budget* che inizia con la fase di programmazione-pianificazione-distribuzione risorse e quindi con l'assegnazione alle strutture (centri di responsabilità), articolazioni dei dipartimenti ad attività integrata (DAI), degli obiettivi annuali stabiliti e condivisi con la Direzione sulla base di quanto previsto dalle indicazioni regionali; prosegue con il loro monitoraggio mensile tramite lo strumento del reporting direzionale e gli audit periodici con i direttori di struttura; si conclude con la valutazione della performance organizzativa tramite lo strumento della *Balanced Scorecard* (BSC) validato e certificato dall'OIV (Organismo Indipendente di Valutazione) che costituisce insieme alla performance individuale il risultato finale del Ciclo della Performance.
- **Area ricerca:** in tale area viene monitorata l'attività di ricerca del Policlinico nell'ambito delle specialità dell'IRCCS (area oncologica e area delle neuroscienze) oltre che in altre aree di rilevante interesse (area cardiovascolare, etc.) per una visione integrata dell'assistenza e della

ricerca traslazionale. Ciò viene perseguito con lo sviluppo continuo del datawarehouse (DWH) dedicato che presenta reportistica su progetti di ricerca, pubblicazioni scientifiche, sperimentazioni cliniche e altri dati rilevanti, al fine di strutturare informazioni a disposizione della Direzione Scientifica per le valutazioni di competenza su attività, finanziamenti e costi della ricerca. Il DWH viene inoltre utilizzato per la costruzione di indicatori specifici della BSC mirati alla valutazione delle strutture di ricerca.

- **Area libera professione:** tale area raccoglie ed organizza in basi dati strutturate le informazioni relative all'attività libero professionale intramoenia producendone la reportistica relativa al fine di supportare gli uffici aziendali preposti a tale attività nelle loro funzioni di controllo del fatturato e dei costi di gestione.

Si avvale di quattro strumenti operativi per le funzioni sopra descritte:

- I. **gestione *database* e flussi informativi** che costituisce, aggiorna ed alimenta il database di tutti i fattori produttivi e le attività e lo rende disponibile ai diversi livelli gestionali tramite lo sviluppo in proprio delle procedure informatiche necessarie
- II. **analisi dei costi** che produce e mantiene aggiornati i costi standard della produzione e la contabilità analitica mediante i diversi strumenti a disposizione (*microcosting*, *activity based costing*); tale strumento consente inoltre la produzione delle matrici regionali Kaplan-West per disciplina e fattore produttivo
- III. **reporting direzionale** alimentato dai vari flussi informativi e basi dati del Policlinico e reso disponibile ai diversi livelli gestionali per una visione complessiva aziendale, tramite lo sviluppo in proprio delle procedure informatiche necessarie e rappresentato con tecnologia business intelligence; in esso è ricompresa la *Balanced scorecard* (BSC) per la valutazione delle *performance* organizzativa
- IV. **ufficio analisi statistiche** che effettua le valutazioni di efficienza allocativa delle risorse, analizza i carichi di lavoro e quindi la produttività del personale, supporta l'analisi del fabbisogno e l'analisi delle priorità, sviluppa il processo di *budgeting*, fornisce gli strumenti per la valutazione degli esiti, supporta le istruttorie del processo di *outsourcing*, elabora modelli statistici e simulazioni per la costruzione di tariffe e *analisi di attività* e di modelli gestionali ad hoc, anche a supporto di valutazioni di economicità della gestione aziendale.

La valutazione del personale

La valutazione del personale è un procedimento complesso che viene effettuato nei confronti di tutto il personale, secondo quanto disposto dai successivi (Art. 30) e (Art. 31) del presente Regolamento. Il Policlinico utilizza lo strumento delle schede individuali, omogenee per le quattro aree: dirigenza sanitaria, professioni sanitarie, dirigenza tecnica e amministrativa, comparto area tecnica e amministrativa; le schede si integrano con la *balanced scorecard* (BSC), che costituisce inoltre parte essenziale per la valutazione dei direttori di struttura complessa. La BSC deve essere modulata/modificata ogni anno sulla base degli obiettivi affidati alle UOC.

Il controllo strategico

Tale attività, svolta dalla Direzione Generale con l'apporto dell'U.O. Controllo di Gestione e dell'Organismo Indipendente di Valutazione, mira a verificare l'effettiva attuazione delle scelte

contenute nelle direttive ed altri atti di indirizzo politico, e si sostanzia nell'analisi, preventiva e successiva, della congruenza e/o degli eventuali scostamenti tra le missioni affidate dalle norme, gli obiettivi operativi prescelti, le scelte operative effettuate e le risorse umane, finanziarie e materiali assegnate, nonché nella identificazione degli eventuali fattori ostativi, delle eventuali responsabilità per la mancata o parziale attuazione e delle eventuali azioni correttive.

(Art. 11) (Piano strategico triennale)

Il Piano strategico costituisce l'atto di programmazione triennale mediante il quale il Policlinico definisce, nei limiti delle risorse disponibili, gli obiettivi strategici aziendali, a valenza annuale e pluriennale, e le attività e le azioni da svolgere al fine del raggiungimento degli stessi, nel rispetto della programmazione nazionale e regionale sia per l'attività di assistenza che per l'attività di ricerca.

Si realizza attraverso piani attuativi annuali mediante i quali viene verificato il livello di attuazione programmando l'attività annuale necessaria per il raggiungimento degli obiettivi del Piano medesimo.

Al fine di favorire il coordinamento delle azioni nel tempo e la coesione del *management* per il raggiungimento degli obiettivi, la Direzione generale adotta un percorso di condivisione dei contenuti del Piano, attraverso il diretto coinvolgimento e la partecipazione del Collegio di Direzione, del Consiglio di Indirizzo e Verifica e delle strutture di staff della direzione strategica, ed attraverso l'informazione ed il coinvolgimento di tutto il "*middle management*" del Policlinico.

Il documento viene sottoposto al preventivo parere dell'Università ai sensi del vigente Protocollo Generale d'Intesa Regione/Università e viene successivamente trasmesso all'Organo regionale per l'approvazione.

II. Assetto Istituzionale

(Art. 12) (Gli Organi istituzionali)

Sono Organi istituzionali del Policlinico:

- a) il Consiglio di Indirizzo e Verifica;
- b) il Direttore Generale;
- c) il Direttore Scientifico;
- d) il Collegio Sindacale;
- e) il Collegio di Direzione.

Ferma restando l'autonomia dei ruoli, delle competenze e delle responsabilità rispettivamente attribuiti agli organi istituzionali del Policlinico, la Direzione generale si impegna ad assumere iniziative per favorire e consolidare nei rapporti fra gli stessi la più leale e sistematica collaborazione operativa, nella convinzione che la convergenza, la sinergia e l'integrazione dei singoli apporti rappresentino il valore aggiunto di uno stile di direzione partecipativo e coinvolgente, indispensabile per il conseguimento degli obiettivi istituzionali.

(Art. 13) (Consiglio di Indirizzo e Verifica)

Il Consiglio di indirizzo e verifica, denominato di seguito CIV, è nominato dalla Regione, resta in carica cinque anni ed è composto da cinque membri, scelti tra soggetti di comprovata competenza e professionalità. I componenti sono designati: uno dalla Regione, uno dall'Università degli Studi di Genova, uno dal Ministero della Salute, uno dalla Conferenza dei Sindaci di cui all'articolo 15 della L.R. n. 41/06. Il quinto membro, con funzioni di Presidente, è nominato dalla Giunta regionale sentito il Ministero della Salute. In caso di assenza o impedimento temporaneo, il Presidente è sostituito da un componente del CIV da lui espressamente delegato o, in assenza, di delega, da quello più anziano. I componenti del CIV, in conformità a quanto disposto dal D.Lgs. n. 200/2022, devono essere in possesso del diploma di laurea e di comprovata esperienza e competenza in campo amministrativo, economico, finanziario, medico o biomedico.

Non possono farne parte i dipendenti del Policlinico o della Scuola di Scienze Mediche e Farmaceutiche dell'Università degli Studi di Genova, nonché coloro che hanno rapporti di collaborazione con tali soggetti.

Il CIV concorre, al di fuori della gestione diretta, a determinare nell'ambito delle risorse assegnate dallo Stato e dalla Regione, le linee strategiche e di indirizzo dell'attività su base annuale e pluriennale, assicurando la coerenza della programmazione generale dell'attività assistenziale del Policlinico con la programmazione didattica e scientifica dell'Università e verificandone la corretta attuazione. Verifica il raggiungimento degli obiettivi di ricerca garantendo, in particolare, il perseguimento coerente e integrato delle finalità assistenziali e di cura, di didattica e di ricerca. Verifica inoltre la corrispondenza delle attività svolte e dei risultati raggiunti rispetto agli indirizzi e agli obiettivi predeterminati. In caso di risultato negativo, il CIV riferisce al Presidente della Regione e al Ministro della Salute.

Il CIV esprime parere preventivo obbligatorio in merito agli atti del Direttore Generale aventi ad oggetto:

- a. le determinazioni di alienazione del patrimonio,
- b. l'adozione e le modifiche del Regolamento di organizzazione e funzionamento,
- c. l'adozione del bilancio preventivo e del bilancio di esercizio,
- d. i provvedimenti in materia di costituzione o partecipazione a società, consorzi, altri enti e associazioni.

Il CIV esprime il proprio parere entro quarantacinque giorni dalla richiesta; in caso di silenzio, il parere s'intende positivo.

Individua i componenti del Comitato Tecnico Scientifico, su proposta del Direttore Scientifico.

Il Presidente del CIV cura, per quanto di competenza, le relazioni con Enti, Istituzioni, Imprese pubbliche e private ed altri organismi, anche al fine di instaurare rapporti di collaborazione e sostegno delle iniziative del Policlinico.

Qualora nel corso del mandato venga a cessare per qualsiasi motivo un componente, il soggetto che lo aveva nominato deve provvedere senza indugio alla sua sostituzione con altro soggetto per il residuo periodo del mandato degli altri consiglieri in carica.

Il CIV si riunisce, di norma presso la sede del Policlinico, periodicamente e in modo sistematico, almeno una volta al mese.

Il CIV si riunisce obbligatoriamente per i seguenti adempimenti:

- 1) in occasione dell'approvazione del bilancio preventivo;
- 2) in occasione dell'approvazione del bilancio di esercizio;
- 3) ad inizio anno per concorrere alla definizione degli indirizzi strategici e dei programmi annuali e pluriennali;
- 4) a fine anno per la verifica dei risultati raggiunti rispetto agli indirizzi e ai programmi predeterminati.

Il CIV si riunisce ogniqualevolta se ne ravvisi la necessità o ad istanza di almeno uno dei suoi componenti, inoltre, su richiesta del Direttore Generale, per l'espressione del parere preventivo obbligatorio sull'adozione del regolamento di organizzazione e funzionamento e sulle modifiche dello stesso e sugli atti di alienazione del patrimonio.

Il CIV stabilisce le modalità del proprio funzionamento con apposito regolamento.

(Art. 14) (Direttore Generale)

Il Direttore Generale è nominato dalla Giunta Regionale, d'intesa con il Rettore dell'Università e sentito il Ministro della Salute, tra i soggetti iscritti nell'elenco nazionale di cui all'articolo 1 dello stesso D.Lgs. n. 171/2016 in possesso dei requisiti ivi stabiliti; ad esso si applicano gli artt. 3 e 3 bis del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i. e l'art. 19 della citata L.R. n. 41/06 e s.m.i..

La durata dell'incarico di direttore generale non può essere inferiore a tre anni e superiore a cinque anni. Il rapporto di lavoro è esclusivo, regolato da un contratto di diritto privato.

Non possono essere nominati coloro che si trovano nelle condizioni di incompatibilità o inconferibilità previste:

- a) dall'articolo 3, comma 11, del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i.;
- b) dal D.Lgs. n. 39/2013;
- c) dall'articolo 5, comma 9, del D.Lgs. n. 95/2012, convertito, con modificazioni, dalla L. n. 135/2012. Al Direttore Generale sono riservati i poteri di gestione e la rappresentanza legale del Policlinico. Esercita tutti i poteri di gestione coadiuvato dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo, rapportandosi con il Direttore Scientifico per quanto riguarda la ricerca e gli atti programmatici e gestionali ad essa collegati.

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 ed approvati dalla Regione. È altresì responsabile della gestione del *budget* complessivo del Policlinico, nel rispetto del vincolo delle risorse assegnate dalla Regione e dallo Stato, della corretta ed economica gestione del Policlinico nonché del raggiungimento degli obiettivi assegnati dalla Regione. La Regione attribuisce al Direttore Generale, all'atto della nomina, ulteriori specifici obiettivi funzionali al raccordo tra attività di assistenza e quella di ricerca, nonché alla realizzazione del piano triennale delle linee di ricerca definito per l'Istituto e approvato dal Ministero della Salute.

Il Direttore Generale nomina:

- a) i membri del Collegio sindacale, su designazione delle amministrazioni competenti, effettuando la prima convocazione del Collegio;
- b) il Direttore Amministrativo ed il Direttore Sanitario nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 3 bis, comma 8 del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i. nonché dal D.Lgs. n. 39/2013 e dall'articolo 5, comma 9, del D.L. n. 95/2012 convertito dalla L. 135/2012, e adotta gli eventuali provvedimenti di revoca;
- c) i direttori di Dipartimento ed i responsabili delle strutture complesse e conferisce e revoca gli incarichi di responsabilità aziendali.

Il Direttore Generale adotta, previo parere obbligatorio del Consiglio di Indirizzo e Verifica (CIV):

- a) il Regolamento e sue modifiche e integrazioni, da assumersi d'intesa con il Rettore per quanto attiene alla costituzione, l'organizzazione ed il funzionamento dei dipartimenti integrati e delle strutture che ne rappresentano l'articolazione interna;
- b) il piano strategico triennale;
- c) gli atti del bilancio;
- d) i piani attuativi;
- e) gli atti di amministrazione straordinaria o che, comunque, comportino variazioni nella consistenza patrimoniale del Policlinico.

Il Direttore Generale inoltre:

- a) approva i provvedimenti relativi alle nomine, al conferimento ed alla revoca degli incarichi ai dirigenti ed al personale universitario equiparato, di cui al successivo (Art. 29) ;
- b) approva il provvedimento di nomina, d'intesa con il Rettore, del Comitato dei Garanti di cui all'art. 5, c.14, del D.Lgs. n. 517/99 per l'espressione del parere in merito alla sospensione ed all'allontanamento dal Policlinico dei professori e ricercatori universitari nei casi di gravissime mancanze ai doveri d'ufficio;
- c) approva la nomina dei Collegi Tecnici per la valutazione di Dirigenti nonché ogni altro organismo del Policlinico e adotta i provvedimenti conseguenti agli esiti della valutazione stessa;

- d) approva l'adozione dei regolamenti interni di portata generale;
- e) decide di stare in giudizio ed adotta ogni altro atto ad elevato contenuto discrezionale, non di natura tecnico-professionale, la cui materia non sia stata preventivamente regolamentata o riservata espressamente ad altri soggetti istituzionali.

Il Direttore Generale trasmette alla Regione gli atti di cui al comma 8 e assolve ad ogni altro obbligo informativo definito dalle direttive di cui all'articolo 8 della L.R. n. 41/06 e s.m.i..

Si avvale del Collegio di direzione ai fini dell'integrazione tra le funzioni assistenziali, didattiche e di ricerca, nonché per il governo delle attività cliniche, la pianificazione delle attività, incluse la ricerca, la didattica di competenza del Policlinico, i programmi di formazione e le soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero professionale intramuraria, la programmazione e valutazione delle attività tecnico-sanitarie nonché per l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi.

Può delegare, in caso di assenza o impedimento, il Direttore Sanitario o il Direttore Amministrativo. In caso di vacanza dell'ufficio del Direttore Generale tali funzioni sono svolte dal Direttore Sanitario o dal Direttore Amministrativo più anziano di età ex art. 3, comma 6, del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i..

Le competenze attribuite al Direttore Generale sono esercitate dallo stesso ai sensi di legge, fatta salva anche in questa ipotesi la facoltà di delega al Direttore Sanitario, al Direttore Amministrativo, o ad altri Dirigenti, mentre in ogni altro caso sono di norma esercitate dalla dirigenza tecnico professionale secondo il principio della competenza per materia, nel rispetto del potere di indirizzo e di controllo della Direzione generale e nella piena salvaguardia del corretto rapporto che deve sussistere fra il riconoscimento dell'autonomia della Dirigenza e la piena responsabilizzazione della stessa nel raggiungimento degli obiettivi determinati.

I Dirigenti sono pertanto personalmente e direttamente responsabili delle funzioni gestionali attribuite alla loro competenza e ne rispondono al Direttore Generale nella sua veste di titolare della funzione di governo e di responsabile della gestione complessiva, con particolare riferimento al conseguimento degli obiettivi generali e specifici ad essi assegnati quali risultanti dai contratti individuali stipulati in occasione del conferimento degli incarichi secondo le tipologie previste dalla normativa specifica contenuta nei CC.CC.NN.LL. e nel presente Regolamento.

I provvedimenti relativi all'esercizio delle competenze di governo e di gestione del Direttore Generale sono atti amministrativi che rientrano nella disciplina del diritto pubblico, assumono la forma della "deliberazione", sono sottoposti al controllo esterno a termini di legge e, allo scopo di favorire trasparenza, partecipazione e coinvolgimento, vengono adottati dal Direttore generale in seduta aperta alla quale può essere chiamata a partecipare la dirigenza direttamente interessata.

Nel rispetto di quanto previsto dal Protocollo Generale d'Intesa Regione Università, per l'adozione dei seguenti atti la Direzione generale acquisisce, tramite il Rettore, il preventivo parere dell'Università, che lo fornisce nel rispetto degli ordinamenti universitari e del ruolo della Scuola di Scienze Mediche e Farmaceutiche:

- piani attuativi del Piano Sanitario Regionale;
- piani e programmi pluriennali di investimento;
- bilancio economico preventivo e bilancio di esercizio.

Il parere si intende espresso in senso favorevole qualora non pervenga entro sessanta giorni dalla trasmissione della proposta al Rettore.

I provvedimenti di pertinenza della dirigenza per legge, per determinazione del presente Regolamento o di atti regolamentari di sua attuazione, sono atti di diritto privato in adesione a quanto previsto dalla normativa vigente; assumono la forma della “determinazione”, sono soggetti a pubblicazione e secondo procedure e modalità già approvate dalla Direzione Generale con apposito provvedimento, sono soggetti al controllo della stessa per le verifiche di rispondenza agli obiettivi di efficienza, efficacia ed economicità perseguiti dal Policlinico, nonché, se assunti per delega, per le verifiche di rispondenza ai principi ed ai criteri individuati per l’esercizio della stessa. Il Direttore Generale esercita potere sostitutivo in caso di inerzia, anche affidando l’atto ad altro dirigente, nonché di revoca degli atti qualora nel contenuto degli stessi ravvisi pregiudizio alla legalità o al buon andamento del Policlinico, ovvero la non corretta gestione delle risorse assegnate. Il Direttore Generale può, in ogni caso, disciplinare con atti regolamentari ogni altro aspetto dell’attività istituzionale, anche non compreso nel presente Regolamento.

(Art. 15) (Direttore Scientifico)

Il Direttore Scientifico, cui compete la responsabilità dell’attività di ricerca, in coerenza con i programmi nazionali e regionali in materia e nei limiti delle risorse assegnate, è nominato, ai sensi del D.P.R. n. 42/07, dal Ministro della Salute, sentito il Presidente della Regione. L’incarico di Direttore Scientifico è esclusivo. L’incarico del Direttore Scientifico comporta l’incompatibilità con qualsiasi altro rapporto di lavoro pubblico e privato, fatta salva l’attività di ricerca preclinica, clinica, traslazionale e di formazione, esercitata nell’interesse esclusivo dell’Istituto, senza ulteriore compenso.

Il Direttore Scientifico promuove e coordina l’attività di ricerca scientifica del Policlinico e gestisce, nel rispetto delle leggi e dei regolamenti vigenti in materia ed avvalendosi delle strutture organizzative del Policlinico, il relativo *budget*, concordato annualmente con il Direttore Generale in relazione alle proposte del Consiglio di indirizzo e verifica e la cui misura non può essere inferiore ai finanziamenti destinati per l’attività di ricerca.

In particolare il Direttore Scientifico provvede a:

1. promuovere e coordinare i piani di ricerca promossi dal Policlinico;
2. individuare i responsabili di ciascun programma e progetto di ricerca finanziato dal Policlinico, assegnare il relativo *budget* e verificarne l’impiego;
3. promuovere e valutare l’attività di ricerca scientifica;
4. definire le politiche della ricerca coordinandosi con le politiche di ricerca dell’Ateneo;
5. promuovere e coordinare le attività di trasferimento di 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;
6. promuovere e coordinare le attività di trasferimento tecnologico e dell’innovazione;
7. provvedere agli adempimenti previsti dal Ministero della Salute in riferimento all’attività scientifica;

8. presentare annualmente agli organi competenti una relazione generale sull'attività scientifica svolta e sui criteri di attribuzione dei finanziamenti e sull'utilizzazione dei fondi correnti per la ricerca;
9. promuovere rapporti di collaborazione, funzionali allo svolgimento della missione scientifica del Policlinico, con Università, Ministeri, Regione, Enti ed istituzioni scientifiche pubbliche e private, Agenzie internazionali, Autorità sanitarie nazionali e internazionali, Associazioni e Fondazioni;
10. partecipare alla definizione e qualificazione degli obiettivi (aziendali, di dipartimenti e di strutture) limitatamente alla ricerca;
11. concorrere alla definizione della organizzazione strutturale e funzionale avendo cura di assicurare la miglior integrazione tra attività clinico-assistenziale ed attività scientifica, in sinergia con le competenze istituzionali dei Dipartimenti ad attività integrata (DAI);
12. implementare criteri e indicatori per la valutazione dei dirigenti atti a valorizzare l'attività scientifica attraverso parametri di produttività, assicurando la valorizzazione della attività scientifica attraverso appropriati parametri di produttività;
13. 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 ed internazionale;
14. sviluppare e valorizzare, anche con il Direttore Generale, iniziative per l'acquisizione di risorse pubbliche e private da destinarsi allo sviluppo dell'attività scientifica;
15. sottoporre al Consiglio di Indirizzo e Verifica studi, analisi, ricerche, cooperazioni e progettualità di interesse per lo sviluppo scientifico del Policlinico anche integrando pianificazioni sovra aziendali;
16. richiedere contributi di ricerca da parte di terzi, siano essi enti pubblici o privati, o a titolo di donazioni o simili, compresi i finanziamenti in conto capitale;
17. proporre l'utilizzo delle somme introitate per finalità inerenti i relativi programmi di ricerca contenuti nel *budget* annuale e/o nei suoi conseguenti aggiornamenti e revisioni;
18. proporre la programmazione per l'acquisizione di personale non dipendente (borsisti, contrattisti, nonché collaborazioni o prestazioni professionali, ecc.), relativamente all'area della ricerca;
19. porre in essere atti di indirizzo per la selezione e l'impiego di personale dipendente e non, per scopi correlati all'attività scientifica ed alla realizzazione di programmi o iniziative di ricerca, divulgazione scientifica e formazione;
20. certificare ed attestare estratti e copie autentiche riferite ad atti e fatti accertati o ad atti della propria Direzione e non spettanti per legge ad altra Direzione;
21. presiedere le commissioni per il conferimento degli incarichi di struttura complessa attinenti alle discipline di riconoscimento.

Il Direttore Scientifico esprime parere obbligatorio al Direttore Generale sulle determinazioni inerenti alle attività cliniche e scientifiche dell'IRCCS, sulle assunzioni e sull'utilizzo del personale medico e sanitario non medico e comunque, per quanto di competenza, su tutte le deliberazioni adottate dal Policlinico.

Presiede 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.

Individua tra i Direttori di Struttura Complessa un sostituto per l'esercizio, in caso di sua assenza o impedimento temporaneo, delle funzioni vicarie; il Direttore Scientifico potrà inoltre attribuire ulteriori specifiche funzioni di propria competenza; della designazione è data comunicazione al Direttore Generale.

Il Direttore Scientifico può altresì individuare, di volta in volta, fra i ricercatori del Policlinico 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 od a organismi scientifici.

Il Direttore Scientifico stipula con il Direttore Generale un contratto di lavoro di diritto privato, a termine e di natura esclusiva, di durata quinquennale, secondo lo schema regionale.

Il Direttore Scientifico è supportato dalla struttura amministrativa dell'IRCCS, ai sensi dell'art.6, comma 1 bis, del D.Lgs. n. 288/2003 come modificato dal D.Lgs. n. 200/2022.

(Art. 16) (Collegio Sindacale)

Il Collegio Sindacale è l'organo che esercita la funzione di controllo sulla rispondenza delle attività di governo e di gestione ai principi di legalità e di economicità, con particolare riferimento agli aspetti economico finanziari, in attuazione delle disposizioni di cui agli artt. 4 del D.Lgs. n. 288/03 e s.m.i., 28 bis della L.R. n. 41/06 e s.m.i., art. 3, comma 13 e 3 ter del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i. e art. 4 comma 3 del D.Lgs. n. 517/99.

Il Collegio Sindacale dura in carica tre anni ed è composto da tre membri, di cui uno designato dal Presidente della Giunta regionale, uno dal Ministro dell'economia e delle finanze e uno dal Ministro della salute. I componenti del Collegio Sindacale sono scelti tra gli iscritti nel registro dei revisori contabili istituito presso il Ministero di Grazia e giustizia, ovvero tra i funzionari del Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica che abbiano esercitato per almeno tre anni le funzioni di Revisori dei conti o di componenti dei Collegi sindacali.

Il Direttore Generale con specifico provvedimento nomina il Collegio Sindacale in seguito alle designazioni pervenute e lo convoca per la prima seduta. Il Presidente del Collegio viene eletto dai sindaci all'atto della prima seduta.

Il Collegio Sindacale è convocato dal Presidente del Collegio.

Il Collegio svolge le seguenti funzioni:

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

I componenti del Collegio Sindacale possono procedere ad atti di ispezione e controllo anche individualmente.

I verbali delle sedute del Collegio, a cura del Presidente, vengono trasmessi al Direttore Generale per l'assunzione delle decisioni e delle iniziative conseguenti alle determinazioni dell'Organo, con

particolare riferimento a richieste di chiarimenti o di elementi integrativi di giudizio su provvedimenti, procedimenti, documentazione amministrativa e contabile, attività di gestione. Al Collegio Sindacale si applicano le disposizioni dell'art. 3, comma 13, del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i. per quanto attiene ai procedimenti di competenza del Direttore Generale in caso di decadenza, dimissioni o decesso di componenti del Collegio, di necessità di ricostituzione del medesimo e di indennità a favore dei suoi componenti.

(Art. 17) (Collegio di Direzione)

Il Collegio di Direzione è l'organo tecnico collegiale costituito in attuazione dell'art. 28 bis della L.R. n. 41/06 e s.m.i., dell'art. 17 del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., di cui il Direttore Generale si avvale ai fini dell'integrazione tra le funzioni assistenziali, didattiche e di ricerca, nonché per il governo delle attività cliniche, la programmazione e la valutazione delle attività tecnico sanitarie.

Il Collegio di Direzione, in particolare, concorre al governo delle attività cliniche, partecipa alla pianificazione delle attività, incluse la ricerca, la didattica, i programmi di formazione e le soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero-professionale intramuraria. Il Collegio partecipa alla pianificazione delle attività di ricerca e didattica nell'ambito di quanto definito dall'Università; concorre inoltre allo sviluppo organizzativo e gestionale, con particolare riferimento all'individuazione di indicatori di risultato clinico-assistenziale e di efficienza, nonché dei requisiti di appropriatezza e di qualità delle prestazioni. 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.

Il Collegio di direzione, ai sensi dell'art. 28 bis della L.R. n. 41/06 e del D.Lgs. n. 517/1999, è composto da:

- a) il Direttore Generale, che lo presiede e ne determina l'attività,
- b) il Direttore Scientifico,
- c) il Direttore Sanitario,
- d) il Direttore Amministrativo,
- e) i Direttori dei Dipartimenti ad attività integrata,
- f) i Direttori di Dipartimento di staff della Direzione Strategica.

Partecipa alle sedute del Collegio, senza diritto di voto, il Preside della Scuola di Scienze Mediche e Farmaceutiche.

In relazione alla rilevanza e specificità degli argomenti all'esame, possono partecipare sempre su invito del Direttore Generale e senza diritto di voto, i direttori di Area ove esistenti e altri dirigenti del Policlinico, e, se del caso, anche esperti esterni la cui presenza sia ritenuta utile per acquisire gli apporti conoscitivi e consultivi necessari od opportuni al più proficuo svolgimento delle attività del Collegio.

Ai sensi dell'art. 21 della L.R. n. 41/06, il Collegio di Direzione in particolare:

- elabora proposte e concorre con la direzione aziendale alla definizione degli atti regolamentari, dei piani attuativi e dei bilanci;
- definisce indirizzi per lo sviluppo delle metodologie di governo clinico;

- propone i programmi di formazione, di ricerca e innovazione che sono concordati anche con l'Università;
- partecipa all'individuazione delle soluzioni organizzative per l'attuazione delle attività libero professionali intramurarie;
- concorre alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici;
- supporta la direzione aziendale nell'adozione degli atti di governo;
- effettua le nomine di sua competenza dei componenti delle commissioni di concorso o di selezione del personale, ai sensi della vigente normativa in materia.

Il Direttore Generale ha l'obbligo di convocare il Collegio di Direzione non meno di quattro volte l'anno e ogni volta sia richiesto da almeno i due terzi dei componenti.

Ai componenti del Collegio di Direzione non è corrisposto alcun emolumento, compenso, indennità o rimborso spese.

(Art. 18) (Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo)

Il Direttore Generale si avvale della collaborazione di un Direttore Sanitario e di un Direttore Amministrativo, da lui scelti tra soggetti in possesso dei requisiti di cui al combinato disposto del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. e del D.Lgs. 16 ottobre 2003, n. 288 e s.m.i. che lo coadiuvano nell'esercizio delle sue funzioni e partecipano unitamente ad esso, che ne ha la responsabilità, alla direzione del Policlinico; essi assumono diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla loro competenza e concorrono con la formulazione di proposte e di pareri alla formazione delle decisioni della Direzione generale.

Il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo svolgono i compiti previsti dall'art. 22 della L.R. n. 41/06 e s.m.i. e dall'art. 5 della L.R. n. 7/06 e s.m.i., collaborando anche con l'area afferente alla Direzione scientifica; al loro incarico si applicano le condizioni previste dagli artt. 3 e 3 bis del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i. per le stesse figure delle aziende sanitarie.

Il Direttore Amministrativo, in caso di assenza o impedimento, è sostituito da un direttore di struttura complessa afferente l'area amministrativa specificatamente delegato.

Il Direttore Sanitario, in caso di assenza o impedimento, è sostituito dal dirigente medico di Direzione sanitaria specificatamente delegato.

Il più anziano di età, in caso di vacanza dell'Ufficio di Direttore Generale, ne svolge le funzioni fino alla nomina del nuovo Direttore Generale.

Il trattamento economico del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo è stabilito in analogia a quanto previsto per le corrispondenti figure delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere.

(Art. 19) (Il Comitato Tecnico Scientifico)

Il Comitato Tecnico Scientifico (CTS) è costituito ai sensi dell'art. 28 *quinquies*, comma 2, della L.R. n. 41/06 e s.m.i. ed ha funzioni consultive e di supporto tecnico-scientifico all'attività clinica e di ricerca.

Ai sensi dell'art. 6 della L.R. n. 7/06 e s.m.i. il Comitato è presieduto dal Direttore Scientifico, vi partecipa di diritto il Direttore Sanitario ed è composto da altri otto membri, nominati dal Consiglio di indirizzo e verifica così individuati:

- a) tre Direttori di Dipartimento ed un Direttore di struttura complessa dell'area della ricerca,
- b) un soggetto scelto tra il personale della dirigenza medica ospedaliera o universitaria convenzionata,
- c) un soggetto scelto tra il personale della dirigenza delle professioni sanitarie,
- d) due esperti esterni.

I componenti vengono scelti, di norma, sulla base di una terna di nominativi proposti dal Direttore Scientifico, adeguatamente motivata.

I componenti del Comitato restano in carica per una durata non superiore a quella del Direttore Scientifico. Qualora nel corso del mandato venga a cessare per qualsiasi motivo un componente del CTS, questo sarà sostituito da altro soggetto per il residuo periodo del mandato dei componenti in carica.

Alle sedute possono partecipare, previo invito, i responsabili delle unità operative del Policlinico per la trattazione di particolari problematiche.

Il CTS viene informato dal Direttore Scientifico sull'attività svolte e formula pareri consultivi e proposte sui programmi e sugli obiettivi scientifici e di ricerca dello stesso, nonché, in via preventiva, sulle singole iniziative di carattere scientifico. Nella prima riunione il CTS stabilisce le proprie modalità di funzionamento e le sottopone al Direttore Generale.

Ai componenti il Comitato non spetta alcun compenso diretto o indiretto ad eccezione del rimborso delle spese sostenute per i membri esterni se provenienti da fuori Comune.

III. Il livello organizzativo di “Staff” e di “Line”

Il livello organizzativo delle funzioni di “staff” è caratterizzato dall’esercizio di competenze tecniche e specialistiche riconducibili principalmente ad attività di ricerca, studio, analisi conoscitive, approfondimenti istruttori, predisposizione di documentazione a supporto e qualificazione di processi decisionali e di gestione, ovvero ad attività di specifici servizi istituiti dalla Direzione Strategica in adempimento a particolare normativa o di sua iniziativa. La Direzione Strategica è costituita dal Direttore Generale, dal Direttore Scientifico che collabora con il Direttore Generale per le materie di sua competenza, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo.

La Direzione Strategica si avvale delle rispettive strutture organizzative di staff, coadiuvate e supportate dal Collegio di Direzione, e dei Dipartimenti.

Definisce, in coerenza con le linee di programmazione e di indirizzo sanitario e di ricerca nazionali ministeriali e regionali, le strategie, gli obiettivi e i programmi annuali e pluriennali aziendali e ne controlla l’attuazione. È la sede di governo dell’Istituto. Assolve alle funzioni di controllo direzionale, verificando il corretto impiego delle risorse assegnate rispetto al raggiungimento degli obiettivi prefissati. Garantisce le interrelazioni necessarie per conseguire il perseguimento dei fini istituzionali con gli organi e organismi istituzionali e con le Istituzioni.

Il livello organizzativo delle funzioni di “line” è caratterizzato dall’esercizio di competenze tecniche e specialistiche riconducibili ad attività di studio, di gestione, di acquisizione e/o trasformazione e/o cessione di beni e servizi, che prevedono, per la parte di competenza, l’assunzione di decisioni in adempimento e nei limiti previsti dalla normativa di riferimento.

Ciò premesso, la Direzione Strategica ha definito i dipartimenti facenti parte del livello organizzativo di “staff” e di “line” come meglio descritte nella seconda parte recante “Piano di Organizzazione Aziendale (POA)”.

(Art. 20) (Caratteristiche e composizione del livello organizzativo del Top e del Middle Management)

Il livello organizzativo del *Top Management* e del *Middle Management* ha in generale la funzione di assicurare il conseguimento degli obiettivi individuati dal governo del Policlinico da parte delle strutture preposte alla produzione ed alla erogazione delle prestazioni sanitarie ed amministrative, mediante l’esercizio di competenze di indirizzo, programmazione, coordinamento e controllo dei relativi processi operativi, mantenendo costanti rapporti con entrambi i livelli per garantire la necessaria interconnessione delle rispettive attività in coerenza con la missione aziendale.

Fanno parte del *Top Management* i Direttori di Dipartimento.

Fanno parte del *Middle Management* i Direttori di Struttura Complessa e di Struttura Semplice ed i coordinatori dei *Disease Management Team* (DMT).

(Art. 21) (Il modello organizzativo dipartimentale)

Il Policlinico, in attuazione dell'art. 3 del D.Lgs. n. 517/99, dell'art. 28 ter della L.R. n. 41/06 e s.m.i., della DGR n. 945 del 01.08.2008, della DGR n. 7 del 13.01.2017 e della D.G.R. n. 1380 del 28.12.2022, fonda il proprio assetto sulla organizzazione dipartimentale quale modello ordinario e generale di gestione operativa di tutte le sue strutture al fine di perseguire il miglioramento dell'efficacia e della appropriatezza delle prestazioni assistenziali e scientifiche ed il progressivo incremento di efficienza nel governo e nella gestione dei fattori produttivi, compresi quelli scientifici.

La costituzione, l'organizzazione ed il funzionamento, nonché la modifica o soppressione dei Dipartimenti ad attività integrata (DAI) e l'individuazione delle strutture complesse e delle strutture semplici dipartimentali che li compongono, con indicazione di quelle a direzione Universitaria, sono disciplinati d'intesa con il Rettore dell'Università, per assicurare l'esercizio integrato delle attività assistenziali, di didattica e di ricerca, fra loro inscindibilmente correlate.

Le attività caratterizzanti i DAI comprendono il "prodotto assistenziale", il "prodotto formativo" ed il "prodotto scientifico", intesi come "prodotto globale", per cui l'articolazione e la valutazione delle Unità Operative che li compongono deve tener conto sia del carico assistenziale che delle attività didattiche e scientifiche, valutate su parametri oggettivi.

Ai sensi dell'art. 17 bis del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i. e dell'art. 3, c. 7, del D.Lgs. n. 517/99 è fatta salva la possibilità di procedere alla costituzione di Dipartimenti assistenziali con eventuale partecipazione di unità operative assistenziali universitarie.

I Dipartimenti ad attività integrata definiti con il presente Regolamento:

- sono costituiti da strutture complesse e da strutture semplici, nonché da programmi infra o interdipartimentali nel rispetto delle disposizioni contenute nell'art. 5, commi 4 e 5, del D.Lgs. n. 517/99, e nel Protocollo Generale d'Intesa. Le strutture complesse e le strutture semplici dipartimentali sono elencate nell'allegato "D" le strutture semplici saranno definite in apposito elenco entro 120 giorni dall'adozione del presente Regolamento di organizzazione e funzionamento del Policlinico, con la precisazione che potranno esserne costituite di ulteriori al fine di soddisfare particolari esigenze di assistenza, didattica e ricerca, nel rispetto delle procedure e della vigente normativa;
- sono organizzati come centri unitari di responsabilità e di costo in modo da garantire, nel rispetto dei vincoli di destinazione delle risorse finanziarie ad essi assegnate, l'unitarietà della gestione, l'ottimale collegamento fra assistenza, didattica e ricerca e la flessibilità operativa;
- individuano i servizi che per economicità ed efficienza sono comuni al Dipartimento per quanto riguarda i locali, il personale, le apparecchiature, le strutture di degenza ed ambulatoriali;
- sono gli strumenti attraverso i quali si concretizza la necessaria sinergia tra i piani di sviluppo aziendali e la programmazione definita dalla Scuola di Scienze Mediche e Farmaceutiche in coerenza con le esigenze didattico assistenziali di quest'ultima.

La disciplina del funzionamento dei Dipartimenti è definita nel “Regolamento generale dei Dipartimenti aziendali (DAI, DA e DR)” allegato al presente Regolamento sub lettera “E”.

La scelta del modello dipartimentale tiene conto in particolare:

- della implementazione di un modello organizzativo per aree omogenee costituite in modo da favorire la necessaria multidisciplinarietà e la presa in carico multi-professionale;
- delle possibili evoluzioni delle singole strutture organizzative in relazione alla ridefinizione della rete di offerta specialistica per la riconversione dei presidi periferici e della rete della domanda assistenziale in rapporto ai nuovi bisogni;
- dello sviluppo del sistema della Qualità.

All'interno dei dipartimenti possono essere individuate specifiche Aree quali aggregazioni funzionali di Unità Operative Complesse finalizzate al miglioramento dei percorsi organizzativi gestionali e di cura.

(Art. 22) (Gli organi del Dipartimento)

Sono organi del Dipartimento il Direttore del Dipartimento, il Responsabile di Area, laddove esistente e il Comitato di Dipartimento, specificatamente disciplinati nell'apposito Regolamento sopra citato ed allegato sub lettera “E”.

In particolare il Direttore del Dipartimento assume responsabilità di tipo gestionale nei confronti del Direttore Generale del Policlinico, in ordine alla razionale e corretta programmazione e gestione delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi assistenziali attribuiti, tenendo anche conto della necessità di soddisfare le peculiari esigenze connesse alle attività didattiche e scientifiche.

(Art. 23) (Il modello di organizzazione del Disease Management Team)

I *Disease Management Teams* (DMT) rappresentano unità organizzative funzionali multidisciplinari e multi professionali costituiti per coordinare l'approccio alla persona malata secondo percorsi di cura trasversali, superando la logica dell'organizzazione divisionale e quella tipicamente verticale propria dei Dipartimenti.

Rappresentano innanzitutto uno strumento clinico per ottenere il miglior risultato di cura per i pazienti attraverso percorsi professionali che travalicano i confini delle singole strutture e, per certi aspetti, dell'ospedale stesso. Le singole strutture realizzano e sostengono i percorsi di cura integrandosi funzionalmente e rinunciando a parte della loro visibilità, sovranità ed autonomia a favore di una visione d'insieme e di un risultato comune.

Il ruolo della Direzione Sanitaria è indirizzare, sostenere e governare l'intero processo attraverso i Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI) ed il Collegio di Direzione.

I Direttori dei DAI di riferimento hanno il compito di facilitare il collegamento dei DMT con il Collegio di Direzione e di garantire il supporto strategico alle attività del DMT.

Per il Policlinico, Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), questi concetti si arricchiscono e si completano con il collegamento alla Direzione Scientifica e l'inserimento nei percorsi di cura delle possibilità offerte dalla ricerca clinica e traslazionale.

Il modello di organizzazione e funzionamento dei DMT viene compiutamente descritto nella parte seconda del presente Regolamento.

(Art. 24) (Gli organi del Disease Management Team)

Sono organi del DMT il Coordinatore e il Comitato di Coordinamento specificatamente disciplinati nella parte seconda del presente Regolamento.

Il coordinatore di DMT ha la piena responsabilità della conduzione del DMT e nella sua attività è supportato dal comitato del DMT.

(Art. 25) (Rapporti dei Dipartimenti ad attività integrata con i Dipartimenti Universitari)

I rapporti fra i DAI ed i Dipartimenti Universitari (DU) sono improntati ai seguenti principi:

- a. autonomia dei Dipartimenti Universitari nell'esercizio delle funzioni didattiche e di ricerca, che dovranno essere svolte tenuto conto dei compiti assistenziali e del diritto alla salute del cittadino, in coordinamento con le attività dei DAI e della direzione scientifica;
- b. proficuo coordinamento con il Policlinico ai fini dello sviluppo concertato delle iniziative di didattica e ricerca, anche scientifica e biomedica, di rispettiva competenza mediante i DAI ed eventualmente i DA.

Il Dipartimento Universitario, in conformità alle norme statutarie e regolamentari dell'Ateneo, ha in carico la gestione del proprio materiale inventariabile e non inventariabile (ad eccezione di quello destinato all'assistenza che viene espressamente descritto nell'atto ricognitivo nel quale vengono individuati i beni mobili e immobili concessi in uso a titolo gratuito) e delle proprie risorse finanziarie, nel rispetto della normativa universitaria che disciplina la loro utilizzazione e la loro rendicontazione.

Possono essere attivate iniziative comuni e forme di collaborazione organizzativa ed operativa da parte del Direttore del Dipartimento Universitario e del Direttore del DAI nei settori dell'attività di didattica e di ricerca.

È consentita, sempre d'intesa, l'utilizzazione, per le attività di didattica e di ricerca aziendale, delle apparecchiature, dei materiali e delle risorse finanziarie dipartimentali nei limiti consentiti dal regime giuridico connesso al finanziamento ovvero all'atto che ha reso possibile l'acquisizione delle risorse suddette.

I provvedimenti per l'organizzazione dell'attività didattica sono adottati dai Coordinatori dei Corsi di laurea d'intesa con il Preside della Scuola di Scienze Mediche e Farmaceutiche e integrati con le attività cliniche e organizzative del Policlinico.

Il coordinamento per le attività di ricerca svolte nell'ambito dell'Università spetta comunque al singolo ricercatore e garantite dal direttore del Dipartimento Universitario.

L'attività di ricerca svolta nel Policlinico è attuata d'intesa con gli organi competenti del Policlinico.

Il Direttore Scientifico, con riguardo alle attività di ricerca scientifica e biomedica proprie del Policlinico, garantisce misure idonee di collegamento e sinergia con il Dipartimento universitario per promuovere le attività di interesse comune, in conformità a quanto previsto dall'articolo 4 del Protocollo Generale d'Intesa tra Regione e Università degli Studi di Genova (PGI). A tal fine l'Università e gli IRCCS definiscono le modalità di collaborazione riferite alle attività di ricerca mediante uno specifico Accordo quadro che preveda l'istituzione di una piattaforma congiunta integrata di ricerca e di ricerca traslazionale IRCCS/Università per la programmazione e lo svolgimento sinergico di progetti o programmi di ricerca comuni, anche in grado di dialogare e integrarsi con realtà pubbliche e private.

IV. Il livello organizzativo del Middle Management

(Art. 26) (Disciplina e struttura)

Nel *Middle Management* sono inseriti tutti i Dipartimenti, le strutture complesse e le strutture semplici che ne rappresentano l'articolazione interna, nonché gli incarichi di natura professionale, ed i programmi intra e interdipartimentali costituiti nel Policlinico.

Le strutture semplici sono articolazioni organizzative finalizzate allo svolgimento di attività assistenziali, didattiche e di ricerca o di servizi caratterizzati in modo specifico dalla tipologia degli utenti trattati o dalla tipologia delle prestazioni erogate; possono essere suddivise in:

- a) strutture semplici a valenza dipartimentale
- b) strutture semplici articolazioni interne di struttura complessa.

Le strutture semplici di cui alla lettera a) sono articolazioni organizzative afferenti esclusivamente al Dipartimento (o a più Dipartimenti) in quanto costituite per lo svolgimento di attività a valenza infra o interdipartimentale.

Le strutture semplici di cui alla lettera b) sono articolazioni organizzative che operano esclusivamente all'interno della struttura complessa di appartenenza.

Tale suddivisione, al di là degli aspetti puramente classificatori, comporta differenti livelli di autonomia, di competenza e di responsabilità.

Nel caso di cui sub a) la valenza dipartimentale riconosciuta alla struttura semplice riconduce il tema dell'autonomia al solo rapporto fra Responsabile della struttura semplice e Direttore del Dipartimento, che è caratterizzato:

- a. da una più marcata autonomia della struttura semplice e del suo Responsabile correlata al posizionamento della struttura stessa nell'ambito dipartimentale, fermo restando il potere di indirizzo e di controllo del Direttore del Dipartimento;
- b. dalla diretta preordinazione del Direttore del Dipartimento al Responsabile della struttura semplice;
- c. dalla necessità che il Direttore del Dipartimento ed il Responsabile della struttura semplice negozino direttamente le risorse da attribuire alla struttura stessa per il conseguimento dei suoi obiettivi nell'ambito del *budget* riconosciuto al Dipartimento;
- d. dalla necessità che il Responsabile della struttura semplice si rapporti operativamente e collaborativamente anche con i Direttori delle strutture complesse dell'area dipartimentale indirettamente interessate alla attività della struttura semplice in quanto a valenza dipartimentale.

Nel caso di cui sub b), l'afferenza esclusiva alla struttura complessa di appartenenza circoscrive l'autonomia della struttura semplice nell'ambito dei rapporti fra Direttore della struttura complessa e Responsabile della struttura semplice e, ferma restando la preordinazione del primo rispetto al secondo, legittima la possibilità di manovra a favore del secondo nell'utilizzo del personale, della tecnologia, degli spazi e di parte delle risorse finanziarie negoziate in sede di *budget* fra Direttore del Dipartimento e Direttore della struttura complessa.

Le strutture semplici si devono connotare per una effettiva attribuzione di risorse umane, tecniche o finanziarie nell'ambito della negoziazione con il direttore della struttura complessa di afferenza o per la gestione di sezioni specialistiche interne alla struttura complessa di afferenza.

Gli incarichi di natura professionale di alta specializzazione di valenza strategica per il Policlinico, di consulenza, di studio e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo, si riferiscono ad articolazioni funzionali dei Dipartimenti o delle strutture complesse in quanto rappresentative di elevate competenze innovative o tecnico-professionali, produttive di prestazioni quali-quantitative complesse nell'ambito della disciplina e dell'organizzazione interna delle strutture cui afferiscono. I compiti e le funzioni dei Direttori di struttura complessa, dei Responsabili di struttura semplice valenza dipartimentale e dei Responsabili di struttura semplice sono disciplinati nel richiamato Regolamento allegato sub lettera "E".

Ciò premesso, tenendo presenti le determinazioni contenute nel Protocollo Generale d'Intesa Regione - Università in merito ai parametri di attività, alla identificazione ed al dimensionamento delle strutture assistenziali complesse funzionali alle esigenze di didattica e di ricerca della Scuola di Scienze Mediche e Farmaceutiche come individuate nell'allegato al vigente PGI, la Direzione generale, tenuto conto della necessaria sinergia tra i Piani di Sviluppo del Policlinico e la programmazione didattico-scientifica della Scuola di Scienze Mediche e Farmaceutiche, definisce la strutturazione dell'assetto organizzativo del Policlinico così come meglio descritta nella parte seconda recante il **"Piano di Organizzazione Aziendale (POA)"**.

La Direzione generale si riserva di apportare alla disciplina del presente Regolamento, ed in particolare al Piano di Organizzazione Aziendale le modifiche e le integrazioni rese necessarie od opportune quando dovessero richiederlo o suggerirlo la normativa sopravvenuta a livello nazionale e regionale, le esigenze indotte dalla evoluzione scientifica tecnologica e dallo sviluppo delle tecniche organizzative, specifici fattori di cambiamento riconducibili al contesto istituzionale culturale e socioeconomico della città e della sua area metropolitana, esperienze e valutazioni maturate nella fase di applicazione del presente Regolamento.

Resta comunque fermo anche in tali circostanze il rispetto delle procedure previste dalla normativa e dallo stesso Regolamento in merito al coinvolgimento e all'intesa con il Rettore per quanto dovesse riguardare i Dipartimenti ad attività integrata, le strutture complesse e semplici che li compongono, ed altre situazioni individuate nel Regolamento stesso.

In ogni caso l'istituzione di nuovi Dipartimenti, di nuove strutture complesse e semplici sarà subordinata ai seguenti presupposti vincolanti di legittimazione:

1. rispondenza agli *standard* di riferimento per l'individuazione delle strutture semplici e complesse ed in generale alla programmazione regionale;
2. rispondenza alla normativa sull'accreditamento;
3. rispondenza a comprovate esigenze assistenziali, di ricerca, di didattica, organizzative, tecnologiche e tecnico professionali, finalizzate nell'area sanitaria al miglioramento del "governo clinico" del livello qualitativo dell'assistenza e della integrazione della stessa con la didattica e la ricerca, e, nell'area amministrativa, alla qualificazione della funzione amministrativa ed al miglioramento del governo economico finanziario;
4. strategicità rispetto alla "*mission*" aziendale;
5. compatibilità con le risorse finanziarie disponibili;

6. migliore tutela delle esigenze dell'utenza;
7. miglioramento del livello qualitativo e della appropriatezza delle prestazioni;
8. miglioramento del livello qualitativo dell'attività di ricerca.

Nel rispetto dei criteri definiti dal PGI, programmi di sviluppo dell'attività assistenziale, della didattica o della ricerca, definiti in sede di programmazione tra l'Università ed il Policlinico possono motivare la modificazione o l'individuazione di nuove strutture a direzione universitaria.

In presenza di risorse adeguate assegnate alla struttura, situazioni ingiustificate di operatività ridotta, mancato rispetto degli obiettivi e dei *budget* assegnati alla struttura determinano, previa valutazione congiunta tra Università ed il Policlinico, la modificazione funzionale o organizzativa della stessa.

L'eventuale disattivazione o soppressione delle strutture può avvenire avendo riguardo in particolare:

1. alla rete formativa universitaria;
2. all'essere la struttura sede di scuola di specializzazione;
3. al rispetto delle soglie minime di volume di attività previste dal D.M. n. 70/2015.

(Art. 27) (Personale universitario convenzionato)

I professori ed i ricercatori universitari, anche a tempo determinato che svolgono attività assistenziale presso il Policlinico sono individuati d'intesa fra il Rettore ed il Direttore Generale in appositi elenchi allegati al presente Regolamento sub lettera "F" con la precisazione del Dipartimento aziendale e dell'Unità Operativa di afferenza. Il personale tecnico amministrativo che svolge attività presso il Policlinico è individuato con le stesse modalità, sentito il direttore generale dell'Ateneo.

Il personale universitario è riportato in appositi elenchi aggiornati con cadenza annuale.

Il personale operante temporaneamente quale dottorando di ricerca può essere autorizzato, nei limiti posti dalla vigente normativa, a svolgere attività assistenziale presso il Policlinico. Il personale operante temporaneamente quale assegnista o titolare di borsa di ricerca può essere autorizzato a svolgere attività di ricerca presso gli spazi del Policlinico, nei limiti posti dalla vigente normativa. Detto personale è inserito in un elenco separato, aggiornato trimestralmente a cura dell'Università e comunicato al Policlinico.

Per quanto attiene la complessiva disciplina applicabile al personale universitario convenzionato, si richiama qui integralmente quanto disposto dall'art. 12 del PGI in vigore.

Analogamente, si richiama integralmente quanto disposto dagli artt. 13, 14, 15 e 16 del menzionato PGI, per quanto attiene il trattamento economico del personale universitario convenzionato, partecipazione del personale sanitario all'attività didattica, la cessazione del personale universitario dallo svolgimento delle attività assistenziali e dalla titolarità della direzione delle strutture ed i rapporti sindacali.

**(Art. 28) (Impegno orario del personale docente universitario
nelle strutture aziendali)**

In attuazione della normativa nazionale e regionale e del Protocollo Generale di Intesa Regione/Università degli Studi di Genova vigente, il Direttore Generale, d'intesa con il Rettore, determina:

- a. che l'impegno orario del personale universitario e ricercatore è omnicomprensivo e che il rapporto percentuale di quantificazione dell'impegno assistenziale medio, ivi compresa l'attività di guardia, è fissato nella misura del sessanta per cento dell'impegno orario complessivo stabilito per il personale del SSR ed è quindi definito in n. 22 ore settimanali, si articola nelle attività previste per il personale del S.S.N. ed è compreso all'interno del debito orario previsto dai Contratti Collettivi di Lavoro per il personale dirigente del S.S.N.;
- b. che, nel rispetto del tetto suddetto, l'impegno orario fornito viene articolato in base al piano di lavoro dell'unità operativa ed alla programmazione dell'attività didattica e di ricerca, secondo criteri di flessibilità dell'impegno del personale universitario in ragione sia dell'attività assistenziale sia dell'attività didattica e di ricerca;
- c. che la rilevazione dell'impegno orario come sopra definito viene effettuata con metodologia analoga a quella utilizzata per la rilevazione delle presenze del personale sanitario ospedaliero, al fine di garantire parità di trattamento fra la componente universitaria e quella ospedaliera.

(Art. 29) (Disciplina del conferimento degli incarichi)

Il combinato disposto degli artt. 15 bis c. 2 del D.Lgs. n. 502/92 e 11 del D.Lgs. n. 288/03 prevede che la direzione delle strutture e degli uffici debba essere affidata ai dirigenti secondo i criteri e le modalità stabiliti nel Regolamento, nel rispetto, per la dirigenza sanitaria, delle disposizioni contenute nell'art. 15 ter del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i. (che disciplina l'attribuzione e la revoca degli incarichi di natura professionale e di direzione di struttura complessa).

Il Protocollo generale d'intesa Regione Università prevede, fra i contenuti obbligatori del Regolamento, la definizione delle procedure di nomina e di revoca dei Direttori dei Dipartimenti, dei Direttori/Responsabili delle strutture assistenziali e con prevalente finalità di ricerca complesse e semplici, nonché la definizione delle procedure per l'attribuzione e la revoca dei Programmi di cui all'art. 5 c.4 del D.Lgs. n. 517/99.

Il Policlinico può procedere al conferimento dei seguenti incarichi:

- a) **incarico di direttore di dipartimento**, con riferimento ai dipartimenti individuati come tali dal presente Regolamento;
- b) **incarico di responsabile di Area**, con riferimento alle Aree individuate come tali dal presente Regolamento;
- c) **incarico di direzione di struttura complessa**, con riferimento alle strutture complesse individuate come tali dal presente Regolamento;

- d) **incarichi di direzione di struttura semplice a valenza dipartimentale**, con riferimento alle strutture semplici dipartimentali individuati come tali dal presente Regolamento;
- e) **incarichi di direzione di struttura semplice**, con riferimento alle strutture semplici individuati come tali dal presente Regolamento;
- f) **incarichi di natura professionale di altissima specializzazione a valenza strategica, di consulenza, di studio e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo (AQ)**, si sostanziano in articolazioni funzionali connotate da altissimi profili di specializzazione, con forti interessi strategici, non connotati, tuttavia, dagli aspetti gestionali propri della struttura semplice;
- g) **incarichi di natura professionale di alta specializzazione di valenza strategica, di consulenza, di studio e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo**, si sostanziano in articolazioni funzionali delle strutture complesse o semplici ovvero del dipartimento;
- h) **incarichi di natura professionale, di consulenza, di studio e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo di alta specializzazione**, si riferiscono alle articolazioni funzionali delle strutture complesse o semplici;
- i) **incarichi di natura professionale, di consulenza, di studio e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo di qualificata specializzazione**, si riferiscono alle articolazioni funzionali delle strutture complesse o semplici
- j) **incarichi di natura professionale, di consulenza, di studio e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo di rilevante professionalità**, si riferiscono alle articolazioni funzionali delle strutture complesse o semplici;
- k) **incarichi di natura professionale, di consulenza, di studio e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo di media professionalità**, si riferiscono alle articolazioni funzionali delle strutture complesse o semplici;
- l) **incarichi di natura professionale, di consulenza, di studio e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo conferito al quinto anno di servizio**, si riferiscono alle articolazioni funzionali delle strutture complesse o semplici;
- m) **incarichi di natura professionale, di consulenza, di studio e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo di base** con riferimento ai Dirigenti con meno di cinque anni di servizio, rilevanti all'interno della struttura di assegnazione e caratterizzati dallo sviluppo di attività omogenee che richiedono una competenza specialistica e funzionale di base nella disciplina di appartenenza;
- n) **incarichi di responsabilità e di gestione di programmi intra e interdipartimentali** finalizzati alla integrazione delle attività assistenziali didattiche e di ricerca (con particolare riguardo alle innovazioni tecnologiche ed assistenziali, nonché al coordinamento delle attività sistematiche di revisione e valutazione della pratica clinica ed assistenziale), nei confronti dei Professori Universitari di prima fascia ai quali non sia stato possibile conferire un incarico di Direzione di struttura semplice o complessa. La responsabilità e la gestione di analoghi programmi può essere affidata, in relazione ad una minore complessità e rilevanza dei programmi stessi, anche nei confronti di Professori Universitari di seconda fascia ai quali non sia stato conferito un incarico di direzione di struttura semplice o complessa. Gli incarichi sono rispettivamente assimilati a tutti gli effetti agli incarichi di responsabilità di struttura complessa e di struttura semplice (art. 5 comma 4 del D.Lgs. n. 517/99 e s.m.i.).

È riconosciuta al Direttore Generale, d'intesa con il Rettore, la facoltà di attribuire incarico di programma anche qualora sia presente la struttura universitaria, laddove il programma sia rispondente alle esigenze di didattica e di ricerca. Analogamente il Direttore Generale può procedere, d'intesa con il Rettore, in costanza di incarico di struttura qualora ne sussistano le necessità.

Gli incarichi sono conferiti dal Direttore Generale con le seguenti precisazioni:

- a. nel caso di cui sub lettera a), secondo le disposizioni dettate dall'art. 17 bis del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., dall'art. 41 della L.R. n. 41/2006 e s.m.i., per un periodo di tre anni rinnovabile, con regime di rapporto esclusivo, garantendo, di norma, l'equilibrio numerico tra le direzioni universitarie e ospedaliere; la Direzione Strategica pubblica una manifestazione di interesse al conferimento dell'incarico aperta agli aventi titolo che dovranno presentare:
 - una dichiarazione di disponibilità;
 - una sintesi della *vision* e delle priorità a medio termine (1-3 anni);il Direttore Generale valuta la documentazione di intesa con il Rettore dell'Università degli Studi di Genova e conferisce l'incarico fiduciario con provvedimento formale. Annualmente i Direttori di Dipartimento vengono valutati sugli obiettivi assegnati e i risultati raggiunti;
- b. nel caso di cui alla lettera b), sentito il Direttore del Dipartimento, ad uno dei Direttori di struttura complessa afferenti all'Area di riferimento, come meglio definito nel citato Regolamento di funzionamento dei dipartimenti (sub lettera "E");
- c. nel caso di cui alla lettera c), previo espletamento delle procedure di cui al D.P.R. n. 484/97, ai sensi dell'art. 15 ter del D.Lgs. n. 502/92 e tenuto conto di quanto disposto dalla DGR n. 437 del 19.04.2013 avente ad oggetto "Direttiva vincolante, ex art. 8 L.R. 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii., in materia di conferimento di incarichi di direzione di struttura complessa da parte di Aziende ed Enti equiparati del S.S.R." così come modificata e integrata - a seguito dell'entrata in vigore della L.R. n.5/2015 – dalla DGR n. 403 del 27.03.2015, per un periodo da cinque a sette anni, con facoltà di rinnovo per lo stesso periodo o per periodo più breve anche in relazione agli esiti delle verifiche dei risultati e delle attività attuate ai sensi del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i.;
- d. nel caso di cui alla lettera c), l'opzione per il rapporto di lavoro esclusivo per la durata complessiva dell'incarico costituisce criterio preferenziale ai fini della nomina di uno dei candidati, a parità di punteggio, nella selezione per il conferimento dell'incarico di struttura complessa, di cui all'art. 15, comma 7 bis, del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i..
- e. la responsabilità dirigenziale delle strutture complesse ospedaliere viene attribuita a personale del SSN secondo le procedure di cui alla vigente normativa nazionale e regionale in materia. In casi di particolare necessità, la direzione della struttura può essere affidata, d'intesa con il Rettore e sentito il Collegio di direzione ed acquisito il parere del Dipartimento Universitario e della Scuola di Scienze Mediche e Farmaceutiche, a personale universitario determinando una temporanea direzione universitaria della struttura. Parimenti l'incarico di direzione di struttura universitaria, in casi di particolare necessità, può essere affidato temporaneamente a personale del SSN, d'intesa con il Rettore e sentito il Collegio di direzione ed acquisito il parere del Dipartimento Universitario e della Scuola di Scienze Mediche e Farmaceutiche, determinando una temporanea direzione ospedaliera della struttura;

- f. nei casi di cui alle lettere d), e), f), g), h), i) e j), k), l) dopo cinque anni di attività, previa pubblicazione di avviso di selezione interna nel rispetto delle disposizioni legislative in materia di trasparenza, a seguito di valutazione positiva delle attività professionali espletate e dei risultati conseguiti, effettuata come sopra precisato, per un periodo non inferiore a cinque anni (secondo la natura dell'incarico), con facoltà di rinnovo, con atto scritto e motivato;
- g. nei casi di cui alla lettera f), dopo cinque anni di attività, mediante un percorso selettivo interno, previa verifica, da parte della direzione strategica, della coerenza degli stessi con gli obiettivi strategici e con la *mission* del Policlinico, oltre che con gli obiettivi specifici assegnati alla struttura di appartenenza;
- h. nei casi di cui alla lettera m), mediante un percorso selettivo interno, decorso il periodo di prova, per un periodo non superiore a cinque anni (secondo la natura dell'incarico), con facoltà di rinnovo, con conferimento di precisi ambiti di autonomia progressivamente ampliati previa valutazione e verifica da espletarsi nel rispetto degli indirizzi del Direttore della struttura, con funzioni di collaborazione e corresponsabilità nella gestione delle attività, con atto scritto e motivato ad integrazione del contratto individuale stipulato all'atto della assunzione;

Nei casi in cui il conferimento degli incarichi riguardi professori e ricercatori universitari, restano ferme le modalità di cui sopra, con le seguenti integrazioni e modifiche:

- a. il conferimento (e la revoca) degli incarichi di struttura complessa a direzione universitaria è di competenza del Direttore Generale d'intesa con il Rettore, sentito il Direttore del Dipartimento ad attività integrata (DAI) di afferenza, Il Dipartimento Universitario e la Scuola di Scienze mediche e farmaceutiche;
- b. il conferimento di incarico di struttura complessa a direzione universitaria viene effettuato senza esperimento delle procedure di cui all'art. 15 ter comma 2 del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., fermo restando peraltro l'obbligo del possesso dei requisiti di cui al D.P.R. n. 484/97 e presuppone l'avvenuto accertamento dell'idoneità fisica all'impiego. L'attestato di formazione manageriale di cui all'art. 15, comma 8, del D.Lgs. n. 502/92, e s.m.i. deve essere conseguito/rivalidato dai professori universitari ai quali sia stato attribuito incarico di direzione di struttura complessa ai sensi dell'art. 5, comma 5, del D. Lgs. n. 517/99, con le modalità stabilite dal citato art. 15 comma 8, del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i. A tale incarico si applicano le norme di cui al D.Lgs. n. 39/2013 in materia di inconfiribilità o incompatibilità;
- c. l'incarico di direzione di struttura complessa a direzione universitaria è soggetto a conferma al termine di un periodo di prova di sei mesi, prorogabile di altri sei, ai sensi dell'art. 15, comma 7ter, del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., come modificato dal DL n. 158/2012, convertito in Legge n. 189/2012;
- d. il conferimento e la revoca degli incarichi di struttura semplice e degli incarichi di natura professionale è di competenza del Direttore Generale, previa pubblicazione di avviso di selezione interna nel rispetto delle disposizioni legislative in materia di trasparenza e accertamento della sussistenza delle condizioni e dei requisiti di cui agli Artt. 15, 15 bis e 15 ter del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i. (art. 5 c.6 del D.Lgs. n. 517/99). Nel caso di strutture semplici dipartimentali il conferimento dell'incarico è di competenza del Direttore Generale d'intesa con il Rettore e sentito il Dipartimento di appartenenza;

- e. il conferimento e la revoca degli incarichi di responsabilità e di gestione dei programmi infra o interdipartimentali di cui alla lettera n), è di competenza del Direttore Generale, d'intesa con il Rettore (art. 5 comma 4 del D.Lgs. n. 517/99), sentito il Direttore del Dipartimento;
- f. lo svolgimento dell'attività assistenziale del personale universitario cui viene affidato un incarico di direzione di struttura complessa, semplice o di programma, è disciplinato pattiziamente con atto di attribuzione di incarico, ai sensi dell'art. 5 del D.Lgs. n. 517/1999;
- g. tutti gli incarichi di cui alle lettere da c) a n), sono soggetti alle valutazioni ed alle verifiche previste dalla vigente normativa per il personale del S.S.N. secondo le modalità indicate dall'apposito Collegio Tecnico di cui all'art. 5, comma 13 del D.Lgs. 517/99 ed all'(Art. 31) del presente Regolamento, nell'intesa che, in ipotesi di valutazione negativa, il Direttore Generale, per i conseguenti provvedimenti, ne dà comunicazione al Rettore, ferme restando le disposizioni di cui all'art. 5, comma 14, del D.Lgs. n. 517/99 ed all'(Art. 34) del presente Regolamento nell'ipotesi di sussistenza di gravissime mancanze ai doveri di ufficio.

In nessun caso il conferimento degli incarichi modifica le modalità di cessazione del rapporto di lavoro per il compimento del limite massimo di età.

In tutti i casi, quale che sia il titolare dell'incarico, gli obiettivi sono formalizzati con atto scritto del Direttore Generale, controfirmato per accettazione dallo stesso interessato, che costituisce il presupposto formale e sostanziale per l'attuazione del principio di contestabilità collegato al riconoscimento dell'autonomia tecnico professionale della dirigenza.

Il Policlinico, nell'affidamento degli incarichi dirigenziali e nella revoca dei medesimi, fatte salve e riservate le precisazioni in precedenza specificate e future disposizioni della contrattazione collettiva, si attiene altresì ai criteri definiti in apposito Regolamento approvato a livello di contrattazione integrativa.

È fatto esplicito rinvio alla normativa specifica prevista dal presente Regolamento e dai CC.CC.NN.LL. per la disciplina delle "sostituzioni."

Per il conferimento dell'incarico di struttura complessa del ruolo medico e sanitario e delle professioni sanitarie non possono essere utilizzati contratti a tempo determinato di cui all'art. 15 *septies* del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i..

Negli altri casi il Direttore Generale può procedere su base fiduciaria e discrezionale con provvedimento adeguatamente motivato, nel rispetto delle direttive emanate dalla Regione in merito, al conferimento di incarichi che danno luogo alla stipula di contratti a tempo determinato di cui agli Artt. 15 *septies* (c.1, c.2 c.5 bis), e 15 *octies* c.1 del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i..

Il Policlinico, decorso un anno dalla stipula dei contratti di cui agli Artt.15 *septies* e 15 *octies* del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., a salvaguardia dell'effettivo conseguimento degli obiettivi in vista dei quali i contratti stessi sono stati stipulati, si riserva la facoltà di procedere a suo insindacabile giudizio al recesso unilaterale dei medesimi anche prima della scadenza del termine previsto, in caso di verifica da parte della Direzione generale di inadempimento o di insoddisfacente adempimento delle obbligazioni assunte da parte dei professionisti interessati.

Il Direttore Generale conferisce altresì gli incarichi di funzione per il personale del Comparto secondo i criteri le modalità e le procedure previste dai CC.CC.NN.LL. e dalla normativa di relativa attuazione, nel rispetto dei principi ispiratori del modello organizzativo assunto con il presente Regolamento. Tali incarichi vengono attribuiti con le medesime modalità al personale universitario

tecnico-amministrativo convenzionato, fermo restando la coerenza della presenza e dell'apporto di tale personale all'attività assistenziale.

Resta ferma la possibilità di conferire incarichi di natura libero professionale ad esperti e professionisti esterni, quando sia necessario ed opportuno a tutela degli interessi del Policlinico e nel rispetto della normativa vigente.

**(Art. 30) (La valutazione delle prestazioni
dei Dirigenti e degli operatori)**

La valutazione delle prestazioni dei dirigenti e degli operatori, esercitati ai sensi del D.Lgs. n. 150/2009 e della Contrattazione Collettiva, costituiscono caratteristica essenziale ed ordinaria del rapporto di lavoro, e sono attuati nel rispetto della normativa in vigore:

- a. come strumento di verifica dei risultati conseguiti nell'esercizio delle funzioni di competenza rispetto ai risultati attesi e degli aspetti afferenti allo stile manageriale espresso anche in relazione alla soddisfazione espressa dall'utenza, ferma restando nell'ipotesi di eventuali inadempienze l'attuazione del principio di contestabilità;
- b. come contributo al sistema di garanzia dell'efficienza, dell'efficacia e della appropriatezza delle prestazioni;
- c. come strumento di valorizzazione e di responsabilizzazione del potenziale tecnico professionale del Policlinico e del suo contributo alla qualificazione dell'immagine aziendale;
- d. come presupposto per una corretta applicazione di un sistema premiante;
- e. come orientamento per una diversa utilizzazione dei dirigenti nell'ambito del Policlinico in rapporto alle capacità dimostrate ed alla valutazione conseguita;
- f. come contributo al consolidamento ed allo sviluppo della motivazione professionale ed alla affermazione dell'autovalutazione dei singoli professionisti, intesa come espressione soggettiva di processi cognitivi governati da una personale volontà di verifica del proprio operato e di ricerca di miglioramento continuo anche con il supporto di specifiche iniziative;
- g. come presupposto per l'applicazione delle misure previste in materia di responsabilità dirigenziale, ed in particolare quando i risultati negativi dell'attività amministrativa e della gestione emergono dalle ordinarie e annuali procedure di valutazione, con possibilità, in tal caso, di conclusione anticipata del procedimento di valutazione rispetto alla sua ordinaria scadenza;
- h. come strumento collegato a specifici criteri ed elementi di valutazione cui il Policlinico, anche ad integrazione della disciplina prevista in merito dai CC.CC.NN.LL., attribuisce particolare valore selettivo e qualificante.

Ai fini delle verifiche di competenza dell'Organo Indipendente di Valutazione (OIV), assumono altresì particolare rilievo:

- per i dirigenti di struttura complessa e semplice dipartimentale la gestione del *budget* negoziato, l'espletamento delle competenze attribuite nell'ambito di tutte le attività previste (assistenza clinica, ricerca e formazione), l'assetto organizzativo e funzionale adottato all'interno della struttura, il rapporto fra risorse consumate e risultati;

- per gli altri dirigenti l'osservanza degli obiettivi affidati, l'impegno e la disponibilità correlati alla articolazione dell'orario di lavoro rispetto al raggiungimento degli obiettivi stessi, nonché i comportamenti individuali;
- per il restante personale la tempestività, la completezza e l'appropriatezza dei risultati conseguiti nel rispetto delle direttive ricevute, nonché i comportamenti individuali.

(Art. 31) (Disciplina degli organi preposti alla valutazione delle prestazioni dei Dirigenti e degli operatori: il Collegio Tecnico, i Collegi Tecnici di Dipartimento e l'Organismo Indipendente di Valutazione della performance)

Il Collegio Tecnico è l'organismo collegiale preposto alla valutazione di seconda istanza delle attività professionali svolte e dei risultati raggiunti da tutti i dirigenti universitari ed ospedalieri:

- indipendentemente dall'incarico conferito, alla scadenza dello stesso, per la conferma o il conferimento di nuovi incarichi di pari o maggior rilievo professionale ed economico;
- al termine del primo quinquennio di servizio, per l'adeguamento dell'indennità di esclusività;
- al termine del quindicesimo anno di servizio per l'adeguamento dell'indennità di esclusività;
- al termine del servizio, per i professori ed i ricercatori universitari con incarico di direzione di programmi, per i professori universitari di prima fascia titolari di funzioni di direzione che abbiano rinunciato ad incarichi di responsabilità e di gestione di programmi intra o interdipartimentali, nel rispetto di quanto previsto nei CC.CC.NN.LL. e della compatibilità con lo stato giuridico di appartenenza.

L'Organismo Indipendente di Valutazione della performance (OIV) è uno dei soggetti che intervengono nel processo di misurazione e valutazione della performance organizzativa e individuale del Policlinico ed è costituito in forma collegiale con tre componenti.

L'OIV:

- monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso, anche formulando proposte e raccomandazioni ai vertici amministrativi;
- comunica tempestivamente le criticità riscontrate ai competenti organi interni di governo ed amministrazione, nonché alla Corte dei conti e al Dipartimento della funzione pubblica;
- valida la Relazione sulla performance, a condizione che la stessa sia redatta in forma sintetica, chiara e di immediata comprensione ai cittadini e agli altri utenti finali e ne assicura la visibilità attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale dell'amministrazione;
- garantisce la correttezza dei processi di misurazione e valutazione con particolare riferimento alla significativa differenziazione dei giudizi, nonché dell'utilizzo dei premi, nel rispetto del principio di valorizzazione del merito e della professionalità;
- propone all'organo di indirizzo politico-amministrativo la valutazione annuale dei dirigenti di vertice e l'attribuzione ad essi dei premi;
- è responsabile della corretta applicazione delle linee guida, delle metodologie e degli strumenti predisposti dal Dipartimento della funzione pubblica sulla base del decreto adottato ai sensi dell'articolo 19, comma 10, del decreto legge n. 90 del 2014;

- promuove e attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità di cui al presente Titolo;
- verifica i risultati e le buone pratiche di promozione delle pari opportunità.

L'OIV, oltre ai suddetti compiti, in particolare, procede alla validazione della Relazione sulla performance, tenendo conto anche delle risultanze delle valutazioni realizzate con il coinvolgimento dei cittadini o degli altri utenti finali per le attività e i servizi rivolti, nonché, ove presenti, dei risultati prodotti dalle indagini svolte dalle agenzie esterne di valutazione e dalle analisi condotte dai soggetti appartenenti alla rete nazionale per la valutazione delle amministrazioni pubbliche e dei dati e delle elaborazioni forniti dall'amministrazione.

Nell'esercizio delle funzioni di cui sopra, l'OIV ha accesso a tutti gli atti e documenti in possesso dell'amministrazione, utili all'espletamento dei propri compiti, nel rispetto della disciplina in materia di protezione dei dati personali. Tale accesso è garantito senza ritardo. L'Organismo ha altresì accesso diretto a tutti i sistemi informativi dell'amministrazione, ivi incluso il sistema di controllo di gestione, e può accedere a tutti i luoghi all'interno dell'amministrazione, al fine di svolgere le verifiche necessarie all'espletamento delle proprie funzioni, potendo agire anche in collaborazione con gli organismi di controllo di regolarità amministrativa e contabile dell'amministrazione. Nel caso di riscontro di gravi irregolarità, l'OIV effettua ogni opportuna segnalazione agli organi competenti.

L'OIV è nominato con atto del Direttore Generale tra gli iscritti all'Elenco nazionale dei componenti degli Organismi Indipendenti di Valutazione, previa procedura selettiva pubblica.

(Art. 32) (Il Comitato Unico di Garanzia)

Il Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (CUG), è il soggetto che, ai sensi dell'art. 57 del D.Lgs. n. 165/2001 ha sostituito, unificandone le competenze, i comitati per le pari opportunità ed i comitati sul fenomeno del *mobbing*, dei quali assume tutte le funzioni previste dalla legge, dai contratti collettivi o da altre disposizioni; mantiene la composizione paritetica dei precedenti ed è formato da un componente designato da ciascuna delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello di amministrazione e da un pari numero di rappresentanti dell'amministrazione, in modo da assicurare nel complesso la presenza paritaria di entrambi i generi.

Sulla base della Direttiva del 4 marzo 2011, il Comitato ha compiti propositivi, consultivi e di verifica. Il Policlinico si è dotato, su proposta del CUG, di un proprio Codice di Condotta, contenente una serie di principi, regole e procedure finalizzati alla tutela della dignità di tutti i soggetti che svolgono la propria attività presso l'Istituto, sancendo, coerentemente alle norme vigenti, il diritto ad un ambiente nel quale le relazioni interpersonali siano improntate all'osservanza dei principi fondamentali di inviolabilità, eguaglianza, libertà e dignità della persona.

Nell'impianto definito dal Codice svolge un ruolo primario il Consigliere/a di Fiducia, ossia un esperto/a incaricato dal Policlinico di fornire consulenza ed assistenza alle persone oggetto di presunte molestie fisiche, morali o sessuali o di presunte azioni discriminatorie.

(Art. 33) (La responsabilità e la responsabilizzazione)

Nel rispetto dell'art. 28 della Costituzione tutti i dipendenti del Policlinico, nell'esercizio delle proprie competenze, sono direttamente responsabili secondo le leggi penali civili ed amministrative degli atti compiuti in violazione dei diritti, e in tali casi la responsabilità civile si estende al Policlinico. Essi possono incorrere in forme diverse di responsabilità di ordine generale e di ordine specifico a seconda che le stesse siano previste dall'ordinamento giuridico generale o dallo specifico ordinamento che disciplina il rapporto di impiego o di servizio con il Policlinico e ciò secondo la particolare normativa che disciplina le diverse tipologie di responsabilità, alla quale viene fatto esplicito ed integrale rinvio, con la precisazione che anche la violazione della normativa contenuta nel presente Regolamento può determinare forme differenziate di responsabilità in rapporto alla natura della stessa.

Forma particolare di responsabilità, prevista dal D.Lgs. n. 165/01 e richiamata dai Contratti di Lavoro nel quadro della disciplina sulla valutazione dei dirigenti e dei suoi effetti, è la responsabilità dirigenziale che riguarda esclusivamente la dirigenza medica, sanitaria, professionale tecnica e amministrativa del Policlinico estendendosi anche ai professori ed ai ricercatori universitari operanti al suo interno.

Diverso dal tema della responsabilità è quello della responsabilizzazione in quanto la prima si caratterizza per effetto di comportamenti che si pongono dolosamente o colposamente in contrasto con quelli previsti dalla legge per la tutela del benessere e della pace sociale e che pertanto vengono sanzionati dall'ordinamento, in ragione della natura penale, civile, amministrativa della violazione compiuta e della sua entità, per ripristinare l'equilibrio sociale compromesso ed a ristoro del danno arrecato.

La responsabilizzazione invece, nella realtà sanitaria, può essere identificata come processo interiore del professionista costantemente orientato alla ricerca di "valori guida" etici culturali e sociali che, in quanto capaci di incidere significativamente sulla motivazione, sulle finalità, sui contenuti e sulle modalità di esercizio dell'attività professionale, sono naturalmente destinati ad accrescere la qualità del servizio nell'interesse della società, garantendo il contributo di un coinvolgimento che esprime e dà testimonianza a misura d'uomo di "quei" valori, sia nel rapporto operatore/utente che in quello operatore/Policlinico.

In merito poi al caso di gravissime mancanze ai doveri d'ufficio in cui siano incorsi professori e ricercatori universitari nell'espletamento delle funzioni assistenziali, e ferme restando le sanzioni e i procedimenti disciplinari da attuare in base alle vigenti disposizioni di legge, il Direttore Generale può sospendere i medesimi dall'attività assistenziale, previo parere dello specifico Comitato dei Garanti di cui al successivo articolo (Art. 34) dandone immediata comunicazione al Rettore per gli ulteriori provvedimenti di competenza.

(Art. 34) (Il Comitato dei Garanti)

Il Comitato dei Garanti è l'organismo collegiale che, ai sensi e per gli effetti dell'art. 5, comma 14, del D.Lgs. n. 517/99, su richiesta del Direttore Generale, dà parere preventivo conforme sui

provvedimenti con i quali il medesimo, nei casi di gravissime mancanze ai doveri di ufficio, dispone la sospensione dei professori e dei ricercatori universitari dall'attività assistenziale ed il loro allontanamento dal Policlinico dandone immediata comunicazione al Rettore per gli ulteriori provvedimenti di competenza, ferme restando le sanzioni ed i procedimenti disciplinari da attuare in base alle vigenti disposizioni di legge. Il parere deve essere espresso entro ventiquattro ore dalla richiesta. Qualora il Comitato non si esprima nelle ventiquattro ore previste, il parere si intende espresso in senso conforme.

L'Organo è composto da tre garanti nominati d'intesa fra Rettore e Direttore Generale per un triennio fra esperti esterni al Policlinico di comprovata esperienza e professionalità in materia giuridica e tecnico sanitaria.

Il Comitato dei Garanti per il personale della Dirigenza dipendente è istituito presso Regione Liguria nel rispetto della normativa contenuta nei rispettivi CC.CC.NN.LL.. Il Comitato è composto da tre membri ed è chiamato ad esprimere parere preventivo improrogabilmente ed obbligatoriamente, nel caso in cui il provvedimento riguardi il recesso, entro sessanta giorni dal ricevimento della richiesta sulle ipotesi proposte dal Policlinico. Decorso il predetto termine il Policlinico può procedere al recesso. Il parere è vincolante ed è richiesto una sola volta al termine delle relative procedure. Il dirigente può richiedere una audizione presso il Comitato dei Garanti da attuarsi entro il termine di emanazione del parere, del cui esito in ogni caso il dirigente deve essere obbligatoriamente informato.

V. Il coinvolgimento dei dirigenti del S.S.N. nella didattica, nella ricerca e nella formazione

(Art. 35) (Attività di didattica e partecipazione del personale sanitario)

L'integrazione fra le attività assistenziali, formative e di ricerca si realizza nell'ambito dei corsi di studio istituiti presso l'Università.

Il Policlinico considera qualificante per gli obiettivi formativi il contributo della cultura e dell'esperienza professionale che il S.S.N. può esprimere dal suo interno e, nello spirito dell'integrazione che caratterizza la sua missione istituzionale, garantisce la partecipazione dei dirigenti medici e sanitari ospedalieri dipendenti sia all'attività didattica "ospedaliera", sia d'intesa con l'Università all'attività didattica "universitaria".

La partecipazione alla didattica ospedaliera è programmata direttamente dal Policlinico che, sempre nello spirito dell'integrazione, può prevedere anche l'utilizzo di personale universitario.

Le attività didattiche universitarie finalizzate alla formazione del medico, dello specialista e delle altre figure professionali sanitarie previste dalla programmazione regionale, devono disporre di tutto lo spettro della casistica presente presso il Policlinico, nonché di strutture e spazi congrui e idonei per le attività didattiche e di ricerca.

La programmazione e l'organizzazione dell'attività didattica, propria dei Dipartimenti Universitari e della Scuola di Scienze Mediche e Farmaceutiche, deve disporre di tutte le competenze necessarie per la diagnosi e la terapia delle patologie oggetto dei corsi di studio. In particolare, oltre ai docenti universitari preposti, il personale del Servizio sanitario regionale - sia dirigenti medici e sanitari, sia coordinatori e personale del Comparto - in possesso dei requisiti di idoneità previsti dalla normativa vigente partecipa all'attività formativa universitaria, in funzione dell'organizzazione della didattica prevista dai corsi di studio di area medica e delle professioni sanitarie dell'Università, compatibilmente con le esigenze relative all'esercizio delle funzioni assistenziali.

L'Università si avvale del personale sanitario per l'insegnamento, la didattica professionalizzante e lo studio guidato, secondo quanto previsto dall'art. 23 della Legge n. 240/2010 e del Regolamento dell'Università in materia. L'impegno orario relativo alle funzioni di docenza, di coordinamento, di tutorato e di affiancamento rientra per il personale del SSR nell'ambito di quanto previsto dai vigenti CC.CC.NN.LL.

Tale partecipazione, previa autorizzazione del Policlinico, e tenuto conto in modo specifico delle esigenze delle Scuole di specializzazione e dei Corsi di laurea, si sviluppa nelle forme della didattica tradizionale, in particolare professionalizzante, della didattica "a distanza", della didattica seminariale, nelle attività di tutoraggio in particolare nei confronti degli specializzandi, nella collaborazione alla predisposizione di tesi, nella partecipazione a commissioni di esami e di laurea, nell'intesa che i dirigenti medici e sanitari ospedalieri rispondono direttamente agli Organi accademici competenti del corretto espletamento della stessa.

Lo svolgimento delle funzioni didattiche o di coordinamento di attività didattiche e di tirocinio formativo affidati da parte dell'Università a personale del SSR viene riconosciuto dal Policlinico come parte integrante dei doveri d'ufficio e dell'orario di servizio.

Per i dirigenti medici e sanitari del S.S.N., impegnati nella attività didattica universitaria, viene previsto l'accesso ai fondi di ateneo di cui all'articolo 4, comma 2, della Legge n. 370/1999.

I Direttori di Dipartimento ad attività integrata, nell'esercizio delle loro funzioni direttive, contribuiscono all'organizzazione dell'attività didattica ed a controllarne l'espletamento, garantendo il corretto coinvolgimento della componente ospedaliera secondo le modalità individuate d'intesa con la Scuola di Scienze Mediche e Farmaceutiche ed i responsabili dei vari corsi di studio.

In particolare, in accordo con la Scuola di Scienze Mediche e Farmaceutiche, viene definito un percorso sperimentale per l'individuazione dei tutor didattici degli studenti del Corso di laurea e la valutazione degli stessi, in accordo con i criteri di selezione definiti di intesa con la Scuola, che potranno essere rivisti in base all'esperienza maturata.

L'attività didattica tutoriale svolta viene riconosciuta con l'assegnazione di ECM, in accordo con le delibere regionali vigenti.

(Art. 36) (Le Scuole di specializzazione)

Il Policlinico, in quanto istituto di riferimento, comprende le strutture di sede delle Scuole di specializzazione attivate presso l'Università degli Studi di Genova, inserite a loro volta in una rete formativa, costituita dall'insieme di tutte le strutture collegate ed eventualmente complementari coinvolte nella formazione.

Le Scuole di specializzazione devono rispettare ed adeguarsi ai requisiti di idoneità della rete formativa fissati dall'Osservatorio nazionale delle scuole di specializzazione di area sanitaria.

Oggetto di accreditamento da parte dell'Osservatorio sono in primo luogo le strutture a direzione universitaria, strutture di sede della Scuola, facenti parte del Policlinico che risultano idonee e attrezzate per l'organizzazione e la realizzazione di attività di formazione professionalizzante specialistica nell'area medica di pertinenza della Scuola, che costituisce il 70% dell'attività didattica delle Scuole, nonché per la gestione organizzativa, amministrativa, didattica e tecnica sanitaria delle relative attività e per il coordinamento e/o la direzione delle stesse.

Il rispetto degli indicatori di performance assistenziale forniti dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS), formativa e di ricerca di cui all'art. 3, comma 3, del Decreto Interministeriale n. 68/2015, e all'Allegato 4 del Decreto Interministeriale n. 402/2017, e il rispetto degli indicatori relativi ai requisiti disciplinari e alla ricerca così come definiti nel citato Decreto Interministeriale n. 402/2017, sono oggetto di valutazione periodica.

Il Policlinico garantisce l'aggiornamento delle strutture affinché vengano rispettati gli indicatori di attività formativa e assistenziale oggetto di tale monitoraggio periodico da parte dell'Osservatorio nazionale.

(Art. 37) (Medici in formazione specialistica)

In attuazione dell'art. 6, comma 2 del D.Lgs. n. 502/1992 e degli artt. 34 e succ. del D.Lgs. n. 368/1999, avuto riguardo al documento Rettorale "Regolamento dei Medici in formazione

specialistica”, i Consigli delle singole Scuole di Specializzazione, sulla base di indicazioni generali fornite dall'Osservatorio Regionale per la formazione specialistica, istituito dalla Regione d'intesa con il Rettore, comunicano ai Direttori generali delle Aziende facenti parte della rete formativa il *turn over* degli specializzandi alle attività professionalizzanti allo scopo di monitorare il debito orario dell'attività clinica nelle varie strutture.

Il Policlinico si fa parte attiva al fine di garantire la rotazione dei medici in formazione specialistica nelle Unità Operative, sia a direzione universitaria sia ospedaliera, facenti parte della rete formativa delle Scuole di specializzazione definita dai rispettivi Consigli delle scuole.

Ai medici in formazione specialistica vengono fornite le credenziali di accesso alla rete informatica interna del Policlinico per le necessità correlate all'attività assistenziale, su richiesta del responsabile della struttura nella quale si svolge la formazione, sentito il direttore della scuola di specializzazione di riferimento in relazione alla graduale assunzione di compiti assistenziali, comunque sempre tutorati.

(Art. 38) (Partecipazione del personale alle attività di ricerca)

Il Policlinico persegue lo sviluppo dell'attività di ricerca corrente definita dal riconoscimento di IRCCS quale attività di ricerca scientifica diretta a sviluppare la conoscenza nell'ambito delle discipline di Oncologia e di Neuroscienze, nonché della ricerca finalizzata quale attività di ricerca scientifica attuata attraverso specifici progetti.

Il Policlinico programma conseguentemente l'attività di ricerca in coerenza con il programma di ricerca sanitaria e con gli atti di programmazione regionale in materia, privilegiando i progetti in rete e quelli sui quali possono aggregarsi più enti al fine di non disperdere i finanziamenti. L'Istituto garantisce che l'attività di ricerca si conformi ai principi della correttezza, trasparenza, equità, responsabilità, affidabilità e completezza riconosciuti a livello internazionale.

Le attività di ricerca rientrano tra i compiti del personale dirigente e del personale di ricerca sanitaria di cui alla Legge 205/2017; ciò al fine di soddisfare le esigenze e le finalità del Policlinico che vede tra i propri obiettivi la promozione e lo sviluppo delle conoscenze nei campi della ricerca traslazionale, clinica e socio-sanitaria; detta attività rientra altresì tra i compiti del personale Universitario convenzionato, compresi i ricercatori universitari operanti nell'ambito dell'Accordo quadro di cui all'articolo 4, comma 5 del PGI.

Inoltre, al fine di dare attuazione al principio della inscindibilità del rapporto fra didattica ricerca ed assistenza nel quadro dei rapporti fra S.S.N. ed Università di cui all'art. 1 del D. Lgs. n. 517/99, il Policlinico riconosce nella ricerca e nell'avanzamento continuo delle conoscenze verso l'eccellenza ad essa naturalmente congeniale, lo strumento essenziale per il miglioramento del potenziale di offerta di servizio, per la valorizzazione dei professionisti in essa impegnati, per l'acquisizione di nuove tecniche e metodologie a supporto del governo clinico e della ottimizzazione delle prestazioni assistenziali nell'interesse dell'utenza, per testimoniare in modo concreto e coerente la specificità della missione istituzionale che deve caratterizzare il Policlinico anche in questo fondamentale settore di attività.

Nell'ambito dei Dipartimenti ad attività integrata il Policlinico favorisce l'espletamento anche della ricerca propria dell'Ateneo, che si sviluppa nello specifico ambito universitario, attivando opportune forme di collaborazione finalizzate alla migliore attuazione della predetta attività.

(Art. 39) (La formazione)

La Direzione generale riconosce il valore strategico della formazione e dell'aggiornamento del personale e considera la promozione, la garanzia e lo sviluppo dello stesso impegno qualificante e prioritario della programmazione aziendale. La formazione aziendale del personale è disciplinata con regolamento aziendale.

La Direzione Generale è impegnata:

- a sostenere la formazione quale attività rientrante tra gli obiettivi strategici generatori di valore pubblico, inteso come beneficio e/o vantaggio che la stessa genera per l'organizzazione complessa e per l'insieme dei dipendenti che la costituiscono, anche, in termini di benessere aziendale;
- a consolidare, ampliare e finanziare la realizzazione dei piani formativi aziendali, destinati a tutte le professionalità che esercitano la loro attività all'interno del Policlinico, con specifico riferimento alle professioni mediche, sanitarie, del comparto e della dirigenza, anche tecnico amministrativa che opera nello Staff e nel Line, oltre che a supporto dei reparti e della ricerca clinica;
- a dare attuazione a una programmazione formativa coerente con lo scopo, la visione e la missione del Policlinico in linea con gli obiettivi formativi di interesse regionale e le indicazioni emergenti dal Piano Formativo A.Li.Sa., garantendo nel contempo la necessaria e adeguata formazione obbligatoria e sanitaria al personale universitario convenzionato, per la sua valorizzazione nel rispetto del principio della parità di condizioni, di trattamento e di opportunità con il personale ospedaliero del Policlinico;
- a dare attuazione a programmazioni in linea con adeguate rilevazioni del fabbisogno formativo, con costanti integrazioni in itinere, sia sulla base di studi sulle criticità anche di tipo organizzativo che si possono riscontrare nella pratica professionale, che sulla base delle indicazioni della Direzione Strategica via via emergenti;
- ad agevolare lo sviluppo professionale del personale mediante il sostegno a iniziative esterne obbligatorie, facoltative e di educational grant dei singoli professionisti, con attività di aggiornamento che contribuiscano all'arricchimento delle conoscenze professionali tecnico specifiche;
- a garantire con il coinvolgimento delle specifiche potenzialità del Policlinico la copertura di fabbisogni formativi di altre realtà sanitarie operanti nel pubblico e nel privato che ne facciano richiesta;
- a coinvolgere le Organizzazioni Sindacali nella programmazione dei processi formativi e di aggiornamento del personale e nella determinazione delle relative priorità con particolare riferimento a quella afferente alla organizzazione del lavoro ed alla attuazione della normativa inerente la sicurezza sul lavoro e la formazione obbligatoria in genere.

VI. *La sperimentazione, il rischio clinico ed il controllo di qualità*

(Art. 40) (Sperimentazione)

La sperimentazione clinica farmacologica ed epidemiologica, orientata a rendere possibili progressi nelle conoscenze trasferibili all'assistenza e finalizzata a garantire sempre maggiore efficacia nel campo della diagnostica e dei trattamenti terapeutici, si svolge nei Dipartimenti nel rispetto delle norme della Buona Pratica Clinica di cui ai D.Lgs. n. 211/2003 e s.m.i. e D.Lgs. n. 200/2007 e s.m.i., nonché del Regolamento n. 536/2014 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16.04.2014 sulla sperimentazione clinica dei medicinali per uso umano per quanto attiene agli aspetti tecnici e procedurali; inoltre si svolge nel rispetto di quanto disposto dalla Legge delega 3/2018 e successivo decreto legislativo 52/2019 e successivi decreti attuativi.

Per quanto riguarda i dispositivi medici si applicano le disposizioni di cui al Regolamento UE n. 2017/745 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 5 aprile 2017, che modifica la direttiva 2001/83/CE, il regolamento (CE) n. 178/2002 e il regolamento (CE) n. 1223/2009 e che abroga le direttive 90/385/CEE e 93/42/CEE del Consiglio e al Regolamento UE n. 2017/746 del Parlamento Europeo relativo ai dispositivi medico diagnostici in vitro e che abroga la direttiva 98/79/CE e la decisione 2010/227/UE della Commissione.

In relazione alle sperimentazioni cliniche interventistiche e studi osservazionali farmacologici no profit si applicano le disposizioni di cui al D.M. 30 novembre 2021.

Le attività di sperimentazione possono essere condotte nel campo della clinica, dell'assistenza e della gestione. Il Policlinico ammette, nei limiti imposti dalla legge, l'intervento di *sponsor profit* e *no profit* a sostegno di specifici programmi di sperimentazione.

L'attività di sperimentazione si avvale di uno specifico Ufficio per le Sperimentazioni Cliniche, per garantire i servizi necessari alla conduzione delle sperimentazioni cliniche, in collaborazione, ove possibile, con personale universitario.

La sperimentazione è autorizzata dal Comitato Etico Territoriale o dal Comitato Etico Nazionale competente per materia di cui al D.M. 01 febbraio 2022. I Comitati Etici Territoriali sono individuati dal D.M. 26 gennaio 2023 in numero complessivo di 40 e devono essere riorganizzati, nel rispetto dei requisiti minimi di cui al D. M. 30 gennaio 2023 secondo i criteri di cui all'art. 2, comma 7 della L. n. 3/2018, nell'ambito di strutture regionali o collocati presso aziende sanitarie pubbliche che ne garantiscano l'indipendenza.

Le modalità di gestione economico/amministrativa dei proventi derivanti dalle attività di sperimentazione sono disciplinate da specifica regolamentazione univoca per la componente ospedaliera e la componente universitaria approvata dal Policlinico con deliberazione n. 918 del 27.05.2020.

La sperimentazione animale, a scopo di studio e ricerca effettuata su animali da laboratorio e finalizzata a testare l'efficacia di nuovi trattamenti terapeutici, sperimentare nuove tecniche chirurgiche e diagnostiche, studiare la biologia delle malattie nella loro complessa interazione con l'organismo, comprendere il ruolo delle alterazioni genetiche, individuare i meccanismi d'azione dei

farmaci e di molecole sperimentali ed i loro potenziali rischi è specificatamente disciplinata da apposito Regolamento predisposto dal Policlinico, ed è autorizzata dal Comitato per la sperimentazione etica sugli animali istituito secondo le indicazioni dettate dalla normativa nazionale e regionale in materia di protezione degli animali utilizzati ai fini sperimentali.

(Art. 41) (Gestione del Rischio Clinico)

La gestione del Rischio clinico all'interno del Policlinico viene declinata nel Piano Triennale di Gestione Integrata della Rischiosità. Con cadenza annuale viene redatta dall'Unità Gestione del Rischio (UGR) la relazione dei piani annuali attuativi.

L'Unità Gestione del Rischio (UGR) rappresenta il riferimento per la gestione delle progettualità volte a ridurre la rischiosità complessiva del sistema ed al suo interno sono stati approvati ed implementati i piani di miglioramento che hanno permesso una riduzione significativa del rischio.

Con l'adozione della deliberazione di Giunta Regionale n. 486 del 27/05/2016 è stato introdotto per tutte le Aziende del SSR lo strumento C.A.R.M.In.A. - Clinical Assessment of Risk Management: an Integrated Approach - che ha come obiettivo proprio quello di sistematizzare l'approccio alla gestione del rischio.

Il Policlinico ha modificato radicalmente l'organizzazione della gestione del Rischio Sanitario accogliendo le innovazioni introdotte da Regione Liguria con lo strumento C.A.R.M.In.A. È stato quindi ridisegnato l'assetto della struttura UGR Aziendale avendo a riferimento le 7 aree che lo strumento C.A.R.M.In.A ha desunto dall'analisi della letteratura scientifica:

Area 1. Governance, Consapevolezza e Misurazione

Area 2. Comunicazione

Area 3. Conoscenze e Abilità

Area 4. Ambiente e Contesto Sicuri

Area 5. Processi Assistenziali

Area 6. Gestione dell'Evento Avverso

Area 7. Imparare dall'esperienza

Dal 2019 è stata implementata nel Policlinico l'area 8. Umanizzazione ed Etica.

La struttura UGR C.A.R.M.In.A. prevede un Gruppo di Coordinamento che supervisiona i progetti di miglioramento provenienti dai Gruppi Operativi delle 8 aree. Questa organizzazione permette un maggior livello di condivisione e di unitarietà nella gestione complessiva della rischiosità del sistema del Policlinico.

Nel Policlinico la gestione del rischio prende origine/spunto da:

- segnalazioni di pazienti/familiari/caregiver tramite reclami o suggerimenti inviati all'URP;
- segnalazioni di quasi eventi o eventi avversi da parte di operatori tramite modulistica dedicata.

Viene effettuata l'analisi di quanto avvenuto con predisposizione di azioni correttive o di miglioramento per prevenire la ricorrenza degli eventi e contenere il rischio.

(Art. 42) (Sistema Gestione Qualità)

I percorsi per l'accreditamento istituzionale e per la certificazione in aderenza alla norma UNI EN ISO 9001 hanno portato allo sviluppo di un Sistema Gestione della Qualità.

In tale ambito è operativa una rete di Referenti per la Qualità, a livello di Dipartimento e di ogni Unità Operativa che collabora con l'U.O. Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento per rendere omogenei, per quanto possibile, sia i percorsi assistenziali e i processi di diagnosi e cura, che le verifiche dell'aderenza ai requisiti di legge e alle norme di riferimento.

Sono stati formati e qualificati valutatori interni che svolgono attività di verifica effettuate con programmazione calendarizzata annualmente.

Il Sistema Gestione Qualità comprende:

- la definizione delle politiche della qualità e la redazione dei piani triennali della qualità;
- la valutazione delle esigenze e aspettative di tutte le parti interessate, con particolare attenzione per i pazienti;
- la valutazione delle opportunità e delle minacce connesse alle singole attività svolte e le conseguenti azioni di miglioramento da mettere in atto;
- la ponderazione e analisi del rischio sia in modo proattivo che reattivo mediante tecniche validate, con le conseguenti azioni di contenimento, ove indicate; la valutazione del rischio viene effettuata anche nel caso si mettano in atto nuove attività o si attuino modifiche ad attività già in essere;
- la corretta gestione della documentazione del sistema Gestione qualità, della documentazione clinica e amministrativa e delle registrazioni;
- la valutazione della soddisfazione dei pazienti e della corretta erogazione delle prestazioni;
- la valutazione dei fornitori esterni;
- la verifica della tenuta sotto controllo dei processi e del rispetto delle disposizioni di legge, normative vigenti, raccomandazioni ministeriali e aderenza alle buone pratiche, mediante verifiche a campione;
- la formazione degli operatori, l'inserimento e il mantenimento delle competenze degli stessi. Viene promossa la consapevolezza degli operatori rispetto al sistema gestione qualità, del contributo di ogni operatore al raggiungimento degli obiettivi per la qualità, compresi i benefici derivanti dal miglioramento delle prestazioni;
- lo sviluppo di indicatori di esito e processo e la valutazione dei risultati anche mediante confronto con altre strutture (interne o esterne);
- la corretta registrazione e gestione di eventuali non conformità, con verifica dell'efficacia delle azioni correttive.

VII. Norme di carattere particolare

(Art. 43) (Principi ed obiettivi per l'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria e di attività diverse ed a carattere imprenditoriale del Policlinico)

Il Policlinico ritiene che l'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (A.L.P.) debba rappresentare per il personale interessato non solo l'esercizio di un diritto posto a tutela di interessi professionali ed economici, ma anche l'adempimento di un dovere in sinergia con interessi ed aspettative del Policlinico medesimo e dell'utenza, in ragione delle sue possibili e rilevanti ricadute dirette sull'immagine istituzionale, sui livelli delle prestazioni e sulla soddisfazione dell'utenza. Ritiene pertanto che debbano essere garantiti e favoriti:

- la valorizzazione e la responsabilizzazione del personale nella logica della appartenenza e della concentrazione dell'impegno professionale anche a beneficio diretto del Policlinico;
- la tutela dell'interesse dell'utenza alla soddisfazione del bisogno espresso per libera scelta della stessa;
- la gratificazione professionale ed economica del personale interessato, che tra l'altro è sollecitata e garantita dalla stessa normativa anche a livello contrattuale;
- l'incremento delle capacità competitive del Policlinico;
- l'incremento della utilizzazione delle risorse umane e tecnologiche in dotazione;
- la sinergia fra le diverse risorse professionali coinvolte nel processo sul piano della collaborazione operativa;
- la qualificazione dell'immagine del Policlinico e la trasparenza dei suoi rapporti con l'utenza e con gli operatori.

Nell'intento di valorizzare specificità e qualificazione dell'offerta di servizio in prospettiva imprenditoriale, viene garantita l'erogazione di "pacchetti di prestazioni" e di interventi in materia di assistenza, di ricerca, di sperimentazione, di formazione, di consulenza medico legale, di consulenza tecnico amministrativa, da offrire a terzi che ne facciano richiesta (Enti pubblici e privati, Aziende sanitarie, Società di Assicurazione, Cooperative, Associazioni, Organizzazioni ed Istituti nazionali ed internazionali, singoli privati, etc.), mediante stipula di specifici contratti che prevedranno il coinvolgimento diretto dei professionisti del Policlinico e del personale di supporto resisi disponibili a prestare l'attività necessaria.

Tale attività, in quanto "volontaria" ed "aggiuntiva" rispetto a quella istituzionalmente dovuta, ed in quanto sostanzialmente riconducibile ad attività di natura istituzionale e non libero professionale, sarà disciplinata in regime pattizio in occasione dei singoli rapporti contrattuali per quanto attiene ai contenuti ed alle modalità di espletamento, e sarà remunerata con la partecipazione ai proventi previsti in sede contrattuale nelle forme preventivamente concordate con gli interessati.

La Direzione generale, subordinatamente all'assenso della Regione, si riserva di intraprendere ulteriori iniziative di natura imprenditoriale riferibili alla c.d. "area a pagamento", intesa come settore di attività aperta alle strategie di programmazione e di governo sue proprie anche nel campo delle prestazioni assistenziali, didattiche e di ricerca, a richiesta di terzi e con oneri a loro carico.

La Direzione generale, in tale contesto, prende altresì atto ad ogni ulteriore effetto e riservandosi i provvedimenti di attuazione, che il vigente Protocollo Generale Regione Università la impegna:

- a provvedere alla regolamentazione ed alla organizzazione dell'attività di consulenza assistenziale in conformità e nei limiti previsti dalle disposizioni contenute nel D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i. e nell'Atto di indirizzo e coordinamento di cui al D.P.C.M 27/3/2000 in materia di attività libero professionale e con Accordo Conferenza Stato Regioni del 18/11/2010;
- a verificare, con il concorso del Preside della Scuola di Scienze Mediche e Farmaceutiche e del direttore del DAI di afferenza, per le rispettive competenze, la compatibilità delle prestazioni di consulenza assistenziale richieste al personale universitario convenzionato con l'attività di didattica, di ricerca ed assistenziale ed in coerenza con lo stato giuridico del personale universitario stesso.

(Art. 44) (Accesso dell'Università a dati ed informazioni)

L'Università può accedere al *datawarehouse* del Policlinico tramite specifica profilazione che prevede l'assegnazione di credenziali rappresentate da *user* e *password*.

L'Università potrà inoltre accedere, con le medesime credenziali, agli applicativi gestionali del Policlinico inerenti a dati e informazioni che riguardino direttamente o indirettamente il personale universitario convenzionato, secondo modalità oggetto di specifico formale accordo fra le parti che dovrà essere sottoscritto entro 120 giorni dall'entrata in vigore del presente regolamento.

Le risultanze complessive vengono esaminate periodicamente dalle parti per la programmazione degli interventi organizzativi eventualmente necessari per migliorare la qualità dell'assistenza, della ricerca e per accrescere l'efficienza dei servizi.

(Art. 45) (Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro)

La Direzione generale prende atto che Regione e Università, in sede di Protocollo Generale d'Intesa, al fine di garantire la salute e la sicurezza del personale che presta la propria opera presso il Policlinico, hanno individuato, ai sensi dell'art. 23 del PGI, che il soggetto cui competono gli obblighi di datore di lavoro previsti dal D.Lgs. n. 81/2008 e s.m.i. e del D.Lgs. n. 101/2020 e s.m.i. è individuato per l'attività assistenziale nel Direttore Generale del Policlinico nonché nei Dirigenti e Preposti individuati dalla normativa vigente.

L'Università, al fine di garantire la salute e sicurezza del personale universitario convenzionato che presta attività assistenziale e del personale che presta attività di tirocinio presso il Policlinico compresi i titolari di borsa di studio, nonché di altri studenti iscritti a corsi universitari che necessitano - previo assenso del Policlinico - di accedere ai locali di quest'ultimo, fornisce all'Ente medesimo:

- l'elenco, con cadenza mensile, del personale cui è stata erogata formazione di base in materia di sicurezza (per aziende ad alto rischio 12 ore), ai fini dei successivi adempimenti a carico dell'Ente ospitante (sorveglianza sanitaria e formazione specifica - corso 4 ore, altra formazione specifica);

- la comunicazione di eventuali rischi specifici che l'operatore può comportare alle strutture riceventi.

Il Direttore Generale fornisce all'Università, limitatamente al personale di cui sopra per cui rappresenta il datore di Lavoro:

- la comunicazione di eventuali rischi specifici che l'operatore può ricevere nel corso dell'attività specifica ivi compresa la comunicazione della eventuale classificazione dei lavoratori addetti ai fini della radioprotezione;
- la sorveglianza sanitaria, compresa quella specifica per i lavoratori esposti alle radiazioni ionizzanti;
- la formazione specifica connessa alle tipologie di attività svolte dai lavoratori e dai tirocinanti, nonché quella relativa alle emergenze ed al sistema di gestione della sicurezza interna;
- i dispositivi di protezione individuale, gli indumenti di lavoro, i mezzi di sorveglianza dosimetrica individuale.

La protezione sanitaria della popolazione e dei lavoratori contro i rischi derivanti dalle radiazioni ionizzanti viene garantita dalla sorveglianza sanitaria di cui sopra e dalla sorveglianza fisica della radioprotezione attuata dagli Esperti di Radioprotezione del Policlinico.

La Direzione generale peraltro, nel rispetto del Protocollo d'Intesa, si riserva di adottare uno o più provvedimenti deliberativi per attribuire al personale funzioni specifiche di natura gestionale sia in materia di sicurezza di cui al D.Lgs. n. 81/08 e s.m.i., sia in materia di protezione sanitaria delle persone contro i pericoli delle radiazioni ionizzanti connesse ad esposizioni mediche, sia in materia di protezione sanitaria della popolazione e dei lavoratori contro i rischi derivanti dalle radiazioni ionizzanti, di cui al D.Lgs n. 101/20 che attua la Direttiva Euratom 2013/59.

(Art. 46) (Responsabilità civile ed Assicurazione)

Il Policlinico risponde civilmente, con oneri a proprio carico, per l'attività assistenziale svolta dal proprio personale e dal personale universitario convenzionato, dai medici in formazione specialistica, dai dottorandi con o senza borsa, dagli assegnisti di ricerca, dai titolari di borse e contratti erogati, a diverso titolo, dall'Università che interagiscono con le attività assistenziali e dai laureati in medicina e chirurgia che effettuano il tirocinio pre – abilitazione, con correlativo obbligo per lo stesso di risarcire, secondo le modalità previste dalla L.R. n. 28/2011, a titolo di responsabilità civile, eventuali danni a terzi ricoverati o comunque assistiti anche ambulatorialmente nelle unità operative.

Resta fermo l'obbligo per l'Università di farsi carico dell'onere assicurativo relativo a danni arrecati ai ricoverati ed agli assistiti per fatto degli studenti dei propri Corsi di Studio.

(Art. 47) (Disciplina dei contratti di fornitura di beni e servizi di valore inferiore a quello stabilito dalla normativa comunitaria in materia)

L'art. 28 ter, comma 4, della L.R. n. 41/06 e s.m.i. inserisce tra i contenuti del Regolamento di organizzazione e funzionamento la disciplina inerente le modalità e le procedure di contrattazione

per le forniture di beni e servizi di valore inferiore a quello stabilito dalla normativa comunitaria e nazionale.

Tenuto conto delle modifiche introdotte dal nuovo codice degli appalti di cui al D.Lgs. n. 36 del 31/03/2023 è in corso di predisposizione il nuovo regolamento volto a disciplinare le modalità di approvvigionamento di beni e servizi di importo inferiore alla soglia comunitaria.

(Art. 48) (Reclutamento di personale per attività di ricerca)

Il Policlinico, per l'attuazione di progetti di ricerca diretti al raggiungimento di particolari e prioritari obiettivi biomedicali e sanitari individuati dal Piano sanitario nazionale, può conferire incarichi con contratto a termine della durata pari a quella del progetto di ricerca al quale si riferiscono e senza che vi siano limiti al numero complessivo degli stessi, come specificamente previsto dall'art. 23, comma 3, ultimo periodo del D.Lgs. n. 81/2015 (cd. *Jobs Act*).

(Art. 49) (Prodotti delle attività di ricerca)

L'art. 65, comma 1, del D.Lgs. n. 30/2005 "Codice della proprietà industriale" prevede, in deroga a quanto previsto dall'articolo 64, che quando l'invenzione industriale è fatta nell'esecuzione o nell'adempimento di un contratto o di un rapporto di lavoro o d'impiego, anche se a tempo determinato, con un'università, anche non statale legalmente riconosciuta, un ente pubblico di ricerca o un istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), nonché nel quadro di una convenzione tra i medesimi soggetti, i diritti nascenti dall'invenzione spettano alla struttura di appartenenza dell'inventore, salvo il diritto spettante all'inventore di esserne riconosciuto autore, nei termini di cui al presente articolo. Se l'invenzione è conseguita da più persone, i diritti derivanti dall'invenzione appartengono a tutte le strutture interessate in parti uguali, salva diversa pattuizione e fermo restando quanto previsto dall'articolo 6. Gli uffici brevetti del Policlinico e dell'Università coopereranno attivamente in vista di una migliore collaborazione e integrazione.

Il Policlinico rientra nell'ambito di applicazione della summenzionata norma. Il D.Lgs. n.288/2003 "Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico" sancisce esplicitamente, infatti, che gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico "...perseguono finalità di ricerca, prevalentemente clinica e traslazionale, nel campo biomedico e in quello dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari..."(art. 1); può inoltre stipulare accordi e convenzioni con soggetti terzi, pubblici e privati, al fine di trasferire i risultati della ricerca in ambito industriale, salvaguardando comunque la finalità pubblica della ricerca (art. 8, comma 5).

Al fine di un'adeguata gestione dei rapporti con i propri dipendenti – nonché degli eventuali rapporti con soggetti terzi – in merito ai diritti derivanti dalle invenzioni brevettabili, il Policlinico si doterà di opportuno regolamento aziendale, come prevede l'art. 65, comma 4, del citato D.Lgs. n. 30/2005.

(Art. 50) (Partecipazione)

La partecipazione nei confronti di cittadini

Il Policlinico orienta la programmazione e le strategie organizzative e gestionali alla valorizzazione della centralità del cittadino utente, inteso non solo quale destinatario naturale della prestazione, ma come interlocutore privilegiato.

Alla tutela effettiva dei diritti del cittadino è in particolare dedicata l'attuazione della **Carta dei Servizi**, con riferimento alle funzioni di informazione, accoglienza, tutela, partecipazione ed al rispetto degli indicatori e degli standard di qualità stabiliti, nonché dei procedimenti previsti per il caso d'inadempimento, ai fini del ristoro di danni ingiustamente arrecati.

Contribuisce altresì al superamento di situazioni di asimmetria informativa e di conoscenza tradizionalmente sussistenti nei rapporti fra strutture socio-sanitarie ed utenza, programmando specifiche iniziative nel campo della comunicazione, del *marketing* sociale, della formazione e dell'aggiornamento del personale, dell'educazione sanitaria, della consultazione delle rappresentanze dell'utenza, della pubblicizzazione sistematica di piani, programmi e responsabilità di particolare rilevanza per l'utenza, e favorendo momenti istituzionali d'incontro ed azioni tesi all'affermazione del senso di appartenenza e al miglioramento dello stato dei rapporti.

Gli strumenti organizzativi con i quali viene effettivamente assicurata tale partecipazione, sono inoltre l'Ufficio Relazioni con il Pubblico, il Comitato Misto Consultivo e la Commissione mista conciliativa.

A partire dal dicembre 2016 il Policlinico si è dotato di una **Carta Etica**, quale patto tra operatori e cittadini che ha posto la "Dignità della Persona Malata" a cardine di queste relazioni in quanto *rappresenta l'indimostrabile nobiltà dell'uomo, il pilastro su cui costruire l'edificio dei diritti civili, della vita civile, della civiltà.*

La partecipazione nei confronti delle istituzioni

Il Policlinico si propone quale interlocutore al servizio delle istituzioni ed in particolare dei Comuni del territorio provinciale e regionale e s'impegna ad attuare le funzioni attribuite alla sua competenza con il coinvolgimento dell'intero sistema aziendale, nel rispetto delle decisioni assunte dagli organi di governo ad essa sovraordinati e nello spirito di leale collaborazione indicato dal piano sanitario nazionale e da quello regionale come strumento di innovazione partecipativa nella programmazione e nella gestione dei servizi socio-sanitari.

La partecipazione e collaborazione con altre istituzioni con altre istituzioni scientifiche e sanitarie

Il Policlinico, in relazione al ruolo riconosciuto di istituto scientifico per la disciplina di oncologia e delle neuroscienze e di Azienda ospedaliera universitaria integrata e di *Hub* regionale per l'Oncologia e per le Neuroscienze, secondo quanto previsto dal Piano Socio Sanitario regionale vigente, promuove la più ampia concertazione e collaborazione con le altre Aziende Sociosanitarie Liguri, con altri Istituti scientifici, con gli Enti sanitari, con l'Azienda Ligure Sanitaria (A.Li.Sa.) e con l'Istituto Italiano di Tecnologia (IIT)

Promuove inoltre lo sviluppo e l'implementazione della collaborazione e dello scambio di conoscenze con i centri di eccellenza nazionali ed internazionali.

La partecipazione nei confronti degli operatori

Il Policlinico, riconoscendo il significato strategico e di valore delle risorse professionali, nelle quali intravede il vero capitale della sua dotazione, promuove e tutela le forme di valorizzazione del proprio personale, favorendone la partecipazione consultiva, propositiva e decisionale negli ambiti di competenza riconosciuti, il coinvolgimento nella responsabilità, la gratificazione professionale, nel quadro dei meccanismi operativi e delle strategie incentivanti e con il supporto della formazione e dell'aggiornamento finalizzato.

Il processo di valorizzazione del personale costituisce impegno prioritario della Direzione generale e dei livelli dirigenziali; si sviluppa nel rispetto della normativa nazionale e regionale, dei contratti collettivi di lavoro nazionali ed integrativi; riguarda tutte le componenti professionali operanti; coinvolge le organizzazioni sindacali; è coadiuvato dalle iniziative del Collegio di Direzione; si concretizza mediante progetti e programmi specifici definiti e realizzati prioritariamente all'interno dello stesso.

La partecipazione nei confronti della società civile

Consapevole della sua appartenenza al contesto sociale, economico e culturale dell'ambito territoriale di riferimento il Policlinico s'impegna ad esserne diretta espressione istituzionale mediante l'assunzione di forme partecipative e di correlazione coordinate dalla Direzione generale, capaci di sensibilizzarsi ai valori, ai bisogni, alle esigenze emergenti ai vari livelli di aggregazione presenti nella società, e di tradurli in iniziative di offerta del servizio ad essi rispondenti e con essi compatibili, dando senso ed indirizzo alla responsabilità sociale di cui è portatore.

La partecipazione nei confronti delle Organizzazioni Sindacali

Il Policlinico riconosce il ruolo delle rappresentanze sindacali del personale e s'impegna a valorizzarlo per favorirne lo sviluppo, nella trasparenza delle reciproche competenze e responsabilità, verso obiettivi strategici e gestionali condivisi e da realizzare mediante una partecipazione fondata su un patto di solidarietà relativamente alle scelte strategiche attuative della missione aziendale e alle conseguenti opzioni operative con particolare riguardo alle tematiche dell'organizzazione e della sicurezza del lavoro.

Riconosce il ruolo fondamentale delle Organizzazioni Sindacali del personale e intende valorizzarlo attraverso lo strumento della concertazione intesa come partecipazione e responsabilizzazione sulle scelte strategiche attuative della missione aziendale e sulle conseguenti opzioni operative a livello di organizzazione e di funzionamento dei servizi.

Ai sensi dell'articolo 16 del vigente PGI, per le problematiche che coinvolgono anche il personale universitario con attività assistenziale, potranno presenziare ai tavoli della contrattazione decentrata una rappresentanza della RSU di Ateneo, formalmente designata da quest'ultima, nonché una rappresentanza dei professori e ricercatori universitari designata dal Consiglio della Scuola di Scienze Mediche e Farmaceutiche, sentiti i Dipartimenti Universitari.

In tal caso un componente designato dal Rettore potrà presenziare ai tavoli della contrattazione decentrata unitamente alla delegazione di parte pubblica.

VIII. Norme transitorie e finali

(Art. 51) (Criteri e principi direttivi per l'esercizio del potere regolamentare e per l'adozione dei provvedimenti di attuazione del Regolamento)

Sono rimesse all'esercizio del potere regolamentare del Policlinico la disciplina di particolari materie afferenti alla gestione organizzativa e la definizione degli indirizzi necessari all'attuazione della normativa contenuta nel presente atto, fermo restando il riferimento alle fonti normative nazionali e regionali in materia.

Con l'adozione del presente Regolamento perdono efficacia tutti i provvedimenti regolamentari ed organizzativi in contrasto con i contenuti dell'atto stesso.

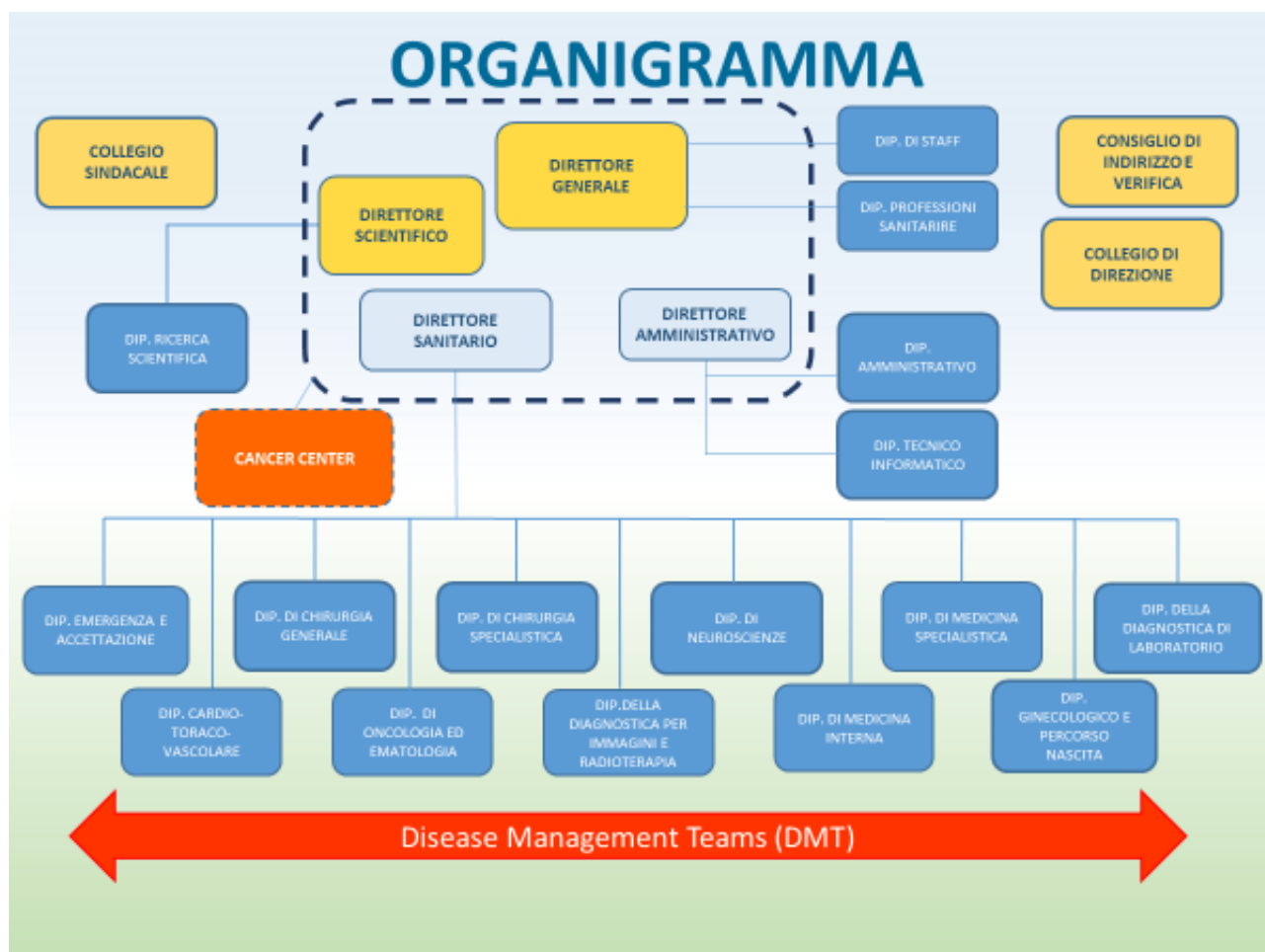
Il Policlinico si riserva di approvare i regolamenti attuativi non disciplinati dai regolamenti e/o atti allegati al presente documento e/o espressamente citati.

(Art. 52) (Norma finale)

Il Policlinico si riserva di apportare al presente Regolamento, d'intesa con il Rettore ai sensi dell'art. 11 del PGI le necessarie modificazioni ed integrazioni che potranno intervenire a seguito dell'entrata in vigore di normativa nazionale o regionale che disciplinino la materia in maniera difforme rispetto a quanto previsto dal presente Regolamento, nonché a seguito di modifiche al vigente Protocollo Generale di Intesa Regione/Università qualora lo stesso debba uniformarsi ai contenuti dello Schema tipo di convenzione previsto dall'art. 6, comma 13, della L. n. 240/2010, qualora emanato.

II PARTE - PIANO DI ORGANIZZAZIONE AZIENDALE (POA)

IX. Livello Organizzativo



La Direzione Strategica è costituita dal Direttore Generale, dal Direttore Scientifico, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo.

In particolare la Direzione Strategica, costituita come sopra, realizza il necessario coordinamento tra i quattro direttori per una gestione unitaria del Policlinico in linea con quanto previsto dal D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., dalla L.R. n. 41/2006 dal D. Lgs. n. 288/2003 e s.m.i. Altresì, in tale sede, avviene il coordinamento funzionale tra i Direttori e i Dipartimenti, in particolare dei DAI, ivi compresi quelli corrispondenti alle aree tematiche di riconoscimento dell'IRCCS.

Il Policlinico individua il proprio disegno organizzativo attraverso la rappresentazione precedente individuando i dipartimenti a supporto della Direzione Strategica come segue:

Dipartimento di Staff;

Dipartimento delle Professioni Sanitarie;

Dipartimento Ricerca Scientifica;

Dipartimento Amministrativo;

Dipartimento Tecnico Informatico;

Tali Dipartimenti dipendono funzionalmente dalla Direzione Strategica, di seguito vengono elencate le strutture complesse e semplici dipartimentali che compongono i Dipartimenti sopraindicati con indicazione delle rispettive funzioni.

Dipendono funzionalmente al Direttore Generale, indipendentemente dalla loro collocazione all'interno delle rispettive Unità Operative, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, il Responsabile della protezione dei dati (DPO Data Protection Officer), il Medico competente, il Medico autorizzato, l'Esperto qualificato.

Le Strutture semplici, articolazione delle Strutture complesse, saranno definite con apposito provvedimento entro 120 giorni dall'adozione del presente Regolamento.

Il presente Regolamento disciplina altresì l'organizzazione dipartimentale del Policlinico che può prevedere la costituzione di Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI) peculiari delle aziende ospedaliere universitarie integrate, nonché di Dipartimenti Assistenziali (DA) finalizzati alla soddisfazione delle esigenze del SSR e di Dipartimenti di ricerca.

Per il Policlinico viene considerata funzionale l'istituzione dei DAI, quali organizzazioni integrate composte da unità operative, complesse e semplici a direzione universitaria o ospedaliera e da programmi intra o interdipartimentali che perseguono comuni finalità tra loro interdipendenti pur mantenendo autonomia e responsabilità professionale e sono definiti in coerenza con le esigenze assistenziali, didattiche e di ricerca, tenuto conto delle necessarie sinergie tra i piani di sviluppo del Policlinico e la programmazione della Scuola di Scienze Mediche e Farmaceutiche.

Nell'ambito del piano di organizzazione trovano anche realizzazione soluzioni organizzative e assistenziali caratterizzate da un approccio integrato alla malattia volte a migliorare i risultati clinici, la qualità dei servizi resi e la razionalizzazione dei costi mediante i *Disease Management Teams* (DMT). La metodologia dei DMT consente, infatti, di superare eventuali frammentazioni delle cure attraverso l'intervento e la cooperazione dei diversi attori del processo assistenziale che, riuniti in un team multidisciplinare, possono ridefinire l'iter diagnostico terapeutico integrando interventi e risorse ed agendo trasversalmente rispetto all'organizzazione dipartimentale tradizionalmente verticale. Infine i DAI rappresenteranno il fondamento della rete interaziendale costituita dai Dipartimenti Interaziendali Regionali (DIAR) previsti dalla Legge regionale n. 27/2017 al fine di favorire modalità di integrazione organizzativa e di coordinamento e miglioramento della qualità dei servizi erogati con riguardo agli ambiti di attività comuni a tutte le Aziende, Istituti ed Enti del S.S.R., con l'obiettivo di promuovere qualità, appropriatezza delle cure, omogeneità sul territorio, efficienza clinica e organizzativa, efficacia delle attività sanitarie e sociosanitarie ed ottimizzazione delle risorse.

I Dipartimenti interaziendali di interesse regionale saranno disciplinati secondo lo schema di Regolamento approvato con DGR n. 926 del 29.09.2023.

Le strutture operative che costituiscono i DAI sono aggregate al fine di garantire risposte assistenziali unitarie, tempestive e razionali sulla base di regole condivise di comportamento assistenziale. In ottemperanza a quanto previsto dalla D.G.R. n. 7/2017, l'organizzazione dipartimentale prevede all'interno di ciascun Dipartimento, salvo deroghe, l'aggregazione di almeno quattro e di non più di otto strutture organizzative complesse, comprendendo, in alcuni casi, anche strutture organizzative semplici dipartimentali.

Tenuto conto della programmazione nazionale fissata dagli standard del DM n. 70/2015 del documento di programmazione socio-sanitaria regionale vigente, l'attuale Piano di Organizzazione Aziendale prevede i seguenti DAI:

- Dipartimento Emergenza e Accettazione (DEA)
- Dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare
- Dipartimento di Chirurgia Generale
- Dipartimento di Chirurgia Specialistica
- Dipartimento Ginecologico e percorso nascita
- Dipartimento di Oncologia ed Ematologia
- Dipartimento della Diagnostica di laboratorio
- Dipartimento della Diagnostica per immagini e radioterapia
- Dipartimento di Neuroscienze
- Dipartimento di Medicina interna
- Dipartimento di Medicina specialistica

Tale aggregazione dipartimentale è finalizzata a:

- favorire l'integrazione tra didattica, ricerca ed assistenza in tutte le componenti strutturali, organizzative e professionali dell'ente, anche perseguendo il modello innovativo di Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico coniugato alla peculiarità di Azienda Ospedaliera Universitaria; tale modello da un lato rende fruibili per la ricerca tutte le risorse e attività e dall'altro valorizza la potenzialità didattica di tutti i professionisti;
- sostenere l'azione dei DMT favorendo la continuità e la trasversalità dei percorsi multidisciplinari assistenziali e di ricerca;
- favorire l'integrazione ottimale e la continuità della specifica area tematica del Policlinico con le altre aree interessate alla realizzazione degli scopi del S.S.R. e dell'Università, tenendo conto del ruolo regionale del Policlinico;
- fornire percorsi assistenziali di alta qualità e innovatività;
- garantire il più elevato livello possibile di appropriatezza delle cure attraverso l'uso delle linee guida;
- assicurare coerenza e tempestività nell'erogazione delle prestazioni;
- consentire la partecipazione delle funzioni direzionali al governo clinico e budgetario;
- assicurare l'utilizzo integrato ed efficace delle risorse;
- assicurare la concreta e corretta integrazione tra attività assistenziale ed attività di ricerca mediante i Percorsi Diagnostico Terapeutici (PDT) e soprattutto mediante i DMT.

Tali Dipartimenti dipendono gerarchicamente dalla Direzione Sanitaria e funzionalmente dalla Direzione Strategica compresi quelli relativi alle aree tematiche oggetto di riconoscimento scientifico. In particolare tale organizzazione realizza il necessario coordinamento tra la Direzione Scientifica e i dipartimenti dedicati alle aree tematiche di riconoscimento scientifico, ad oggi Neuroscienze e Oncologia.

(Art. 53) (Cancer Centre)

Il Comprehensive Cancer Center del Policlinico San Martino (HSM-CCC) fornisce cure specialistiche per tutti i tipi di cancro, compresi quelli più rari e complessi. I professionisti del HSM-CCC garantiscono una presa in carico olistica in cui il cittadino è al centro del processo di cura ad ha accesso ai trattamenti più avanzati per il cancro. Il HSM-CCC offre ai pazienti l'accesso ai trattamenti e alle tecnologie più recenti per tutti i tipi di cancro attraverso una forte integrazione tra l'attività clinica, di ricerca e di supporto in tutte le fasi della malattia.

Organizzazione

Il HSM-CCC è costituito da tutte le unità operative dell'Ospedale Policlinico San Martino IRCCS che si occupano di cancro a scopo clinico-assistenziale e di ricerca in modo esclusivo o prevalente, che hanno un'afferenza "strutturale" ai Dipartimenti Assistenziali Integrati del Policlinico e si avvale, nel suo percorso funzionale "trasversale", dei "disease management teams (DMT)" che garantiscono una gestione delle diverse forme di cancro attraverso un team multidisciplinare di operatori.

Governance

La governance del HSM-CCC è incardinata sul "Cancer Board" che, in collaborazione con il Dipartimento Aziendale Integrato di Oncoematologia, risponde direttamente alla Direzione Strategica del Policlinico. Il Cancer Board elabora le strategie clinico-assistenziali e di ricerca sul cancro attraverso la definizione di un piano quinquennale e definisce, in accordo con la Direzione Strategica, ed in armonia con i Dipartimenti Assistenziali Integrati, le modalità operative conseguenti per raggiungere gli obiettivi, monitorare le attività ed adottare quelle azioni di mitigazione dei possibili problemi.

Il Cancer Board è nominato dalla Direzione Strategica dell'Istituto ed è così costituito:

- Direttore
- Vice-Direttore
- Direttore Scientifico
- Direttore Sanitario
- Un rappresentante dei coordinatori dei DMT oncologi
- Tutti i direttori delle UU.OO. di Oncologia ed Ematologia e Clinica di medicina interna ad indirizzo oncologico
- Direttore U.O. Farmacia
- Direttore U.O. Epidemiologia Clinica

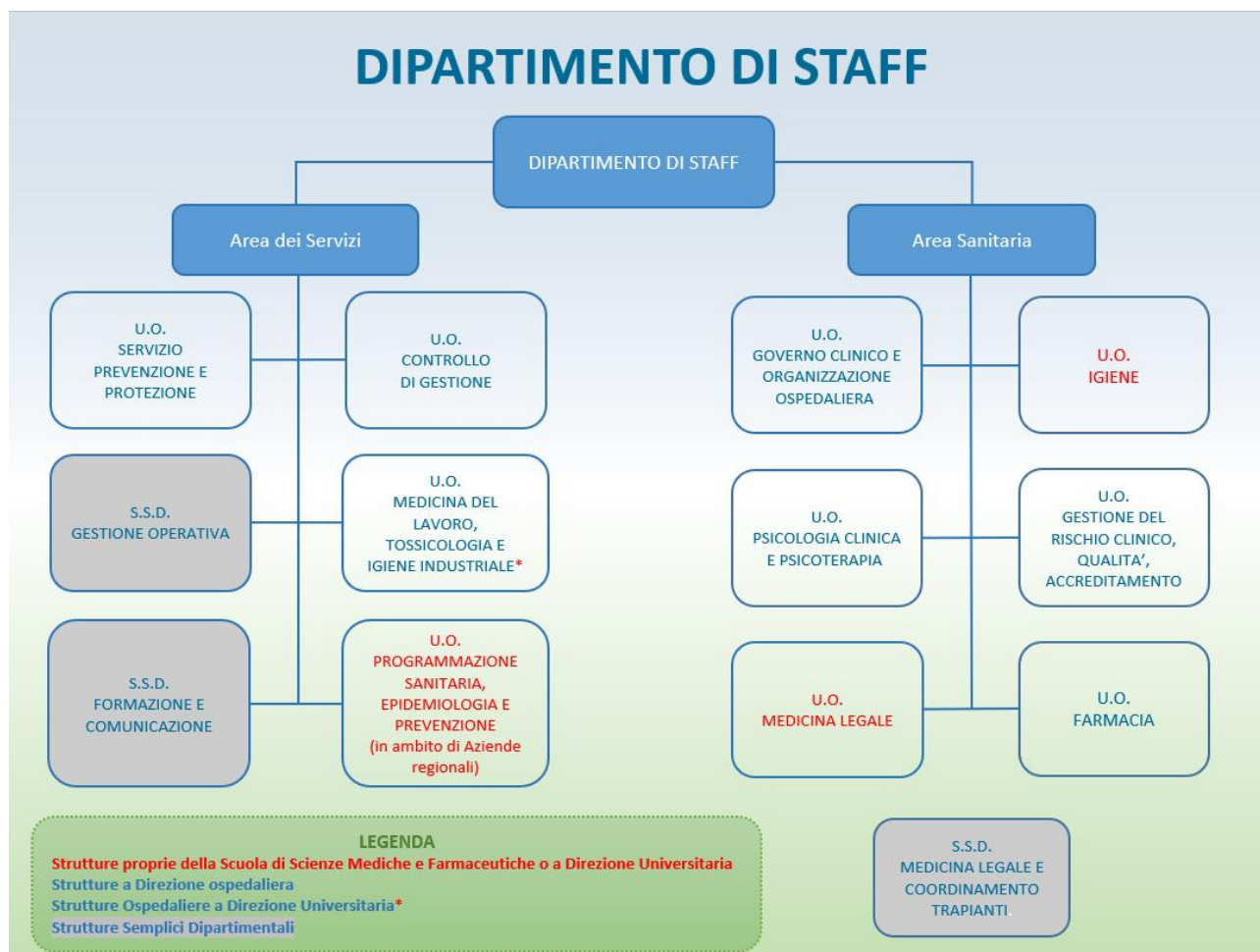
- Un direttore U.O. in area di radiologia
- Un direttore di U.O. di Anatomia Patologica
- Un direttore UO ricerca traslazionale oncologica
- Un rappresentante delle Professioni Sanitarie
- Coordinatore del Molecular Tumor Board
- Un rappresentante dei pazienti

Obbiettivi

Gli obbiettivi dell’HSM-CCC sono definiti dal piano strategico quinquennale clinico assistenziale e della ricerca e si declinano attraverso:

1. Ottimizzazione dei percorsi di cura dei pazienti oncologici;
2. Condivisione, implementazione, e monitoraggio di un modello di presa in carico del paziente oncologico;
3. Coinvolgimento del paziente nelle scelte relative alla sua salute e nell’identificazione delle priorità sia in campo clinico-assistenziale che di ricerca (“patient empowerment”);
4. Implementazione delle azioni di supporto ai pazienti oncologici in tutte le fasi della vita incluso in ambito di terapia del dolore e cure palliative;
5. Implementazione delle azioni di supporto in tema di “cancer survivorship”;
6. Garantire l’accesso all’innovazione tecnologica nell’ambito della cura per esempio attraverso la profilazione molecolare governata dal Molecular Tumor Board dell’Istituto;
7. Governo degli studi clinici, inclusi quelli di “fase 1”, per garantire la migliore offerta di terapie personalizzate;
8. Implementazione di progetti di ricerca innovativi in ambito di ricerca fondamentale e traslazionale;
9. Implementazione di attività di network attraverso il coinvolgimento in progetti clinici e di ricerca a livello nazionale ed internazionale con le organizzazioni di riferimento (per es. Alleanza Contro il Cancro -ACC- e l’Organization of European Cancer Institutes -OEIC-).

(Art. 54) (Dipartimento "staff")



Area dei servizi

U.O. Servizio Prevenzione e Protezione (SPP)

Compiti:

Collabora con le funzioni aziendali nell'individuazione delle linee strategiche e nelle procedure di prevenzione e protezione, anche definendo azioni di miglioramento della sicurezza complessiva sulla base delle linee guida per un sistema di gestione della salute e sicurezza sul luogo del lavoro. Garantisce l'individuazione dei fattori di rischio e collabora con il Datore di Lavoro nella valutazione ed elaborazione del Documento di valutazione dei rischi aziendali ai sensi del D.Lgs.n. 81/2008 e s.m.i.

Collabora con le funzioni aziendali per l'individuazione delle misure di prevenzione, sicurezza e tutela della salute del lavoratore previste dal D.Lgs. n. 81/2008 e s.m.i.

Contribuisce allo sviluppo di un Sistemi di Gestione della Sicurezza nei luoghi di lavoro (SGSL) aziendale in attinenza con la norma internazionale ISO 45001:2018.

Coordina gli Audit di sicurezza interni e la rete aziendale dei Lead Auditor ISO 45001:2018.

Promuove progetti di promozione del Benessere organizzativo aziendale attraverso percorsi di promozione della salute e sicurezza sperimentando anche modalità innovative quali la *Behaviour Based Safety* in aree critiche.

Individua parametri di valutazione sullo stato gestionale della sicurezza parametrati nella BSC aziendale.

Collabora con le funzioni aziendali nella gestione dei rapporti con i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza (RLS).

Propone i programmi di informazione e formazione dei lavoratori.

IL RSPP afferisce funzionalmente al Dipartimento di *staff*, ma gerarchicamente risponde al Direttore generale.

U.O. Controllo di Gestione

Compiti:

Sviluppa e gestisce gli strumenti e le tecniche fondamentali del controllo direzionale.

Garantisce il supporto alla direzione generale per l'attività di pianificazione e programmazione aziendale attraverso analisi gestionali e studi di natura strategica.

Garantisce il supporto nell'attività di verifica ed analisi – mediante valutazioni comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati – della realizzazione degli obiettivi, della corretta ed economica gestione delle risorse.

Garantisce il sistema di controllo idoneo a fornire alla direzione aziendale tutti gli elementi necessari per la verifica dei risultati aziendali.

Progetta e gestisce il ciclo della performance ed il correlato sistema di valutazione.

Supporta la direzione nel processo di *budgeting* e nell'organizzazione dei processi.

Collabora con l'area economico-finanziaria per garantire il collegamento tra contabilità generale e controllo di gestione.

Garantisce la gestione del reporting direzionale e costituisce interfaccia tecnica nei confronti dei sistemi di indicatori regionali e nazionali per la valutazione di efficienza ed efficacia.

Collabora alla definizione del modello organizzativo più adeguato, garantendo i dati necessari all'ottimizzazione delle risorse ed al miglioramento dell'assetto organizzativo del Policlinico.

U.O. Medicina del lavoro, tossicologia e igiene industriale

Compiti:

Assicura la promozione e la tutela della salute nei luoghi di lavoro, mediante azioni ed attività volte alla prevenzione e alla diagnosi in materia di igiene e sicurezza del lavoro.

Garantisce la prevenzione e tutela della salute degli operatori dai rischi lavorativi, collaborando con il SPP nell'attività di informazione, formazione ed assistenza in materia di prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro.

Svolge attività di sorveglianza sanitaria dei lavoratori mediante protocolli definiti in funzione dei rischi specifici.

Svolge i compiti e le attività del Medico competente, secondo quanto definito dal D.Lgs. n. 81/2008 e s.m.i. e le funzioni di Medico autorizzato ai sensi del D.Lgs. 101/2020.

Effettua attività di diagnosi e follow-up delle malattie lavoro-correlate per i lavoratori e gli utenti del Servizio Sanitario Nazionale.

U.O. Programmazione Sanitaria, epidemiologia e prevenzione (in ambito di Aziende Regionali)

La struttura è stata individuata nell'allegato del Protocollo Generale d'Intesa Regione – Università recante le "Strutture proprie della Scuola di Scienze Mediche e Farmaceutiche o a Direzione Universitaria operanti presso IRCCS Policlinico San Martino", prevedendone l'attivazione in ambito di aziende regionali.

S.S.D. Gestione Operativa

Compiti:

Sviluppa l'ingegnerizzazione dei processi sanitari orientati all'efficientamento del sistema mediante l'implementazione e la gestione dell'insieme delle procedure, degli strumenti e dei ruoli che presidiano il funzionamento dei processi caratteristici di un'azienda mediante l'adeguata gestione dei servizi e delle attività ausiliarie e di supporto.

Fornisce il supporto metodologico per lo sviluppo di progetti di miglioramento già attivi o da attivare, l'implementazione di progetti strategici con il fine di avvicinarsi all'asset management.

Fornisce l'informazione e la formazione ai professionisti relativamente all'utilizzo di strumenti di miglioramento.

La struttura, pur collocata nel dipartimento di staff, dipende gerarchicamente dal Direttore Generale, in coordinamento funzionale con il Direttore Sanitario.

S.S.D. Formazione e Comunicazione

Compiti:

Predisporre specifici programmi di attività formativa sulla base delle esigenze e delle finalità aziendali e con l'obiettivo di mettere a punto prodotti didattici e di qualità certificata (piano formativo aziendale).

Opera in qualità di Provider regionale.

Gestisce il Centro Congressi, in collaborazione con gli uffici amministrativi.

Garantisce ed implementa i processi di comunicazione interna ed esterna, in accordo e collaborazione con l'addetto stampa, anche mediante lo sviluppo dei siti Intranet ed Internet e gli strumenti di "social network".

Garantisce l'attuazione del Piano di Comunicazione annuale in raccordo con la programmazione regionale.

Promuove l'immagine del Policlinico attraverso specifiche forme di comunicazione allo scopo di far conoscere ai cittadini i servizi offerti, le iniziative correlate ai temi della salute e quelle di diffusione della cultura scientifica e di promozione sanitaria.

Nella struttura opera l'addetto stampa per le funzioni di informazione verso i media ai sensi della L. n. 150/2000. Tale figura, pur afferendo funzionalmente alla S.S.D., dipende gerarchicamente dalla Direzione strategica.

Area Sanitaria

U.O. Governo clinico e organizzazione ospedaliera

Compiti:

Governa l'organizzazione sanitaria ed assicura la continuità operativa tra i livelli organizzativi del Policlinico allo scopo di garantire il buon andamento dei servizi per la realizzazione dei programmi e degli obiettivi individuati dalla pianificazione aziendale.

Sviluppa competenze, strumenti e metodologie che favoriscono il trasferimento delle migliori evidenze scientifiche nella pratica clinica e l'attenzione sistematica alla qualità dell'assistenza.

È complessivamente responsabile dei livelli qualitativi e di appropriatezza delle prestazioni erogate. Coordina e controlla le attività riguardanti l'accesso alle prestazioni ospedaliere di ricovero e ambulatoriali e le attività per la garanzia di continuità dell'assistenza intraospedaliera, anche attraverso il coordinamento dell'organizzazione delle guardie attive e delle pronte disponibilità del personale laureato sanitario.

Coordina e controlla affinché gli approvvigionamenti di tecnologie sanitarie e materiale sanitario siano adeguati alle esigenze assistenziali.

Fornisce supporto igienico-organizzativo sugli aspetti sanitari correlati alle progettualità tecnico-strutturali del Policlinico.

Coordina e controlla l'attività della libera professione intramoenia.

Coordina l'Ufficio NOC deputato al controllo, al monitoraggio e alla valutazione della congruità dei dati sanitari, dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie erogate e della qualità della documentazione sanitaria.

Supporta le funzioni medico legali e tecnico amministrative nei rapporti con l'Autorità Giudiziaria.

Ha la responsabilità del percorso "cartelle cliniche", compresa la loro conservazione.

Cura i rapporti di collaborazione con altri Enti /Aziende sanitarie per l'esecuzione di prestazioni sanitarie.

U.O. Psicologia clinica e psicoterapia

Compiti:

Valuta e tratta il disagio psicologico che accompagna l'esperienza di malattia e i trattamenti che ne conseguono (dalla diagnosi, al percorso di cura, al follow-up). Gli interventi sono personalizzati e possono essere rivolti al paziente, alla sua famiglia e agli operatori coinvolti. La specificità del settore clinico si definisce attraverso percorsi assistenziali condivisi con le altre Unità Operative, nell'ottica di presa in carico multidisciplinare del paziente nell'arco del percorso di cura.

Interviene nei settori di assistenza ospedaliera, in una dimensione di trasversalità e per macro aree di assistenza, come definite dall'assetto organizzativo del Policlinico, secondo una logica prioritariamente fondata sull'integrazione e sul processo di cura del singolo e dei gruppi

Partecipa ai processi di miglioramento della qualità dell'assistenza in Ospedale, con progetti tesi alla prevenzione e alla gestione del rischio clinico e all'analisi dei processi orientati allo sviluppo del benessere organizzativo.

Partecipazione ai progetti per la promozione della salute e l'umanizzazione delle cure, nonché per il miglioramento del clima organizzativo.

Si occupa della consulenza e della formazione del personale, con riferimento al disagio ed alla sofferenza degli operatori nella complessa relazione con i malati ed i familiari.

U.O. Medicina legale

Compiti:

Effettua prevenzione, monitoraggio, contenimento dei conflitti e del contenzioso in tema di responsabilità professionale del Medico, in stretta collaborazione con la Direzione Sanitaria e l'U.O. Affari Generali e Legali.

Collabora con U.O. Affari Generali e Legali per lo studio dei casi in riferimento alla valutazione dei sinistri e per la presentazione della documentazione nel Comitato di Valutazione dei sinistri anche espletando le visite medico-legali di valutazione del danno occorso ai pazienti in conseguenza di attività medico-chirurgica presso il Policlinico.

Rappresenta il Policlinico nel Comitato di Valutazione Sinistri metropolitano.

Collabora con la Direzione Sanitaria e con l'Ufficio Qualità per processi di revisione della documentazione sanitaria e delle attività sanitarie ai fini della riduzione del Rischio Clinico.

Effettua riscontri diagnostici, visite necroscopiche e indagini istopatologiche.

Accerta la realtà di morte cardiaca nonché la realtà di morte cerebrale per eventuale finalità di espianto multiorgano e miglioramento organizzativo del processo di donazione e per il miglioramento organizzativo della gestione delle salme.

U.O. Igiene

Compiti:

Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA):

- Coordina e gestisce le principali attività epidemiologiche di sorveglianza e prevenzione.
- Implementa e gestisce la sorveglianza delle ICA, l'esecuzione di eventuali indagini di epidemie e la valutazione dei programmi di intervento.
- Verifica il rispetto, da parte del personale sanitario, delle procedure finalizzate alla prevenzione delle ICA, e promuove le *Evidence Based Practices* per il miglioramento dei processi erogati.
- Organizza e partecipa al Comitato Infezioni Ospedaliere (CIO) del Policlinico e partecipa al Gruppo Tecnico Regionale per la prevenzione delle ICA.
- Coordina il Gruppo Operativo (GO) del CIO.

Esegue il monitoraggio e il controllo delle attività appaltate a Ditte in outsourcing (pulizia e sanificazione, lavanoio e tessuti tecnici per Sale Operatorie, sterilizzazione, smaltimento rifiuti, disinfestazione-derattizzazione, ristorazione).

Gestisce il Servizio Disinfettori Aziendali per tutte le UU.OO. Ospedaliere. Il Servizio rappresenta inoltre il riferimento regionale per la disinfezione delle ambulanze e di altri mezzi di soccorso.

Esegue attività di epidemiologia e diagnostica di malattie trasmissibili rilevanti per la salute dei degenti e degli operatori sanitari in ambito ospedaliero.

Esegue attività di sorveglianza previste nell'ambito dei flussi routinari Regione-Ministero e che costituiscono debito informativo regionale.

Esegue linee di lavoro di diagnostica a valenza regionale.

Effettua attività di diagnostica molecolare per le patologie trasmissibili sfruttando l'organizzazione per "core facilities", con lo scopo di mettere a disposizione della ricerca clinica e traslazionale attrezzature particolarmente complesse e/o know-how specialistici.

Attua la sorveglianza igienico ambientale all'interno delle strutture ospedaliere attraverso la valutazione della carica microbica totale nell'aria, acqua e superfici, la valutazione microbiologica delle acque potabili e dell'aria.

Organizza e gestisce specifiche campagne di vaccinazione mirate ai soggetti/pazienti appartenenti a specifiche categorie a rischio in Azienda, tra cui gli operatori sanitari e sociosanitari, secondo le vigenti raccomandazioni ministeriali e regionali

Presta attività di counselling pre e post-test tra il counsellor e l'utente su tematiche inerenti l'AIDS/HIV, le epatiti virali, le malattie infettive prevenibili con la vaccinazione, la tubercolosi, la rosolia in gravidanza, la rosolia congenita.

Esegue attività inerente i trattamenti conservativi.

U.O. Gestione del rischio clinico, qualità, accreditamento

Compiti:

Promuove la cultura della "safety".

Implementa le attività di prevenzione del rischio clinico.

Implementa e sviluppa la promozione e lo sviluppo di metodologie per la gestione del rischio secondo lo strumento CARMINA.

Governa il lavoro delle aree del modello CARMINA.

Coordina le attività dell'Unità funzionale di Gestione del Rischio (UGR).

Partecipa alla valutazione del contenzioso in sede di Comitato Gestione Sinistri Metropolitan.

Promuove la realizzazione e l'implementazione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) all'interno del Policlinico.

Promuove, divulga e monitora il miglioramento della qualità all'interno del Policlinico con il coinvolgimento degli operatori attraverso la gestione della rete Aziendale dei Referenti della Qualità (RAQ).

Promuove ed implementa il sistema di gestione della qualità secondo le norme ISO 9001.

Promuove ed implementa il sistema di Accreditamento e Designazione come Comprehensive Cancer Centre secondo lo standard OECE.

Gestisce l'accreditamento dell'ospedale attento alla donna secondo gli standard dell'Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna (ONDA).

Implementa la rete dei Facilitatori aziendali dell'attività di Auditing Clinico.

Supervisiona la parte clinica nel progetto della nuova Cartella Clinica Elettronica (CCE).

Sviluppa progetti di ricerca volti a individuare aree di miglioramento per l'intero Policlinico.

Coordina e gestisce l'Ufficio Relazioni con il Pubblico.

Valorizza la partecipazione degli utenti al processo di definizione, applicazione e misurazione della qualità attraverso la gestione del Comitato Misto Consultivo.

Promuove le attività di umanizzazione dell'ospedale.

Supervisiona l'attività del servizio civile presso il Policlinico (convenzione FAVO – AIMAC).

Rileva e monitorizza la qualità percepita dai pz attraverso la somministrazione di questionari (customer).

Opera nella mediazione dei conflitti, attraverso il coordinamento della Commissione mista Conciliativa.

Collabora nella valutazione del contenzioso di natura infettivologica, attraverso il comitato valutazione rischio infettivo.

Coordina i percorsi per l'autorizzazione/accreditamento trapianti (organi solidi e CSE).

Collabora al mantenimento dell'accREDITAMENTO JACIE per il programma trapianti cellule staminali emopoietiche.

Revisiona i consensi informati e le informative in uso nel Policlinico.

Monitora l'aderenza alle buone pratiche cliniche.

Collabora al monitoraggio dei pz in lista di attesa per interventi chirurgici e nella gestione dell'attività in elezione di urgenza/emergenza (gruppo GeTOCH).

È parte integrante del GEP-TEAM.

Garantisce la formazione e il mantenimento delle competenze dei valutatori del sistema qualità.

Collabora al fine di garantire azioni di miglioramento nell'organizzazione del DH Onco-Ematologico.

Gestisce la documentazione del sistema gestione qualità.

U.O. Farmacia

Compiti:

Gestisce e distribuisce farmaci, stupefacenti, emoderivati, sieri e vaccini, mezzi di contrasto, RIA, soluzioni perfusionali e sacche nutrizionali parentali, disinfettanti, prodotti galenici industriali, diagnostici e reattivi comuni e in service e della ricerca, dispositivi medici comuni e specialistici (es. medicazioni), materiale da sutura, pace-maker, materiale per videolaparoscopia, protesi articolari vascolari e cardiache, materiali per laboratori, provette per laboratori, dispositivi medici generici.

Gestisce in modo informatico "totale" online, tramite la Intranet aziendale con gestione elettronica, le richieste prescritte dai Reparti relative a tutti i prodotti sanitari gestiti.

Gestisce in modo informatico ed emette proposte d'ordine per acquisto di prodotti sanitari gestiti.

Presta consulenza tecnica per la stesura dei capitolati tecnici e partecipa a commissioni tecniche di gare aziendali e regionali.

Gestisce il farmaco in dose unitaria allestito centralmente (consegna terapia del paziente per fasce orarie) o in maniera decentrata con consegna della terapia a paziente dispensata localmente da armadio di reparto. La somministrazione dei farmaci non gestiti in dose unitaria avviene con consegna a confezione da parte della farmacia centrale e con somministrazione controllata.

Partecipa al team multidisciplinare nella gestione delle prescrizioni degli antibiotici (Stewardship) sia per le verifiche di appropriatezza sia per la parte gestionale e formativa del progetto.

Fornisce attività di farmacovigilanza ed attività di informazione sul farmaco.

Gestisce Antidoti Emergenza (NBC) e farmaci a distribuzione diretta.

Effettua procedura gestione file F (rendicontazione, controllo, trasmissione e gestione contestazioni).

Eroga farmaci per pazienti in dimissione e dispensa direttamente farmaci alla dimissione (Fascia A PHT).

Monitora, registra e trasmette Farmaci “Registro AIFA”.

Svolge attività del Laboratorio allestimento farmaci antitumorali.

Allestisce e consegna le preparazioni oncologiche parenterali per tutti i reparti.

Gestisce, conserva i farmaci sperimentali e allestisce le terapie oncologiche sperimentali e consegna le terapie oncologiche orali per tutti i reparti.

Gestisce la distribuzione diretta di farmaci da dimissione visita specialistica.

Gestisce in modo informatico tutti i prodotti galenici officinali e magistrali allestiti.

Gestisce in modo informatico le schede galeniche di lavorazione e del registro informatizzato delle preparazioni galeniche.

Gestisce la produzione galenica: formulazione, allestimento, distribuzione di medicinali galenici officinali e magistrali uso interno ed esterno, soluzioni asettiche, colliri, prodotti magistrali sterili; formulazione, allestimento, distribuzione di farmaci orfani (non reperibili in commercio).

Gestisce la produzione di sacche nutrizionali personalizzate.

Effettua attività di dispositivo-vigilanza e di informazione e/o segnalazione ‘Incident’.

Promuove l’appropriatezza d’uso di dispositivi medici e diagnostici esclusivi tramite la Commissione Aziendale Dispositivi Medici (CAD).

Gestisce l’approvvigionamento dei dispositivi medici mediante le modalità di conto deposito, conto visione, cessione gratuita e sperimentazione clinica, al fine di garantire la tracciabilità di quanto utilizzato durante l’attività clinica ed assistenziale.

S.S.D. Medicina legale e coordinamento trapianti

Compiti:

Monitora i potenziali donatori in tutte le strutture sanitarie della Regione; raccoglie i dati statistici relativi alle attività di prelievo attraverso il sistema informatico regionale; report alla Giunta Regionale sull’attività svolta.

Cura la tenuta del registro dei decessi con lesioni cerebrali delle terapie intensive regionali valutando, anche con lo strumento dell’audit, in collaborazione con la U.O. Accreditamento, Qualità e Contrattazione Accentrata di A.LiSa., gli indici di attività di procurement delle stesse.

Cura la tenuta dell’elenco dei soggetti in attesa di trapianto; effettua il controllo periodico dal punto di vista gestionale dei pazienti in lista d’attesa; fornisce assistenza socio-sanitaria e psicologica.

Riceve dagli enti autorizzati al prelievo le segnalazioni di organi o tessuti disponibili per il trapianto corredate dei dati di istocompatibilità.

Coordina le varie fasi del prelievo e del trapianto con particolare riferimento all’organizzazione dei trasporti delle équipes chirurgiche e dei pazienti da trapiantare e individuazione dei soggetti più idonei, sulla base dei dati immunologici contenuti nel proprio archivio e con quelli in possesso del centro di riferimento interregionale e nazionale, predisponendo un registro dei pazienti in lista d’attesa; convocazione e preparazione dei riceventi selezionati per trapianto.

Attribuisce gli organi in collaborazione con il CIR NITp e con il CNT operativo, sulla scorta dei criteri prestabiliti e conserva i relativi verbali.

Coordina l’assistenza multidisciplinare per il controllo longitudinale post-trapianto curando il registro dei pazienti trapiantati.

Coordina il procurement di tessuti a livello del Policlinico e regionale collaborando con le Banche dei tessuti regionali.

Incentiva, a livello regionale, la formazione relativa alle attività di donazione e trapianto, cura gli aspetti informativi della popolazione in collaborazione con le associazioni di volontariato del territorio.

Svolge, in collaborazione con A.LiSa., l'attività istruttoria relativa al rilascio delle autorizzazioni, o dei rinnovi delle stesse, alle attività di trapianto di organi a livello regionale secondo la normativa nazionale (legge 1 aprile 1999, n. 91) e regionale (Delibera n. 143 20/2/2015).

(Art. 55) (Il Dipartimento Professioni Sanitarie)



Le strutture indicate con il colore blu sono a direzione ospedaliera
In grigio sono indicate le strutture semplici dipartimentali

L'organizzazione aziendale, al fine di sostenere e integrare l'apporto delle professioni sanitarie di cui alla legge n. 251/00, per un appropriato, efficace ed efficiente andamento dei processi preventivi, diagnostici, terapeutici e riabilitativi e rendere sinergico e ottimale l'andamento dei processi assistenziali, prevede nelle sue articolazioni il Dipartimento delle Professioni Sanitarie.

Tutti i professionisti delle professioni sanitarie afferiscono a questo dipartimento. Il Dipartimento è una struttura dotata di autonomia gestionale, titolare di indirizzo, direzione, organizzazione e coordinamento del governo dei processi finalizzati all'assistenza ed al supporto alla ricerca clinica. Tale attività viene espletata promuovendo modelli organizzativi e professionali innovativi che sviluppano e valorizzano le professioni sanitarie, tecnico-sanitarie. Gli strumenti utilizzati sono: integrazione multi professionale, modelli operativi orientati alla responsabilizzazione delle risorse umane, modelli comunicazionali efficaci, qualità e processi di verifica delle prestazioni.

Il Dipartimento opera con attenzione alla persona, favorendo l'integrazione multiprofessionale, migliorando la qualità dell'assistenza erogata e promuovendo il processo di responsabilizzazione professionale. Inoltre integra la propria attività e responsabilità con quella delle altre strutture aziendali coinvolte nei processi e nelle attività di competenza, sulla base di protocolli operativi di collaborazione e linee guida, finalizzati ad assicurarne funzionamento e interoperabilità.

Il Dipartimento supporta la Direzione e le strutture aziendali relativamente alle materie di propria competenza e concorre alla formulazione delle decisioni strategiche per i processi aziendali, attraverso le conoscenze professionali e tecniche relative ai profili professionali afferenti al Dipartimento stesso.

Il Dipartimento delle Professioni Sanitarie è collocato in staff alla Direzione Generale e funzionalmente risponde alla Direzione Strategica.

Profili Professionali Professioni del Dipartimento

Infermiere	D.M. 14.09.1994, n. 739
Ostetrica /o	D.M. 14.09.1994, n. 740
Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico	D.M. 14.09.1994, n. 745
Tecnico Sanitario di Radiologia Medica	D.M. 14.09.1994, n. 746
Dietista	D.M. 14.09.1994, n. 744
Fisioterapista	D.M. 14.09.1994, n. 741
Tecnico della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro	D.M. 17.01.1997
Assistente Sanitario	D.M. 17.01.1997, n. 69
Tecnico di Neurofisiopatologia	D.M. 15.03.1995, n. 183
Podologo	D.M. 14.09.1994, n. 666
Logopedista	D.M. 14.09.1994, n. 742
Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e della perfusione cardiovascolare	D D.M. 27.07.1998, n. 316
Tecnico Riabilitazione Psichiatrica	D.M. 29.03.2001, n.182
Ortottista	D.M. 14.09.1994, n. 743
Tecnico Audiometrista	D.M. 14.09.1994, n. 667

Operatori Professionali del Dipartimento

Operatori Socio-Sanitari	Acc. Stato – Regioni 22 – 02 – 2001
- Personale Ausiliario Specializzato in Sevizi Socio-Sanitari	

L'articolazione dipartimentale è individuata sulla base della complessità aziendale e della dimensione e natura del volume di risorse di specificità professionale. Il Dipartimento costituisce tipologia organizzativa e gestionale volta a dare risposte tempestive, razionali ed esaustive rispetto ai compiti assegnati, nell'ottica della condivisione delle risorse. Si compone delle seguenti strutture:

- U.O. Governo Professioni Sanitarie Infermieristiche Ostetriche
- U.O. Governo Professioni Sanitarie Tecniche
- U.O. Gestione patient flow ed integrazione con il territorio
- S.S.D. Ricerca, innovazione e sviluppo processi assistenziali

U.O. Governo Professioni Sanitarie Infermieristiche Ostetriche

La U.O. Professioni Sanitarie Infermieristiche Ostetriche garantisce l'appropriatezza, la qualità, l'efficacia professionale e l'efficienza operativa delle attività assistenziali, riabilitative e tecnico-sanitarie prestate nell'ambito del percorso di cura del paziente sulla base delle competenze e delle funzioni individuate dalle norme istitutive dei profili professionali, nonché degli specifici codici deontologici.

Si propone di concorrere ad assicurare un'assistenza personalizzata e di qualità attraverso la revisione dell'organizzazione del lavoro, l'incentivazione di modelli di presa in carico globale della persona e l'utilizzo di metodologie di pianificazione per obiettivi.

In quest'ambito favorisce la figura dell'ostetrica, professionista dell'assistenza alla donna in tutti i tempi coinvolti dalla gravidanza (attesa, parto, puerperio), a declinare modalità organizzative di autonomia e responsabilità nella gestione del percorso fisiologico, con l'obiettivo precipuo di ridurre la medicalizzazione dell'evento nascita che, quando consentito, deve essere vissuto in modo naturale e sicuro da tutte le gestanti.

Attraverso l'impiego ottimale delle risorse disponibili essa concorre ad assicurare risposte appropriate, efficaci ed efficienti sostenibili sotto il profilo sanitario, professionale, etico, deontologico, sociale, economico ed organizzativo.

La Struttura garantisce, inoltre, lo sviluppo dei programmi e il governo dei processi di sviluppo, gestione e valutazione del personale all'interno di una strategia di decentramento organizzativo e di integrazione organizzativa e professionale con tutte le Strutture ed i servizi del Policlinico. Obiettivi prioritari sono:

- assicurare efficacia, qualità ed efficienza professionale-organizzativa ai Percorsi Diagnostico Terapeutici che si realizzano in Istituto al processo assistenziale di prevenzione, cura e riabilitazione;
- garantire appropriati livelli di assistenza infermieristica e ostetrica in rapporto alla programmazione aziendale e nella disponibilità di risorse definite dal budget annuale;
- assicurare lo sviluppo dei processi assistenziali, l'accesso, la presa in carico, la continuità assistenziale e la dimissione coerentemente con le strategie aziendali;

- assicurare l'integrazione multi professionale attraverso lo sviluppo di modelli di assistenza in grado di sostenere e valorizzare le diverse competenze professionali;
- garantire lo sviluppo delle competenze professionali, la selezione e l'inserimento delle risorse professionali di competenza;
- fornire supporto metodologico e tecnico alla Direzione Sanitaria nella programmazione, pianificazione e gestione delle attività assistenziali, nella verifica dell'efficacia dei risultati raggiunti, nella garanzia di un efficiente utilizzo delle risorse assegnate e nella individuazione dei processi di miglioramento;
- fornire supporto metodologico e tecnico alla Direzione Scientifica nella pianificazione e gestione delle sperimentazioni cliniche,
- perseguire gli obiettivi aziendali promuovendo la qualità delle attività assistenziali.

U.O. Governo Professioni Sanitarie Tecniche

La U.O. Governo Professioni Sanitarie tecniche garantisce l'appropriatezza, la qualità, l'efficacia professionale e l'efficienza operativa delle attività riabilitative e tecnico-sanitarie prestate nell'ambito del percorso di cura del paziente sulla base delle competenze e delle funzioni individuate dalle norme istitutive dei profili professionali, nonché degli specifici codici deontologici.

Si propone di concorrere ad assicurare un'assistenza personalizzata e di qualità attraverso la revisione dell'organizzazione del lavoro, l'incentivazione di modelli di presa in carico globale della persona e l'utilizzo di metodologie di pianificazione per obiettivi.

Attraverso l'impiego ottimale delle risorse disponibili essa concorre ad assicurare risposte appropriate, efficaci ed efficienti sostenibili sotto il profilo sanitario, professionale, etico, deontologico, sociale, economico ed organizzativo.

La Struttura garantisce, inoltre, lo sviluppo dei programmi e il governo dei processi di sviluppo, gestione e valutazione del personale all'interno di una strategia di decentramento organizzativo e di integrazione organizzativa e professionale con tutte le Strutture ed i servizi del Policlinico.

Obiettivi prioritari sono:

- assicurare efficacia, qualità ed efficienza professionale-organizzativa ai Percorsi Diagnostico Terapeutici che si realizzano in Istituto al processo assistenziale di prevenzione, cura e riabilitazione da parte delle professioni sanitarie tecniche;
- garantire appropriati livelli di assistenza tecnica e riabilitativa in rapporto alla programmazione aziendale e nella disponibilità di risorse definite dal budget annuale;
- assicurare lo sviluppo dei processi assistenziali, l'accesso, la presa in carico, la continuità assistenziale e la dimissione coerentemente con le strategie aziendali da parte delle professioni tecniche;
- assicurare l'integrazione multi professionale attraverso lo sviluppo di modelli di assistenza in grado di sostenere e valorizzare le diverse competenze professionali;
- garantire lo sviluppo delle competenze professionali, la selezione e l'inserimento delle risorse professionali di competenza;

- fornire supporto metodologico e tecnico alla Direzione Sanitaria nella programmazione, pianificazione e gestione delle attività assistenziali, nella verifica dell'efficacia dei risultati raggiunti, nella garanzia di un efficiente utilizzo delle risorse assegnate e nella individuazione dei processi di miglioramento;
- fornire supporto metodologico e tecnico alla Direzione Scientifica nella pianificazione e gestione delle sperimentazioni cliniche;
- perseguire gli obiettivi aziendali promuovendo la qualità delle attività assistenziali.

U.O. Gestione patient flow ed integrazione con il territorio

La U.O. Gestione patient flow ed integrazione con il territorio è la struttura che governa il flusso dei pazienti all'interno del Policlinico al fine di garantire ottimizzazione nei percorsi e nella scelta dei setting assistenziali e la continuità assistenziale con le Aziende Sociosanitarie al fine di garantire la migliore integrazione tra Policlinico e territorio.

L'obiettivo della Struttura è assicurare coordinamento e integrazione tra logistica, aree produttive ospedaliere e percorsi diagnostici-terapeutici, garantendo efficaci processi clinico-assistenziali senza spreco di risorse. Il *patient flow* è inteso come la movimentazione del paziente all'interno della struttura sanitaria dall'ammissione alla dimissione.

L'ottimizzazione dei flussi dei pazienti consente una migliore appropriatezza del *setting* assistenziale, una razionalizzazione delle risorse derivante dal miglior utilizzo di strutture ed è in questa ottica che si sviluppa la funzione di Bed Management.

Nello specifico il Bed Management prevede:

- Il monitoraggio dei ricoveri in acuto dal Pronto soccorso verso i reparti di degenza ordinaria;
- La gestione dei posti letto, agendo secondo la domanda giornaliera;
- Il monitoraggio dei pazienti delle aree critiche per valutarne il trasferimento verso le altre degenze per acuti;
- La facilitazione della gestione dei pazienti fragili, non autosufficienti, frequent users, senza fissa dimora, etilisti ecc in collaborazione con servizi sociali ospedalieri e territoriali, così da evitare ricoveri impropri;
- Il monitoraggio ed il coordinamento delle dimissioni effettuate dai reparti, al fine di individuare eventuali aree di criticità;
- L'analisi e nell'utilizzo dei dati per la creazione di modelli previsionali di afflusso e le conseguenti necessità di posti letto;
- La consulenza e formazione sul campo ai professionisti nelle varie strutture

La U.O. inoltre garantisce la continuità assistenziale e l'integrazione con le Aziende Sociosanitarie al fine di garantire una presa in carico protetta per il paziente.

A supporto di tale attività la U.O. gestirà eventuali reparti a gestione infermieristica quali setting assistenziali di transizione fra Ospedale e Territorio.

S.S.D. Ricerca, innovazione, didattica e sviluppo processi assistenziali

La S.S.D. Ricerca, innovazione e sviluppo processi assistenziali promuove l'innovazione metodologica e organizzativa in modo da favorire il coinvolgimento dei professionisti e la loro maggiore partecipazione nelle attività di ricerca clinica, socio-sanitaria e nelle sperimentazioni cliniche in stretta collaborazione con la Direzione Scientifica, con particolare riferimento agli obiettivi strategici. Collabora con l'Università di Genova alla formazione universitaria di base, specialistica e nella gestione dei Master con tirocini, per valorizzare le diverse professionalità, promuovendo la ricerca e lo sviluppo di prestazioni di qualità e di modelli innovativi di processi assistenziali.

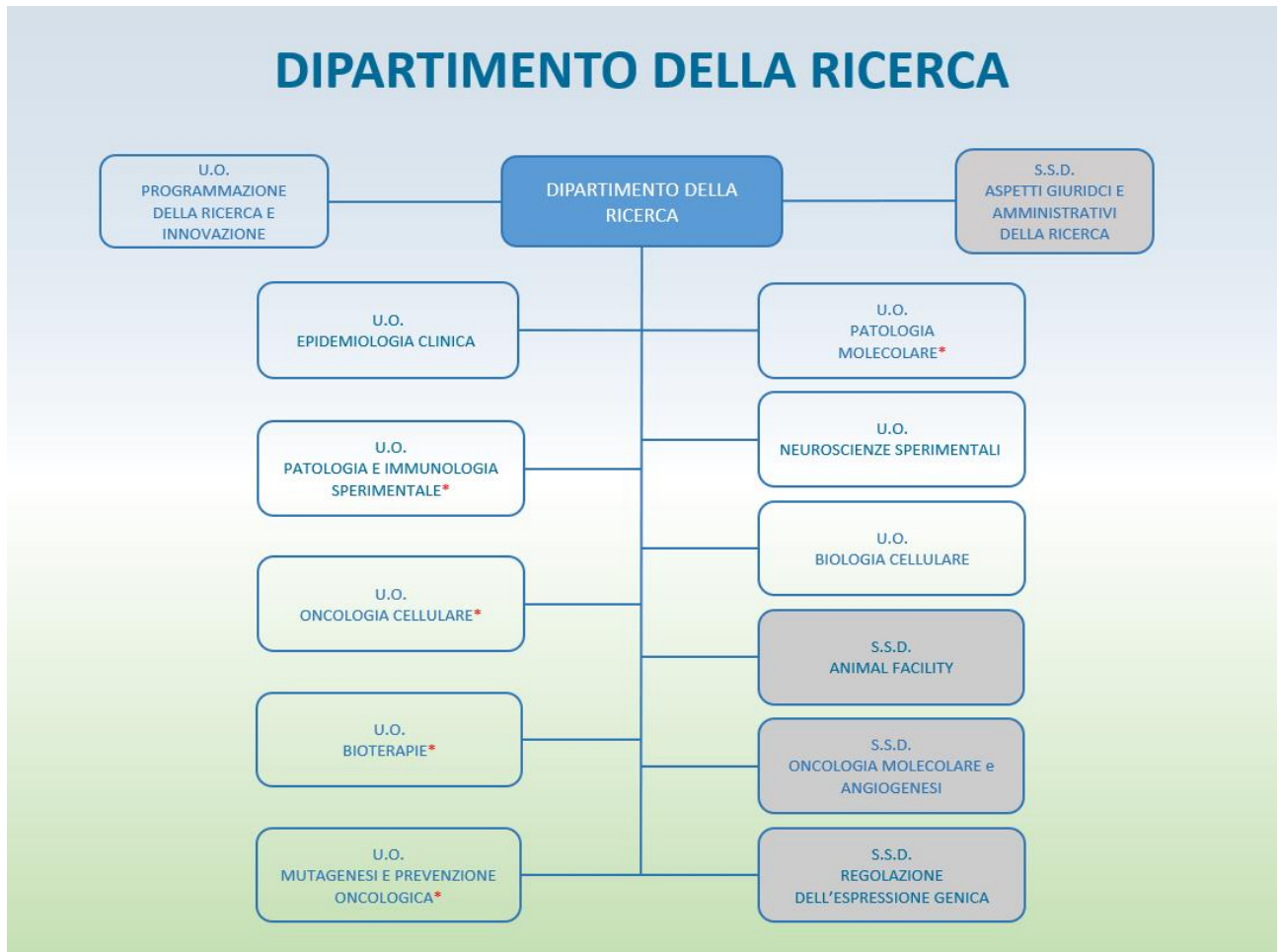
Promuove attività di ricerca per le professioni sanitarie in integrazione con la Direzione Scientifica e le altre strutture di assistenza e di ricerca del Policlinico e supporta il Dipartimento delle Professioni Sanitarie nell'attivazione di nuovi modelli organizzativi e assistenziali.

La struttura collabora ai processi di governo attraverso la pianificazione degli indirizzi strategici e il supporto operativo alla programmazione e al controllo della produzione aziendale nell'ambito dell'innovazione, del trasferimento tecnologico, della ricerca, della formazione e della creazione di nuovi modelli organizzativi; il tutto in un'ottica di sviluppo, miglioramento e innovazione degli asset produttivi aziendali, con particolare riferimento alla sicurezza, all'equità di accesso, al valore, alla qualità delle cure, all'efficacia ed efficienza.

L'obiettivo principale della struttura è la programmazione dell'utilizzo di risorse secondo modalità operative funzionali ai processi orizzontali di cura e di ricerca.

La struttura supporta, per le proprie competenze, la mission del Policlinico, elaborando e seguendo standard di eccellenza, favorendo la ricerca (prevalentemente clinica e traslazionale) nel campo biomedico ed in quello dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari, di innovazione nei modelli di assistenza e di trasferimento delle conoscenze, unitamente a prestazioni di ricovero e cura di alta specialità.

(Art. 56) (Il Dipartimento della Ricerca)



Le strutture indicate con il colore blu sono a direzione ospedaliera
In grigio sono indicate le strutture semplici dipartimentali
Le strutture con asterisco rosso sono ospedaliere a direzione universitaria

Il nuovo Dipartimento di Ricerca nasce per riunire le competenze e gli obiettivi della ricerca in ambito epidemiologico, socio-sanitario, genetico, immunologico, molecolare, delle scienze omiche e computazionale favorendone l'integrazione con le nuove piattaforme tecnologiche ed i servizi ("facilities") e con i ricercatori clinici attraverso una coordinata e sinergica attività che risponda ai fabbisogni clinici e alle necessità di sanità pubblica e contribuisca al costante miglioramento della cura del paziente. Il Direttore del Dipartimento della Ricerca risponde del raggiungimento degli obiettivi al Direttore Scientifico.

Le strutture afferenti al Dipartimento, pur preservando il proprio patrimonio di conoscenze e specifiche competenze, sono chiamate a partecipare ad attività congiunte di ricerca multidisciplinare e trasversale, a promuovere il trasferimento della ricerca di base e pre-clinica nell'attività clinica, favorire il trasferimento tecnologico e contribuire a finalità di didattica, formazione e divulgazione scientifica. I temi di ricerca individuati come prioritari vogliono implementare le conoscenze relative all'eziologia, prevenzione e cura dei tumori, delle malattie neurologiche e psichiatriche e di quelle cardio-vascolari. Afferiscono al Dipartimento, oltre le

strutture con mission di ricerca scientifica, anche le strutture di supporto alla ricerca UO Programmazione della Ricerca e Innovazione e la SSD Aspetti Giuridici e Amministrativi della Ricerca. Le due strutture collaborano strettamente nell'ottica di efficientamento della governance della ricerca e di un'organizzazione aziendale ottimale di tipo interdisciplinare al fine di evitare frammentazioni ed inefficienze.

U.O. Programmazione della ricerca e innovazione

Mission

La struttura si occupa delle attività di programmazione strategica della ricerca istituzionale e della gestione dei relativi finanziamenti, in collaborazione con la struttura semplice dipartimentale. Cura e gestisce le iniziative che vedono l'Istituto impegnato in consorzi e partner in progetti di rilevanza strategica nazionali e regionali, anche nell'ambito delle progettualità ricomprese nel PNRR.

Supporta il Direttore Scientifico, il Direttore del Dipartimento della Ricerca, il Comitato Tecnico Scientifico nelle strategie di sviluppo della ricerca dell'Istituto sia per quanto riguarda la definizione delle priorità nel campo della ricerca preclinica e delle sperimentazioni cliniche, che l'innovazione tecnologica e lo sviluppo di piani pluriennali negli ambiti di riconoscimento dell'Istituto. Collabora inoltre con il Cancer Board ed i Direttori dei Dipartimenti Assistenziali Integrati al fine di integrare le attività di ricerca con quelle clinico assistenziali garantendo un'armonizzazione dei processi e l'implementazione delle ricadute traslazionali.

Gestisce e coordina, in collaborazione con la S.S.D. e con l'U.O. Epidemiologia Clinica, le attività dell'Ufficio Sperimentazioni Cliniche.

Supporta la struttura semplice dipartimentale nello svolgimento delle funzioni giuridico-amministrative relative ai finanziamenti di ricerca finalizzata e corrente dell'Istituto e nella gestione del personale della ricerca.

Gestisce e coordina l'utilizzo, in collaborazione con ICT, del parco tecnologico e delle core facilities. Si occupa dei progetti di innovazione tecnologica nell'ambito della ricerca anche attraverso la metodologia di HTA.

Si occupa della realizzazione e gestione delle banche dati necessarie per il monitoraggio e le attività di rendicontazione dei risultati nei confronti degli Enti di riferimento (Regione, Ministero della Salute etc) e della verifica delle performance delle U.O. di ricerca.

Coordina le attività per l'organizzazione degli eventi a cura della Direzione Scientifica, la realizzazione di prodotti editoriali con l'obiettivo di descrivere e divulgare i risultati clinico-scientifici del Policlinico e promuove e coordina le attività di fund raising.

Coadiuvare il Direttore scientifico e il Direttore del Dipartimento nella partecipazione ad iniziative di ricerca regionali, a network nazionali ed internazionali comprese le Reti di patologia riconosciute dal Ministero della Salute e a organizzazioni internazionali quali ad esempio OEIC (Organisation of European Cancer Institutes).

Garantisce il supporto al trasferimento tecnologico dei risultati della ricerca del Policlinico che possono generare sia brevetti che spin-off suscettibili di ulteriori sviluppi.

La Struttura garantisce l'accesso online all'informazione scientifica nazionale, il servizio di documentazione scientifica, la valutazione bibliometrica dei ricercatori e dell'Ente nel suo insieme e coordina il sistema BIBLIOSAN.

Vigila, attraverso un ufficio apposito, sull'integrità dell'attività scientifica, attraverso una capillare attività di monitoraggio.

S.S.D. Aspetti giuridici e amministrativi della ricerca

Mission

Garantisce il supporto operativo al Direttore Scientifico nell'esercizio delle sue funzioni istituzionali in collaborazione con la UO Programmazione della Ricerca e Innovazione, fungendo altresì da raccordo con la Direzione Amministrativa del Policlinico e le relative U.O. in staff.

Cura gli adempimenti, in collaborazione con U.O. Risorse Umane e la U.O. Programmazione della Ricerca e Innovazione, relativi alla valutazione dei ricercatori sanitari e dei collaboratori a supporto della ricerca sanitaria.

Costituisce nei confronti degli uffici ed a supporto della Direzione il riferimento in ordine alle tematiche relative alle convenzioni e ai contratti dell'attività di ricerca, all'attività di supporto e consulenza giuridica su tematiche d'interesse del Dipartimento in discorso.

Supporta i ricercatori per la corretta applicazione della normativa in materia di trattamento dei dati personali e particolari nell'ambito dei progetti di ricerca curandone i relativi accordi (Data transfer agreement, nomine responsabili del trattamento ecc.).

Gestisce le attività amministrative connesse alla ricerca scientifica, inclusa la corretta gestione amministrativa dei finanziamenti assegnati a qualsiasi titolo per l'esecuzione di sperimentazioni cliniche, progetti di ricerca, nel rispetto delle regole di utilizzo indicate dagli enti finanziatori opportunamente riconciliate con le regole amministrative in uso presso la Pubblica amministrazione.

Stimola la collaborazione attiva dei ricercatori dell'Istituto coinvolgendoli nelle attività di gestione amministrativa della ricerca. Mantiene rapporti con il Ministero della Salute e con i maggiori enti finanziatori pubblici e/o privati.

In particolare, in stretta collaborazione con la UO Programmazione della ricerca e Innovazione si occupa del management amministrativo della Ricerca corrente, del management amministrativo dei trial clinici, del supporto alla sottomissione dei Grant e il percorso istituzionale dei grant acquisiti e, in collaborazione con l'UO Bilancio e Programmazione Finanziaria, ne supporta anche le attività di rendicontazione economica.

Supporta la struttura complessa in ordine agli adempimenti legati alla proprietà intellettuale (deposito brevetti, contratti di licenze, MTA, NDA ecc.).

Cura l'adozione di istruzioni operative e procedure interne per le materie di competenza e supporta il Dipartimento e le relative UO per l'adozione di procedure specifiche.

U.O. Neuroscienze sperimentali

Mission

La mission dell'UO è quella di studiare i meccanismi biologici e molecolari alla base delle principali malattie neurologiche e psichiatriche con particolare focus sul trasferimento delle informazioni tra i neuroni e l'applicazione di nuove tecnologie per modulare l'attività neurale in condizioni di salute e malattia; sul ruolo dell'infiammazione e dei processi di danno sinaptico e morte cellulare coinvolti nelle malattie immuno-mediate del sistema nervoso centrale, nelle malattie neurodegenerative, nelle malattie rare quali alcune forme di epilessia e nelle polineuropatie ereditarie e nelle malattie della retina. Svolge, inoltre, attività di ricerca finalizzata all'identificazione di biomarcatori prognostici e di risposta alle terapie nelle malattie neurologiche. Si avvale, inoltre, di un laboratorio Med-Tech dove si sviluppano nuove neurotecnologie allo scopo di creare sinergie efficaci tra il mondo medico e il mondo scientifico-tecnologico, attraverso un approccio dalla micro(nano) scala alla clinica. Collabora con i laboratori dell'Istituto Italiano di Tecnologia in convenzione con il Policlinico presenti presso il CBA.

U.O. Epidemiologia clinica

Mission

La mission dell'Epidemiologia Clinica dell'IRCCS Ospedale Policlinico San Martino è "Ricerca clinica: integrare e innovare, in un'ottica di condivisione, in un futuro immediato". Con particolare riferimento all'ambito della ricerca in campo biomedico, la disponibilità di sempre maggiori quantità di dati richiede un approccio globale alla prevenzione, alla diagnosi, alla cura e al monitoraggio delle malattie, basato sulle caratteristiche, genetiche e non solo, di gruppi di individui, la cosiddetta "medicina di precisione". In quest'ottica il metodo epidemiologico classico, che è stato considerato valido per oltre un secolo, deve fare obbligatoriamente riferimento ad un paradigma più moderno, in base al quale tipi di informazioni molto eterogenei fra loro vengono integrati all'interno di un sistema complesso, ed opportunamente elaborati. Per affrontare questa sfida, è necessaria un'innovazione, sia tecnologica che culturale, in entrambi i casi fondamentale per utilizzare al meglio strumenti di analisi sempre più sofisticati, e in rapida evoluzione. Questo bisogno di cambiamento impone di identificare obiettivi il cui raggiungimento non può essere realizzato all'interno di una singola struttura, ma richiede l'aggregazione di competenze diverse, identificate all'interno di un network di collaborazioni, opportunamente costituito. In ultimo, ma non per importanza, l'azione di rinnovamento dovrà essere avviata nell'immediato, per evitare che si generi un gap, troppo grande per essere colmato, fra presente e futuro.

È l'U.O. di riferimento per quanto riguarda lo sviluppo e gestione di protocolli clinici sperimentali non profit in collaborazione con l'Ufficio Sperimentazioni Cliniche, inclusi gli studi di fase 1. Si

occupa infine, in collaborazione con Regione Liguria delle attività dei Registri di malattia ed in particolare di quelli in ambito oncologico.

U.O. Patologia e immunologia sperimentale

Mission

La U.O. di Patologia e Immunologia Sperimentale si prefigge di espletare ricerca clinica traslazionale nell'ambito delle patologie umane che maggiormente coinvolgono il sistema immunitario, con particolare interesse verso le malattie neoplastiche, autoimmuni, linfoproliferative e disreattive.

Particolare enfasi verrà assegnata a studi del microambiente tumorale che possano fornire elementi di nuova conoscenza per ideare strategie terapeutiche innovative atte alla trasformazione di una neoplasia cosiddetta fredda in una calda. Ci si propone, quindi, di riuscire ad innescare una efficace risposta immunitaria contro il tumore, laddove i molteplici fattori inibitori e di immune evasion non lo abbiano permesso.

La U.O. si propone anche di supportare, mediante le competenze tecniche e culturali presenti nel personale afferente, studi di sperimentazione clinica inerenti le due tematiche di mission dell'IRCCS e che utilizzino farmaci immunoterapici o che svolgano la loro azione mediante il sistema immunitario. Le attività in questo ambito saranno mirate ad una migliore comprensione dei meccanismi d'azione degli interventi terapeutici, ad oggi non sempre completamente elucidati, con lo scopo di ottimizzare sia le terapie che la selezione dei pazienti da trattare.

U.O. Patologia molecolare

Mission

Nel contesto degli studi relativi alla complessità molecolare dei cloni tumorali e della necessità di attuare una medicina di precisione gli obiettivi della UOC Patologia Molecolare sono:

- caratterizzazione della evoluzione molecolare dei cloni neoplastici e dei meccanismi che portano alla loro selezione/sopravvivenza sia in un ambito di "cell of origin" che di risposta alla terapia;
- identificazione di nuovi approcci terapeutici attraverso l'utilizzo di modelli pre-clinici (animali e colture 3D)
- messa a punto di nuove metodiche di diagnostica molecolare (da consolidarsi successivamente in strutture specializzate).

Dal punto di vista tecnologico si pone attenzione all'acquisizione e allo sviluppo di metodi di analisi molecolare legati a high throughput sequencing, citometria statica, a flusso e mass cytometry per poter valutare la complessità (immuno)-genetica nei cloni tumorali e del microambiente. Inoltre, si intende esplorare la possibilità di utilizzare sistemi di colture 3D che possano limitare l'utilizzo dei modelli animali.

L'U.O. ha un focus principale sulle malattie linfoproliferative con una rilevante attenzione alla caratterizzazione dei recettori linfocitari per l'antigene (BcR/TcR), anche al fine della

caratterizzazione dei repertori pre-leucemici, alle interazioni tra microambiente e cellule tumorali, all'espressione di RNA regolatori (microRNA) su cellule tumorali, al ruolo delle mutazioni di geni driver in cellule leucemiche.

U.O. Oncologia cellulare

Mission

La “mission” dell'UO Oncologia Cellulare è lo studio, l'identificazione e la messa a punto di nuovi approcci diagnostici e terapeutici (teranostici) rivolti al paziente oncologico.

La visione strategica che perseguiamo, quindi prevede l'identificazione e la messa a punto di nuovi strumenti molecolari e tecnologie innovative che permettano di massimizzare l'eliminazione delle cellule cancerose minimizzando gli effetti tossici a livello sistemico.

I principali ambiti sui quali i nostri studi si concentrano sono:

Sviluppo di approcci diagnostici e terapeutici per contrastare la malattia metastatica basati sull'utilizzo di vescicole extracellulari ingegnerizzate al fine di veicolare farmaci verso siti metastatici con particolare attenzione all'analisi della biodistribuzione, degli effetti sistemici e dell'efficacia terapeutica anche tramite tecniche di imaging avanzato.

Caratterizzazione e funzionalizzazione di vescicole extracellulari isolate da campioni biologici e da cellule progenitrici umane per contrastare la cachessia muscolare nel paziente oncologico e la cardiotoxicità indotta da chemioterapico.

Sviluppo di modelli murini in vitro e in vivo di gliomi di alto grado per la messa a punto di strategie terapeutiche innovative fra cui la viroterapia oncolitica. Analisi degli aspetti clonali dell'insorgenza dei gliomi, dei meccanismi di immunoevasione e dei fenomeni di resistenza ai farmaci”.

U.O. Bioterapie

Mission

La “mission” della UOC di Bioterapie è quella di identificare/generare nuove forme di terapie biologiche nei riguardi di malattie attualmente poco curabili, quali malattie oncologiche, neuro/psichiatriche, infiammatorie croniche e infettive. In particolare, le attività di ricerca che perseguono questo obiettivo sono:

- Lo studio di aspetti patogenetici e fisiopatologici delle malattie, soprattutto neoplastiche, per individuare nuovi bersagli terapeutici e biomarcatori prognostici e predittivi di risposta;
- Lo studio dei fenomeni di resistenza intrinseca ed acquisita alle terapie convenzionali, nell'ottica di una personalizzazione delle terapie;
- La generazione e lo studio dei meccanismi di azione di nuovi agenti terapeutici a bersaglio specifico.

La realizzazione di questi obiettivi è ottenuta mediante l'utilizzo di tecnologie avanzate includenti le varie “omiche” e la creazione di nuovi modelli in vivo ed in vitro.

Pertanto, le attività di ricerca della UOC si connotano per una spiccata vocazione traslazionale e per l'essere ispirate ai principi sia della "target medicine" sia della medicina di precisione. In senso prospettico, i risultati della ricerca della UOC di Bioterapie potrebbero condurla a divenire promotrice/ispiratrice di sperimentazioni cliniche anche di fase I.

U.O. Mutagenesi e prevenzione oncologica

Mission

La U.O. si occupa di ricerca preclinica e traslazionale rivolta alla prevenzione del cancro con particolare riferimento alla prevenzione (a) della sua insorgenza (fattori di rischio ambientali e di stili di vita); (b) delle recidive dopo la guarigione (prevenzione terziaria); (c) della insorgenza di chemio-radioresistenza.

La cellula neoplastica attiva in modo consistente meccanismi di mutagenesi per adattarsi all'ambiente sfavorevole indotto dalla crescita anaplastica e dalle terapie. Le ricerche effettuate dalla UO hanno come obiettivo lo sviluppo di strategie innovative per la modulazione e la reversione dell'adattamento microambientale della cellula neoplastica che ne permette la sopravvivenza e la crescita.

Nella Struttura operano diverse sezioni: prevenzione oncologica traslazionale ed applicata; chimica ambientale e monitoraggio dei mutageni; mutagenesi molecolare, con particolare riferimento allo studio del ruolo della famiglia dei geni p53 nella cancerogenesi e nell'adattamento alle terapie; riparazione del DNA, che effettua ricerca sulla sensibilizzazione del cancro alla radioterapia.

Gli sviluppi strategici futuri dell'attività della UO saranno rivolti ad implementare la collaborazione con le UO cliniche regionali, interne ed esterne al Policlinico per ampliare la collaborazione scientifica e permettere l'applicazione concreta dei protocolli avanzati di prevenzione del cancro anche sul territorio.

U.O. Biologia cellulare

Il Laboratorio di Biologia Cellulare (LCB) studia il processamento, il trasporto e il metabolismo delle proteine e delle piccole molecole correlate alla trasformazione maligna, alle metastasi e alla resistenza multifarmaco nel cancro. Studia i meccanismi attraverso cui i neuroni e le cellule gliali circostanti interagiscono nello sviluppo e nelle malattie (ad esempio sclerosi multipla, disturbi neurodegenerativi o traumi). Infine ha un focus anche sui meccanismi biochimici, cellulari e molecolari coinvolti nello sviluppo e nella progressione della malattia aterotrombotica e sulla loro modulazione farmacologica.

S.S.D. Animal facility

Lo Stabulario dell'IRCCS Ospedale Policlinico San Martino è una struttura di supporto alla ricerca di base e traslazionale, operante nel rispetto delle disposizioni normative vigenti in materia di "protezione degli animali utilizzati a fini scientifici".

L'Animal Facility offre locali ed attrezzature dedicate per la stabulazione e la sperimentazione di circa 8.000 topi e 1.000 ratti in regime sanitario Specific Pathogens Free e attrezzature all'avanguardia per l'impiego in ricerca di animali acquatici (cefalopodi e zebrafish).

La "mission" del nostro Stabulario, è quella di fornire modelli animali per la ricerca di base e preclinica traslazionale, principalmente utilizzando modelli sperimentali di malattie oncologiche e neurologiche per la caratterizzazione di nuovi target diagnostici e terapeutici da trasferire all'uomo. Tutte le attività sono condotte da personale di alta specializzazione, composto da medici veterinari, ricercatori, tecnici di laboratorio e stabularisti.

Oltre alle aree destinate al mantenimento e all'allevamento degli animali, sono presenti all'interno della struttura numerosi laboratori, equipaggiati di tecnologie avanzate, destinati alla sperimentazione quali: sale chirurgiche, strumenti per imaging/microscopia - imaging molecolare quali (risonanza magnetica nucleare 7 tesla ad alto campo e microscopia intravitale mediante microscopio multifotone) e sale di fenotipizzazione comportamentale.

Questa struttura è preposta al benessere animale con l'attività di OPBA - Organismo preposto al Benessere animale istituito presso il Policlinico San Martino.

S.S.D. Oncologia molecolare e angiogenesi

Mission

La Unità di Oncologia Molecolare e Angiogenesi si occupa dello studio del tumore nella sua componente neoplastica e microambientale per sviluppare terapie mirate trasferibili al paziente (farmacologica ed immunologica) e per superare le farmacoresistenze. Studiamo la staminalità del carcinoma colon-rettale in un pannello di organoidi paziente-derivati utilizzando il nostro terreno di coltura in corso di brevetto. Questi organoidi sono caratterizzati per le principali driving-mutations e ingegnerizzati per identificarne la componente staminale permettendoci di valutare nei saggi preclinici la sensibilità di questa ai trattamenti farmacologici. Attraverso approcci biochimici classici, analisi proteomiche, d'espressione genica, live-imaging e patologia digitale propedeutiche all'uso della citometria di massa, valutiamo la risposta degli organoidi a combinazioni di farmaci mirati. Appliciamo questo approccio di studio anche ad altri tumori solidi o ematologici studiando sempre in sistemi di coltura 3D, la funzionalità di anticorpi terapeutici, da noi brevettati, coniugati con aminobifosfonati che inducono l'attività anti-tumorale. Svolgiamo anche un'attività di formazione e supporto ai ricercatori istituzionali per l'uso e l'applicazione della patologia digitale, time-lapse e microscopia.

S.S.D. Regolazione dell'espressione genica

Mission

La S.S.D. Regolazione dell'Espressione Genica studia la regolazione dell'espressione genica nell'insorgenza e nella progressione delle malattie oncologiche e neurologiche nonché nella risposta e nella resistenza alle rispettive terapie e le possibilità di intervenire nei processi eziopatogenetici dipendenti dall'espressione genica. A tal fine applica e sviluppa modelli cellulari

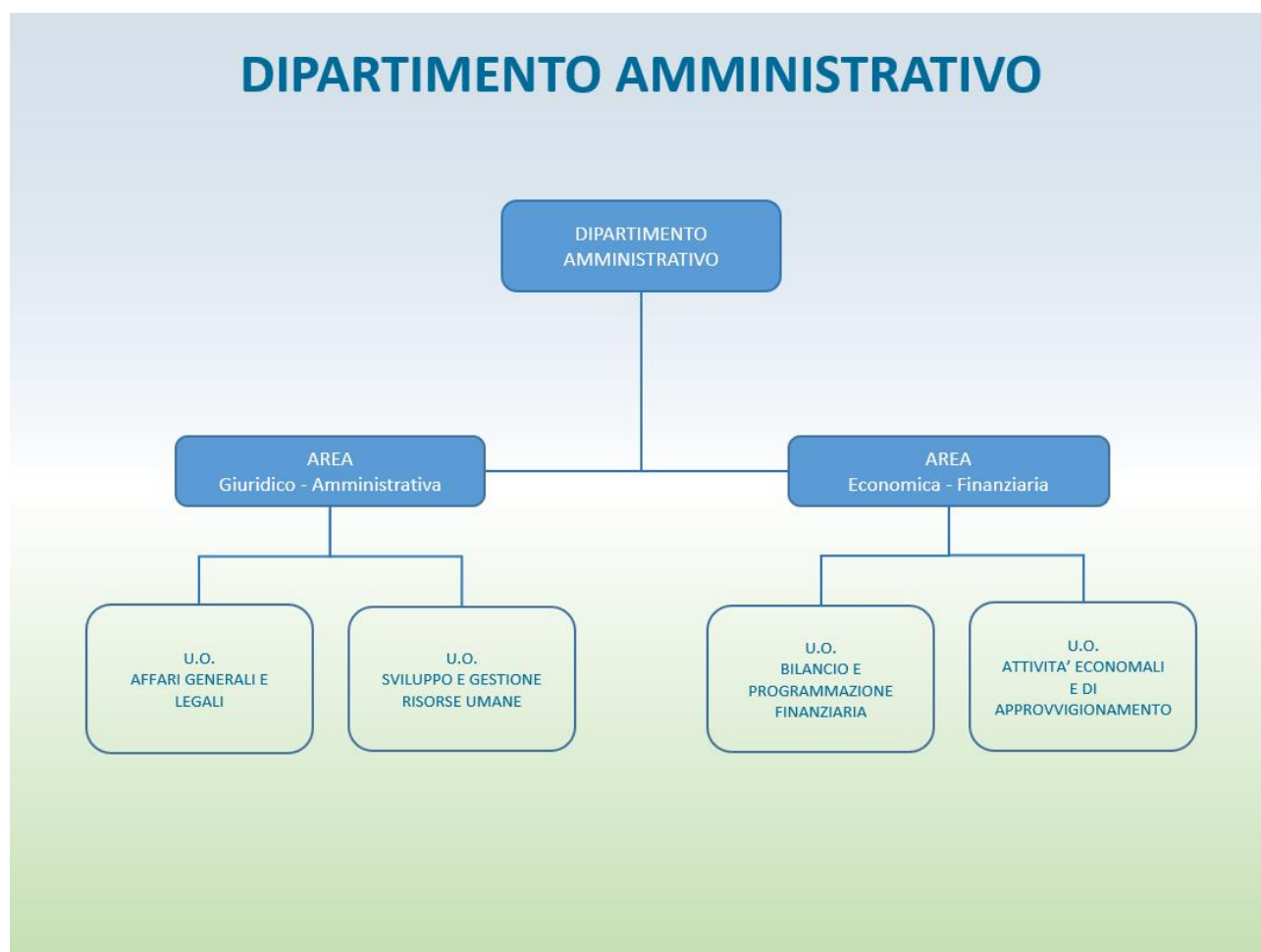
ed animali complessi, studia l'espressione genica in tessuti sani e patologici nonché in sistemi modello anche a livello della singola cellula (single cell transcriptomics) e in modo spaziale (spatial genomics) ed analizza la regolazione dell'espressione genica a livello genetico, epigenetico, post-trascrizionale (ad inclusione dello "splicing") e proteico.

(Art. 57) (Il Dipartimento Amministrativo)

Il Dipartimento amministrativo svolge le funzioni propositive, programmatiche e gestionali, secondo i criteri tecnico/professionali propri, per tutta l'area amministrativa ed a supporto delle diverse articolazioni, coordinando ed integrando i processi necessari alla realizzazione degli obiettivi aziendali.

Si pone quale obiettivo principale l'erogazione dell'attività di supporto, in posizione di fornitore di servizi, a favore di tutte le strutture organizzative del Policlinico, con particolare riguardo a quelle che hanno come finalità primaria l'erogazione dell'assistenza e della ricerca.

Si propone di rendere le attività amministrative più rispondenti alle politiche di sviluppo aziendali e di assicurare adeguato supporto alle attività sanitarie aziendali.



Area Giuridico - Amministrativa

U.O. Affari generali e legali

Compiti:

Assicura l'esercizio della funzione deliberativa da parte del Direttore generale e delle funzioni delegate degli atti dirigenziali, denominati "determinazioni dirigenziali", curando la tenuta del registro obbligatorio degli atti e gli adempimenti che precedono e seguono l'attività deliberativa del Direttore Generale e l'attività decisoria dei dirigenti.

Coordina, organizza e cura il flusso documentale attraverso l'attività degli uffici Posta, Protocollo Generale e Archivio Amministrativo.

Attende all'attività regolamentare del Policlinico e supporta le altre direzioni nella stesura di regolamenti specifici e/o circolari.

Coordina le procedure di accesso agli atti amministrativi ai sensi della L. n. 241/1990 e s.m.i., nonché l'accesso civico ai sensi del D.Lgs. n. 33/2013.

L'Ufficio si occupa di convenzioni attive e passive e contratti con Aziende Sanitarie, istituzioni pubbliche non sanitarie, e/o privati per prestazioni specialistiche, igienico organizzative, diagnostiche, giuridico-legali. Cura le procedure di accettazione di eredità e/o legati in favore del Policlinico e cura la gestione del patrimonio immobiliare disponibile d'intesa con la U.O. Attività Tecniche e l'U.O. Bilancio e Programmazione Finanziaria.

Nel settore della responsabilità civile terzi, garantisce tutti gli adempimenti derivanti dal Programma assicurativo per rischi di responsabilità civile delle Aziende ed enti del Servizio Sanitario Regionale e per i restanti rami di rischi.

Costituisce riferimento in ordine alle tematiche relative alla gestione del contenzioso, all'attività di supporto e consulenza giuridica, assumendo ove opportuno attività di difesa legale.

Collabora all'attuazione di specifici adempimenti in materia di trattamento dati e della Privacy.

Garantisce assistenza e supporto al Collegio Sindacale.

All'interno della struttura viene incardinato il responsabile dell'Anticorruzione e della Trasparenza che collabora con la Direzione Strategica al fine di attuare la vigente normativa in materia e risponde funzionalmente al Direttore Generale.

U.O. Sviluppo e gestione risorse umane

Compiti:

La gestione delle risorse umane è intesa come una modalità di gestione del personale che deve generare comportamenti corretti e funzionali al raggiungimento degli indirizzi espressi dalla Direzione Strategica.

Assiste la Direzione nell'interpretazione delle norme contrattuali e giuslavoristiche.

Collabora con le varie articolazioni organizzative del Policlinico per l'applicazione dei contratti.

Si occupa di misurazione e valutazione della performance individuale del personale e coordina le attività dell'Organismo Indipendente di valutazione.

Cura i rapporti con la RSU e le organizzazioni sindacali, coordinando la gestione delle relazioni sindacali.

Assicura la gestione e realizzazione delle strategie relative al Polo Formativo, al fine di favorire la creazione dei professionisti sanitari.

Studia e propone soluzioni applicative dei vari istituti contrattuali, in coerenza con le linee programmatiche e le relative scelte gestionali.

Cura l'applicazione degli accordi integrativi e presidia l'applicazione degli accordi di lavoro, con riferimento in particolare all'applicazione del trattamento economico.

Presidia il pagamento delle competenze stipendiali e segue il complesso dei rapporti economici con il personale anche sotto i profili previdenziali, assicurativi e fiscali.

Area Economica - Finanziaria

U.O. Bilancio e programmazione finanziaria

Compiti:

Assicura la programmazione della gestione economico finanziaria del Policlinico in coerenza con le scelte della Direzione Strategica nel rispetto delle norme e dei principi contabili e secondo i criteri di efficienza, efficacia ed economicità.

Assicura ed organizza il servizio informativo contabile e la tenuta delle scritture contabili, in conformità alle disposizioni di legge civili e fiscali. Cura il monitoraggio dell'andamento delle gestioni, sotto il profilo economico, patrimoniale, finanziario.

Garantisce il rapporto con la tesoreria, gli uffici fiscali e gli istituti di credito.

Mantiene i rapporti con le altre aziende sanitarie per regolare le ragioni di debito e credito, anche conseguenti alla mobilità sanitaria.

Assicura le politiche di cassa ed il pagamento ai fornitori, nel rispetto della normativa vigente.

Redige il bilancio di previsione annuale, pluriennale e il bilancio d'esercizio.

Effettua il controllo amministrativo-contabile sugli atti amministrativi del Policlinico.

Cura l'assolvimento dei debiti informativi amministrativo-contabili verso A.Li.Sa., Regione Liguria, Ministeri e Corte dei Conti.

U.O. Attività economiche e di approvvigionamento

Compiti:

Assicura l'acquisizione e la gestione dei beni e dei servizi necessari al Policlinico per l'espletamento dell'attività istituzionale, nel rispetto di quanto previsto dalla vigente normativa in materia di appalti e di centralizzazione degli acquisti.

Cura le analisi propedeutiche e la definizione del fabbisogno di beni e servizi, supportando la SUAR, in funzione di Stazione Unica Appaltante Regionale, ai fini dell'approvvigionamento degli stessi, nell'ambito dei fabbisogni complessivi del SSR.

Individua modalità operative e percorsi che, nel pieno rispetto delle norme, garantiscano prestazioni tempestive e rispondenti alle esigenze dei servizi e settori utilizzatori, un efficace contributo al contenimento della spesa complessiva per beni e servizi, anche attraverso una rigorosa attività di negoziazione dei prezzi in aderenza alla normativa nazionale e regionale.

Gestisce le gare e i contratti dei beni e servizi del Policlinico ad esclusione a quelli di competenza del Dipartimento Tecnico e Sistemi Informativi.

Cura il contenzioso inerente alle procedure di gara.

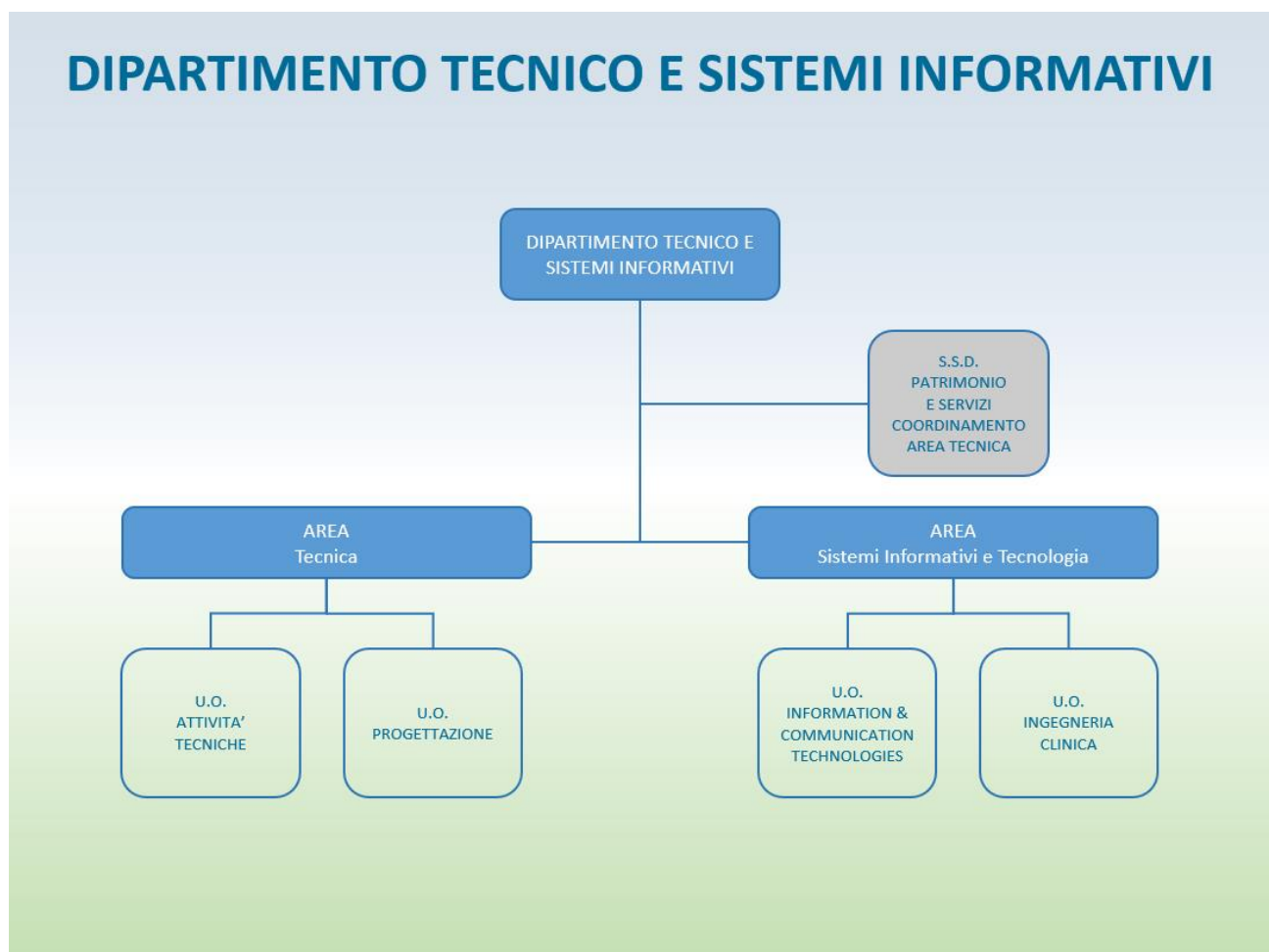
Assicura la gestione dei magazzini economici e cura la tenuta della relativa contabilità.

Garantisce la gestione dell'inventario e delle dismissioni del patrimonio aziendale dei beni mobili.

Assicura il corretto svolgimento dell'attività afferente i servizi logistici a supporto del sistema aziendale.

(Art. 58) (Il Dipartimento Tecnico e Sistemi Informativi)

La mission del Dipartimento Tecnico e Sistemi Informativi consiste nel coordinare le attività di sviluppo e gestione del patrimonio immobiliare, mobiliare ed informatico, garantendo l'uniformità delle procedure amministrative di competenza; concorre al raggiungimento degli obiettivi strategici ed organizzativi definiti in sede di programmazione. Predisporre e gestisce, di concerto con la Direzione Aziendale, il Programma degli Investimenti, coerentemente alle risorse disponibili, e provvede al suo monitoraggio con reportistiche nei confronti della Direzione Strategica e della Regione: Ottimizza l'impiego delle risorse assegnate al Dipartimento e predisporre e sviluppa opportune procedure che armonizzino i comportamenti al fine dell'efficiamento delle stesse.



Le strutture indicate con il colore blu sono a direzione ospedaliera
In grigio sono indicate le strutture semplici dipartimentali

S.S.D. Patrimonio e Servizi Coordinamento Area Tecnica

Assicura il necessario supporto amministrativo/professionale alle attività del Dipartimento Tecnico e Sistemi Informativi, promuovendo l'efficienza e la semplificazione e l'integrazione procedurale dei processi. Coordina a livello aziendale la raccolta dei dati per il "piano investimenti" e per il suo controllo in fase di esecuzione.

Gestisce le procedure di affidamento per i lavori, i servizi di gestione, le forniture e i servizi di ingegneria e supporto per tutti gli aspetti amministrativi, procedurali, contrattuali, giuridici, economico-contabili.

Redige i contratti riguardanti il Dipartimento e ne supporta la gestione.

Garantisce la gestione contabile e il coordinamento dell'iter procedurale per la liquidazione delle fatture, dei certificati di pagamento, degli onorari, delle utenze, delle concessioni e dei contratti del Dipartimento.

Supporta i responsabili tecnici per quanto riguarda i debiti informativi in base alla normativa vigente, verso gli Enti esterni.

Area Tecnica

U.O. Attività tecniche

Compiti:

Cura il patrimonio immobiliare del Policlinico.

Garantisce la gestione, la manutenzione, l'adeguamento e lo sviluppo delle strutture ospedaliere nonché degli impianti, nel rispetto della corretta osservanza degli adempimenti previsti in materia di verifiche periodiche e di sicurezza ed in coerenza con le previsioni della programmazione sanitaria ed aziendale e con l'evoluzione della tecnologia.

Supporta la Direzione Strategica con le competenze qualificate dal punto di vista tecnico-professionale per tutto il processo di gestione patrimoniale aziendale nel rispetto delle risorse assegnate e nei limiti del budget stabiliti.

Fornisce supporto in relazione alla gestione della progettazione, costruzione e gestione di centrali, impianti tecnologici, lavori e servizi dell'Azienda.

Attua gli interventi di manutenzione del patrimonio aziendale.

Collabora con la struttura U.O. Progettazione per la progettazione e direzione lavori diretta ed esterna e per gli interventi previsti nei documenti di valutazione dei rischi.

Provvede a:

- ✓ Aggiornare la documentazione tecnica degli edifici e degli impianti ed in particolare le variazioni planimetriche e degli schemi impiantistici;
- ✓ Gestire le utenze per la fornitura di acqua, energia elettrica e gas per gli immobili strumentali;
- ✓ Gestire la sicurezza nello svolgimento dell'attività di manutenzione, dei relativi appalti.

Collabora con le altre strutture ospedaliere all'espletamento di tutti gli adempimenti afferenti alla gestione e valorizzazione del patrimonio del Policlinico.

Concorre ad elaborare ed aggiornare il Sistema di Gestione Sicurezza Antincendio (SGSA) e ne cura l'attuazione.

Garantisce la regolamentazione del traffico all'interno della cinta ospedaliera, tramite il gestore del sistema di parcheggio e viabilità con la collaborazione del servizio Ispettorato.

U.O. Progettazione

Supporta la Direzione Strategica in tutto il processo di formazione, esecuzione e controllo del piano degli investimenti. Programma, progetta, realizza interventi mediante l'utilizzo di risorse interne, attraverso un accurato controllo della progettazione e dell'attuazione, fornendo il supporto professionale necessario per la pianificazione, l'esecuzione e l'attivazione delle nuove realizzazioni, degli ampliamenti e delle rifunzionalizzazioni, nell'ambito del piano di programmazione tecnica, economica e finanziaria degli interventi aziendali.

Assicura la predisposizione e l'attuazione dei programmi e dei progetti di intervento relativi agli investimenti in edilizia sanitaria (strutture e impianti) nonché la tenuta dei rapporti con gli Enti preposti alle autorizzazioni.

In particolare:

- ✓ fornisce dati e supporta la predisposizione del programma triennale, dell'elenco annuale dei lavori pubblici e dei programmi di intervento sul patrimonio aziendale;
- ✓ coordina la progettazione e la direzione dei lavori (sia interna che esterna) degli interventi d'investimento, redigendo studi di fattibilità, documenti preliminari alla progettazione, progetti preliminari, definitivi ed esecutivi, capitolati tecnici e contabilità lavori;
- ✓ coordina e monitora gli interventi per la realizzazione di nuovi edifici, anche attraverso funzioni di supporto al RUP;
- ✓ effettua la predisposizione e la stesura delle procedure di pertinenza per autorizzazione e accreditamento delle strutture e degli atti tecnici per l'ottenimento dell'usabilità generale della struttura, curando la definizione e verifica delle destinazioni d'uso dei locali;
- ✓ supporta le attività per le procedure per i finanziamenti statali, regionali (art. 20 L. 67/88, L.135/90, art. 71 L. 448/98, ecc.).

Gestisce la sicurezza nello svolgimento dell'attività dei cantieri.

Area Sistemi informativi e tecnologia

U.O. Information & communication technologies

Studia la fattibilità, cura la progettazione, la realizzazione, la gestione, conduzione e manutenzione dei sistemi di supporto alle attività aziendali, con particolare riguardo ai sistemi informatici e di automazione, come contributo ai processi di riorganizzazione e miglioramento delle prestazioni sanitarie al cittadino.

Cura altresì la formazione specifica all'uso delle soluzioni applicative aziendali.

È responsabile della progettazione, programmazione, acquisizione, implementazione, gestione e sviluppo dei sistemi informativi e delle infrastrutture di rete dati e fonia; è responsabile dei flussi relativi al debito informativo nazionale e regionale.

Definisce, in base alle normative di settore, alle linee guida nazionali, ed allo stato dell'arte delle tecnologie informatiche, gli standard aziendali riguardanti i sistemi informativi, le infrastrutture di rete dati e fonia, la sicurezza informatica.

Cura la sicurezza informatica, assicurando la gestione, la fruibilità e la conservazione dei dati aziendali; è responsabile della continuità operativa dei sistemi informatici.

Studia la fattibilità, progetta, realizza e gestisce e manutiene i sistemi di telecomunicazione e comunicazione (siti web, telefonia, posta elettronica, cablaggi...).

Fornisce know-how di progettazione e di gestione nei settori dei sistemi informativi, e delle telecomunicazioni in collaborazione con la U.O. Ingegneria Clinica e con la U.O. Progettazione.

Supporta la direzione Strategica nella programmazione dello sviluppo del complessivo asset tecnologico, informatico e di automazione, compresa la pianificazione degli investimenti, anche attraverso strumenti di HTA applicati al software ed all'automazione.

U.O. Ingegneria clinica

Gestisce le apparecchiature dell'intero parco tecnologico aziendale, mediante la garanzia di un processo sicuro, economico ed appropriato.

Contribuisce all'innovazione tecnologica e collabora con gli operatori sanitari in qualità di interfaccia tra tecnologia e cura della salute, al fine di assicurare l'utilizzo di tecnologie sicure, la formazione e l'addestramento.

Le linee di attività di competenza del servizio possono essere identificate con tutte quelle che garantiscono il governo di dette tecnologie, nell'ambito dei disposti legislativi vigenti in merito ai dispositivi medici, per tutto il ciclo di vita utile, a partire dalla pianificazione degli investimenti, passando per il processo di acquisto, fino alla gestione tecnica operativa ed alla dismissione finale.

Gli elementi caratterizzanti del Servizio sono:

- ✓ assicurare il supporto professionale alle attività di pianificazione e gestione delle acquisizioni delle tecnologie medicali al fine di garantire la fruibilità del patrimonio tecnologico da parte dei professionisti secondo il criterio del massimo impiego;
- ✓ partecipare alla progettazione delle strutture sanitarie, al fine di individuare le necessità e le caratteristiche che consentono l'interfacciamento delle tecnologie nei vari ambiti;
- ✓ perseguire, in collaborazione con "Information and Communications Technology" (ICT), lo sviluppo dei processi di integrazione e razionalizzazione tra le tecnologie medicali, informatiche ed ICT, garantendo il supporto di competenza;
- ✓ garantire l'utilizzo sicuro ed appropriato delle tecnologiche, attraverso le seguenti principali linee di attività: collaudi di accettazione; gestione delle attività di manutenzione preventiva, correttiva e straordinaria, verifiche di sicurezza e controlli funzionali, organizzazione delle attività di formazione destinate sia agli operatori relativamente all'uso corretto e sicuro delle apparecchiature sia al personale tecnico addetto alla manutenzione.

Garantisce il supporto all'attività clinica relativamente all'uso appropriato, efficiente ed efficace delle attrezzature e dei sistemi e la valutazione delle tecnologie presenti sul mercato mediante le logiche e metodologie di HTA (*Health Technology Assessment*).

(Art. 59) (I Dipartimenti ad attività integrata – DAI)

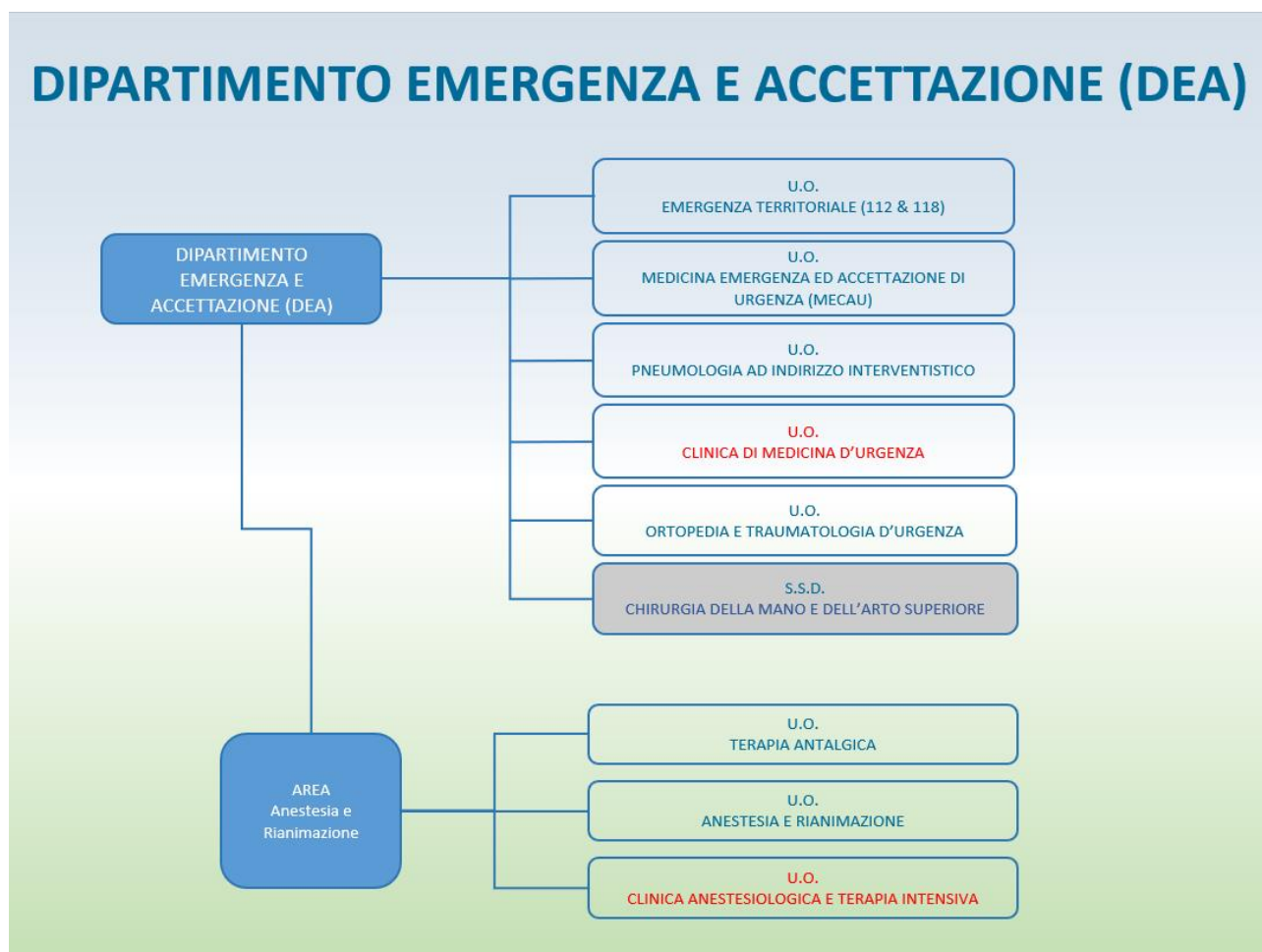
Il Direttore generale, d'intesa con il Rettore dell'Università degli Studi di Genova, definisce ed approva l'assetto organizzativo dipartimentale del Policlinico sopra riportata.

Per ciascuno dei Dipartimenti si riporta la denominazione e una sintetica descrizione, mentre la denominazione delle Strutture Complesse e semplici dipartimentali che lo compongono sono specificate nell'organigramma di ciascun dipartimento.

Le Strutture semplici, articolazione delle Strutture complesse, saranno definite con apposito provvedimento entro 120 giorni dall'adozione del presente Regolamento.

La Direzione generale intende utilizzare i volumi di attività specifici per processi aziendali (percorsi diagnostico-terapeutici) associati all'appropriatezza dei ricoveri e delle prestazioni, in quanto sulla base di prove documentate dalla letteratura scientifica, in costante revisione sistematica, è stata dimostrata l'associazione tra volumi di attività e migliori esiti delle cure. La specializzazione delle diverse unità operative potrà essere progressivamente connotata in tale prospettiva.

Denominazione: **DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE (DEA)**



Le strutture indicate con il colore rosso sono proprie della Scuola di Scienze mediche e farmaceutiche o a direzione universitaria
Le strutture indicate con il colore blu sono a direzione ospedaliera
In grigio sono indicate le strutture semplici dipartimentali

Il DEA è costituito dalla aggregazione funzionale di Strutture Complesse e Semplici Dipartimentali che, pur mantenendo la loro autonomia e responsabilità clinico-assistenziale, riconoscono la reciproca interdipendenza, adottando un comune codice di comportamento assistenziale, al fine di assicurare una risposta rapida, completa e, ove occorre, sequenziale, in collegamento con le strutture operanti sul territorio. Questa definizione nasce dal DPR 27 Marzo 1992 e accolta dall'Atto di intesa Stato-Regioni G.U. 17 Maggio 1996.

Il DEA è perciò un raggruppamento di risorse umane, strutturali e strumentali dedicate prevalentemente all'emergenza - urgenza con i seguenti obiettivi:

1. ottimizzare i tempi di risposta alla domanda di emergenza/urgenza
2. assicurare l'appropriatezza organizzativa degli esiti della domanda di emergenza/urgenza.

Le strutture sono vocate prevalentemente alla urgenza-emergenza di ordine medico, traumatologico, anestesiologicalo-rianimatorio.

La *mission* del DEA è garantire una corretta gestione del paziente esterno che si trova in situazioni di emergenza-urgenza tramite sinergie territorio/ospedale.

All'interno del Dipartimento è presente il "Servizio 118 Genova Soccorso" che assicura la corretta tempestività alle richieste di soccorso dei cittadini appartenenti all'Area territoriale dell'ASL 3

genovese con una copertura di mezzi avanzati e di base che tiene conto delle particolarità del territorio genovese. L'attuale organizzazione regionale del sistema di emergenza sanitaria ha individuato il "Servizio 118 Genova Soccorso" quale coordinatore sia del servizio di elisoccorso, sia degli aspetti sanitari in caso di maxi emergenze (DGR 1360/2001) ed eventi maggiori, in collaborazione con la Prefettura e la Protezione Civile.

Il secondo obiettivo è permettere un'adeguata e tempestiva risposta all'urgenza intraospedaliera ed assicurare la presenza di posti letto corretti per numero e funzione per il trattamento dei pazienti acuti in sinergia con gli altri Dipartimenti.

Quale *vision*, si propone di omogeneizzare le modalità di trattamento nelle strutture omologhe in modo da garantire un'assistenza uniforme, ottimizzare un progetto nell'ambito del SIAT (Sistema Integrato di Assistenza al Trauma) che porti il Policlinico ad essere *Hub* per il trauma maggiore, per le grandi sindromi cardio-vascolari e neurologiche, integrando l'attività di emergenza-urgenza territoriale con quella ospedaliera. Il DEA partecipa a rendere operativo il Piano di Emergenza Interno per Massiccio Afflusso di Feriti (PEMAF).

Deve garantire efficienza ed efficacia nell'utilizzo delle sale operatorie in elezione ed in urgenza, ottimizzando ed omogeneizzando tali risorse, garantendo il rispetto di tempi brevi nelle urgenze e, attraverso la saturazione delle sedute operatorie l'azzeramento delle liste di attesa chirurgiche, anche attraverso l'impiego ragionato del *turnover* intensivistico-rianimatorio.

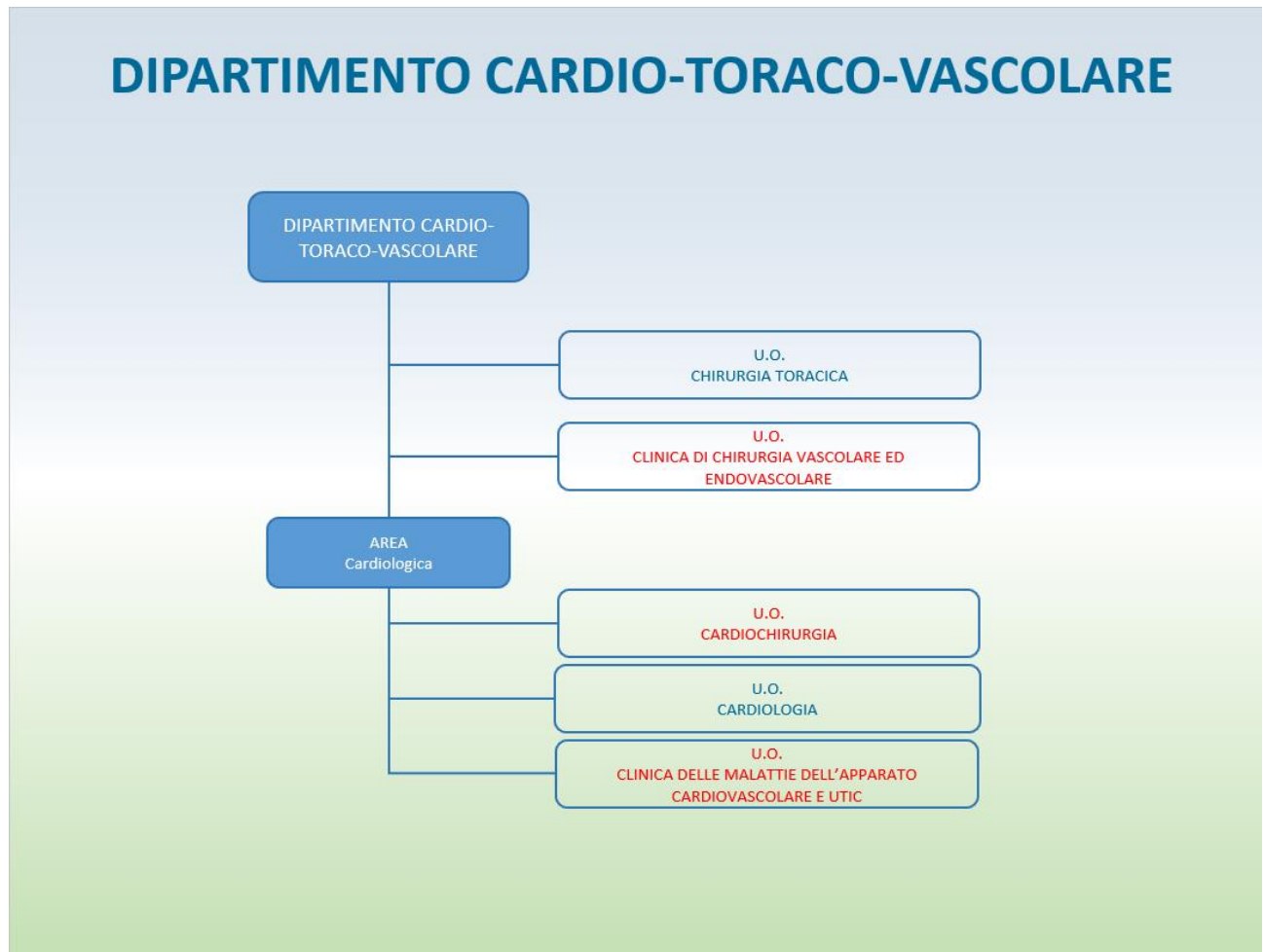
All'interno del Dea è allocata la U.O. Terapia Antalgica che ha lo scopo di garantire attraverso attività consulenziale, ambulatoriale e operativa il trattamento delle principali sindromi algiche.

Le attività di tale unità sono effettuate nel rispetto della Legge n. 38/2010 che disciplina i percorsi tra Cure Palliative e Terapia del Dolore lasciando a quest'ultima la gestione del dolore acuto e cronico benigno e alla prima il più vasto corteo sintomatologico delle malattie ad esito infausto, in cui il dolore rappresenta solo una delle problematiche presenti.

Trova sede presso il DEA anche la struttura di Pneumologia a indirizzo interventistico che, a fronte della significativa esperienza maturata nel triennio della pandemia da virus SARS Cov2, potrà garantire una corretta gestione delle patologie urgenti respiratorie e delle tecnologie che vengono utilizzate per la loro gestione garantendo omogeneità e standardizzazione delle terapie stesse.

Viene inoltre aggregata al DEA la S.S.D. chirurgia della mano che riveste una posizione strategica nella piena realizzazione del Centro Trauma di Alta Specializzazione ai sensi del DM 2 aprile 2015 n° 70.

Denominazione: **DIPARTIMENTO CARDIO-TORACO-VASCOLARE**



Le strutture indicate con il colore rosso sono proprie della Scuola di Scienze mediche e farmaceutiche o a direzione universitaria
Le strutture indicate con il colore blu sono a direzione ospedaliera

Aggrega funzionalmente e gestionalmente le strutture di area cardio-toraco-vascolare con i seguenti obiettivi generali di carattere dipartimentale:

1. ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse ad alto costo:

1.1. accesso flessibile alle sedute operatorie basato sui volumi di lista di attesa e sulla complessità

1.2. sviluppo e messa in comune delle aree chirurgiche a diversa intensità:

- 1.2.1. chirurgia ambulatoriale;
- 1.2.2. chirurgia media intensità;
- 1.2.3. ad alta intensità;

2. razionalizzazione dei protocolli preoperatori e di *follow-up*;

3. suddivisione dei *case-load* ed integrazione delle procedure;

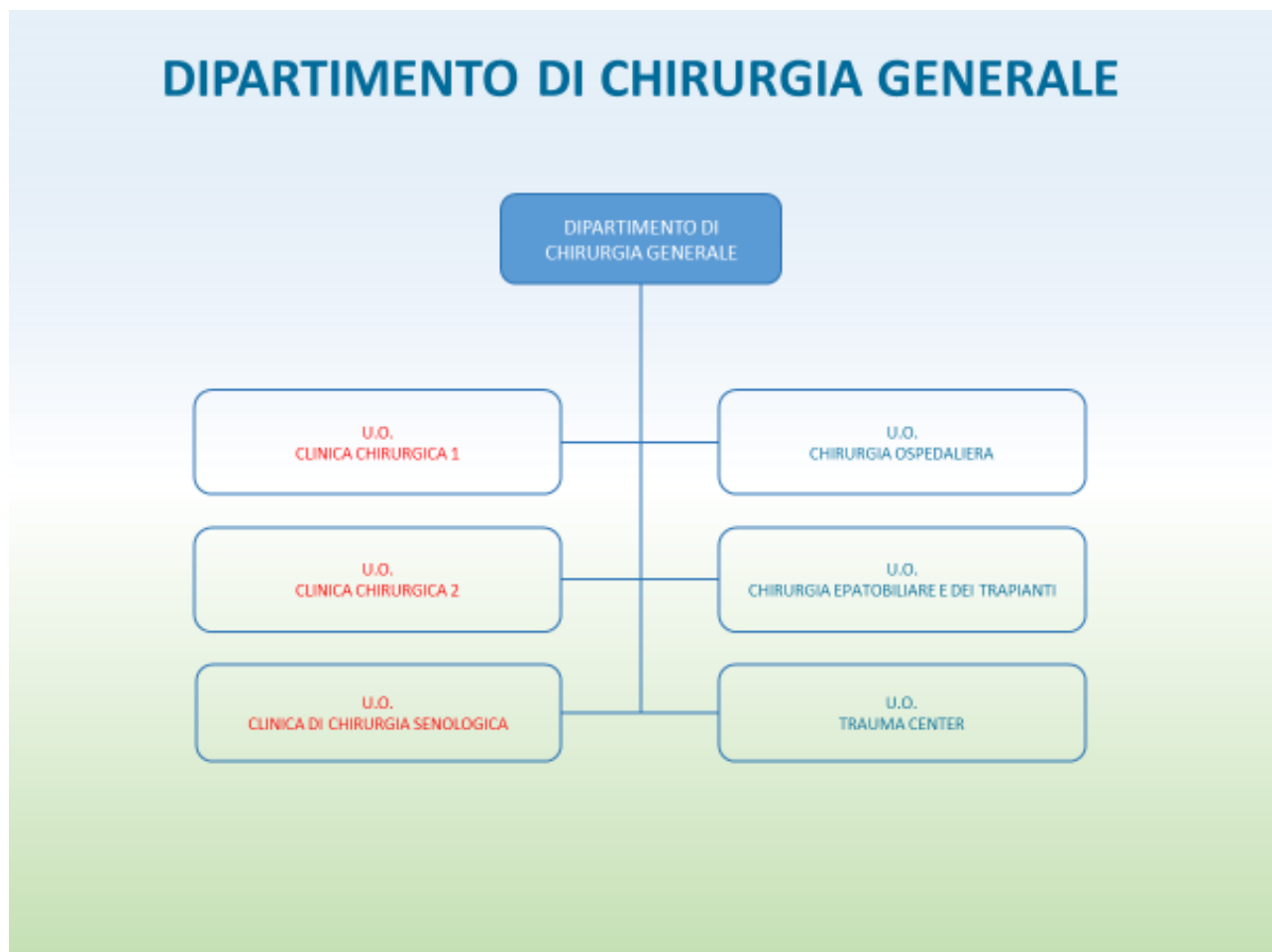
4. implementazione del meccanismo del DMT inteso quale strumento di gestione sul modello del *case management* complessivo che attraverso orizzontalmente e condizioni in positivo le strutture verticali formali;

5. sviluppo di una area dipartimentale cardiologica con l'obiettivo precipuo di trapiantare l'avvio dell'attività di trapianto di cuore, e contestualmente supportare il processo del riconoscimento del carattere di scientificità dell'Istituto policlinico nell'area cardiovascolare;
6. potenziamento dell'area di cardiologia interventistica avanzata, integrata con l'attività cardiocirurgica e con sviluppo e valutazione di metodiche innovative;

Il Dipartimento raccoglie in sé le risorse per dare un'adeguata risposta a problemi di media e soprattutto alta complessità di interesse cardiocirurgico, chirurgico vascolare, toracico e di interventistica cardiologica della popolazione ligure. Punto fondamentale è la standardizzazione dei percorsi di cura e l'organizzazione e riorganizzazione delle attività chirurgiche e interventistiche in un rapporto di collaborazione con gli altri Dipartimenti ed in accordo con un attento *bench-marking* aziendale, regionale e nazionale attraverso strumenti quali i DMT ed i "PDTA".

La *mission* consiste nel coordinamento e nel controllo di gestione delle diverse unità operative, vigilando sull'appropriata gestione del *budget* in termini di costo – efficacia e sulla qualità dei risultati nonché nell'individuare le eccellenze nello sviluppo delle loro potenzialità secondo le necessità strategiche della programmazione aziendale e regionale e nell'integrazione delle stesse. Garantisce l'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse con il superamento della filosofia delle "divisioni" verso quella delle "unità" intese come attività funzionali afferenti a degenze organizzate con il criterio dell'intensità di cure. Il Dipartimento con le sue strutture assistenziali è strumento dinamico per la realizzazione dell'integrazione fra assistenza didattica, formazione continua del personale e ricerca clinica e di base.

Denominazione: **DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA GENERALE**



Le strutture indicate con il colore rosso sono proprie della Scuola di Scienze mediche e farmaceutiche o a direzione universitaria
Le strutture indicate con il colore blu sono a direzione ospedaliera

Aggrega funzionalmente e gestionalmente le strutture dell'area di chirurgia generale con i seguenti obiettivi:

1. ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse ad alto costo:

1.1. accesso flessibile alle sedute operatorie basato sui volumi di lista di attesa e sulla complessità

1.2. sviluppo e messa in comune delle aree chirurgiche a diversa intensità:

1.2.1. chirurgia ambulatoriale;

1.2.2. chirurgia media intensità;

1.2.3. ad alta intensità;

2. razionalizzazione dei protocolli preoperatori e di *follow-up*;

3. partecipazione all'assegnazione delle missioni specifiche alle 4 strutture complesse di chirurgia generale e suddivisione dei *case-load* ed integrazione delle procedure;

4. implementazione del meccanismo del DMT inteso quale strumento di gestione sul modello della Presa in Carico di processo e di segmento complessiva che attraverso orizzontalmente e condizioni in positivo le strutture verticali formali;

5. Partecipazione alla realizzazione di un Percorso diagnostico Terapeutico condiviso per il paziente affetto da trauma maggiore, come definito nelle Linee guida dell'Istituto superiore di Sanità: *Si definisce trauma maggiore una condizione che determini una o più lesioni di cui almeno una sia in grado di determinare un rischio immediato o potenziale per la sopravvivenza o per un'invalidità grave. Il trauma maggiore può essere mono-distrettuale oppure polidistrettuale. Anche se comunemente il trauma maggiore poli-distrettuale viene definito politrauma, questo termine, più correttamente si dovrebbe riferire alla presenza di lesioni in diverse parti del corpo conseguenti ad impatti multipli. Il Trauma maggiore è definito come una condizione "tempo-dipendente"*. Viene in tal senso istituita una U.O. definita Trauma Center che avrà come missione fondamentale l'organizzazione e la vigilanza della corretta applicazione dei percorsi relativi alla gestione del trauma maggiore all'interno dei SIAT del nostro DEA di II livello ai sensi del DM 2 aprile 2015 n° 70.
6. organizzazione e gestione, in accordo con il Dipartimento di Emergenza e Accettazione e quello di chirurgia specialistica, dei pazienti afferenti al nostro DEA di II livello con patologie a prevalente contenuto chirurgico.

Il Dipartimento raccoglie in sé le risorse per dare un'adeguata risposta a problemi di media e soprattutto alta complessità di interesse chirurgico generale della popolazione ligure. Punto fondamentale è la standardizzazione dei percorsi di cura e l'organizzazione e riorganizzazione delle attività chirurgiche in un rapporto di collaborazione con gli altri Dipartimenti ed in accordo con un attento *bench-marking* aziendale, regionale e nazionale attraverso strumenti quali i DMT ed i "PDTA".

La *mission* consiste nel coordinamento e nel controllo di gestione delle diverse unità operative, vigilando sull'appropriata gestione del *budget* in termini di costo – efficacia e sulla qualità dei risultati nonché nell'individuare le eccellenze nello sviluppo delle loro potenzialità secondo le necessità strategiche della programmazione aziendale e regionale e nell'integrazione delle stesse. Garantisce l'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse e delle tecnologie disponibili con il superamento della filosofia delle "divisioni" verso quella delle "unità" intese come attività funzionali afferenti a degenze organizzate con il criterio dell'intensità di cure.

Il Dipartimento con le sue strutture assistenziali è strumento dinamico per la realizzazione dell'integrazione fra assistenza didattica, formazione continua del personale e ricerca clinica e di base e in questo senso garantirà i necessari percorsi formativi ai tecnici di tutte le professioni quivi operanti.

Denominazione: **DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA SPECIALISTICA**



Le strutture indicate con il colore rosso sono proprie della Scuola di Scienze mediche e farmaceutiche o a direzione universitaria

Le strutture indicate con il colore blu sono a direzione ospedaliera

Le strutture con asterisco rosso sono ospedaliere a direzione universitaria

Raccoglie funzionalmente e gestionalmente le strutture dell'area di chirurgia specialistica con i seguenti obiettivi:

1. ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse ad alto costo:

1.1. accesso flessibile alle sedute operatorie basato sui volumi di lista di attesa e sulla complessità

1.2. sviluppo e messa in comune delle aree chirurgiche a diversa intensità:

1.2.1. chirurgia ambulatoriale;

1.2.2. chirurgia media intensità;

1.2.3. ad alta intensità;

2. razionalizzazione dei protocolli preoperatori e di *follow-up*;

3. implementazione del meccanismo del DMT inteso quale strumento di gestione sul modello della Presa in Carico di processo e di segmento complessiva che attraverso orizzontalmente e condizioni in positivo le strutture verticali formali;

4. organizzazione e gestione, in accordo con il Dipartimento di Emergenza e Accettazione e quello di chirurgia generale, dei pazienti afferenti al nostro DEA di II livello con patologie a prevalente contenuto chirurgico.

5. viene riportata all'interno del dipartimento la U.O. di Chirurgia Plastica e ricostruttiva.

Il Dipartimento raccoglie in sé le risorse per dare un'adeguata risposta a problemi di media e soprattutto alta complessità di interesse chirurgico specialistico della popolazione ligure. Punto fondamentale è la standardizzazione dei percorsi di cura e l'organizzazione e riorganizzazione delle attività chirurgiche in un rapporto di collaborazione con gli altri Dipartimenti ed in accordo con un attento *bench-marking* aziendale, regionale e nazionale attraverso strumenti quali i DMT ed i "PDTA".

La *mission* consiste nel coordinamento e nel controllo di gestione delle diverse unità operative, vigilando sull'appropriata gestione del *budget* in termini di costo – efficacia e sulla qualità dei risultati nonché nell'individuare le eccellenze nello sviluppo delle loro potenzialità secondo le necessità strategiche della programmazione aziendale e regionale e nell'integrazione delle stesse. Garantisce l'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse e delle tecnologie disponibili con il superamento della filosofia delle "divisioni" verso quella delle "unità" intese come attività funzionali afferenti a degenze organizzate con il criterio dell'intensità di cure.

Il Dipartimento con le sue strutture assistenziali è strumento dinamico per la realizzazione dell'integrazione fra assistenza didattica, formazione continua del personale e ricerca clinica e di base e in questo senso garantirà i necessari percorsi formativi ai tecnici di tutte le professioni quivi operanti.

Denominazione: **DIPARTIMENTO GINECOLOGICO E PERCORSO NASCITA**



Le strutture indicate con il colore rosso sono proprie della Scuola di Scienze mediche e farmaceutiche o a direzione universitaria

Le strutture indicate con il colore blu sono a direzione ospedaliera

In grigio sono indicate le strutture semplici dipartimentali

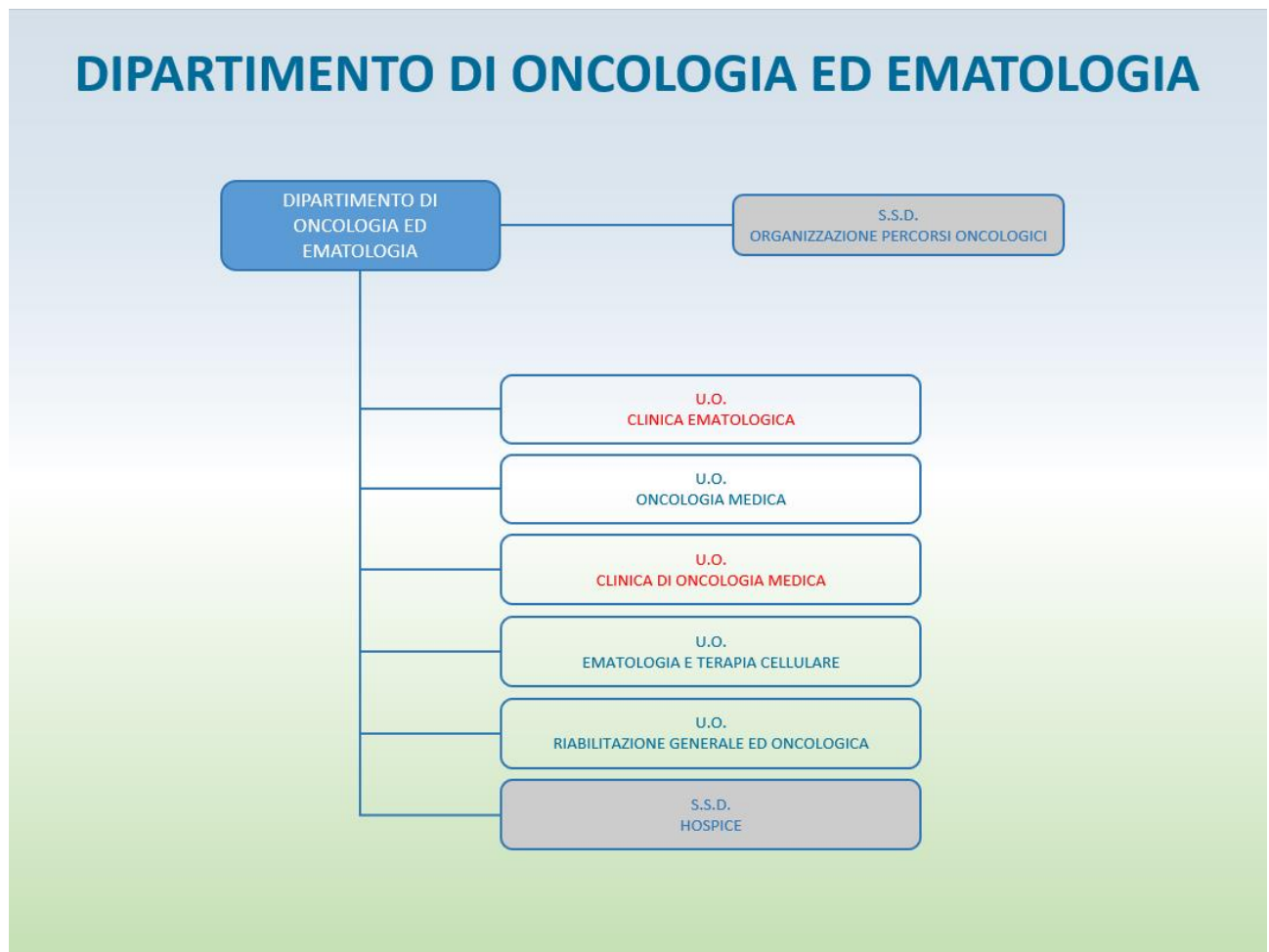
Il Dipartimento Ginecologico e Percorso Nascita del Policlinico, che è per volumi di attività sia il primo Punto Nascita della Liguria, costituendo il 1° livello di riferimento per la patologia ostetrica materna, sia il primo centro di Diagnosi Prenatale e di Fecondazione Assistita, rappresenta, in una città con sempre più anziani e sempre meno bambini, una risposta articolata al bisogno di costruire un messaggio positivo intorno all'evento nascita.

Attraverso l'attività, anche integrata, delle UU.OO. che lo costituiscono, il Dipartimento si propone di:

- concorrere alla razionalizzazione dei punti nascita nell'ambito del DIAR di riferimento;
- integrare attività territoriali e ospedaliere entro una logica di continuità assistenziale, prevedendo lo scambio di informazioni, ma anche di operatori, per consentire una visione complessiva e unitaria;
- individuare vocazioni specifiche per le diverse strutture del Dipartimento, che siano garanzia di risposta adeguata all'utenza e corretto impiego delle risorse disponibili, evitando inappropriate ridondanze;

- sperimentare nuovi modelli organizzativi, come, tra gli altri, l'affidamento alle ostetriche, in autonomia e responsabilità, di tutto il percorso relativo alla gravidanza fisiologica, per ridurre la sua medicalizzazione, secondo quanto previsto dal progetto aziendale "*Ostetricia, ritorno al futuro*";
- sviluppare, insieme alle istituzioni preposte, forme di assistenza domiciliare ragionata, con particolare riferimento al puerperio, anche per una profilassi attiva della depressione *post partum*;
- definire PDTA relativi alla patologia ostetrica, per costituire modelli di riferimento;
- promuovere e sostenere l'allattamento al seno esclusivo, seguendo gli *standard* per le buone pratiche negli Ospedali, enunciati dall'OMS/UNICEF;
- implementare il coinvolgimento attivo dei genitori dei neonati ricoverati nel reparto di Patologia Neonatale, per quello che concerne in particolare l'accoglimento nel reparto, il coinvolgimento nelle cure del neonato (es. *kangaroo mother care*), la *care* del neonato soprattutto pretermine con l'approntamento di locali idonei per non separarlo dai genitori (*family rooms*);
- promuovere e formalizzare PDTA con l'Ospedale Pediatrico di riferimento della Regione Liguria per semplificare, secondo criteri di equità ed appropriatezza, gli *iter* assistenziali dei bambini e delle loro famiglie, prevedendo, proprio al fine di limitare l'afferenza inappropriata presso l'unico Centro di II° livello neonatale regionale, di fornire assistenza a neonati sani e patologici con età gestazionale ≥ 32 settimane e/o peso neonatale ≥ 1500 grammi;
- elaborare modelli di diagnosi prenatale e di medicina perinatale orientati a integrare le nuove tecnologie con le necessarie competenze per renderle compiutamente efficaci;
- sviluppare protocolli interdisciplinari di preservazione della fertilità, con particolare riferimento alle pazienti oncologiche.

Denominazione: **DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA ED EMATOLOGIA**



Le strutture indicate con il colore rosso sono proprie della Scuola di Scienze mediche e farmaceutiche o a direzione universitaria
Le strutture indicate con il colore blu sono a direzione ospedaliera
In grigio sono indicate le strutture semplici dipartimentali

Il Dipartimento aggrega funzionalmente e gestionalmente le strutture che costituiscono la parte prevalente del *core* oncologico del Policlinico con i seguenti obiettivi generali di carattere dipartimentale:

1. messa in continuità delle strutture cliniche dell'area tematica e sviluppo dell'integrazione tra ricerca ed assistenza
2. condivisione ed ottimizzazione d'uso dei differenti *setting* assistenziali (*in-patients* e *out-patients*)
3. costituzione di *case-load* adeguati all'implementazione dei trials clinici.

Il Dipartimento coniuga la *mission* istituzionale di integrare ricerca, didattica e assistenza nei settori di competenza e nei limiti delle risorse.

L'integrazione tra ricerca biomedica e clinica mira ad approfondire la conoscenza delle malattie, ad identificare nuove terapie, e a fornire assistenza di qualità elevata in ambiente culturale e professionale adatto alla formazione di nuovi medici e ricercatori.

All'interno del Dipartimento l'area oncologica viene riorganizzata in due strutture complesse, una a direzione ospedaliera ed una a direzione universitaria, la cui rispettiva specializzazione sarà

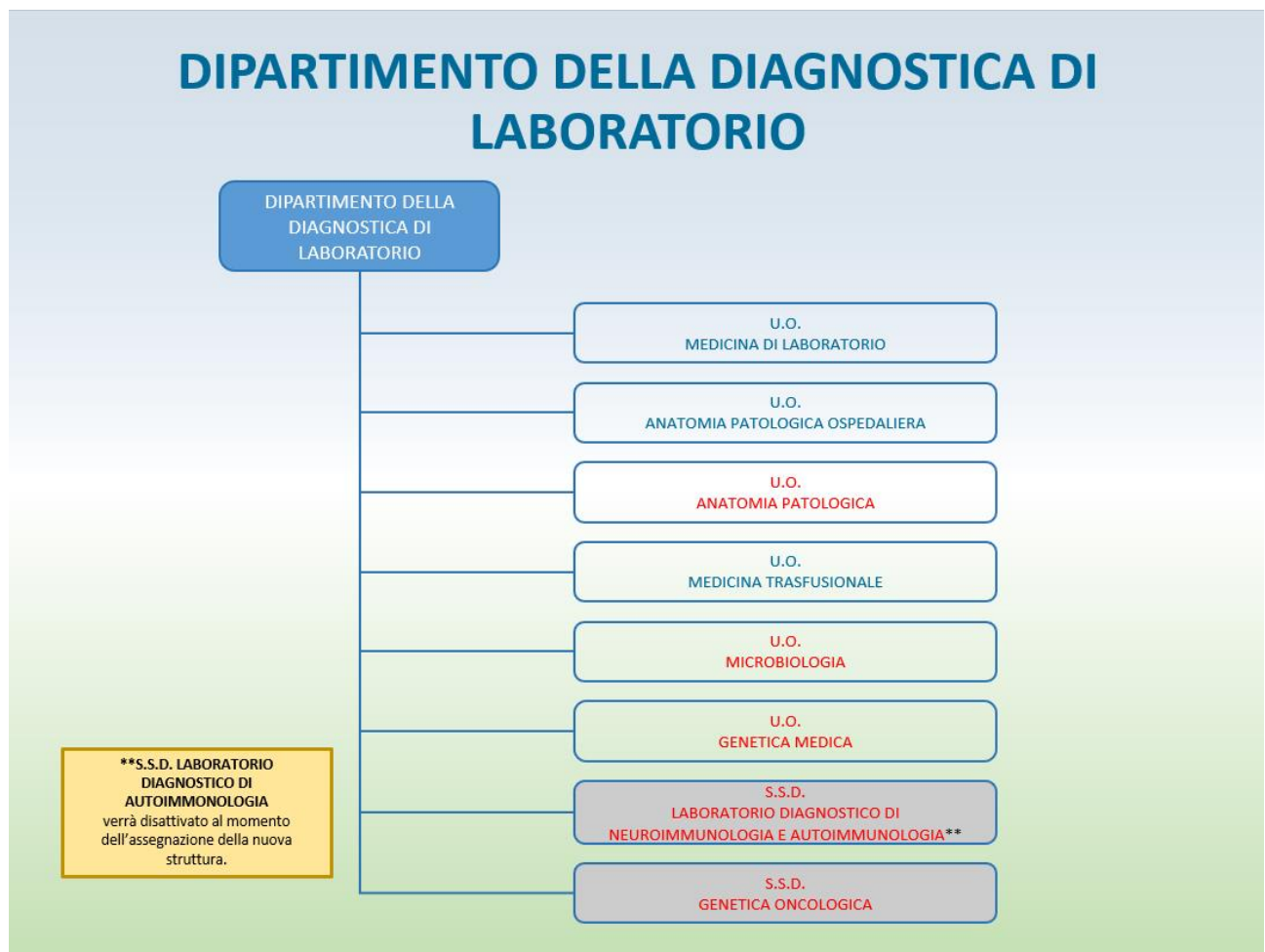
progressivamente connotata, al fine di concentrare la casistica per omogeneità e grading di complessità.

È prevista l'integrazione della S.S.D. Hospice che già oggi svolge la sua attività in materia di cure palliative e di supporto alla diffusione della cultura delle cure palliative all'interno del policlinico principalmente in ambito oncologico.

È inoltre prevista una struttura dedicata all'organizzazione dei setting assistenziali condivisi in ambito oncologico ed ematologico che necessitano di adeguata ingegnerizzazione in considerazione dell'elevata complessità e dell'insistenza di molteplici cicli produttivi (Ufa, Laboratorio analisi, Anatomia Patologica, Gestione del Rischio Clinico, Chirurgie e attività di Sala operatoria, ecc) sull'unica via finale comune rappresentata dalla presa in carico ambulatoriale e dalla somministrazione delle terapie ai pazienti presi in carico dal Cancer Center.

Infine il dipartimento si interfaccia con il Cancer Center per garantire la piena realizzazione degli obiettivi assegnati dal Centro stesso che rappresenta per il Dipartimento il presidio organizzativo che, in accordo con la Direzione strategica, detta le politiche aziendali in materia di oncologia ed emato oncologia.

Denominazione: **DIPARTIMENTO DELLA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO**



Le strutture indicate con il colore rosso sono proprie della Scuola di Scienze mediche e farmaceutiche o a direzione universitaria

Le strutture indicate con il colore blu sono a direzione ospedaliera
Le strutture con asterisco rosso sono ospedaliere a direzione universitaria
In grigio sono indicate le strutture semplici dipartimentali

Aggrega funzionalmente e gestionalmente tutti i servizi di diagnostica di laboratorio e di anatomia patologica con i seguenti obiettivi generali dipartimentali trasversali a tutto il Policlinico:

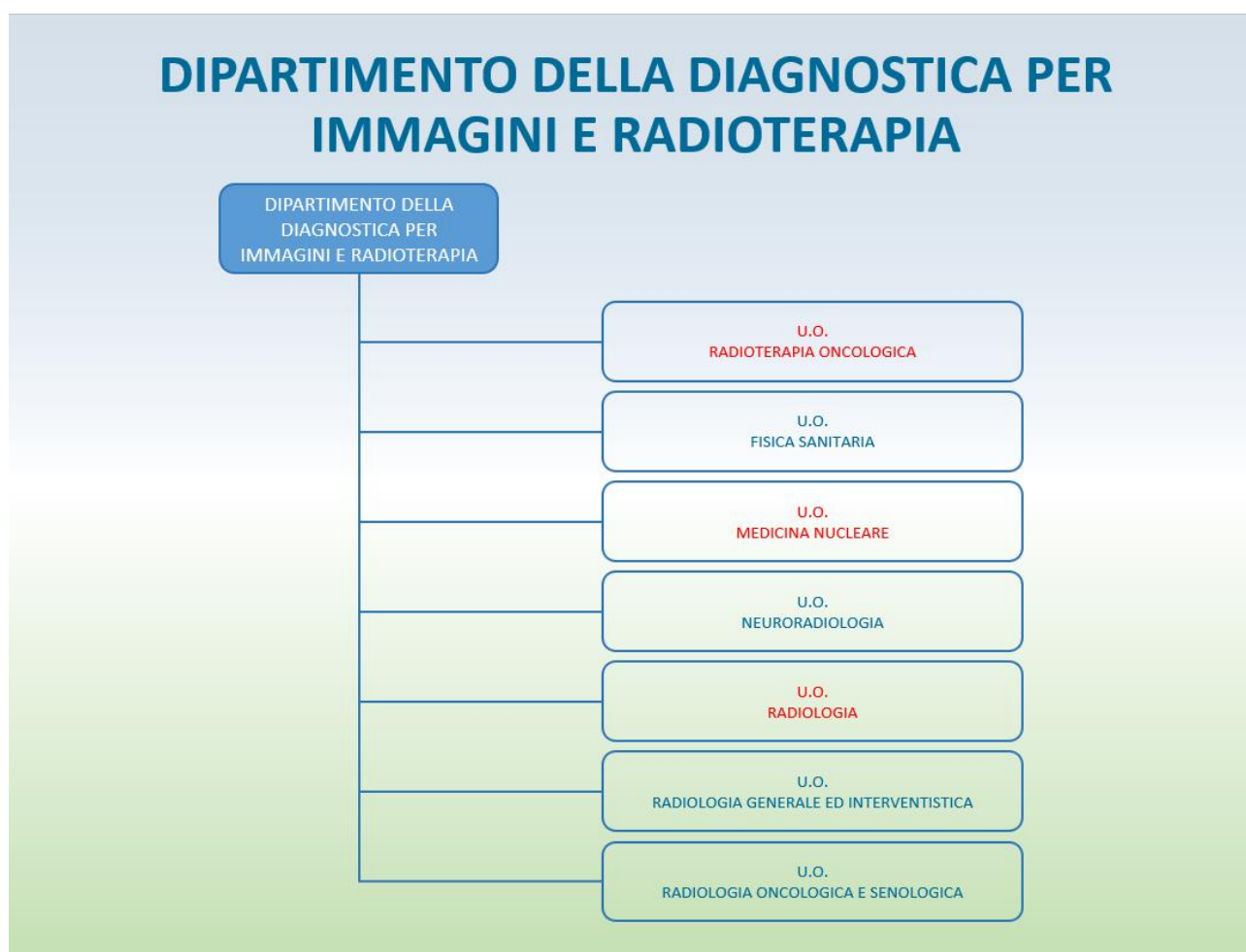
1. messa in comune delle risorse tecnologiche per l'ottimizzazione del loro utilizzo
2. sviluppo di protocolli per l'appropriatezza delle prestazioni intermedie
3. contributo al miglioramento dei tempi di processo della filiera assistenziale
4. sviluppo delle tecniche di diagnostica genetica e molecolare.

Il Dipartimento coordina le funzioni assistenziali svolte dalle Unità Operative delle aree dell'anatomia patologica e dei laboratori medici, curandone l'integrazione con le funzioni didattiche e di ricerca del Policlinico.

Persegue il miglioramento dei processi assistenziali in accordo con le necessità aziendali nei settori della diagnostica, proponendo e dando attuazione a soluzioni organizzative per ottimizzare le risorse tecnologiche ed umane.

Vengono ricomprese all'interno del Dipartimento tutte le strutture che attualmente e a vario titolo si occupano di biologia molecolare e che dovranno concorrere alla realizzazione di un unico laboratorio che preveda la messa in comune delle tecnologie presenti e quelle che verranno in futuro acquisite, nonché il personale tecnico già formato per la realizzazione di queste particolari tecniche di analisi. In questo senso va intesa la collocazione della SSD di Genetica Oncologica all'interno del Dipartimento.

Denominazione: **DIPARTIMENTO DELLA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E RADIOTERAPIA**



Le strutture indicate con il colore rosso sono proprie della Scuola di Scienze mediche e farmaceutiche o a direzione universitaria
Le strutture indicate con il colore blu sono a direzione ospedaliera

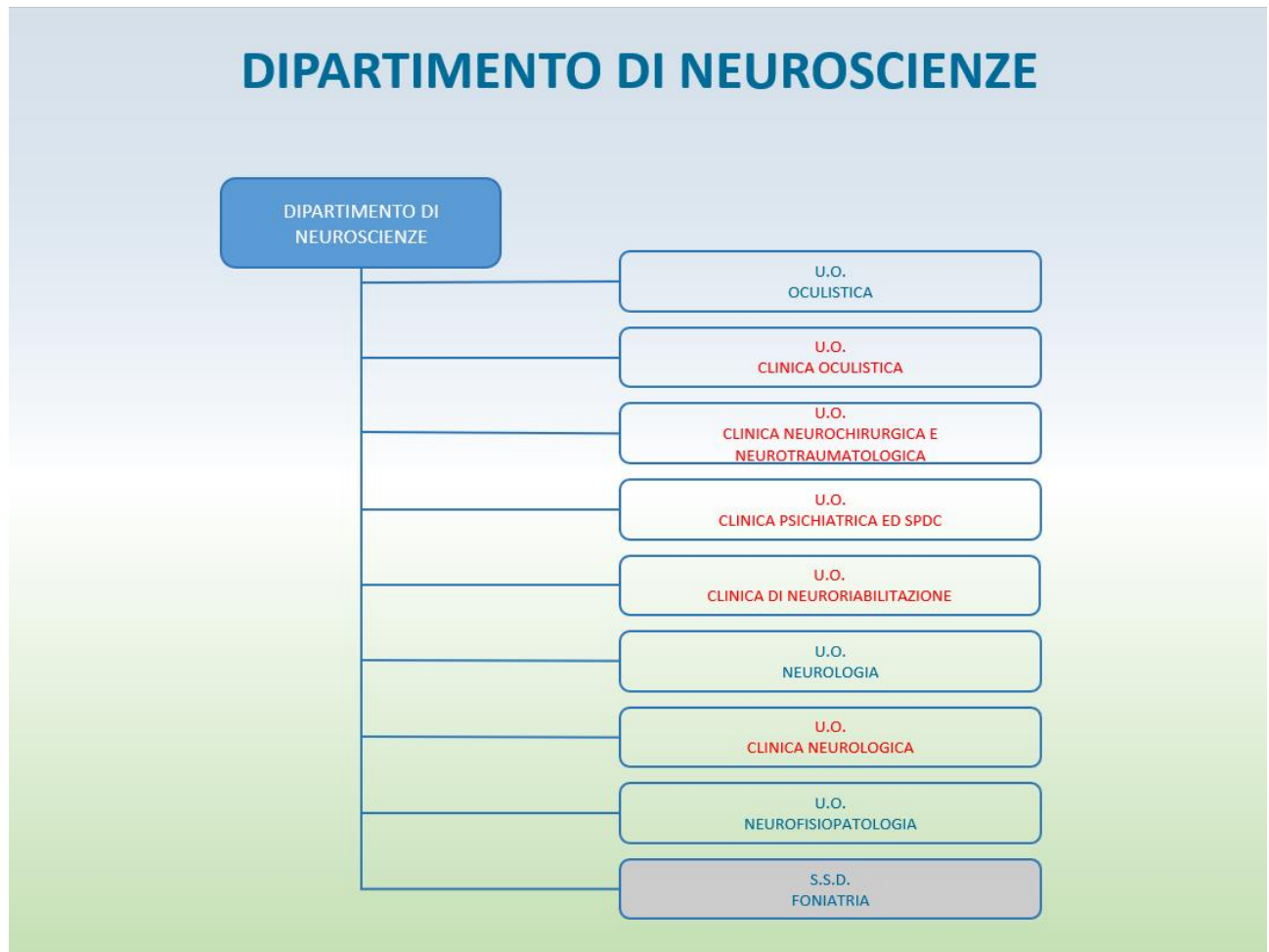
Aggrega funzionalmente e gestionalmente tutti i servizi di diagnostica per immagini, medicina nucleare e radioterapia con i seguenti obiettivi generali dipartimentali trasversali a tutto il Policlinico:

1. messa in comune delle risorse tecnologiche per l'ottimizzazione del loro utilizzo
2. sviluppo di protocolli per l'appropriatezza delle prestazioni intermedie
3. contributo al miglioramento dei tempi di processo della filiera assistenziale
4. sviluppo delle aree interventistiche.

Il Dipartimento coordina le funzioni assistenziali svolte dalle Unità Operative delle aree delle tecnologie radiologiche, curandone l'integrazione con le funzioni didattiche e di ricerca del Policlinico.

Il Dipartimento persegue il miglioramento dei processi assistenziali, l'implementazione delle nuove metodiche sia nel campo dell'*imaging* sia nei settori di radioterapia e di interventistica radiologica, in accordo con le necessità del Policlinico, proponendo e dando attuazione a soluzioni organizzative per ottimizzare le risorse tecnologiche ed umane.

Denominazione: **DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE**



Le strutture indicate con il colore rosso sono proprie della Scuola di Scienze mediche e farmaceutiche o a direzione universitaria
Le strutture indicate con il colore blu sono a direzione ospedaliera
In grigio sono indicate le strutture semplici dipartimentali

Aggrega funzionalmente e gestionalmente tutte le strutture che condividono uguali raggruppamenti nosologici con i seguenti obiettivi generali di carattere dipartimentale:

Integra funzionalmente nel contesto del Policlinico le competenze delle Neuroscienze Cliniche e quelle dell'Attività Chirurgica nel settore Testa-Collo.

Viene inoltre inserita nel Dipartimento la SSD foniatria per sottolineare il ruolo centrale svolto da questa struttura essenzialmente rivolto ai pazienti ricoverati con patologie a prevalente contenuto neurologico.

Integra nell'ambito delle Neuroscienze Cliniche, l'attività clinica, di ricerca e le applicazioni derivanti dalle più recenti acquisizioni (nuovi farmaci, nuove tecniche diagnostiche e terapeutiche)

Integra le attività chirurgiche del Distretto Testa – Collo, con particolare riferimento alla chirurgia mini invasiva e la chirurgia del basi-cranio.

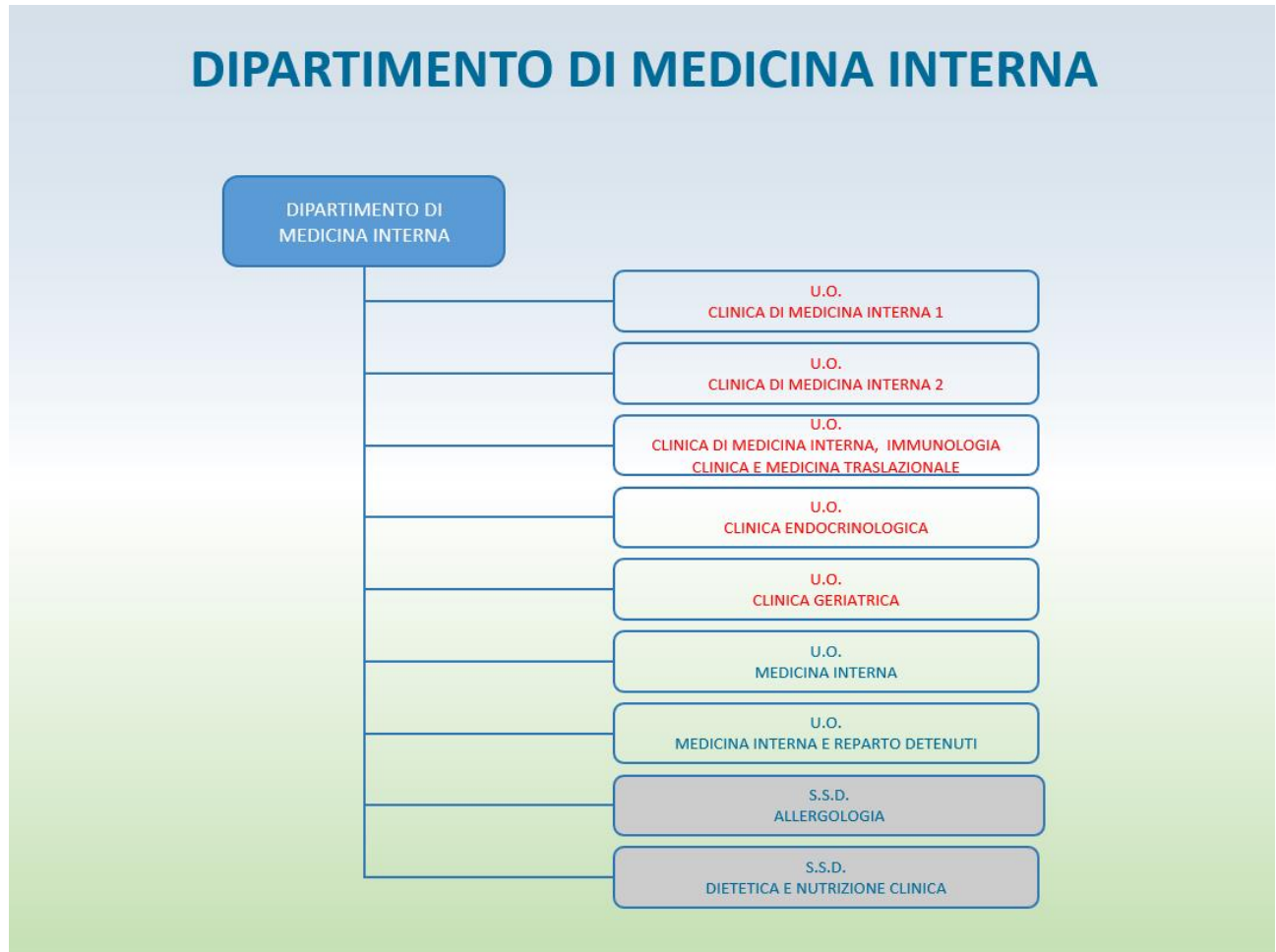
Sviluppa l'attivazione della filiera assistenziale, con particolare riferimento ad alcuni percorsi integrati di riferimento (es. Ictus).

Sostiene attivamente il lavoro attraverso i DMT, strumento utilizzato anche per favorire la sintesi interna della *governance* e il controllo della filiera assistenziale, con apertura al territorio;

Sostiene l'integrazione con il Cancer Center attraverso l'attività Neuro-Oncologica.

Garantisce attraverso il criterio del “miglioramento continuo” la risposta alla Neuroemergenza – urgenza e alla Neuroriabilitazione.

Denominazione: **DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA**



Le strutture indicate con il colore rosso sono proprie della Scuola di Scienze mediche e farmaceutiche o a direzione universitaria
Le strutture indicate con il colore blu sono a direzione ospedaliera
In grigio sono indicate le strutture semplici dipartimentali

Il Dipartimento aggrega funzionalmente e gestionalmente tutte le strutture di area internistica con i seguenti obiettivi generali da perseguire:

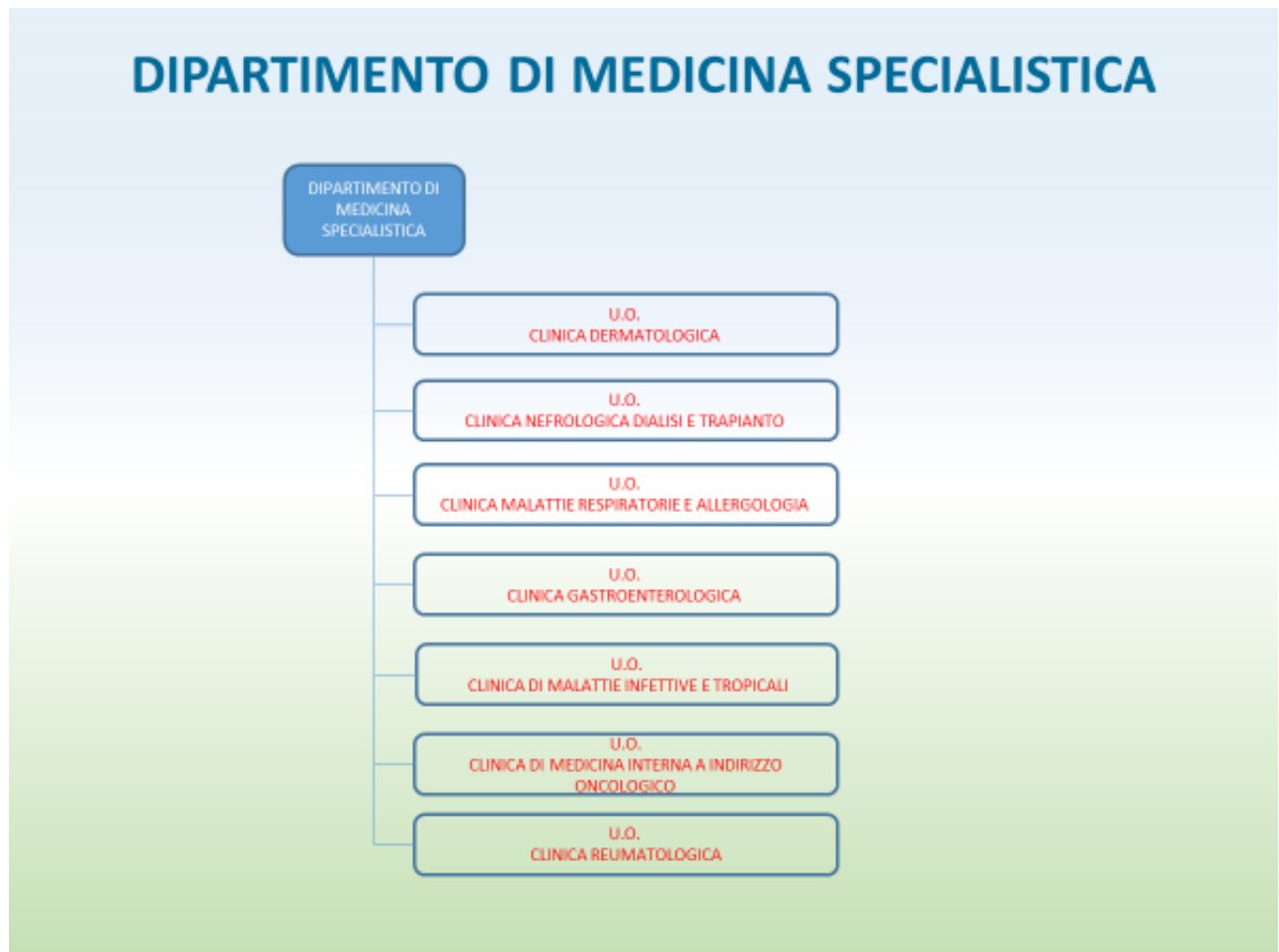
1. sviluppo di aree a diversa intensità assistenziale con ottimizzazione delle attività;
2. sviluppo e attivazione di percorsi diagnostico-terapeutici per patologie internistiche selezionate;
3. sviluppo di attività integrate con quelle territoriali, anche perseguendo la presa in carico di pazienti e la continuità assistenziale.

Finalità del Dipartimento sono la diagnosi e la cura di pazienti con patologie mediche, comprendenti i pazienti con pluri-patologie, il supporto medico internistico per pazienti afferenti a U.O. di altri Dipartimenti, nonché la promozione della qualità delle prestazioni sanitarie perseguita attraverso la formazione continua degli operatori e l’ottimizzazione delle risorse. Rientrano nell’ambito del dipartimento le problematiche nutrizionali, geriatriche, immunopatologiche. L’attività clinica del

Dipartimento è anche strumentale per realizzare obiettivi di sviluppo e miglioramento sia dell'attività di ricerca nell'area internistica sia della formazione per studenti della Scuola di Scienze Mediche e Farmaceutiche e per laureati in Corsi di specializzazione e di dottorato.

Vengono integrate nel dipartimento la SSD di Dietetica e nutrizione clinica e la SSD di allergologia con il compito di partecipare alla creazione, rispettivamente, di un'organizzazione funzionale volta alla gestione dei pazienti portatori di gravi disturbi dell'alimentazione e di una forte integrazione con la struttura di Clinica di Medicina interna, Immunologia clinica e medicina traslazionale.

Denominazione: **DIPARTIMENTO DI MEDICINA SPECIALISTICA**



Le strutture indicate con il colore rosso sono proprie della Scuola di Scienze mediche e farmaceutiche o a direzione universitaria

Il Dipartimento comprende le strutture di area medica specialistica con i seguenti obiettivi generali da perseguire:

1. ottimizzazione delle attività specialistiche, soprattutto strumentali, per pazienti ricoverati nell'Istituto
2. ottimizzando l'efficacia e l'efficienza diagnostico-terapeutica;
3. sviluppo e attivazione di percorsi diagnostico-terapeutici per patologie specialistiche selezionate, con sviluppo di reti assistenziali regionali;

4. sviluppo di attività integrate con quelle territoriali, anche perseguendo la presa in carico di pazienti e la continuità assistenziale.

Finalità del Dipartimento sono la diagnosi e la cura di pazienti con patologie mediche specialistiche, il supporto medico specialistico per pazienti afferenti ad altre U.O., nonché la promozione della qualità delle prestazioni sanitarie perseguita attraverso la formazione continua degli operatori e l'ottimizzazione delle risorse. Nel Dipartimento coesistono diverse e coordinate funzioni al fine di garantire le attività di assistenza, ricerca e didattica, svolte nel settore della medicina specialistica e atte a promuovere e realizzare la formazione per studenti della Scuola di Scienze Mediche e farmaceutiche e per laureati nei corsi di specializzazione o di dottorato.

(Art. 60) (I Disease Management Team - DMT)

I DMT rappresentano uno strumento clinico per ottenere il miglior risultato di cura per i pazienti attraverso percorsi professionali che travalicano i confini delle singole strutture e, per certi aspetti, dell'ospedale stesso. Le singole strutture realizzano e sostengono i percorsi di cura integrandosi funzionalmente e rinunciando a parte della loro visibilità, sovranità ed autonomia a favore di una visione d'insieme e di un risultato comune.

I DMT rappresentano unità organizzative funzionali multidisciplinari e multiprofessionali costituiti per coordinare l'approccio alla persona malata secondo percorsi di cura trasversali, superando la logica dell'organizzazione divisionale.

Le linee generali per l'attivazione e il funzionamento dei DMT sono di seguito declinate e ciascun DMT dovrà meglio dettagliare la propria organizzazione, articolazioni e funzionalità in un proprio specifico regolamento.

I DMT hanno gli obiettivi:

- a. introduzione di una metodologia incentrata sul paziente, in una logica di miglioramento continuo dell'assistenza, della qualità dei servizi offerti all'utente, dei risultati clinici e dell'impiego delle risorse;
- b. rafforzamento del coordinamento e dell'integrazione dei diversi interventi a garanzia dell'uniformità e equità della presa in carico e nella gestione del percorso del paziente;
- c. accentramento della casistica in percorsi/strutture/professionisti ad elevati volumi garantendo le specifiche competenze richieste;
- d. offerta ai pazienti di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) appropriati secondo gli standard scientifici e professionali correnti e coerenti con quanto concordato in ambito di Rete regionale di patologia e/o di dipartimento regionale interaziendale;
- e. semplificazione del percorso del paziente all'interno della struttura ospedaliera e collegamento, ove necessario, con altre strutture ospedaliere regionali e con il territorio;
- f. promozione della ricerca clinica e traslazionale;
- g. garanzie della formazione, aggiornamento e verifica delle abilità e delle competenze dei professionisti;
- h. garanzie di una risposta organica ai provvedimenti normativi.

Il campo di applicazione e modalità di attivazione dei DMT sono i seguenti:

- a. I DMT si applicano a tutti gli ambiti clinici e di ricerca in cui sia raccomandabile l'organizzazione di percorsi strutturati e collegamenti funzionali sistematici e programmati tra i diversi ambiti specialistici coinvolti in strutture o dipartimenti differenti.
- b. I DMT vengono istituiti dal Direttore Generale al termine di un percorso di attivazione che prevede:
 1. La proposta motivata di uno o più direttori di Dipartimento ad attività integrata (DAI) alla Direzione sanitaria e alla Direzione scientifica che ne curano l'istruttoria per sottoporlo al Collegio di Direzione
 2. Il preventivo e positivo parere del Collegio di Direzione all'avvio della fase sperimentale
 3. La dimostrazione documentale di una fase sperimentale di avvio del DMT di almeno sei mesi con la discussione collegiale dei relativi casi clinici
 4. La presenza di un report finale della fase sperimentale da sottoporre al giudizio del Collegio di Direzione
 5. Il parere del Collegio di Direzione.

Composizione dei DMT ed i rapporti rispetto alla organizzazione strutturale

- a. Ai DMT partecipano le Strutture Complesse (SC) e Semplici Dipartimentali (SSD) che contribuiscono al completamento del percorso di diagnosi e cura della patologia in questione come individuati con atto deliberativo dalla Direzione Generale.
- b. Il DMT è rappresentato da un Comitato di coordinamento costituito dal Coordinatore, dai responsabili infermieristici di area dipartimentale di interesse, dai Direttori di Struttura Complessa e Semplice Dipartimentale afferenti.
- c. Il Cancer Center ha il compito di garantire il supporto strategico alle attività del DMT Oncologici.
- d. Le decisioni cliniche dei DMT che abbiano impatti significativi dal punto di vista organizzativo generale del Policlinico è mandatorio che vengano sottoposte al parere del Collegio di Direzione.
- e. Il funzionamento del DMT viene definito dal regolamento approvato dal Comitato di coordinamento.
- f. Il Regolamento di DMT deve essere sottoposto all'approvazione del Collegio di Direzione.
- g. In base alla complessità ed alla vastità della casistica trattata, i DMT possono articolarsi in Gruppi Interdisciplinari di Patologia (GIP) che rappresentano una articolazione operativa. L'attivazione dei GIP è discrezionale ma va esplicitata nel regolamento del DMT.
- h. I GIP hanno il compito di discutere i casi clinici secondo le regole che il DMT definisce nel suo regolamento e di registrare i nuovi casi sugli applicativi informatici che l'IRCCS rende disponibili. Il GIP non ha funzioni programmatiche e organizzative che restano in capo al DMT ed al suo coordinatore.

Il Coordinatore del DMT

- a. Il Coordinatore del DMT è un dirigente medico delle strutture afferenti al DMT. Per i requisiti ed i criteri per la nomina degli stessi si rimanda ad apposito regolamento.
- b. Il Coordinatore è nominato con atto formale del Direttore Generale, sentito il Collegio di direzione.

- c. Il coordinatore di DMT ha la piena responsabilità della conduzione del DMT; nella sua attività è supportato dal Comitato del DMT.
- d. Il dirigente al quale verrà conferito il Coordinamento del DMT non verrà retribuito con mansione specifica ma l'attività svolta sarà computata nel carico di lavoro complessivo del professionista.
- e. Con il Coordinatore viene negoziata la scheda di budget contenente gli obiettivi annuali di processo e di esito dei PDTA in cui si articola l'attività del DMT, secondo le strategie e metodologie di budgeting definite annualmente; la responsabilità degli obiettivi negoziati sarà condivisa dalle strutture che contribuiscono al DMT attraverso le rispettive schede di budget. Al conseguimento di tali obiettivi potrà essere attribuita una quota aggiuntiva di salario di risultato in esito al raggiungimento degli stessi, il cui valore verrà definito nell'ambito della contrattazione integrativa.

(Art. 61) (Funzioni e modalità operative dei Disease Management Team - DMT)

Le Funzioni del DMT

- a. Collegamento con le Reti regionali di patologia, i dipartimenti interaziendali (DIAR) e, ove necessario, i servizi socio-sanitari territoriali per tutto quanto attiene lo specifico ambito professionale.
- b. Identificazione delle Linee Guida (LL.GG.) di riferimento per l'area di patologia trattata, che rappresentano il riferimento rispetto al quale il DMT disegna i PDTA che intende offrire ai pazienti.
- c. I principali snodi del PDTA sono monitorati attraverso indicatori definiti in maniera esplicita. Questi indicatori rappresentano la base per il monitoraggio dell'attività e vengono utilizzati come obiettivi di *budget* del DMT.
- d. Il Coordinatore del DMT esprime il proprio motivato giudizio sul raggiungimento degli obiettivi del DMT da parte delle strutture che compongono il DMT.
- e. Promozione della collaborazione tra le Unità Cliniche e le Unità di Ricerca con il fine di proporre ed approvare progetti di ricerca, clinica e traslazionale, da realizzare con la collaborazione delle strutture del DMT interessate allo sviluppo dei progetti stessi. All'interno del DMT si collocano anche le sperimentazioni cliniche attivate e il DMT è garante dell'omogeneità e standardizzazione delle procedure che sottendono ai percorsi di arruolamento dei pazienti nelle sperimentazioni cliniche attive.
- f. Collaborazione con la Direzione Sanitaria e la Direzione Scientifica per la valutazione delle sperimentazioni da sottoporre all'approvazione del Comitato Etico Territoriale, in particolare per la coerenza con i Programmi e Progetti in atto.
- g. Promozione dell'aggiornamento e sviluppo delle abilità e delle competenze dei diversi professionisti sanitari, attraverso incontri mensili.
- h. Collaborazione con le attività didattiche della Scuola di Scienze Mediche e Farmaceutiche, per il Corso di laurea in medicina e chirurgia, per le Scuole di specializzazione medica e per i corsi di Laurea delle professioni sanitarie.

Sono in capo al DMT:

- i. la registrazione sugli appositi strumenti informatici di tutti i casi trattati e la discussione multidisciplinare (in funzione di almeno il 10% della casistica) di quelli particolarmente complessi o emblematici o che richiedono scostamenti significativi dalle indicazioni contenute nel PDTA di riferimento. I criteri di selezione dei casi clinici da discutere e le modalità di presentazione e discussione vengono esplicitati nel regolamento del DMT.
- j. la verbalizzazione della discussione multidisciplinare costituisce parte integrante della discussione stessa e va allegata alla cartella clinica; essa deve, tra l'altro, motivare ogni eventuale scostamento dalle raccomandazioni concordate nel PDTA di riferimento;
- k. la supervisione e proposta di studi clinici;
- l. la promozione del reclutamento dei pazienti negli studi clinici in corso;
- m. le funzioni di manutenzione dei PDTA e di adeguamento a nuovi standard organizzativi e scientifico-professionali;
- n. la definizione del fabbisogno di prestazioni necessarie per la corretta realizzazione del PDTA in tutti i segmenti che lo compongono sia dal punto di vista quantitativo (volumi di attività), sia dal punto di vista qualitativo (tecnologie necessarie);
- o. la proposta al Collegio di Direzione di implementazione di nuove tecnologie o di integrazione di nuove risorse professionali per il corretto svolgimento dei PDTA.

Modalità operative

- a. Il DMT si dota di un regolamento che contiene gli elementi essenziali organizzativi e gestionali per il suo funzionamento.
- b. Il Comitato di Coordinamento del DMT si riunisce in sessione plenaria con il coinvolgimento di tutti i componenti ogni qualvolta il Coordinatore lo ritenga necessario. Il Coordinatore provvede a predisporre l'ordine del giorno e a redigere i verbali.
- c. Gli eventuali GIP e il DMT si riuniscono comunque con una cadenza tale da permettere la discussione dei volumi di casistica relativa.
- d. L'ordine del giorno e il verbale vengono trasmessi alle Direzioni dell'Istituto, all'U.O. Gestione del rischio clinico, qualità, accreditamento, nonché alle direzioni dei DAI e di Unità interessati.
- e. Il Coordinatore redige a fine anno il *report* dell'attività del DMT, che dovrà contenere gli elementi descrittivi dell'attività svolta con particolare attenzione agli indicatori e agli obiettivi di budget assegnati. Il report sarà inviato alla Direzione strategica ed all'U.O. Gestione del rischio clinico, qualità, accreditamento.

Abilità – Competenze – Presa in Carico

- a. I Direttori di Struttura Complessa o di Struttura Semplice Dipartimentale afferenti il DMT, in accordo con il direttore del DAI di afferenza, hanno il compito di individuare i professionisti in grado di presidiare i segmenti di PDTA che il DMT affiderà loro.
- b. Questi professionisti hanno la responsabilità della presa in carico del paziente secondo il modello del *Case Management* (medico tutor e infermiere referente). Il criterio fondamentale per la presa in carico medica è rappresentato dai volumi minimi di attività e dalla qualità delle prestazioni erogate.
- c. La presa in carico medica e infermieristica deve essere comunicata formalmente ad ogni paziente al momento dell'accesso all'Istituto e alla struttura che presidia lo specifico segmento di PDTA.

- d. Ogni Struttura che presidia il segmento di PDTA individua un pool di medici *tutor* e di i infermieri referenti, dimensionati sui volumi previsti di attività, al cui interno viene assegnata la presa in carico del singolo paziente.
- e. I pool di medici tutor e infermieri referenti sono periodicamente formati sia dal punto di vista clinico organizzativo, sia dal punto di vista relazionale comunicativo.
- f. La corretta gestione della presa in carico dei pazienti è in capo al DMT; essa è sottoposta a verifica e costituisce criterio per la valutazione dell'attività.

Le componenti medica e infermieristica svolgono questa funzione in modo sincrono definendo i compiti e le funzioni dei rispettivi profili sia dal punto di vista generale sia per le specificità tipiche di ogni singolo PDTA.

1. Si definisce una presa in carico di processo che prevede un accompagnamento da parte di un professionista medico e infermiere durante l'intero PDTA e che rappresenta per il paziente lo strumento principale di fidelizzazione all'Istituto.
2. Si definisce altresì una presa in carico di segmento costituita dall'accompagnamento da parte di un professionista medico e infermiere, anche per brevi periodi, del paziente all'interno dei diversi segmenti disciplinari in cui l'intero PDTA si articola.

La presa in carico nelle sue due componenti sopra descritte si articola in:

- Presa in Carico Medica che dovrà rappresentare il supporto:
 - Informativo: trasferire tutte le informazioni necessarie a comprendere le fonti di conoscenza, i motivi, i dati di letteratura alla base delle scelte diagnostiche e terapeutiche (e le loro eventuali alternative) proposte al paziente;
 - Relazionale: realizzare con il paziente un rapporto di empatia tale da permettere l'instaurarsi di relazioni basate sulla fiducia reciproca;
 - Decisionale: accompagnare il paziente nelle decisioni strategiche del PDTA con l'attenzione ad accogliere anche decisioni divergenti dalle convinzioni tecniche proprie del professionista;

fondamentale per permettere al paziente un consapevole viaggio all'interno del PDTA.

- Presa in Carico Infermieristica

Oltre alle dimensioni che caratterizzano la presa in carico medica, coniugate secondo le competenze infermieristiche (gestione delle autonomie, funzioni di riabilitazione, gestione presidi e stili di vita, ecc.), è fondamentale che l'infermiere tutor garantisca un supporto:

- organizzativo: l'accompagnamento del paziente e dei suoi familiari nel PDTA alla ricerca del setting assistenziale necessario in quella determinata fase del percorso stesso, evitando di aggiungere la sofferenza delle ricerche inutili e delle attese alla sofferenza della malattia, costituisce un compito primario nella PC Infermieristica

- o logistico: garantire un solido supporto nella gestione delle incombenze “collaterali” (L. 104, trasporti paziente, Dichiarazione Anticipata di Trattamento, supporto spirituale, ecc.)
- o di continuità assistenziale: nel momento del distacco del paziente cronico dall’Istituto la PC Infermieristica prevede il supporto per la gestione della fase territoriale dell’assistenza. È quindi indispensabile che l’Infermiere Referente abbia conoscenza e abbia relazioni consolidate con quei segmenti di assistenza territoriale che eventualmente facciano parte del PDTA in questione.

Le principali funzioni del DMT collegate alla ricerca:

- a. Promuovere l’attivazione di studi clinici;
- b. Valutare la congruità di protocolli di studio proposti da componenti del DMT rispetto alle linee di indirizzo del DMT stesso ed inserirli nei percorsi paziente;
- c. Favorire il reclutamento di pazienti negli studi clinici attivati;
- d. Promuovere la ricerca traslazionale in particolare in relazione alle attività dei laboratori del Policlinico.

Il Direttore Scientifico supervisiona l’attività di ricerca dei DMT, anche verificandone la coerenza con i programmi e i progetti di Ricerca Corrente in corso.

Funzioni speciali

- a. Il DMT è chiamato ad esprimersi su richiesta delle Direzioni sui seguenti argomenti:
 - Pareri su protocolli di ricerca
 - PDTA
 - Pareri su Progetti da sottoporre a Istituzioni.
- b. Il DMT promuove la partecipazione ai Protocolli Comuni, adottando misure di verifica dell’adesione delle singole Strutture coinvolte.
- c. Il DMT provvede a sottoporre alla Direzione Generale, per la pubblicazione sul sito aziendale o in altra forma dovuta o ritenuta opportuna, i PDTA e i Protocolli Comuni, anche secondo modalità facilmente fruibili dall’utenza (diagrammi di flusso e sintesi).

U.O. Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accredimento

- a. Il disegno del PDTA è lo strumento proattivo di prevenzione del rischio clinico, per cui la corretta metodologia nella gestione del processo viene garantita dalla supervisione della U.O. Gestione del rischio clinico, qualità, accreditamento, struttura posta in posizione di staff alla Direzione generale.
- b. In tale funzione l’U.O. garantisce il supporto al Coordinatore del DMT nella definizione dei PDTA ed effettua costante monitoraggio sull’applicazione del regolamento del DMT in merito alla discussione dei casi clinici e all’effettiva presa in carico di percorso; coadiuva altresì il Controllo di gestione nel monitoraggio degli indicatori di processo e di esito relativi.

(Art. 62) (Attività di trapianto di organi, tessuti e cellule)

L'attività trapiantologica del Policlinico si articola nel rispetto di quanto disposto dalla Legge n. 91/1999 "Disposizioni in materia di prelievi e trapianti d'organi e tessuti", successive modifiche e decreti applicativi, dalla L.R. n. 60/2009 "Organizzazione regionale dei prelievi e dei trapianti di organi, tessuti e cellule", dalla L.R. n. 2/2011 che ha inserito, tra gli altri, l'art. 28 ter, comma 4, lettera d) alla L.R. n. 41/06 e della D.G.R. n. 1674 del 21/12/2012.

Le strutture del Policlinico coinvolte nell'attività trapiantologica sono le seguenti:

S.S.D. Medicina Legale Coordinamento Trapianti;

U.O. Gestione del rischio clinico, qualità, accreditamento.

Strutture per i prelievi e per i trapianti di organi, tessuti e cellule:

U.O. Clinica di Anestesiologica e Terapia Intensiva

U.O. Anestesia e Rianimazione

U.O. Chirurgia epatobiliare e dei trapianti

U.O. Clinica Oculistica

U.O. Oculistica

U.O. Ematologia e terapia cellulare

Fondazione Banca Occhi Melvin Jones

U.O. Medicina Legale

S.S.D. Fisiopatologia della riproduzione umana

U.O. Clinica Ortopedica

Strutture cliniche specialistiche che operano nel settore dei trapianti:

U.O. Clinica Nefrologia, Dialisi e Trapianto

U.O. Clinica Endocrinologica

U.O. Clinica Gastroenterologica

Le attività di prelievo e trapianto di organi, tessuti e cellule si articolano nella Rete Nazionale Trapianti secondo la normativa nazionale e regionale.

In particolare l'attività di prelievo e trapianto di organi si articola secondo i livelli operativi previsti dalla normativa nazionale, interregionale e regionale.

Il livello nazionale, rappresentato dal Centro Nazionale Trapianti, svolge attività di indirizzo ed emanazione di linee guida, sorveglianza dell'attività con audit a livello nazionale. Il Centro Nazionale Trapianti è diventato operativo dal 2015 per i programmi di trapianto nazionali (trapianto rene pediatrico), per le urgenze e per le eccedenze di trapianto di fegato. L'attività di trapianto per i programmi restanti ha carattere regionale salvo le convenzioni operanti con altre strutture per le attività tecniche delegate.

Il livello Interregionale è svolto attualmente dal Centro Interregionale di Riferimento Nord Italia Transplant, attraverso l'Istituto scientifico Policlinico di Milano, con convenzione tra i due Istituti scientifici regolata da accordo regionale, per:

- ✓ l'effettuazione delle indagini immunologiche su donatori e riceventi per trapianto di rene e fegato
- ✓ contributo all'attività di valutazione del livello di rischio del donatore
- ✓ selezione dei riceventi di trapianto renale
- ✓ gestione degli eventi avversi secondo il protocollo del Centro Nazionale Trapianti.

Le attività di donazione di organi e tessuti e trapianto di rene e rene-pancreas sono regolate da istruzioni operative delle U.O. coinvolte nell'attività, inserite nel Sistema di Gestione della Qualità istituzionale.

Le attività di prelievo e trapianto di tessuti si articolano su base regionale; è presente la Banca Occhi gestita dalla Fondazione Banca Occhi Melvin Jones, che ha sede presso il Policlinico.

Le attività di trapianto pediatrico vengono svolte in collaborazione con l'Istituto scientifico Giannina Gaslini e sono regolamentate con un atto convenzionale.

(Art. 63) (Norma finale)

Il Policlinico si riserva di apportare al Piano di organizzazione le modificazioni ed integrazioni che potranno intervenire in conseguenza della programmazione nazionale e regionale.

Normativa di riferimento

Normativa nazionale

- ✓ D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 *“Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421”*.
- ✓ D.P.R. 10 dicembre 1997, n. 484 *“Regolamento recante la determinazione dei requisiti per l'accesso alla direzione sanitaria aziendale e dei requisiti e dei criteri per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale”*.
- ✓ L. 19 ottobre 1999, n. 370 *“Disposizioni in materia di università e di ricerca scientifica e tecnologica”*.
- ✓ L. 1° aprile 1999, n. 91 *“Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti”*.
- ✓ D.Lgs. 21 dicembre 1999, n. 517 *“Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'articolo 6 della L. 30 novembre 1998, n. 419”*.
- ✓ D.P.R. 13 febbraio 2001, n. 213 *“Regolamento di semplificazione del procedimento per il finanziamento della ricerca corrente e finalizzata svolta dagli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, con personalità giuridica di diritto pubblico e privato (n. 38, allegato 1, L. n. 59/1997)”*.
- ✓ D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 *“Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche”*.
- ✓ D.Lgs. 24 giugno 2003, n. 211 *“Attuazione della direttiva 2001/20/CE relativa all'applicazione della buona pratica clinica nell'esecuzione delle sperimentazioni cliniche di medicinali per uso clinico”*.
- ✓ D.Lgs. 16 ottobre 2003, n. 288 *“Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, a norma dell'articolo 42, comma 1, della L. 16 gennaio 2003, n. 3”*.
- ✓ Intesa 1° luglio 2004 ai sensi dell'art. 5 del D.Lgs.vo 16 ottobre 2003 n. 288 e dell'art. 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131 *Atto di intesa recante “Organizzazione, gestione e funzionamento degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico non trasformati in fondazioni” di cui all'art. 5 del D. Lgs.vo 16 ottobre 2003 n. 288.*
- ✓ D.M. 22 ottobre 2004, n. 270 *“Modifiche al regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei, approvato con D.M. 3 novembre 1999, n. 509 del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica”*.
- ✓ D.Lgs. 10 febbraio 2005, n. 30 *“Codice della proprietà industriale, a norma dell'articolo 15 della legge 12 dicembre 2002, n. 273”*.
- ✓ D.M. 12 maggio 2006 *“Requisiti minimi per l'istituzione, l'organizzazione e il funzionamento dei Comitati etici per le sperimentazioni cliniche dei medicinali”*.
- ✓ L. 3 agosto 2007, n. 120 *“Disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria”*
- ✓ D.Lgs. 6 novembre 2007, n. 200 *“Attuazione della direttiva 2005/28/CE recante principi e linee guida dettagliate per la buona pratica clinica relativa ai medicinali in fase di sperimentazione a uso umano, nonché requisiti per l'autorizzazione alla fabbricazione o importazione di tali medicinali”*.

- ✓ D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 *“Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro”*
- ✓ D.M. 19 febbraio 2009 *“Determinazione delle classi dei corsi di laurea per le professioni sanitarie, ai sensi del decreto ministeriale 22 ottobre 2004, n. 270”*.
- ✓ D.Lgs. 27 ottobre 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”*.
- ✓ D.L. 31 maggio 2010, n. 78 *“Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica”, convertito in L. n. 122/2010*. (Collegio sindacale)
- ✓ L. 30 dicembre 2010, n. 240 *“Norme in materia di organizzazione delle Università, di personale accademico e reclutamento, nonché delega al governo per incentivare la qualità e l'efficienza del sistema universitario”*.
- ✓ Direttiva Presidenza del Consiglio dei Ministri 4 marzo 2011 *“Linee guida sulle modalità di funzionamento dei “Comitati Unici di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni” (art. 21, legge 4 novembre 2010, n. 183)”*.
- ✓ D.M. 12 agosto 2011 *“Riconoscimento del carattere scientifico dell'Azienda ospedaliera universitaria San Martino – IST – Istituto nazionale per la ricerca sul cancro, nella disciplina di “Oncologia” di Genova”, confermato con D.M. 9 dicembre 2015.*
- ✓ D.L. 6 luglio 2012, n. 95 *“Decreto convertito, con modificazioni, in L. 7 agosto 2012, n. 135 – Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini, nonché misure di rafforzamento patrimoniale delle imprese del settore bancario”*
- ✓ D.L. 13 settembre 2012, n. 158 *“Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute”*. Convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, L. 8 novembre 2012, n. 189.
- ✓ L. 6 novembre 2012, n. 190 *“Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione”*.
- ✓ D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 *“Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”*.
- ✓ D.Lgl n. 39 dell'8 aprile 2013 *“Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1, commi 49 e 50, della L. 6 novembre 2012 n. 190”*
- ✓ D.M. Ministero Salute 09.12.2015 *“Conferma del riconoscimento del carattere scientifico dell'IRCCS di diritto pubblico all'«Azienda ospedaliera universitaria San Martino - Istituto nazionale per la ricerca sul cancro», in Genova per la disciplina di «oncologia».”*
- ✓ D.L. n. 90 del 24.06.2014 *“Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l'efficienza degli uffici giudiziari”*
- ✓ Decreto Interministeriale n. 4 febbraio 2015, n. 68 *“Riordino scuole di specializzazione di area sanitaria”*
- ✓ L. n. 24 dell'8.03.2017 *“Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.”*

- ✓ Decreto Interministeriale del 13.06.2017 n. 402 recante gli standard, i requisiti e gli indicatori di attività formativa e assistenziale delle Scuole di specializzazione di area sanitaria”.
- ✓ L. 27-12-2017 n. 205 “Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2018 e bilancio pluriennale per il triennio 2018-2020”.
- ✓ DM Ministero della salute 05.04.2018 “Riconoscimento e conferma del carattere scientifico dell’”Ospedale Policlinico San Martino”, in Genova, nelle discipline “neuroscienze” e “oncologia”.
- ✓ DM Ministero della salute 03.05.2021 “Conferma del riconoscimento del carattere scientifico dell’”IRCCS Ospedale Policlinico San Martino”, in Genova, nelle discipline “oncologia” e “neuroscienze”.
- ✓ DM Ministero della salute 30.11. 2021 “Misure volte a facilitare e sostenere la realizzazione degli studi clinici di medicinali senza scopo di lucro e degli studi osservazionali e a disciplinare la cessione di dati e risultati di sperimentazioni senza scopo di lucro a fini registrativi, ai sensi dell'art. 1, comma 1, lettera c), del decreto legislativo 14 maggio 2019, n. 52”.
- ✓ DM Ministero 30.01.2023 “Definizione dei criteri per la composizione e il funzionamento dei comitati etici territoriali.

Normativa europea

- ✓ Regolamento UE n. 2017/745 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 5 aprile 2017 relativo ai dispositivi medici, che modifica la direttiva 2001/83/CE, il regolamento (CE) n. 178/2002 e il regolamento (CE) n. 1223/2009 e che abroga le direttive 90/385/CEE e 93/42/CEE del Consiglio.
- ✓ Regolamento UE n. 2017/746 del Parlamento Europeo relativo ai dispositivi medico diagnostici in vitro e che abroga la direttiva 98/79/CE e la decisione 2010/227/UE della Commissione.

Normativa regionale

- ✓ L.R. 20 gennaio 2005, n. 1 “Disciplina dei rapporti fra la Regione Liguria e l'Università degli studi di Genova ai sensi dell'articolo 6 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 L.R. n. 1/2005”.
- ✓ L.R. 31 marzo 2006 n. 7 “Ordinamento degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico non trasformati in fondazione”.
- ✓ L.R. 7 dicembre 2006, n. 41 e s.m.i. “Riordino del Servizio Sanitario Regionale”.
- ✓ L.R. 28 aprile 2009, n. 12 “Disposizioni relative all'assunzione di personale del servizio sanitario regionale e di personale della ricerca in servizio presso gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e le Aziende ed Enti del Servizio sanitario regionale”.
- ✓ L.R. 4 dicembre 2009, n. 60 “Organizzazione regionale dei prelievi e dei trapianti di organi, tessuti e cellule”.
- ✓ L.R. 1° marzo 2011, n. 2 “Costituzione dell’Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino - IST – Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro”.

- ✓ L.R. 26 ottobre 2011, n. 28 “Programma assicurativo per rischi di responsabilità civile delle Aziende ed enti del Servizio Sanitario Regionale”.
- ✓ L.R. 6 novembre 2012, n. 34 “Revisione del sistema centralizzato di acquisti di beni e servizi del servizio sanitario regionale e riorganizzazione dell’Agenzia Sanitaria Regionale. Modifiche alla legge regionale 7 dicembre 2006, n. 41 (Riordino del servizio sanitario regionale), alla legge regionale 18 dicembre 2006, n. 42 (Istituzione del sistema informativo regionale integrato per lo sviluppo della società dell’informazione in Liguria) e alla legge regionale 3 aprile 2007, n. 14 (Disposizioni collegate alla legge finanziaria 2007)”.
- ✓ L.R. 14 maggio 2013, n. 12 “Ulteriori disposizioni di adeguamento della legge Regionale 7 dicembre 2006 n. 41 (Riordino del Servizio Sanitario Regionale) e modifica di altre norme regionali”.
- ✓ L.R. 28-12-2017 n. 29 “Disposizioni collegate alla legge di stabilità per l’anno 2018”.

Provvedimenti regionali

- ✓ DGR n. 945 del 1° agosto 2008 “Direttiva inerente i criteri operativi e organizzativi per l’Istituzione e il funzionamento dei Dipartimenti sanitari (art. 38, c.5, lett. b) R.R. 41/2006; art. 3 L.R. 21/2008). Approvazione del relativo regolamento generale dei Dip. sanitari”.
- ✓ DGR 809 dell’8 luglio 2011 “Direttiva vincolante ex art. 8 comma 1 della l.r. 41/2006 e s.m.i. in materia di razionalizzazione delle strutture non cliniche delle Aziende Sanitarie”.
- ✓ DCR n. 23 del 4 agosto 2011 “Ulteriore adeguamento della rete e dell’offerta ospedaliera agli standard definiti dalle linee di indirizzo per la razionalizzazione della rete di cura e assistenza”.
- ✓ DGR n. 1674 del 21 dicembre 2012 Direttive riguardanti l’articolazione organizzativa e le modalità di funzionamento del Centro Regionale Trapianti. Nomina Coordinatore”.
- ✓ DGR n. 437 del 19 aprile 2013 “Direttiva vincolante, ex art. 8 L.R. 7 dicembre 2006, n. 41, e ss.mm.ii., in materia di conferimento di incarichi di direzione di struttura complessa da parte di Aziende ed Enti equiparati del Servizio sanitario Regionale.
- ✓ DGR n. 403 del 27.03.2015 “Modifica ed integrazione della D.G.R. n. 437 del 19.04.2013, in materia di conferimento di incarichi di direzione di strutture complesse. Adeguamento alle disposizioni introdotte dalla L.R. 23 febbraio 2015, n. 5.”
- ✓ DGR n. 486 del 27.05.2016 “Assegnazione obiettivi ai Direttori Generali/Commissari Straordinari delle ASL, dell’IRCCS AOU San Martino-IST, nonché agli Enti erogatori Pubblici o Equiparati del SSR per l’anno 2016, in coerenza con gli indirizzi di cui alla D.G.R. 161/2016.”
- ✓ DGR n. 7 del 13.01.2017 Approvazione “Principi e criteri per l’organizzazione delle Aziende, Istituti ed Enti del SSR. Linee guida per la redazione degli atti di autonomia aziendale.”
- ✓ DGR n. 973 del 30.11.2017 “Funzionamento e organizzazione del Comitato Etico Regionale e nomina dei componenti.”
- ✓ DGR n. 1380 del 28.12.2022 “Approvazione delle Linee di indirizzo regionali sulla predisposizione degli atti di autonomia aziendale delle Aziende Socio Sanitarie e degli IRCCS del Sistema Sanitario Nazionale.”

- ✓ DGR n. 926 del 29.09.2023 *“Approvazione dello Schema di Regolamento dei dipartimenti interaziendali di interesse regionale, di cui all’art. 40 bis, comma 3, della l.r. 41/2006.”*

Allegato al Regolamento di organizzazione e funzionamento sub lettera “A”



OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO

Sistema Sanitario Regione Liguria

Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Regolamento della gestione delle risorse economiche derivanti da contributi finalizzati (progetti di ricerca), erogazioni liberali e contratti di sponsorizzazione

Titolo I – Disposizioni generali

Art. 1 - Finalità

1. Il presente regolamento ha come oggetto la disciplina delle le modalità di gestione amministrativa e contabile autonoma delle attività di ricerca, come previsto dalla L.R. 41/2006, con riguardo alle risorse economiche derivanti da:
 - a) progetti di ricerca,
 - b) erogazioni liberali,
 - c) contratti di sponsorizzazione,messe a disposizione dell'IRCCS Ospedale Policlinico San Martino (di seguito “Policlinico”) o delle sue articolazioni (strutture complesse e semplici) e/o di singoli dirigenti, da parte di soggetti terzi (Ministeri, Regione, privati e comunque organizzazioni di vario genere, sia pubbliche che private), con finalizzazioni specifiche o generiche.
2. Tali risorse economiche sono utilizzate, nel rispetto delle eventuali finalizzazioni, secondo le procedure specificamente vigenti per lo svolgimento di attività quali:
 - a) conferimento di borse di studio e per attività di ricerca, contratti libero professionali e contratti a tempo determinato, secondo le modalità e i requisiti di cui alla normativa vigente;
 - b) acquisto di materiale informatico (hardware e software), attrezzature sanitarie e non, materiale di consumo, corriere postale e quanto altro possa essere utile alle attività di ricerca secondo le procedure e modalità d'acquisto del Policlinico;
 - c) attività formative e di aggiornamento professionale scientifico, secondo il regolamento vigente del Policlinico;
 - d) spese per missioni per la partecipazione a convegni e congressi attinenti all'attività di ricerca in conformità alla normativa vigente e ai regolamenti interni del Policlinico;
 - e) spese per pubblicazioni;
 - f) altre finalità autorizzate dal Direttore Generale o dal Direttore Scientifico.

3. Il presente regolamento non si applica alla gestione economico/amministrativa dei proventi derivanti dalle attività di sperimentazione, le cui modalità sono disciplinate da specifica regolamentazione univoca per la componente ospedaliera e la componente universitaria approvata dal Policlinico con deliberazione n. 918 del 27.05.2020 ai sensi dell'art. 40 del Regolamento di organizzazione e funzionamento rubricato "Sperimentazioni".

Art. 2 – Soggetti

1. I soggetti partecipanti alla procedura possono essere:
 - a) il titolare di borsa di studio/ricerca che svolga funzioni di PI o Responsabile di Unità Operativa di progetti di ricerca finanziati su bandi di Enti pubblici o privati (con l'obbligo del parere favorevole del responsabile della struttura semplice o complessa di appartenenza),
 - b) il ricercatore sanitario (con l'obbligo del parere favorevole del responsabile della struttura semplice o complessa di appartenenza),
 - c) il personale convenzionato ai sensi del Protocollo Generale di Intesa tra Regione Liguria e Università di Genova o dell'Accordo quadro per la piattaforma di ricerca, ai sensi dell'articolo 4, comma 5 del PGI,
 - d) il dirigente senza responsabilità di struttura (con l'obbligo del parere favorevole del responsabile della struttura semplice o complessa di appartenenza),
 - e) il responsabile di struttura semplice o complessa,
 - f) la Direzione Scientifica (coordinamento, valutazione scientifica),
 - g) la Direzione Generale (rappresentante legale),
 - h) gli uffici della Direzione Scientifica (supporto nell'istruttoria delle pratiche relative ai progetti di ricerca finanziati su bandi e sponsorizzazioni, monitoraggio, archiviazione dati, rapporti con i proponenti e gli enti finanziatori),
 - i) la U.O. Affari Generali e Legali, per l'istruzione delle pratiche di competenza relativamente alle erogazioni liberali,
 - j) la U.O. Bilancio e Programmazione Finanziaria, per quanto riguarda la gestione delle risorse economiche.

Titolo II – Progetti di ricerca

Art. 3 – Promozione del finanziamento di progetti di ricerca

1. La Direzione Scientifica, attraverso il Grant and Technology Transfer Office (di seguito "Grant Office"), promuove l'accesso del Policlinico al finanziamento di progetti di ricerca, anche attraverso la risposta a bandi di finanziamento competitivi di Enti pubblici e privati. Oltre a selezionare e diffondere le opportunità di finanziamento attraverso le pagine dell'intranet aziendale dedicate, il Grant Office assiste i ricercatori nella gestione dei progetti dalla presentazione della proposta all'Ente finanziatore, al monitoraggio, alla rendicontazione finale.
2. Le modalità operative di presentazione, accettazione e gestione di Progetti di ricerca su bandi di Enti pubblici e privati sono oggetto di specifiche linee guida pubblicate in Intranet Aziendale.

Art. 4 - Presentazione istanza: progetti a coordinamento del Policlinico

1. Ogni proposta progettuale, prima di essere presentata all'Ente finanziatore, deve ricevere il parere favorevole del Direttore Scientifico, anche se non espressamente richiesto dal finanziatore. Il parere favorevole della Direzione Scientifica può essere acquisito solo se il proponente presenta un documento di sintesi articolato secondo le seguenti voci:
 - a. titolo del progetto,
 - b. area tematica e specifica su malattie rare,
 - c. specifica su variabile di genere e/o di sesso nel disegno dello studio e nell'analisi dei risultati,
 - d. breve descrizione delle attività di ricerca programmate (abstract) con obiettivo/i,
 - e. tipologia di ricerca (base o clinica con le relative specifiche),
 - f. strutture del Policlinico coinvolte,
 - g. eventuali unità operative esterne,
 - h. stima/entità della richiesta finanziaria complessiva e tipologia delle voci di costo (personale, attrezzature, materiali, ecc.),
 - i. eventuali cofinanziamenti,
 - j. durata.
2. Se il proponente è un dirigente senza incarico di responsabilità di struttura o altro personale previsto dal precedente Art.2, la proposta deve ricevere, prima della richiesta del parere al Direttore Scientifico, l'approvazione preliminare del responsabile di U.O. semplice o complessa di afferenza.
3. Il documento di sintesi deve essere inviato alla Direzione Scientifica via mail, in tempi utili affinché la stessa possa valutarne i contenuti in termini di:
 - a) coerenza con i fini istituzionali
 - b) fattibilità e competenza scientifica del gruppo proponente
 - c) originalità delle ricerche
 - d) partnership
 - e) congruità dei costi.
4. La proposta, salvo diverse indicazioni della Direzione Scientifica, deve in ogni caso essere presentata non oltre i 5 giorni lavorativi precedenti la scadenza del bando.
5. Nel processo di valutazione, la Direzione Scientifica può coinvolgere, ove opportuno, Direttori/Responsabili di struttura e/o Direttori di Dipartimento e può avvalersi di referee identificati ad hoc.
6. La valutazione positiva del Direttore Scientifico sarà trasmessa al ricercatore proponente e al responsabile di U.O. semplice o complessa di afferenza, se diverso dal proponente.
7. Il progetto definitivo deve essere trasmesso dal proponente al Grant Office, che lo conserva agli atti unitamente alla proposta preliminare e al parere favorevole ottenuto.

Art. 5 - Presentazione istanze - progetti di soggetti esterni con partecipazione del Policlinico in qualità di unità di ricerca

1. La partecipazione del Policlinico come unità di ricerca a progetti di soggetti esterni deve essere preventivamente autorizzata e seguire l'iter procedurale di cui al precedente Art. 3. La stessa deve altresì contenere, oltre alla richiesta di partecipazione inviata dal coordinatore del progetto del

soggetto esterno:

- a) il ruolo dei ricercatori del Policlinico nel progetto,
 - b) la stima economica del budget previsto per il Policlinico, suddiviso per voci di costo.
2. In tutti i casi il proponente deve esplicitare l'impegno del soggetto esterno a garantire l'eventuale pubblicazione congiunta dei risultati con una corretta affiliazione degli autori del Policlinico.
 3. Anche se la partecipazione al progetto non comporta un contributo finanziario diretto si devono acquisire preventivamente le autorizzazioni di cui ai punti precedenti.

Art. 6 - Approvazione del progetto e formalizzazione partecipazione

1. Il Ricercatore proponente è tenuto ad inoltrare alla Direzione Scientifica qualsiasi comunicazione direttamente ricevuta che attesti l'avvenuta valutazione da parte dell'Ente finanziatore della proposta progettuale presentata. Sarà cura del Grant Office far protocollare tale comunicazione, dandone visibilità anche all'U.O. Bilancio e Programmazione finanziaria. In caso di ammissione a finanziamento di un progetto, il Ricercatore proponente è tenuto al rispetto del cronoprogramma e del piano finanziario (suddiviso per voci di spesa e Unità partecipanti) approvato o eventualmente rimodulato nelle modalità previste dall'Art. 8 comma 3 del presente regolamento. Sarà cura della Direzione Scientifica per il tramite del Grant Office trasmettere quanto ricevuto all'U.O. Bilancio e Programmazione finanziaria.
2. L'accettazione del finanziamento viene formalizzata con adozione di un provvedimento del Direttore Generale (a cura della Direzione Scientifica) che, a seconda delle diverse tipologie di progetto, riguarda la presa d'atto dell'attribuzione del finanziamento oppure la sottoscrizione della relativa convenzione, qualora richiesto dall'Ente finanziatore. Copia dei provvedimenti riguardanti la formalizzazione di progetti di ricerca viene trasmessa a cura del Grant Office all'U.O. Bilancio e Programmazione finanziaria, al Responsabile Scientifico, al Responsabile di Struttura e, a seconda delle previsioni di utilizzo delle risorse economiche messe a disposizione, anche a:
 - a) U.O. Attività Economiche di Approvvigionamento, per l'acquisizione di beni o servizi;
 - b) U.O.S. Formazione e Comunicazione, per l'organizzazione di eventi formativi del personale;
 - c) U.O. Sviluppo e Gestione Risorse Umane, per l'attuazione delle iniziative che prevedono l'acquisizione di collaborazioni;
 - d) U.O. Information and Communication Technologies
 - e) Eventuali altre strutture coinvolte nel progetto.
3. A seguito dell'accettazione del finanziamento, l'U.O. Bilancio e Programmazione finanziaria provvede all'attivazione della partita contabile del progetto e delle autorizzazioni d'entrata e di spesa del finanziamento approvato – o eventualmente rimodulato dal Ricercatore proponente e responsabile delle attività, se consentito dall'Ente finanziatore – assegnando un numero identificativo al progetto. Il Policlinico, a prescindere dalle modalità di erogazione stabilite dall'Ente finanziatore, anticipa i fondi a *budget* delle Unità Operative partecipanti alle attività in relazione al finanziamento ottenuto.

Art. 7 - Modalità di utilizzo delle risorse economiche

1. Quando la partecipazione ai progetti vincitori è in qualità di capofila, il Policlinico deve provvedere alla realizzazione del progetto per il tramite del Responsabile scientifico, che

coordina le attività progettuali sia delle Unità Operative interne, sia delle Unità operative esterne ovvero appartenenti ad altri Enti. Se la partecipazione del Policlinico è in qualità di Unità operativa esterna, il Responsabile Scientifico è tenuto a condurre le attività scientifiche di competenza, gestire adeguatamente il relativo *budget* e collaborare fattivamente con il Responsabile Scientifico dell'Unità capofila.

2. La U.O. Bilancio e Programmazione finanziaria monitora i costi e collabora con il Responsabile Scientifico e il Grant Office per la rendicontazione.
3. Le richieste di utilizzo dei fondi sono trasmesse dal Responsabile scientifico alla struttura competente per il procedimento che, sentita la U.O. Bilancio e Programmazione finanziaria per la verifica sulla disponibilità della stessa e la prenotazione dell'importo oggetto della richiesta, ne dispone l'evasione, coerentemente al piano finanziario presentato.
4. Il Responsabile scientifico predispose le relazioni intermedie e la relazione analitica conclusiva sull'attività svolta, gli obiettivi conseguiti, i vantaggi eventualmente derivanti all'Istituto; la relazione conclusiva, corredata dal rendiconto delle spese sostenute, debitamente sottoscritta, è inoltrata al Direttore Scientifico per l'approvazione e per i successivi adempimenti.
5. Se, durante lo svolgimento dell'iniziativa, il Responsabile scientifico verifica un andamento dei costi e uno sviluppo temporale diverso da quelli inizialmente previsti, provvede tempestivamente, previo parere favorevole della Direzione Scientifica, alla richiesta di una modifica delle previsioni originarie, da inoltrarsi all'Ente erogatore, tramite il Grant Office.

Art. 8 – Attribuzioni del Responsabile scientifico del progetto

1. Il Responsabile scientifico del progetto per il Policlinico assume la responsabilità del buon andamento delle attività, del rispetto dei tempi e degli impegni assunti ed è tenuto in modo particolare:
 - a) alla gestione del progetto e del relativo finanziamento in coerenza alle indicazioni fornite dall'Ente finanziatore,
 - b) a documentare la gestione delle risorse umane, tecnologiche e finanziarie sotto il profilo scientifico (in termini di risultati dell'attività di ricerca svolta, tramite la predisposizione di relazioni sullo stato di avanzamento e consuntive, pubblicazioni, ecc.) e finanziario (in termini di spese effettuate secondo le previsioni di budget ed entro i termini temporali previsti da ogni singola attività),
 - c) a divulgare i risultati del progetto di ricerca a livello di comunità scientifica e cittadinanza, al fine di sensibilizzare l'opinione pubblica e promuovere il progetto nelle forme espressamente richieste dall'Ente finanziatore, con particolare attenzione al corretto richiamo dell'Ente stesso e del grant, nell'ambito degli *acknowledgments* delle pubblicazioni scientifiche prodotte e degli atti dei convegni,
 - d) a valutare l'opportunità di avanzare richiesta (nel caso in cui tale possibilità sia prevista dall'Ente finanziatore) di proroga della durata del progetto, qualora l'andamento delle attività lo richieda ed in presenza di adeguata motivazione di natura scientifica.
2. Le istanze di proroga, se non diversamente stabilito dall'Ente finanziatore, devono in ogni caso essere presentate almeno due mesi prima della scadenza ufficiale del progetto. La richiesta di proroga, dopo aver ottenuto il parere favorevole da parte del Direttore Scientifico, viene inoltrata

dal Grant Office all'Ente finanziatore, salvo diverse modalità indicate da quest'ultimo. Le proroghe divengono operative solo in presenza di un assenso scritto da parte dell'Ente finanziatore, che il Grant Office provvede a inoltrare all'U.O. Bilancio e Programmazione Finanziaria.

3. Il Responsabile, nell'ambito della gestione del finanziamento, se richiesto/consentito dall'Ente finanziatore propone le eventuali variazioni al piano finanziario già approvato, solo ed esclusivamente su basi di effettiva e comprovata necessità. A seconda dei diversi vincoli di gestione dei finanziamenti, tali variazioni divengono operative previa acquisizione di nulla osta da parte del Grant Office e, dove necessario dell'Ente finanziatore. In assenza di tali autorizzazioni, la U.O. Bilancio e Programmazione finanziaria non potrà operare la variazione richiesta.
4. Entro il termine previsto dal progetto e comunque entro tre mesi dalla scadenza delle rendicontazioni periodiche o finali (per i progetti di durata annuale o pluriennale), il Responsabile è tenuto ad effettuare una verifica sullo stato di utilizzo dei fondi assegnati, segnalando le opportune necessità in modo da ottimizzare la gestione operativa del progetto rispetto alle scadenze previste.
5. In riferimento a quanto già previsto, le rendicontazioni contabili devono essere predisposte e sottoscritte dal Responsabile scientifico, con il fattivo supporto della U.O. Bilancio e Programmazione finanziaria e del Grant Office; successivamente viene acquisita la firma del Direttore Generale o del suo delegato. Il Grant Office provvederà all'invio all'Ente finanziatore delle rendicontazioni contabili e della relazione scientifica conclusiva di cui al precedente Art. 3.

Art. 9 - Criteri di utilizzo dei fondi

1. Le procedure relative alle attività di cui al Comma 2 dell'Art. 1 del presente regolamento non devono comportare oneri a carico del Policlinico.
2. Qualora il piano economico preveda l'acquisizione di beni inventariabili, occorre verificare se tale acquisizione è compatibile con le modalità di utilizzo del contributo del soggetto erogatore.
3. Le richieste d'ordine sono effettuate tenendo conto delle esigenze progettuali e delle diverse possibili tempistiche e tecniche d'acquisizione, in base a tipologia di bene/servizio e modalità di acquisizione. Gli ordini sono effettuati in ogni caso non oltre la scadenza di tre mesi antecedenti il termine del progetto, incluse le eventuali proroghe. Per richieste di ordini su fondi di ricerca si rimanda ad apposite istruzioni pubblicate su intranet aziendale.
4. Le collaborazioni di personale non postulano l'attivazione di rapporti a carattere continuativo o tali da indurre, per tipologia di prestazione, l'assimilazione ad un contratto a tempo indeterminato. In particolare, sono individuati i requisiti (titolo di studio, esperienze pregresse, specializzazioni, etc.) di cui deve essere in possesso il prestatore, coerenti con l'obiettivo dell'iniziativa; quest'ultimo deve, altresì, essere portatore di specifici valori aggiunti, imprescindibili per il raggiungimento dell'obiettivo, nonché di professionalità coerenti con l'obiettivo. Per le modalità di reclutamento del personale non strutturato per l'attività di ricerca si rimanda a separato Regolamento.

Art. 10 - Spese generali / overhead

I corrispettivi delle risorse economiche dei progetti di ricerca finanziati sono assoggettati alla trattenuta di almeno il 10% a favore del Policlinico, quando non disposto diversamente dall'Ente finanziatore.

Titolo III – Erogazioni liberali

Art. 11 - Erogazioni liberali

1. Per erogazione liberale si intende l'importo economico messo a disposizione, per spirito di liberalità, da un soggetto terzo a favore del Policlinico.
2. Le erogazioni liberali possono essere:
 - a) a titolo generale, ovvero non finalizzate ad una specifica articolazione organizzativa del Policlinico;
 - b) a titolo particolare, ovvero con specifica finalizzazione ad una sua articolazione organizzativa.
3. Le erogazioni in denaro possono essere effettuate tramite:
 - a) bonifico a BPER BANCA - codice IBAN IT14R0538701432000047019577, con possibilità di indicazione della causale “Erogazione liberale per _____” specificando eventualmente l’area o il Dipartimento;
 - b) donazione con carta di credito o conto online tramite il sistema PagoPa, attraverso la pagina internet dedicata sul sito web istituzionale.
4. L’erogazione liberale non è soggetta ad alcuna trattenuta a favore del Policlinico.
5. Per motivi contabili e fiscali, i fondi derivanti da erogazioni liberali devono essere utilizzati entro 36 mesi dall'assegnazione.
6. Le modalità di accettazione e gli adempimenti conseguenti alle donazioni effettuate da parte di soggetti terzi (società, associazioni e/o privati cittadini) in favore del Policlinico, incluse le erogazioni liberali relative a beni mobili ed immobili, sono di competenza della U.O. Affari Generali e Legali e sono disciplinate dal “Regolamento donazioni” approvato con deliberazione n. 579 del 11.04.2019.

Titolo IV - Contratti di sponsorizzazione

Art. 12 - Contratti di sponsorizzazione

1. Il contratto di sponsorizzazione è un contratto atipico con fini pubblicitari, a forma libera, a titolo oneroso ed a prestazioni corrispettive, comprensivo di una serie di ipotesi nelle quali *un soggetto si obbliga a consentire, ad altri, l'uso della propria immagine pubblica e del proprio nome, per promuovere un marchio o un prodotto specificamente marcato, dietro corrispettivo.*
2. Il contratto di sponsorizzazione è rivolto a:
 - a) favorire una migliore qualità dei servizi prestati, nell’ottica di innovazione organizzativa complessiva;
 - b) realizzare maggiori economie.
3. Le suddette finalità sono perseguite nel rispetto dei seguenti vincoli:
 - a) centralità dell'interesse pubblico,
 - b) esclusione del conflitto di interesse tra l'attività pubblica e privata,
 - c) realizzazione dei risparmi di spesa rispetto agli stanziamenti disposti.
4. Le risorse derivanti da contratti di sponsorizzazione non sono soggette ad alcuna trattenuta a favore del Policlinico.

5. Per motivi contabili e fiscali i fondi derivanti da contratti di sponsorizzazione devono essere utilizzati entro 36 mesi dall'assegnazione.
6. Le attività di sponsorizzazione da parte di terzi in applicazione dell'Art. 43 della L. 449/97 e dell'art. 28. 2° comma bis della Legge 448/98, con particolare riferimento all'indicazione degli atti e delle condizioni necessarie per assicurare all'Istituto una corretta gestione dei contratti di sponsorizzazione, sono disciplinate dal "Regolamento dell'ospedale Policlinico San Martino per la disciplina e la gestione delle sponsorizzazioni" approvato con deliberazione n. 12 del 15.01.2019.

Titolo V- Ulteriori disposizioni

Art. 13- Ulteriori disposizioni di carattere organizzativo

1. Tramite la contabilità analitica, i corrispettivi, al netto della percentuale prevista, vengono inseriti nelle disponibilità della struttura utilizzatrice, ovvero affluiscono tra i ricavi del centro di responsabilità interessato; parimenti, affluiscono tra i costi del medesimo centro di responsabilità gli utilizzi dei fondi, ovvero i costi sostenuti nell'ambito del piano di utilizzo.
2. L'eventuale trasferimento di quote di finanziamento dai centri di responsabilità assegnatari dei fondi può essere autorizzato solo in casi eccezionali e per comprovate necessità. In particolare, in tutti i casi in cui i fondi siano soggetti a specifica finalizzazione:
 - a) Nel caso di trasferimento di fondi ad un centro di responsabilità del Policlinico diverso da quello di assegnazione il Responsabile originario dei fondi è tenuto presentare la richiesta motivata al Direttore Scientifico per il tramite del Grant Office. Una volta acquisito il parere favorevole del Direttore Scientifico, la U.O. Bilancio e programmazione finanziaria provvederà al trasferimento dei fondi, avvertendo contestualmente i ricercatori interessati. Il Responsabile assegnatario (ad esempio nell'ambito di progetto di ricerca) rimarrà responsabile del corretto utilizzo anche della quota trasferita e dovrà provvedere a trasmettere al nuovo referente ogni comunicazione in merito a modalità e tempistiche di utilizzo dei fondi;
 - b) Nel caso di trasferimento di quote di fondi nell'ambito di collaborazione scientifica con Ente esterno il Responsabile dei fondi è tenuto a presentare al Direttore Scientifico per il tramite del Grant Office la richiesta motivata, contenente l'oggetto, le finalità della collaborazione scientifica e il dettaglio delle attività a carico dell'Ente esterno nonché il corrispettivo a carico del Policlinico; in caso di approvazione della richiesta la predisposizione/negoziazione dell'accordo e la relativa deliberazione saranno a carico del Grant Office; spetta al Responsabile vigilare sulla corretta esecuzione delle attività oggetto dell'accordo scientifico nei tempi stabiliti, provvedendo eventualmente a segnalare tempestivamente al Grant Office eventuali criticità e inadempimenti.

Art. 14– Disposizioni transitorie e finali

1. Con l'entrata in vigore del presente regolamento, cessa l'efficacia di qualsiasi altra disposizione procedurale o regolamentare in contrasto con lo stesso.



OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO

Sistema Sanitario Regione Liguria
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Allegato al Regolamento di organizzazione e funzionamento sub lettera "B"

Stato Patrimoniale

Si riporta lo Stato Patrimoniale dell'IRCCS Ospedale Policlinico San Martino alla data del 31.12.2022

STATO PATRIMONIALE				
ATTIVO				
SCHEMA DI BILANCIO <i>Decreto Interministeriale 118/2011</i>	Anno 2022	Anno 2021		
A) IMMOBILIZZAZIONI				
I Immobilizzazioni immateriali	107.639	194.624		
1) Costi d'impianto e di ampliamento	0	0		
2) Costi di ricerca e sviluppo				
3) Diritti di brevetto e di utilizzazione delle opere dell'ingegno	107.639	192.276		
4) Immobilizzazioni immateriali in corso e acconti	0	0		
5) Altre immobilizzazioni immateriali	0	2.348		
II Immobilizzazioni materiali	241.811.878	247.807.689		
1) Terreni	0	0		
a) Terreni disponibili	0	0		
b) Terreni indisponibili	0	0		
2) Fabbricati	194.367.965	201.266.059		
a) Fabbricati non strumentali (disponibili)	498.115	464.523		
b) Fabbricati strumentali (indisponibili)	193.869.850	200.801.536		
3) Impianti e macchinari	4.174.666	596.304		
4) Attrezzature sanitarie e scientifiche	17.018.704	20.182.994		
5) Mobili e arredi	430.655	397.655		
6) Automezzi	0	0		
7) Oggetti d'arte	0	0		
8) Altre immobilizzazioni materiali	3.978.262	3.699.712		
9) Immobilizzazioni materiali in corso e acconti	21.841.626	21.664.965		
III Immobilizzazioni finanziarie (con separata indicazione, per	Entro 12 mesi	Oltre 12 mesi		
1) Crediti finanziari	-	-	7.768	266
a) Crediti finanziari v/ Stato	-	-	0	0
b) Crediti finanziari v/ Regione			0	0
c) Crediti finanziari v/ partecipate			0	0
d) Crediti finanziari v/ altri			0	0
2) Titoli			7.768	266
a) Partecipazioni			7.768	266
b) Altri titoli			0	0
Totale A)			241.927.285	248.002.579

			Anno	Anno
			2022	2021
B) ATTIVO CIRCOLANTE				
I Rimanenze			30.353.912	27.994.292
1) Rimanenze beni sanitari			29.543.229	27.587.866
2) Rimanenze beni non sanitari			810.683	406.426
3) Acconti per acquisti beni sanitari			0	0
4) Acconti per acquisti beni non sanitari			0	0
			Entro 12 mesi	Oltre 12 mesi
II Crediti (con separata indicazione, per ciascuna voce, degli			28.570.527	33.565.084
1) Crediti v/Stato			2.453.746,0	350.000
a) Crediti v/Stato - parte corrente			2.453.746	-
1) Crediti v/Stato per spesa corrente e acconti			-	0
2) Crediti v/Stato - altro			2.453.746	2.453.746
b) Crediti v/Stato - investimenti			-	-
c) Crediti v/Stato - per ricerca			-	350.000
1) Crediti v/Ministero della Salute per ricerca corrente			-	0
2) Crediti v/Ministero della Salute per ricerca finalizzata			-	6.790.896
3) Crediti v/Stato per ricerca - altre Amministrazioni centrali			-	0
4) Crediti v/Stato - investimenti per ricerca			-	350.000
d) Crediti v/prefetture			-	0
2) Crediti v/Regione o Provincia Autonoma			358.233	33.210.568
a) Crediti v/Regione o Provincia Autonoma - parte corrente			358.233	-
1) Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per spesa corrente			-	-
a) Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per finanziamento sanitario ordinario corrente			-	37.090.224
b) Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per finanziamento sanitario aggiuntivo corrente LEA			-	1.127.583
c) Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per finanziamento sanitario aggiuntivo corrente extra LEA			-	0
d) Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per spesa corrente - altro			-	24.437.516
2) Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per ricerca			358.233	358.233
b) Crediti v/Regione o Provincia Autonoma - patrimonio netto			-	33.210.568
1) Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per finanziamento per investimenti			-	33.210.568
2) Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per incremento fondo di dotazione			-	0
3) Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per ripiano perdite			-	0
4) Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per ricostituzione risorse da investimenti esercizi precedenti			-	0
3) Crediti v/Comuni			-	2.666
4) Crediti v/aziende sanitarie pubbliche e acconto quota FSR da distribuire			14.695.223	-
a) Crediti v/aziende sanitarie pubbliche della Regione			14.463.288	-
b) Crediti v/aziende sanitarie pubbliche fuori Regione			231.935	-
5) Crediti v/società partecipate e/o enti dipendenti della Regione			-	-
6) Crediti v/Erario			-	4.516
7) Crediti v/altri			11.063.325	11.063.325
III Attività finanziarie che non costituiscono immobilizzazioni			0	0
1) Partecipazioni che non costituiscono immobilizzazioni				
2) Altri titoli che non costituiscono immobilizzazioni				
IV Disponibilità liquide			21.686.525	41.435.258
1) Cassa			17.083	22.219
2) Istituto Tesoriere			21.669.442	41.413.039
3) Tesoreria Unica			0	0
4) Conto corrente postale			0	0
Totale B)			183.624.933	145.741.757
C) RATEI E RISCONTI ATTIVI				
I Ratei attivi			0	0
II Risconti attivi			670.414	731.034
Totale C)			670.414	731.034

PASSIVO E PATRIMONIO NETTO			
SCHEMA DI BILANCIO <i>Decreto Interministeriale 118/2011</i>		Anno 2022	Anno 2021
A) PATRIMONIO NETTO			
I Fondo di dotazione		26.303.007	26.303.007
II Finanziamenti per investimenti		202.521.366	163.411.607
1) Finanziamenti per beni di prima dotazione			
2) Finanziamenti da Stato per investimenti		23.428.915	459.936
a) Finanziamenti da Stato ex art. 20 Legge 67/88		0	
b) Finanziamenti da Stato per ricerca		0	
c) Finanziamenti da Stato - altro		23.428.915	459.936
3) Finanziamenti da Regione per investimenti		101.850.596	112.980.516
4) Finanziamenti da altri soggetti pubblici per investimenti		25.578.627	1.500.000
5) Finanziamenti per investimenti da rettifica contributi in conto esercizio		51.663.228	48.471.155
III Riserve da donazioni e lasciti vincolati ad investimenti (Acquisti cespiti con fondi finalizzati)		18.521.632	40.803.595
IV Altre riserve		586.860	870.110
V Contributi per ripiano perdite		0	3.183.519
VI Utili (perdite) portati a nuovo		2.806.826	-1.535.526
VII Utile (perdita) dell'esercizio		-23.998.800	0
Totale A)		226.740.891	233.036.312
B) FONDI PER RISCHI ED ONERI			
1) Fondi per imposte, anche differite		0	0
2) Fondi per rischi		7.477.992	10.987.085
3) Fondi da distribuire		0	0
4) Quota inutilizzata contributi di parte corrente vincolati		28.420.506	22.296.086
5) Altri fondi oneri		5.089.777	2.811.012
Totale B)		40.988.275	36.094.183
C) TRATTAMENTO FINE RAPPORTO			
1) Premi operosità		0	
2) TFR personale dipendente		0	
Totale C)		0	0
D) DEBITI (con separata indicazione, per ciascuna voce, degli importi)			
		Entro 12 mesi	Oltre 12 mesi
1) Mutui passivi		-	1.737.432
2) Debiti v/Stato		-	0
3) Debiti v/Regione o Provincia Autonoma	9.762		9.762
4) Debiti v/Comuni	0		0
5) Debiti v/aziende sanitarie pubbliche	2.159.211	-	2.159.211
a) <i>Debiti v/ aziende sanitarie pubbliche della Regione per spesa corrente e mobilità</i>	1.898.612		1.898.612
b) <i>Debiti v/ aziende sanitarie pubbliche della Regione per finanziamento sanitario aggiuntivo corrente L.E.A</i>	0		0
c) <i>Debiti v/ aziende sanitarie pubbliche della Regione per finanziamento sanitario aggiuntivo corrente extra L.E.A</i>	0		0
d) <i>Debiti v/ aziende sanitarie pubbliche della Regione per altre prestazioni</i>	0		0
e) <i>Debiti v/ aziende sanitarie pubbliche della Regione per versamenti a patrimonio netto</i>	0		0
f) <i>Debiti v/ aziende sanitarie pubbliche fuori Regione</i>	260.599		260.599
6) Debiti v/società partecipate e/o enti dipendenti della Regione	-		0
7) Debiti v/fornitori	115.442.364		115.442.364
8) Debiti v/Istituto Tesoriere	-		0
9) Debiti tributari	13.054.678		13.054.678
10) Debiti v/altri finanziatori	-		0
11) Debiti v/istituti previdenziali, assistenziali e sicurezza sociale	10.617.605		10.617.605
12) Debiti v/altri	15.407.314		15.407.314
Totale D)	156.690.934	-	158.428.366
E) RATEI E RISCOINTI PASSIVI			
1) Ratei passivi			0
2) Riscointi passivi			65.100
Totale E)		65.100	0
TOTALE PASSIVO E PATRIMONIO NETTO (A+B+C+D+E)		426.222.632	394.475.370

PATRIMONIO NETTO

Si descrive, nella seguente tabella la consistenza e la movimentazione delle singole voci costituenti il patrimonio netto:

PATRIMONIO NETTO	Consistenza iniziale	MOVIMENTI DELL'ESERCIZIO					Consistenza finale
		Giroconti e Riclassificazioni	Assegnazioni nel corso dell'esercizio	Utilizzi per sterilizzazioni nel corso dell'esercizio	Altre variazioni (+/-)	Risultato di esercizio (+/-)	
FONDO DI DOTAZIONE	26.303.007						26.303.007
FINANZIAMENTI PER INVESTIMENTI:	163.411.607	22.327.413	36.092.990	-19.293.172	-17.472	0	202.521.366
Finanziamenti per beni di prima dotazione	0						0
Finanziamenti da Stato per investimenti	459.936	0	22.996.285	-27.306	0	0	23.428.915
Finanziamenti da Stato per investimenti - ex art. 20 legge 67/88	0			0			0
Finanziamenti da Stato per investimenti - ricerca	459.936		0	0			459.936
Finanziamenti da Stato per investimenti - altro	0		22.996.285	-27.306			22.968.979
Finanziamenti da Regione per investimenti	112.980.516		1.494.000	-12.623.787	-133		101.850.596
Finanziamenti da altri soggetti pubblici per investimenti	1.500.000	22.327.413	1.757.729	-6.515			25.578.627
Finanziamenti per investimenti da rettifica contributi in conto esercizio	48.471.155		9.844.976	-6.635.564	-17.339		51.663.228
RISERVE DA DONAZIONI E LASCITI VINCOLATI AD INVESTIMENTI	40.803.595	-22.327.413	878.374	-1.116.174	283.250		18.521.632
ALTRE RISERVE:	870.110	0	0	0	-283.250	0	586.860
Riserve da rivalutazioni	0		0	0			0
Riserve da plusvalenze da reinvestire	85.125		0	0	-67.785		17.340
Contributi da reinvestire	784.985		0	0	-215.465		569.520
Riserve da utili di esercizio destinati ad investimenti	0		0	0			0
Riserve diverse	0			0			0
CONTRIBUTI PER RIPIANO PERDITE:	3.183.519	-3.183.519	1.172.008	0	-1.172.008	0	0
Contributi per copertura debiti al 31/12/2005	0	0	0	0	0		0
Contributi per ricostituzione risorse da investimenti esercizi precedenti	0		0	0			0
Altro	3.183.519	-3.183.519	1.172.008	0	-1.172.008		0
UTILI (PERDITE) PORTATI A NUOVO	-1.535.526	3.183.519	1.055.059	0	103.774		2.806.826
UTILE (PERDITA) D'ESERCIZIO	0					-23.998.800	-23.998.800
TOTALE PATRIMONIO NETTO	233.036.312	0	39.198.431	-20.409.346	-1.085.706	-23.998.800	226.740.891

IMMOBILIZZAZIONI FINANZIARIE

ELENCO PARTECIPAZIONI	Sede	Forma giuridica	Capitale	% capitale pubblico	Patrimonio netto incluso riserve	Totale Attivo	Risultato di esercizio	% di possesso	Valore attribuito a bilancio	Criterio di valorizzazione e (costo / PN)
Partecipazioni in imprese controllate:										
...										
Partecipazioni in imprese collegate:										
...										
Partecipazioni in altre imprese:										
GENOVA Parcheggi	GENOVA	S.P.A.	516.000	100	2.701.850	10.482.476	102.144	0,00002	2	COSTO
LIGURIA DIGITALE S.C.P.A. (ex DATASIEL) - DATI 31/12/2013	GENOVA	SOCIETA' CONSORTILE PER AZIONI	2.582.500	100	17.261.755	62.890.432	1.364.543	0,00002	264	COSTO
I.R.E. S.p.A.	GENOVA	S.P.A.	1.526.691	100	2.129.699	8.182.854	848	0,00001	1	COSTO
MNESYS S.C.A.R.L.	GENOVA	S.C.A.R.L.	500.000					0,015	7.500	COSTO

ELEMENTI FINANZIARI

Con riferimento alla situazione finanziaria dell'azienda si evidenzia l'andamento di alcune poste di bilancio dell'esercizio 2022.

Disponibilità liquide

CODIC E MOD. SP	DISPONIBILITA' LIQUIDE	Valore iniziale	MOVIMENTI		Valore finale
			Incrementi	Decrementi	
ABA760	Cassa	22.219	195.072	-200.208	17.083
ABA770	Istituto Tesoriere	41.413.039	619.104.515	-638.848.111	21.669.442
ABA780	Tesoreria Unica	0	0	0	0
ABA790	Conto corrente postale	0	0	0	0

Mutui

L'Istituto, in conformità a quanto previsto dal D.L. 502/95, art.3, comma 5 lettera f) e alla L.R. 15/2007 art.11 (Legge Finanziaria 2007), ha fatto ricorso su autorizzazione regionale a mutui, nel rispetto del limite quantitativo per capitale e interessi del 15% delle entrate proprie (DGR 990/07), relativamente ai quali si rappresenta di seguito lo sviluppo del debito.

DEBITI	Valore iniziale	MOVIMENTI DELL'ESERCIZIO		Valore finale
		Incrementi	Decrementi	
MUTUI PASSIVI	2.570.717	0	-833.285	1.737.432

DEBITI	DEBITI PER ANNO DI FORMAZIONE					
	Anno 2018 e precedenti	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	Totale
MUTUI PASSIVI	1.737.742					1.737.742

Destinazione	Soggetto erogatore	Riferimenti delibera di autorizzazione regionale	Importo iniziale	Scadenza	Debito residuo	Tasso di interesse	Garanzie reali
Cofinanziamento FaS 2007-2013 e acquisizione sistema RIS-PACS	BANCA UNICREDIT S.P.A.	D.G.R. n. 362 del 27/03/2014	7.800.000	31/12/2024	1.737.433	1,39%	

ALTRE IMMOBILIZZAZIONI MATERIALI

Con riferimento alle altre immobilizzazioni materiali (esclusi i fabbricati) si riportano nella seguente tabella, per ciascuna categoria, i dati al 31.12.2022 per quanto concerne i valori ed i fondi di ammortamento in migliaia di euro.

<i>Impianti e macchinari valore netto</i>	4.175
Costo Impianti e macchinari	11.973
F.do Amm.to Impianti e macchinari	7.798
<i>Attrezzature sanitarie e scientifiche valore netto</i>	17.019
Costo Attrezzature sanitarie e scientifiche	132.242
F.do Amm.to Attrezzature sanitarie e scientifiche	115.223
<i>Mobili e arredi valore netto</i>	431
Costo Mobili e arredi	13.053
F.do Amm.to Mobili e arredi	12.622
<i>Automezzi valore netto</i>	0
Costo Automezzi	901
F.do Amm.to Automezzi	901
<i>Altre immobilizzazioni materiali valore netto</i>	3.978
Costo Altre immobilizzazioni materiali	31.908
F.do Amm.to Altre immobilizzazioni materiali	27.930

Impianti e macchinari: in tale voce sono comprese tutte le altre attrezzature non classificate per la loro caratteristica tra le attrezzature sanitarie (es. frigoriferi, cucine, ecc.);

Attrezzature sanitarie e scientifiche: comprende le varie attrezzature aventi specifica finalità sanitaria (es. da TAC o RM sino ad ecografi ed altre minori attrezzature). Stante la finalità dell'istituto rappresenta la principale voce del patrimonio, fatta eccezione ovviamente dei fabbricati;

Mobili e arredi: comprende tutta la parte immobilizzazioni materiali destinate ad arredo (Letti, comodini, armadi, ecc.)

Automezzi: questa voce comprende sia le ambulanze di proprietà dell'Istituto, sia autoveicoli ad uso promiscuo, sia autoveicoli da trasporto;

Altre immobilizzazioni materiali: questa voce contiene l'iscrizione di tutte le attrezzature elettroniche destinate ad uso ufficio (da computer, stampanti a sistemi telefonici, ecc.)

FABBRICATI

Con riferimento al patrimonio immobiliare di questa azienda si rappresenta il dettaglio delle risultanze catastali dei singoli immobili istituzionali:

Denominazione Padiglione	rif. Cartografico [CTR 1:25000]	Sezione censuaria	Foglio	Mappale	CAT
Padiglione 5	213-2	GeD	45	219	B2
Padiglione 6	213-2	GeD	45	218	
Padiglione 7	213-2	GeD	45	217	
Padiglione 8	213-2	GeD	45	216	
Padiglione 9	213-2	GeD	45	232	
Padiglione 10	213-2	GeD	45	231	
Padiglione 11	213-2	GeD	45	230	
Padiglione 12	213-2	GeD	45	228	
Padiglione 13	213-2	GeD	45	227	
Padiglione A	213-2	GeD	45	234	
Padiglione B	213-2	GeD	45	235	
Padiglione DEA	213-2	GeD	45	1472	
Padiglione Guido Rossa	213-2	GeD	45	238	
Padiglione Isolamento 1	213-2	GeD	45	166	
Padiglione Patologie Complesse	213-2	GeD	45	1479	
Padiglione Maragliano	213-2	GeD	45	179	
Padiglione Monoblocco	213-2	GeD	45	1363	
Padiglione Operatorio Centrale	213-2	GeD	45	229	
Padiglione Sommariva	213-2	GeD	45	238	
Padiglione Specialità	213-2	GeD	45	242	
Eliporto	213-2	GeD	45		
Castello Simon Boccanegra	213-2	GeD	45	176	
Centrale Gas Medicali	213-2	GeD	45		
Centrale termica	213-2	GeD	45	240	
Chiesa	213-2	GeD	45	175	
Cucina	213-2	GeD	45	1363	
Padiglione Alloggio Religiosi	213-2	GeD	45	174-175	
Padiglione Amministrazione	213-2	GeD	45	235	
Padiglione Cotella	213-2	GeD	45	214	
Padiglione Disinfezione	213-2	GeD	45	1490	
Padiglione Dispensa	213-2	GeD	45	173	
Padiglione Officina Meccanica	213-2	GeD	45	172	
Padiglione Scuola Convitto	213-2	GeD	45	215	
Anatomia Patologica	213-2	GeD	45	224	
Isolamento II	213-2	GeD	45	168	
Isolamento III	213-2	GeD	45	167	
Vasconi	213-2	GeD	45	171	
IST SUD (magazzini)	213-2	GeD	45	1321	B2
IST SUD (sede)	213-2	GeD	45	1320	B2
IST NORD		GeD	45	1370-1-2-3	B5

Per ciascuno dei sopra elencati fabbricati si riportano i dati relativi alla superficie/volumetria nonché le singole rendite catastali

Denominazione Padiglione	Superficie Totale [mq]	CAT	RENDITA CATASTALE
Padiglione 5	3.388,00	B2	€ 1.344.530,92
Padiglione 6	3.388,00		
Padiglione 7	3.388,00		
Padiglione 8	3.388,00		
Padiglione 9	3.388,00		
Padiglione 10	3.388,00		
Padiglione 11	3.388,00		
Padiglione 12	4.550,00		
Padiglione 13	3.388,00		
Padiglione A	1.865,00		
Padiglione B	2.039,00		
Padiglione DEA	8.830,00		
Padiglione Guido Rossa	1.862,00		
Padiglione Isolamento 1	2.019,00		
Padiglione Patologie Complesse	4.830,00		
Padiglione Maragliano	17.755,00		
Padiglione Monoblocco	47.016,00		
Padiglione Operatorio Centrale	4.357,00		
Padiglione Sommariva	2.395,00		
Padiglione Specialità	15.479,00		
Eliporto	500,00		
Castello Simon Boccanegra	1.134,00		
Centrale Gas Medicali	245,00		
Centrale termica	1.972,00		
Chiesa	680,00		
Cucina	1.644,00		
Padiglione Alloggio Religiosi	3.655,00		
Padiglione Amministrazione	6.488,00		
Padiglione Cotella	3.774,00		
Padiglione Disinfezione	4.300,00		
Padiglione Dispensa	2.326,00		
Padiglione Officina Meccanica	215,00		
Padiglione Scuola Convitto	3.930,00		
Anatomia Patologica	9.875,00		
Isolamento II	1.388,00		
Isolamento III	2.228,00		
Vasconi	0,00		
IST SUD (magazzini)	1.500,00	B2	€ 6.842,94
IST SUD (sede)	19.142,00	B2	€ 122.828,70
IST NORD	17.247,00	B5	€ 119.454,31
	222.344,00	totale rendita	€ 1.593.656,87

I fabbricati non strumentali provenienti da donazioni e lasciti testamentari, alla data del 31/12/2022 sono evidenziati nella seguente tabella:

	Comune	Indirizzo	mappale	sub	categoria	classe	consistenza	rendita	titolarità
1	BORDIGHERA (IM)	Via Virgilio 13, Piano 9-0010	51	68	A/2	5	6,5 VANI	€ 1.091,02	PROPR 1/1
2	BORDIGHERA (IM)	Via Virgilio 15, Piano S1-int. 29	51	123	C/6	6	13 MQ	€ 69,82	PROPR 1/1
3	BORDIGHERA (IM)	Via Virgilio, Piano T	1093	1	C/6	1	11 MQ	€ 26,70	PROPR 1828/10000
4	BORDIGHERA (IM)	Via Virgilio, Piano T	1093	2	C/6	1	12 MQ	€ 29,13	PROPR 1828/10000
5	BORDIGHERA (IM)	Via Virgilio, Piano T	1094		F/1				PROPR 1828/10000
6	BORDIGHERA (IM)	Via Virgilio, Piano T	1096	1	C/6	1	13 MQ	€ 31,56	PROPR 1828/10000
7	BORDIGHERA (IM)	Via Virgilio, Piano T	1096	2	C/6	1	13 MQ	€ 31,56	PROPR 1828/10000
8	BORDIGHERA (IM)	Via Virgilio, Piano T	1096	3	C/6	1	12 MQ	€ 29,13	PROPR 1828/10000
9	BORDIGHERA (IM)	Via Virgilio, Piano T	1096	4	C/6	1	12 MQ	€ 29,13	PROPR 1828/10000
10	BORDIGHERA (IM)	Via Virgilio, Piano T	1097	1	F/1				PROPR 1828/10000
11	BORDIGHERA (IM)	Via Virgilio, Piano T	1097	2	C/6	1	15 MQ	€ 36,41	PROPR 1828/10000
12	BORDIGHERA (IM)	Via Virgilio, Piano T	1097	3	F/1				PROPR 1828/10000
13	BORDIGHERA (IM)	Via Virgilio, Piano T	840		F/1				PROPR 1828/10000
14	BUSALLA (GE)	Via Luigi Nino Malerba 43, Piano T	125	4	C/6	1	26 MQ	186,85	PROPR 1/3
15	BUSALLA (GE)	Via Luigi Nino Malerba 43, Piano 1-2	125	3	A/3	1	6 VANI	520,59	PROPR 1/3
16	GENOVA	Via Guglielmo Oberdan 66, Piano 1-4	1307	11	A/3	6	5,5 VANI	€ 1.264,03	PROPR 1/1
17	GENOVA	Via Marco Sala 1R Piano T	172	2	C/2	2	10 MQ	€ 98,13	PROPR 1/1
18	GENOVA	Via Marco Sala 79R Piano T	172	1	C/1	9	51 MQ	€ 4.396,03	PROPR 1/1
19	GENOVA	Via Carlo Orgiero 6, Piano 7 int. 14	369	70	A/3	4	5,5 VANI	€ 610,71	PROPR 50/100
20	SERRAVALLE SCRIVIA (AL)	Viale Martiri Benedicte 48, Piano 4 int. 16	49	16	A/2	3	5 VANI	€ 374,13	PROPR 70/100
21	COGOLETO (GE)	Via Cesare Dattilo 26 Int. 6 Piano 2	180	14	A/3	3	5 VANI	€ 379,60	PROPR 100/100
22	COGOLETO (GE)	Via Cesare Dattilo 26 Int. 6 Piano T	180	18	C/6	2	7 MQ	€ 17,71	PROPR 100/100
23	COGOLETO (GE)	Via Cesare Dattilo 26 Piano S1	180	19	F/1		148 MQ		PROPR 100/100

Ciò posto i dati al 31.12.2022 risultano essere i seguenti:

Valore patrimoniale (fabbricati strumentali):	€.	375.230.581
Fondo ammortamento (fabbricati strumentali):	€.	181.360.731
Valore netto:	€.	193.869.850

Fabbricati non strumentali valore netto:	€.	498.115
Totale valore netto patrimonio immobiliare	€.	194.367.965



OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO

Sistema Sanitario Regione Liguria
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Allegato al Regolamento di organizzazione e funzionamento sub lettera "C"

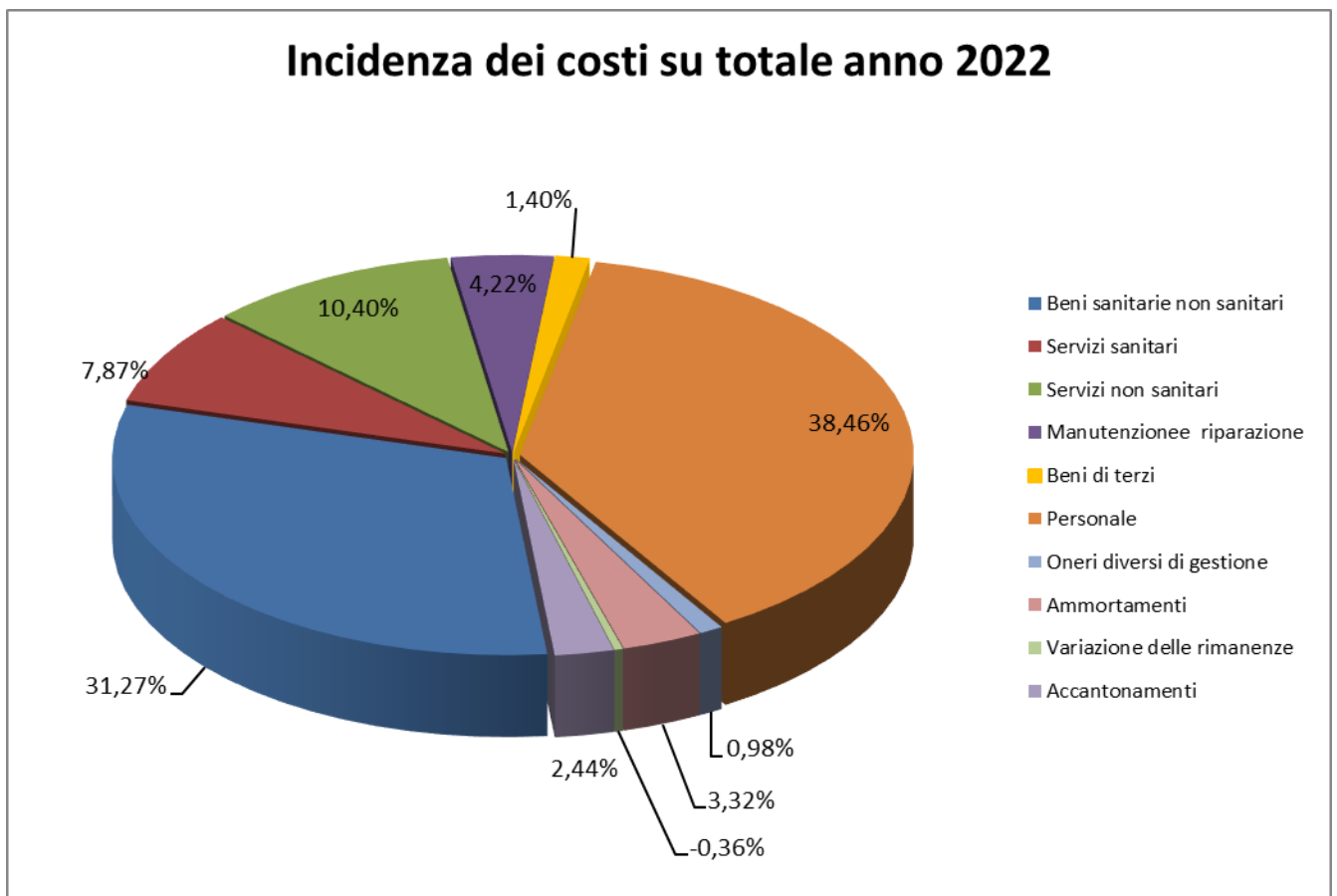
Situazione economico finanziaria

CONTO ECONOMICO		
SCHEMA DI BILANCIO Decreto Interministeriale 118/2011	Anno 2022	Anno 2021
A) VALORE DELLA PRODUZIONE		
1) Contributi in c/esercizio	215.369.571	227.270.826
2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-9.844.976	-6.946.480
3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di	8.397.879	8.546.179
4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza	373.268.415	323.895.962
5) Concorsi, recuperi e rimborsi	28.815.392	28.697.227
6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	3.777.053	3.558.909
7) Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio	20.409.346	19.547.902
8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	-	-
9) Altri ricavi e proventi	5.150.851	6.377.525
Totale A)	645.343.531	610.948.050
B) COSTI DELLA PRODUZIONE		
1) Acquisti di beni	202.807.336	188.867.696
2) Acquisti di servizi sanitari	51.008.734	45.037.210
3) Acquisti di servizi non sanitari	67.445.500	55.461.025
4) Manutenzione e riparazione	27.384.724	21.746.894
5) Godimento di beni di terzi	9.060.466	7.623.065
6) Costi del personale	249.416.158	240.475.598
7) Oneri diversi di gestione	6.380.214	8.222.510
8) Ammortamenti	21.552.242	20.554.069
9) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	-	-
10) Variazione delle rimanenze	-2.359.620	-1.314.662
11) Accantonamenti	15.855.747	9.584.360
Totale B)	648.551.501	596.257.765
	-	-
DIFF. TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A-B)	-3.207.970	14.690.285

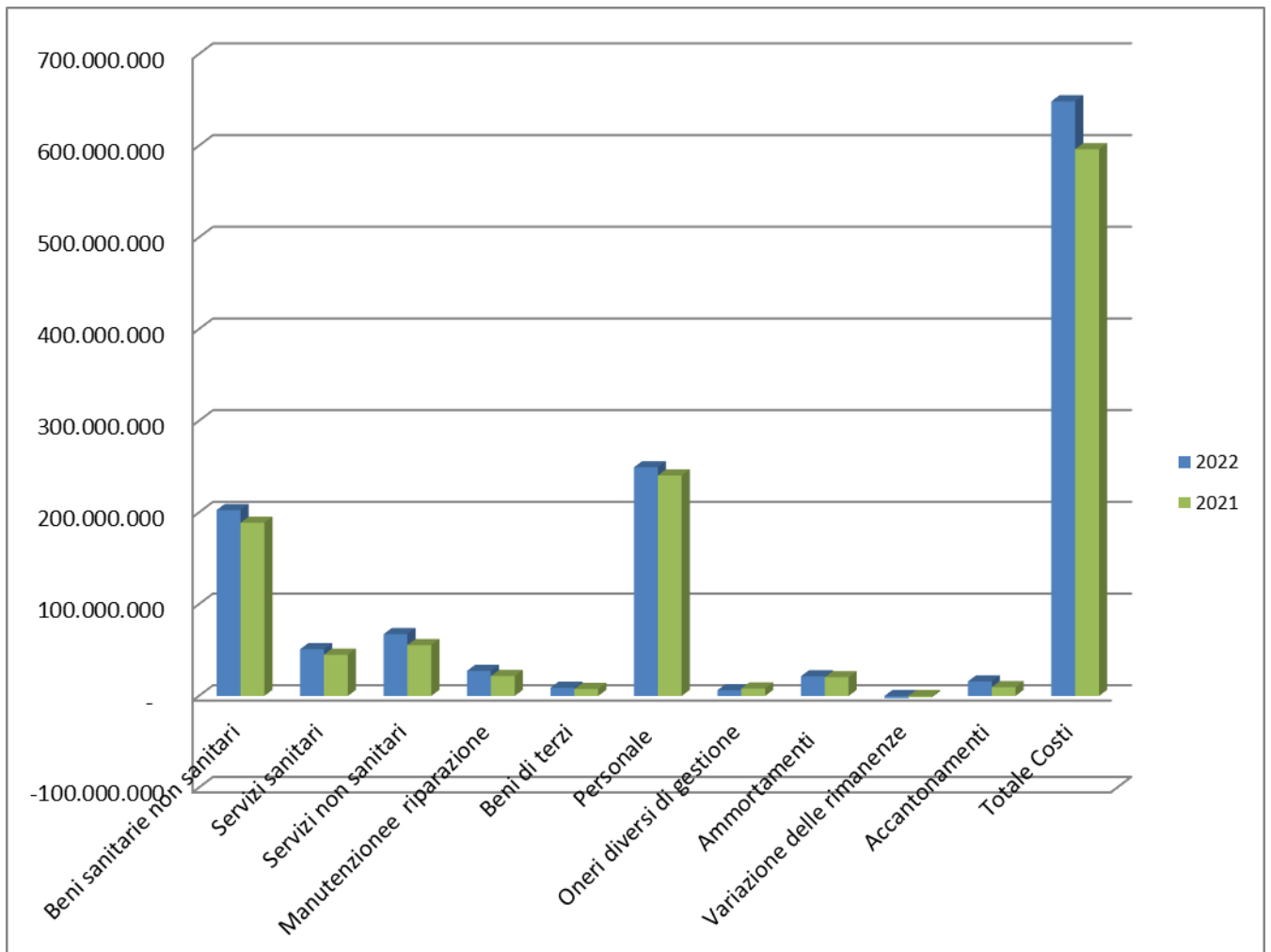
	Anno 2022	Anno 2021
C) PROVENTI E ONERI FINANZIARI		
1) Interessi attivi ed altri proventi finanziari	-606	-496
2) Interessi passivi ed altri oneri finanziari	154.786	158.645
Totale C)	-154.180	-158.149
D) RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA' FINANZIARIE		
1) Rivalutazioni		
2) Svalutazioni		
Totale D)	-	-
E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI		
1) Proventi straordinari	11.961.852	3.247.900
2) Oneri straordinari	14.558.651	494.178
Totale E)	-2.596.799	2.753.722
	-	-
RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A-B+C+D+E)	-5.958.949	17.285.858
Y) IMPOSTE SUL REDDITO DELL'ESERCIZIO		
1) IRAP	17.709.681	17.094.430
2) IRES	330.170	191.428
3) Accantonamento a fondo imposte (accertamenti, condoni, ecc.)	-	-
Totale Y)	18.039.851	17.285.858
UTILE (PERDITA) DELL'ESERCIZIO	-23.998.800	-

Nella tabella seguente si rappresenta la struttura dei costi degli anni 2021 e 2022 e si rappresenta graficamente l'incidenza percentuale di tali costi per l'esercizio 2022:

	2022	2021
Beni sanitarie non sanitari	31,3%	31,68%
Servizi sanitari	7,9%	7,55%
Servizi non sanitari	10,4%	9,30%
Manutenzione e riparazione	4,2%	3,65%
Beni di terzi	1,4%	1,28%
Personale	38,5%	40,33%
Oneri diversi di gestione	1,0%	1,38%
Ammortamenti	3,3%	3,45%
Variazione delle rimanenze	-0,4%	-0,22%
Accantonamenti	2,4%	1,61%
Totale Costi	100,00%	100,00%

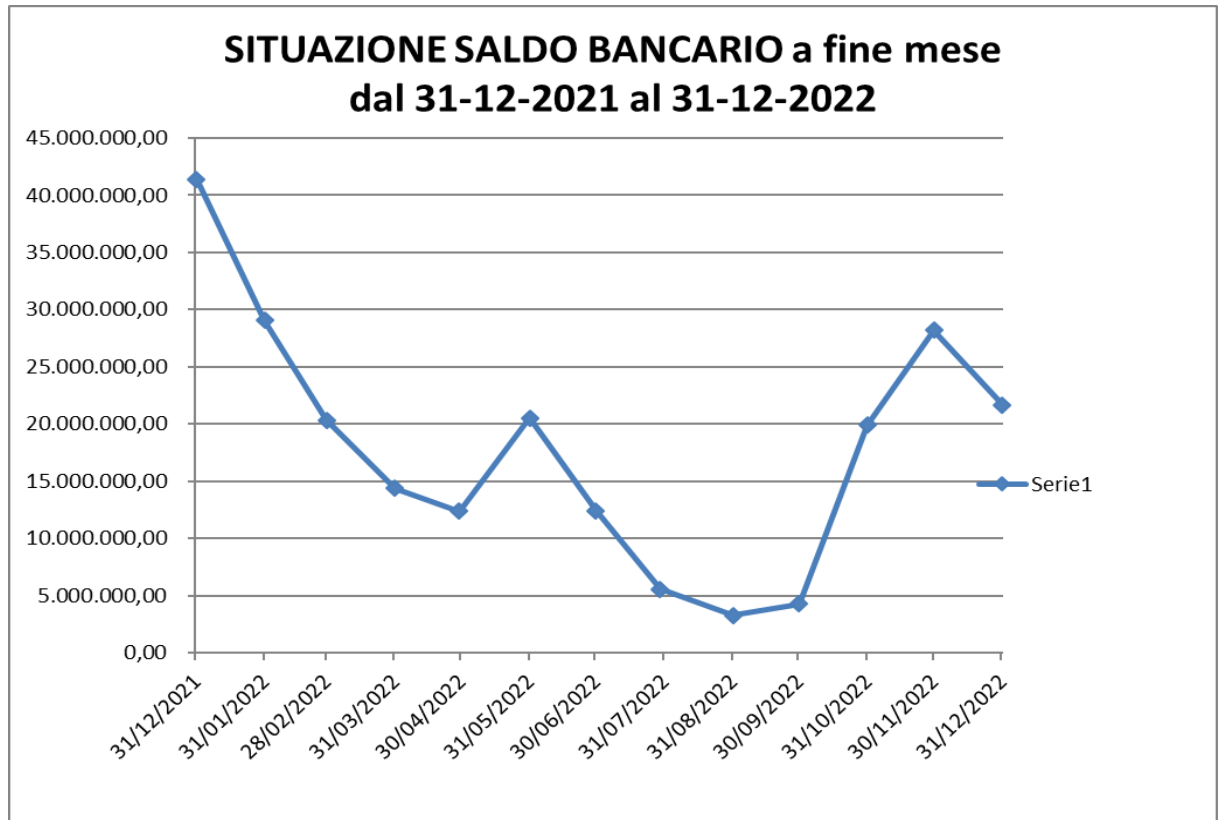


Il confronto dell'andamento dei costi tra gli esercizi 2022 – 2021 evidenzia una costanza nei costi per quasi tutte le tipologie:



La situazione finanziaria dell'Istituto evidenzia nell'ultimo esercizio un andamento altalenante. In questo grafico si analizzano i saldi presso la tesoreria alla fine di ogni mese

ANDAMENTO GIACENZA DI CASSA ANNO 2022





OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO

Sistema Sanitario Regione Liguria

Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Elenco Strutture Complesse e Semplici Dipartimentali costituenti i Dipartimenti del Policlinico

DIPARTIMENTO DI STAFF

AREA DEI SERVIZI	
DENOMINAZIONE U.O.	DIREZIONE U.O.
Servizio Prevenzione e Protezione	Ospedaliera
Controllo di Gestione	Ospedaliera
Medicina del Lavoro, Tossicologia e Igiene industriale*	Universitaria
Programmazione Sanitaria, Epidemiologia e Prevenzione <i>(in ambito di Aziende regionali)</i>	Universitaria
DENOMINAZIONE S.S.D.	DIREZIONE S.S.D.
Gestione operativa	Ospedaliera
Formazione e Comunicazione	Ospedaliera
AREA SANITARIA	
DENOMINAZIONE U.O.	DIREZIONE U.O.
Governo Clinico e Organizzazione Ospedaliera	Ospedaliera
Psicologia Clinica e Psicoterapia	Ospedaliera
Medicina Legale	Universitaria
Igiene	Universitaria
Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento	Ospedaliera
Farmacia	Ospedaliera
DENOMINAZIONE S.S.D.	DIREZIONE S.S.D.
Medicina Legale e Coordinamento Trapianti	Ospedaliera

Legenda: Le strutture con asterisco rosso sono ospedaliere a direzione universitaria

DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE

DENOMINAZIONE U.O.	DIREZIONE U.O.
Governo Professioni Sanitarie Infermieristiche Ostetriche	Ospedaliera
Governo Professioni Sanitarie Tecniche	Ospedaliera
Gestione Patient Flow e Integrazione con il territorio	Ospedaliera
DENOMINAZIONE S.S.D.	DIREZIONE S.S.D.
Ricerca, Innovazione, Didattica e Sviluppo Processi Assistenziali	Ospedaliera

DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO

AREA GIURIDICO - AMMINISTRATIVA	
DENOMINAZIONE U.O.	DIREZIONE U.O.
Affari Generali e Legali	Ospedaliera
Sviluppo e Gestione Risorse Umane	Ospedaliera
AREA ECONOMICA-FINANZIARIA	
DENOMINAZIONE U.O.	DIREZIONE U.O.
Bilancio e Programmazione Finanziaria	Ospedaliera
Attività Economiche e di Approvvigionamento	Ospedaliera

DIPARTIMENTO TECNICO E SISTEMI INFORMATIVI

DENOMINAZIONE S.S.D.	DIREZIONE S.S.D.
Patrimonio e Servizi Coordinamento Area Tecnica	Ospedaliera
AREA TECNICA	
DENOMINAZIONE U.O.	DIREZIONE U.O.
Attività Tecniche	Ospedaliera
Progettazione	Ospedaliera
AREA SISTEMI INFORMATIVI E TECNOLOGIA	
DENOMINAZIONE U.O.	DIREZIONE U.O.
Information & Communication Technologies	Ospedaliera
Ingegneria Clinica	Ospedaliera

DIPARTIMENTO DELLA RICERCA

DENOMINAZIONE U.O.	DIREZIONE U.O.
Programmazione della Ricerca e Innovazione	Ospedaliera
Epidemiologia Clinica	Ospedaliera
Patologia e Immunologia Sperimentale*	Universitaria
Oncologia Cellulare*	Universitaria
Bioterapie*	Universitaria
Mutagenesi e Prevenzione Oncologica*	Universitaria
Patologia Molecolare*	Universitaria
Neuroscienze Sperimentali	Ospedaliera
Biologia Cellulare	Ospedaliera
DENOMINAZIONE S.S.D.	DIREZIONE S.S.D.
Aspetti Giuridici e Amministrativi della Ricerca	Ospedaliera
Animal Facility	Ospedaliera
Oncologia Molecolare e Angiogenesi	Ospedaliera
Regolazione dell'Espressione Genica	Ospedaliera

DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE (DEA)

DENOMINAZIONE U.O.	DIREZIONE U.O.
Emergenza Territoriale (112 & 118)	Ospedaliera
Medicina Emergenza ed Accettazione di Urgenza (MECAU)	Ospedaliera
Pneumologia ad Indirizzo Interventistico	Ospedaliera
Clinica di Medicina d'Urgenza	Universitaria
Ortopedia e Traumatologia d'Urgenza	Ospedaliera
DENOMINAZIONE S.S.D.	DIREZIONE S.S.D.
Chirurgia della Mano e dell'Arto Superiore	Ospedaliera
AREA ANESTESIA E RIANIMAZIONE	
DENOMINAZIONE U.O.	DIREZIONE U.O.
Terapia Antalgica	Ospedaliera
Anestesia e Rianimazione	Ospedaliera
Clinica Anestesiologica e Terapia Intensiva	Universitaria

DIPARTIMENTO CARDIO-TORACO-VASCOLARE

DENOMINAZIONE U.O.	DIREZIONE U.O.
Chirurgia Toracica	Ospedaliera
Clinica di Chirurgia Vascolare ed Endovascolare	Universitaria
AREA CARDIOLOGICA	
DENOMINAZIONE U.O.	DIREZIONE U.O.
Cardiochirurgia	Universitaria
Cardiologia	Ospedaliera
Clinica delle Malattie dell'Apparato Cardiovascolare e UTIC	Universitaria

DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA GENERALE

DENOMINAZIONE U.O.	DIREZIONE U.O.
Clinica Chirurgica 1	Universitaria
Clinica Chirurgica 2	Universitaria
Clinica di Chirurgia Senologica	Universitaria
Chirurgia Ospedaliera	Ospedaliera
Chirurgia Epatobiliare e dei Trapianti	Ospedaliera
Trauma Center	Ospedaliera

DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA SPECIALISTICA

DENOMINAZIONE U.O.	DIREZIONE U.O.
Clinica Ortopedica	Universitaria
Clinica Otorinolaringoiatrica	Universitaria
Clinica di Chirurgia Plastica e Ricostruttiva	Universitaria
Clinica Urologica*	Universitaria
Gastroenterologia ad Indirizzo Interventistico	Ospedaliera
Chirurgia Maxillofacciale	Ospedaliera

DIPARTIMENTO GINECOLOGICO E PERCORSO NASCITA

DENOMINAZIONE U.O.	DIREZIONE U.O.
Ostetricia e Ginecologia	Ospedaliera
Clinica Ostetrica e Ginecologica	Universitaria
Neonatologia	Ospedaliera
DENOMINAZIONE S.S.D.	DIREZIONE S.S.D.
Fisiopatologia della Riproduzione Umana (FRU)	Ospedaliera
Diagnosi Prenatale e Medicina Perinatale	Ospedaliera

DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA ED EMATOLOGIA

DENOMINAZIONE U.O.	DIREZIONE U.O.
Clinica Ematologica	Universitaria
Oncologia Medica	Ospedaliera
Clinica di Oncologia Medica	Universitaria
Ematologia e Terapia Cellulare	Ospedaliera
Riabilitazione Generale ed Oncologica	Ospedaliera
DENOMINAZIONE S.S.D.	DIREZIONE S.S.D.
Organizzazione Percorsi Oncologici	Ospedaliera
Hospice	Ospedaliera

DIPARTIMENTO DELLA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO

DENOMINAZIONE U.O.	DIREZIONE U.O.
Medicina di Laboratorio	Ospedaliera
Anatomia Patologica Ospedaliera	Ospedaliera
Anatomia Patologica	Universitaria
Medicina TrASFusionale	Ospedaliera
Microbiologia	Universitaria
Genetica Medica	Universitaria
DENOMINAZIONE S.S.D.	DIREZIONE S.S.D.
Laboratorio Diagnostico di Neuroimmunologia e Autoimmunologia**	Universitaria
Genetica Oncologica	Universitaria

**L'attuale S.S.D. Laboratorio Diagnostico di Neuroimmunologia verrà disattivata al momento dell'assegnazione della nuova struttura.

DIPARTIMENTO DELLA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E RADIOTERAPIA

DENOMINAZIONE U.O.	DIREZIONE U.O.
Radioterapia Oncologica	Universitaria
Fisica Sanitaria	Ospedaliera
Medicina Nucleare	Universitaria
Neuroradiologia	Ospedaliera
Radiologia	Universitaria
Radiologia Generale ed Interventistica	Ospedaliera
Radiologia Oncologica e Senologica	Ospedaliera

DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE

DENOMINAZIONE U.O.	DIREZIONE U.O.
Oculistica	Ospedaliera
Clinica Oculistica	Universitaria
Clinica Neurochirurgica e Neurotraumatologica	Universitaria
Clinica Psichiatrica e SPDC	Universitaria
Clinica di Neuroriabilitazione	Universitaria
Neurologia	Ospedaliera
Clinica Neurologica	Universitaria
Neurofisiopatologia	Ospedaliera
DENOMINAZIONE S.S.D.	DIREZIONE S.S.D.
Foniatría	Ospedaliera

DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA

DENOMINAZIONE U.O.	DIREZIONE U.O.
Clinica di Medicina Interna 1	Universitaria
Clinica di Medicina Interna 2	Universitaria
Clinica di Medicina Interna, Immunologia Clinica e Medicina Interna Traslazionale	Universitaria
Clinica Endocrinologica	Universitaria
Clinica Geriatrica	Universitaria
Medicina Interna	Ospedaliera
Medicina Interna e Reparto Detenuti	Ospedaliera
DENOMINAZIONE S.S.D.	DIREZIONE S.S.D.
Allergologia	Ospedaliera
Dietetica e Nutrizione Clinica	Ospedaliera

DIPARTIMENTO DI MEDICINA SPECIALISTICA

DENOMINAZIONE U.O.	DIREZIONE U.O.
Clinica Dermatologica	Universitaria
Clinica Nefrologica, Dialisi e Trapianto	Universitaria
Clinica Malattie Respiratorie e Allergologia	Universitaria
Clinica Gastroenterologica	Universitaria
Clinica di Malattie Infettive e Tropicali	Universitaria
Clinica di Medicina Interna ad Indirizzo Oncologico	Universitaria
Clinica Reumatologica	Universitaria

Allegato al Regolamento di organizzazione e funzionamento sub lettera “E”



OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO
Sistema Sanitario Regione Liguria

Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Regolamento generale dei Dipartimenti Aziendali

ART. 1 – DEFINIZIONE

Il Dipartimento è un'organizzazione integrata di unità operative omogenee, affini o complementari, ciascuna con obiettivi specifici, ma tutte concorrenti al perseguimento di obiettivi comuni di salute, sviluppo di progetti e programmi scientifici, di formazione di informazione secondo le indicazioni espresse nella mission del Policlinico.

I Dipartimenti possono essere caratterizzati dall'omogeneità delle risorse professionali, tecniche o umane impiegate, ovvero dalla fruizione di spazi comuni, tecnologie e risorse necessarie alla produzione erogata dall'aggregazione delle strutture afferenti per attività assistenziali, di didattica e di ricerca.

Il Policlinico, in attuazione dell'art. 3 del D.Lgs. n. 517/99, dell'art. 28 ter della L.R. n. 41/06 e s.m.i., della DGR n. 7 del 13.1.2017, della DGR n. 147 del 04.03.2022 e della DGR n. 1380 del 28.12.2022, fonda il proprio assetto organizzativo sulla organizzazione dipartimentale quale modello ordinario e generale di gestione operativa di tutte le sue strutture al fine di garantire risposte assistenziali unitarie, tempestive e razionali sulla base di regole condivise di comportamento assistenziale.

Nell'ambito dell'organizzazione del Policlinico trovano attuazione soluzioni organizzative e assistenziali caratterizzate da un approccio integrato alla malattia volte a migliorare: i risultati clinici, la qualità dei servizi resi e la razionalizzazione dei costi, mediante i Disease Management Teams (DMT). La metodologia dei DMT consente, infatti, di superare eventuali frammentazioni delle cure attraverso l'intervento e la cooperazione dei diversi attori del processo assistenziale che, riuniti in un team multidisciplinare, ridefinisce l'iter diagnostico terapeutico integrando interventi e risorse ed agendo trasversalmente rispetto all'organizzazione dipartimentale tradizionalmente verticale.

L'organizzazione dell'IRCCS può essere articolata in Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI), Dipartimenti Assistenziali (DA) e Dipartimenti di Ricerca (DR).

La scelta organizzativa dell'IRCCS è rappresentata dal Dipartimento ad attività integrata (DAI).

Nei DAI si aggregano Unità operative Complesse e Unità Operative Semplici (sia a Direzione Universitaria che a Direzione Ospedaliera) con la finalità dell'utilizzo comune delle risorse umane e strumentali destinate all'assistenza, alla ricerca, alla didattica e alle attività formative e di aggiornamento continuo delle professionalità mediche e sanitarie.

Il DAI è sede integrata delle attività di assistenza, di ricerca e di didattica che ivi si svolgono secondo le specifiche normative proprie delle strutture universitarie e ospedaliere che ad esse afferiscono e che sono supporto indispensabile alle funzioni istituzionali di cui i DAI sono investiti. Il Direttore del DAI viene individuato secondo il disposto dell'art. 28 ter punto 7. L.R. n. 41/06 e s.m.i.

I Dipartimenti sono strutture sovraordinate alle Unità Operative Complesse, alle Unità Operative Semplici ed agli incarichi di programma di cui all'art. 5, commi 4 e 5, del D.Lgs.vo n. 517/1999 che li compongono per quanto concerne i processi direzionali relativi all'utilizzo delle risorse in dotazione, con particolare riferimento al personale, agli spazi operativi, all'utilizzo delle attrezzature.

ART. 2 – OBIETTIVI

Il Dipartimento:

- garantisce e coordina le funzioni assistenziali assegnate alle Unità Operative in cui è articolato e cura l'integrazione tra assistenza, didattica e ricerca;
- persegue il miglioramento continuo dei processi assistenziali;
- partecipa ai DMT mediante le Strutture Complesse (SC) e Semplici Dipartimentali (SSD) che contribuiscono al completamento del percorso di diagnosi e cura della patologia di riferimento del DMT;
- coadiuva la direzione sanitaria per sostenere e governare l'intero processo della metodologia dei DMT;
- garantisce l'implementazione degli standard e dei percorsi concernenti lo sviluppo della Qualità, promossi dalla Direzione Aziendale;
- favorisce lo sviluppo di un sistema di "indicatori" dipartimentali, finalizzato al monitoraggio della "performance clinica" secondo metodologie e strumenti identificati dall'Istituto;
- favorisce il miglioramento delle conoscenze scientifiche, e le conseguenti applicazioni in campo assistenziale;
- cura e promuove la motivazione e la crescita professionale dei medici e dei laureati sanitari;
- persegue il raggiungimento degli obiettivi di aggiornamento e formazione continua;
- persegue l'obiettivo di ottimizzare il rapporto costo/qualità delle prestazioni.

ART. 3 - ORGANI DEL DIPARTIMENTO

Sono organi del Dipartimento:

- il Direttore di Dipartimento
- il Comitato di Dipartimento.

ART. 4 – DIRETTORE DI DIPARTIMENTO

Il Direttore del Dipartimento, in adempimento a quanto previsto dall'art. 3, comma 4, del D.Lgs. n. 517/1999 e dall'art. 28 ter, comma 7, della L.R. n. 41/2006 e s.m.i è nominato dal Direttore Generale, d'intesa con il Rettore dell'Università, tra i Direttori delle UU.OO. Complesse che compongono il Dipartimento stesso, sulla base di requisiti di capacità gestionale ed organizzativa, esperienza professionale e curriculum scientifico garantendo, di norma, l'equilibrio numerico tra le Direzioni universitarie e ospedaliere.

Il Direttore del Dipartimento assistenziale, in adempimento a quanto previsto dall'art. 17 bis del D.Lgs. n. 502/92 e s.i.m., è nominato dal Direttore Generale fra i Dirigenti sanitari con incarico di direzione delle strutture complesse aggregate nel Dipartimento.

Il Direttore del Dipartimento di ricerca è nominato dal Direttore Generale su proposta del Direttore Scientifico e, ove siano presenti strutture universitarie, previa intesa con il Rettore.

Il Direttore del Dipartimento rimane titolare della struttura complessa cui è preposto. La durata dell'incarico è triennale, rinnovabile. Può essere revocato dal Direttore Generale anche prima del termine di scadenza, d'intesa con il Rettore, con provvedimento motivato ai sensi dell'art. 15 ter, comma 3 del D. Lgs. 502/92.

Il Direttore di Dipartimento cessa da tale funzione anche in caso di decadenza dall'incarico di responsabilità di S.C. ovvero per spostamento della sua S.C. ad altro dipartimento o in caso di fusione di due o più dipartimenti.

L'incarico è conferibile solo a Dirigenti Medici con rapporto di lavoro esclusivo.

ART. 5 – FUNZIONI DEL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO

Il Direttore di Dipartimento risponde del raggiungimento degli obiettivi al Direttore Generale, ed a lui coerentemente rispondono i Direttori di U.O. Complessa e i Responsabili delle UU.OO. Semplici a valenza Dipartimentale.

Il Direttore del Dipartimento:

- a) dirige il Dipartimento cui è preposto esercitando poteri di direttiva, indirizzo, coordinamento e controllo, correlati alla preordinazione della sua funzione rispetto a quella dei Dirigenti delle strutture complesse e dei Responsabili delle strutture semplici aggregate al Dipartimento;
- b) assicura l'utilizzazione per scopi di didattica e di ricerca delle strutture assistenziali e lo svolgimento delle relative attività da parte del personale universitario ed ospedaliero ed assume responsabilità di tipo gestionale nei confronti del Direttore Generale in ordine alla razionale e corretta programmazione e gestione delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti, tenendo anche conto della necessità di soddisfare le particolari esigenze connesse alle attività didattiche e scientifiche (art. 3, comma 5, D.Lgs. n. 517/1999) e, per quanto riguarda la ricerca propria dell'istituto scientifico, opera nel rispetto degli indirizzi definiti dal Direttore Scientifico;
- c) collabora con il Direttore Sanitario, titolare della responsabilità sanitaria dell'Istituto in materia igienico - organizzativa, nelle fasi istruttorie inerenti all'adozione di disposizioni organizzative e partecipa attivamente con il massimo coinvolgimento dei Direttori delle strutture complesse aggregate nel Dipartimento alle attività che caratterizzano e qualificano "il governo clinico" ed "il governo economico finanziario" dell'Istituto;
- d) è il referente istituzionale del Dipartimento e lo rappresenta all'interno ed all'esterno dell'Istituto;
- e) convoca e presiede il Comitato di Dipartimento;
- f) promuove le attività finalizzate al conseguimento degli obiettivi dipartimentali;
- g) facilita il collegamento dei DMT con il Collegio di Direzione e garantisce il supporto strategico alle attività del DMT;

- h) negozia il budget di Dipartimento con il Direttore Generale del Policlinico (o suoi delegati), tenendo presenti gli orientamenti le proposte ed i pareri espressi in merito dal Comitato di Dipartimento, e successivamente negozia il budget con i Dirigenti delle strutture complesse e con i Responsabili delle strutture semplici a valenza dipartimentale aggregate nel Dipartimento;
- i) in ordine alla gestione del budget della ricerca propria dell'istituto scientifico collabora con il Direttore Scientifico a cui compete la promozione ed il coordinamento delle attività di ricerca scientifica e la gestione del relativo budget;
- j) gestisce le risorse economico-finanziarie assegnate al Dipartimento, d'intesa con i Dirigenti delle strutture complesse e con i Responsabili delle strutture semplici a valenza dipartimentale aggregate allo stesso, nei limiti e per la realizzazione degli obiettivi di budget;
- k) adotta le iniziative necessarie per garantire, all'interno del Dipartimento, l'attuazione delle linee strategiche aziendali in ordine al miglioramento della qualità, della sicurezza, dell'accoglienza, dell'umanizzazione, della informazione e della comunicazione ed al miglioramento continuo della qualità delle prestazioni;
- l) adotta le iniziative necessarie od opportune per garantire, nell'ambito del Dipartimento, l'osservanza della normativa (con particolare riferimento a quella più direttamente incidente sulle tematiche dei livelli essenziali di assistenza, del "governo clinico", della didattica e della ricerca, della gestione organizzativa, del controllo di qualità dell'assistenza), nonché dell'osservanza delle determinazioni assunte dalla Direzione generale nell'esercizio delle funzioni di governo dell'Istituto;
- m) sottopone al Comitato di Dipartimento comportamenti, disfunzioni e/o inadempienze che possano configurare la necessità di provvedimenti disciplinari nei confronti del personale afferente al Dipartimento, e valuta l'opportunità dell'inoltro alla Direzione Aziendale;
- n) può proporre al Direttore Generale, su proposta del Direttore della Unità Operativa complessa di riferimento, l'istituzione o la soppressione delle strutture semplici, articolazioni di Unità Operative complesse;
- o) può proporre motivatamente l'istituzione di un DMT alla Direzione sanitaria e alla Direzione scientifica che ne curano l'istruttoria per la sottoposizione al Collegio di direzione;
- p) individua, all'atto del suo insediamento, il componente del Comitato di Dipartimento che dovrà sostituirlo esercitando funzioni vicarie in caso di assenza o di temporaneo impedimento, e ne dà comunicazione al Direttore Generale ed al Rettore;
- q) collabora con le Scuole di specializzazione per promuovere l'assegnazione appropriata dei medici in formazione specialistica alle Unità Operative del Dipartimento e la loro rotazione nel rispetto della programmazione didattica delle Scuole di Specializzazione;
- r) partecipa quale componente di diritto al Collegio di Direzione;
- s) si avvale del personale amministrativo, afferente ai servizi amministrativi, distaccato presso il Dipartimento, per l'esercizio di funzioni di supporto amministrativo di competenza del Dipartimento e che da lui dipende sotto il profilo organizzativo e gestionale, ed assicura una equilibrata distribuzione del personale infermieristico e tecnico fra le strutture aggregate nel Dipartimento nei limiti della disponibilità complessiva delle risorse assegnate, d'intesa con il

Direttore del Dipartimento Professioni Sanitarie ed avvalendosi del supporto del referente di tale struttura;

- t) collabora con il Preside della Scuola di Scienze Mediche e Farmaceutiche, nonché con un professore universitario del DAI per l'organizzazione dell'attività di didattica e di ricerca, nel caso in cui il Direttore del Dipartimento stesso non sia un professore universitario;
- u) assicura i processi di comunicazione/informazione interni al Dipartimento;
- v) assicura le necessarie interrelazioni con i Direttori dei Dipartimenti Universitari tematicamente affini;
- w) è garante dell'osservanza delle norme vigenti in materia di igiene e sicurezza del lavoro secondo quanto disposto dalla normativa vigente ed in particolare secondo le disposizioni dettate dal D. Lgs. n. 81/2008 e dai documenti aziendali relativi al Sistema di Gestione per la Sicurezza sul Lavoro. Informa il Direttore Generale ed il Responsabile del Servizio di Prevenzione e protezione su eventuali procedure o cambiamenti che possono incidere sulla salute e sicurezza dei lavoratori;
- x) individua, previo parere del Comitato di Dipartimento, i Referenti Aziendali Formazione Dipartimentale (RAF);
- y) individua, previo parere del Comitato di Dipartimento, i Referenti Assicurazione Qualità (RAQ).

Il Direttore del Dipartimento Assistenziale (DA)

Svolge le stesse funzioni attribuite al Direttore del Dipartimento ad attività integrata sopra elencate, con la sola esclusione di quelle più direttamente afferenti all'esercizio della didattica e della ricerca.

Il Direttore del Dipartimento di ricerca (DR)

Svolge le stesse funzioni attribuite al Direttore del Dipartimento ad attività integrata sopra elencate, con l'esclusione di quelle più direttamente afferenti all'esercizio delle attività assistenziali. Il Direttore del Dipartimento della Ricerca risponde del raggiungimento degli obiettivi al Direttore Scientifico.

ART. 6 – RESPONSABILE DI AREA

L'incarico di Responsabile di Area può essere conferito dal Direttore Generale sentito il Direttore del Dipartimento; lo stesso viene scelto tra i Direttori di struttura complessa afferenti all'Area di riferimento.

Il Responsabile di Area rimane titolare della struttura complessa cui è preposto.

La durata dell'incarico è correlata alla durata dell'incarico del Direttore del Dipartimento di afferenza. L'incarico è rinnovabile e può essere revocato dal Direttore generale anche prima del termine di scadenza, d'intesa con il Direttore del Dipartimento di afferenza con provvedimento motivato ai sensi dell'art. 15 ter, comma 3 del D. Lgs. 502/92.

Il Responsabile di Area cessa da tale funzione anche in caso di decadenza dall'incarico di responsabilità di S.C. ovvero per spostamento della sua S.C. ad altro dipartimento e/o Area, nonché in caso di fusione di due o più dipartimenti.

Il Responsabile di Area risponde al Direttore del Dipartimento di afferenza, che ne definisce i compiti e le funzioni in accordo con la Direttore Strategica.

Il Direttore del Dipartimento, d'intesa con il Direttore Generale, può delegare al responsabile di Area parte delle funzioni di cui all'art. 5, nell'ambito delle attività specifiche dell'Area stessa. L'attività di coordinamento dell'Area deve essere coerente con le linee programmatiche e le metodologie di lavoro dettate dal Direttore del Dipartimento di afferenza, sentito il Direttore Scientifico per le materie di competenza.

Il Responsabile di Area può essere chiamato a partecipare alle sedute del Collegio di Direzione, senza diritto di voto, qualora gli argomenti trattati abbiano ad oggetto materie di competenza dell'Area in questione o su richiesta del Direttore di Dipartimento afferenza.

ART. 7 – COMITATO DI DIPARTIMENTO MODALITA' DI ELEZIONE COMPONENTI ELETTIVE

Il Comitato di Dipartimento, ai sensi dell'art. 42 della L.R. n. 41/2006 e s.m.i., è l'organo collegiale del Dipartimento con funzioni consultive, di coordinamento e di proposta ed è composto:

- a. dal Direttore del Dipartimento, che lo presiede;
- b. dal Responsabile di Area, laddove esistente;
- c. dai Direttori delle strutture complesse aggregate nel Dipartimento;
- d. dai Responsabili delle strutture semplici a valenza dipartimentale attivate nel Dipartimento;
- e. da un rappresentante dei Responsabili delle strutture semplici articolazioni di struttura complessa;
- f. da un rappresentante della Dirigenza sanitaria o universitario equiparato non incaricato della direzione o della responsabilità di struttura eletto fra gli stessi, ove presente nel Dipartimento;
- g. da due operatori del Dipartimento (Coordinatori) eletti dai Coordinatori afferenti al Dipartimento.

Sono componenti di diritto del Comitato il Direttore dell'U.O. Governo clinico e organizzazione ospedaliera o un suo delegato e il Direttore del Dipartimento Professioni sanitarie o un suo delegato.

Il Direttore del Dipartimento può chiamare a partecipare alle sedute del Comitato il RAQ dipartimentale ed in relazione alla natura degli argomenti da trattare, può invitare alle sedute del Comitato, per l'esercizio di funzioni consultive, esperti scelti sulla base di competenze professionali specifiche anche su richiesta di componenti del Comitato.

Il Direttore del Dipartimento convoca il Comitato con cadenza almeno trimestrale, quando lo ritenga necessario od opportuno o quando ne faccia richiesta almeno un terzo dei componenti del Comitato.

Per la validità delle sedute del Comitato è necessaria la presenza della metà più uno dei componenti. Le decisioni sono assunte con la maggioranza dei voti dei presenti; in caso di parità di voti prevale il voto del Direttore del Dipartimento.

Le sedute del Comitato sono verbalizzate a cura del componente designato ad inizio di seduta quale Segretario, ed il verbale, firmato dal Direttore del Dipartimento e dal Segretario, viene trasmesso alla Direzione Generale dell'Istituto e, nel caso di Dipartimento ad Attività Integrata, ai competenti Organi dell'Università per necessaria informazione.

Al fine di procedere alla nomina su base elettiva dei componenti di cui alle lettere d), e) ed f) in seno al Comitato di Dipartimento di ciascun Dipartimento, si definisce la seguente modalità di elezione.

L'elettorato attivo e passivo per l'elezione del componente di cui alla lettera d) è costituito dai dirigenti medici e sanitari o universitari equiparati, incaricati della responsabilità di strutture, afferenti alle UU.OO. che compongono ciascun Dipartimento.

L'elettorato attivo e passivo per l'elezione del componente di cui alla lettera e) è costituito dai dirigenti medici e sanitari o universitari equiparati, non incaricati della direzione o della responsabilità di strutture, afferenti alle UU.OO. che compongono ciascun Dipartimento.

L'elettorato attivo e passivo per l'elezione del componente di cui alla lettera f) è costituito dagli operatori (Coordinatori), afferenti alle UU.OO. che compongono ciascun Dipartimento.

Il Direttore del Dipartimento individua la data di svolgimento delle procedure di elezione e la comunica a tutto l'elettorato attivo e passivo del proprio Dipartimento, unitamente all'indicazione del luogo ove le elezioni si svolgeranno ed all'orario di apertura e chiusura del seggio.

Il Direttore del Dipartimento procede alla nomina della Commissione elettorale formata da tre componenti scelti all'interno dell'elettorato attivo e passivo. La commissione al proprio interno nomina il presidente ed il segretario. Il presidente predispone tutti gli atti relativi alle operazioni di voto e di scrutinio. La Commissione predispone un unico seggio elettorale, che si insedierà nel luogo stabilito dal Direttore del Dipartimento.

I componenti della Commissione elettorale esercitano le funzioni proprie dei componenti del seggio elettorale.

Il voto è segreto e diretto e non può essere espresso per lettera né per interposta persona.

Il voto consiste nella espressione di una preferenza indicante il nome e cognome, per esteso, del candidato prescelto.

Avvenuto l'accertamento della identità, il presidente della Commissione elettorale consegna all'elettore la scheda sulla quale il voto deve essere espresso.

Esercitato il diritto di voto, l'elettore riconsegna la scheda, debitamente piegata, al presidente della Commissione che, in sua presenza, la depone nell'urna.

Nell'elenco dell'elettorato attivo e passivo, al fianco del nome dell'elettore, sarà apposta la firma dell'elettore stesso a conferma della partecipazione al voto.

Al termine delle operazioni di voto, la Commissione elettorale apre l'urna ed inizia le operazioni di spoglio.

Lo scrutatore con funzioni di segretario provvede a redigere verbale delle operazioni di voto che deve essere trasmesso al Direttore del Dipartimento.

La Commissione elettorale procede alla formulazione della graduatoria sulla base del numero di preferenze ricevute da ciascun candidato e provvede a trasmettere tale graduatoria ed il verbale delle elezioni al Direttore del Dipartimento per i successivi adempimenti di competenza.

Il Direttore del Dipartimento accerta i nominativi degli eletti secondo l'ordine della graduatoria. In caso di parità di voti di preferenza, risulta eletto il candidato con una maggiore anzianità di servizio nella qualifica.

La graduatoria, con l'indicazione dei candidati risultati eletti, viene pubblicizzata a cura del Direttore del Dipartimento, che procede all'approvazione definitiva della stessa per l'insediamento degli eletti in seno al Comitato di Dipartimento, dandone comunicazione al Direttore Generale.

I componenti eletti rimangono in carica per tre anni.

I componenti elettivi, a qualunque titolo cessati, sono sostituiti dal Direttore del Dipartimento mediante utilizzazione della graduatoria. Qualora, a causa dell'esaurimento della graduatoria, non si possa procedere alle necessarie sostituzioni, il Direttore del Dipartimento provvede ad indire nuove elezioni per la componente mancante.

ART. 8 – FUNZIONI DEL COMITATO DI DIPARTIMENTO

Il Comitato di Dipartimento coadiuva il Direttore del Dipartimento nell'esercizio delle sue funzioni, e a tal fine esprime pareri e proposte finalizzate al miglioramento continuo delle attività dipartimentali - nel caso dei DAI - nella logica della integrazione fra assistenza, didattica e ricerca e della ottimizzazione delle modalità di integrazione istituzionale professionale e gestionale fra tutte le sue componenti, contribuendo alla piena realizzazione della missione dell'Istituto e degli obiettivi del Dipartimento.

In particolare il Comitato di Dipartimento svolge le seguenti funzioni:

- a) adotta ed approva il Regolamento di Dipartimento;
- b) opera coerentemente con quanto disposto dal presente Regolamento Generale dei Dipartimenti dell'Istituto;
- c) definisce regole e modalità non disciplinate dal Regolamento Generale, previo recepimento della Direzione Generale;
- d) esprime parere e formula proposte in ordine al Piano delle performance, funzionale al miglioramento della qualità dei servizi offerti, alla valorizzazione del merito ed all'erogazione dei premi per i risultati, secondo criteri strettamente connessi al soddisfacimento dell'interesse dei destinatari dei servizi e degli interventi;
- e) valuta la performance del Dipartimento mediante l'analisi periodica (almeno trimestrale) dei dati pubblicati nel Cruscotto Direzionale mirata alla verifica dei risultati ed alla individuazione delle cause di eventuali scostamenti;
- f) collabora con il Direttore del Dipartimento per la proposta di istituzione e/o soppressione delle strutture semplici a valenza dipartimentale e l'individuazione dei responsabili delle stesse;
- g) approva il piano annuale di Dipartimento risultante dal processo di budget;
- h) individua e propone criteri per la gestione delle strutture dipartimentali (risorse umane, tecnologiche e strutturali) e la relativa allocazione tra le diverse Unità Operative;
- i) promuove i percorsi per il miglioramento della Qualità delle attività dipartimentali anche attraverso la collaborazione con la Rete aziendale del Sistema Qualità e stabilire modelli e criteri per la valutazione dell'audit clinico;
- j) propone l'utilizzo delle attrezzature, dei presidi e delle risorse e la necessità di acquisizione delle stesse;
- k) accerta l'avvenuta effettuazione degli interventi manutentivi programmati e straordinari sulle attrezzature assegnate;
- l) individua i Referenti Aziendali Formazione Dipartimentale (RAF);

- m) individua i Referenti Assicurazione Qualità (RAQ);
- n) individua le modalità di adeguamento del sistema di produzione dell'assistenza del Dipartimento alle esigenze espresse dall'ambiente esterno ed interno con particolare riferimento alla corretta erogazione dei livelli essenziali di assistenza;
- o) adotta le iniziative ritenute necessarie od opportune per il miglior coordinamento delle strutture complesse aggregate nel Dipartimento mediante la partecipazione ai DMT e la condivisione di linee guida, protocolli diagnostico terapeutici, procedure, anche al fine di garantire continuità tempestività e migliore qualità assistenziale;
- p) negozia il budget globale di Dipartimento;
- q) programma l'utilizzo del budget assegnato ed effettua l'eventuale ulteriore verifica delle priorità per l'allocazione definitiva delle risorse effettivamente assegnate;
- r) propone l'aggiornamento del set di indicatori secondo specifiche esigenze gestionali del Dipartimento;
- s) individua le modalità di tempestiva ed esauriente diffusione interna-esterna di informazioni sulle attività del Dipartimento;
- t) assume iniziative tese a promuovere forme di innovazione, sperimentazione e ricerca di cambiamento organizzativo tecnologico e gestionale da perseguire anche mediante attivazione di gruppi di studio e di miglioramento con il supporto di specifiche competenze specialistiche universitarie ed ospedaliere;
- u) promuove l'attività didattica e scientifica in coordinamento con gli organi dell'Università degli Studi di Genova e del Policlinico.

ART. 9 – UNITA' OPERATIVE COMPLESSE

L'Unità Operativa Complessa costituisce l'articolazione organizzativa fondamentale del Dipartimento ed aggrega al suo interno risorse caratterizzate dal riconoscersi in un sistema tecnico comune, definito dalla disciplina specialistica di riferimento, applicato alla prevenzione, diagnosi e terapia di una pluralità di condizioni patologiche. Le unità operative complesse devono possedere requisiti strutturali e funzionali di rilevante importanza per il Policlinico e avere competenze pluriprofessionali e specialistiche per l'espletamento delle attività conferite.

ART. 10 – COMPITI E FUNZIONI DEL DIRETTORE DI UNITA' OPERATIVA COMPLESSA

Il Direttore di Unità Operativa Complessa risponde al Direttore del Dipartimento del raggiungimento degli obiettivi di budget negoziati ed a lui rispondono direttamente i Responsabili delle strutture semplici nelle quali essa si articola. Sono in "line" al Direttore di Unità Operativa Complessa i Dirigenti Medici ed i Dirigenti Sanitari ad essa assegnati.

Il Direttore di Unità Operativa Complessa:

- è il referente istituzionale della struttura della quale ha la responsabilità;
- organizza e dirige la Unità Operativa, coerentemente con gli indirizzi operativi e gestionali del Dipartimento di appartenenza mediante:
 - ✓ l'emanazione di direttive a tutto il personale operante;
 - ✓ l'adozione delle decisioni necessarie per il corretto espletamento del servizio;
- partecipa al processo di "budgeting" in collaborazione con la Direzione del Dipartimento;

- risponde dell'efficace ed efficiente gestione delle risorse attribuite alla Unità Operativa, dei risultati assistenziali conseguiti in relazione all'attività svolta, a programmi concordati e alle specifiche funzioni assegnate, e se professore universitario, fermo restando il relativo stato giuridico, è soggetto alla normativa del personale del S.S.N. per quanto attiene all'esercizio di attività assistenziale, al rapporto con l'Istituto e a quello con il Direttore Generale nei cui confronti risponde dell'adempimento dei doveri assistenziali;
- è componente di diritto del Comitato di Dipartimento.

È compito del Direttore di Unità Operativa Complessa:

- a) assicurare la congruenza della conduzione della struttura con gli obiettivi ed i principi definiti a livello aziendale e dipartimentale, alla cui individuazione partecipa attivamente per la parte di competenza;
- b) definire l'organizzazione interna della Unità Operativa complessa, nel rispetto degli indirizzi aziendali, degli obiettivi e dei criteri individuati nell'ambito del Dipartimento di appartenenza;
- c) predisporre ed assegnare al dirigente medico e sanitario all'atto della prima assunzione un programma di attività finalizzato al raggiungimento degli obiettivi prefissati ed al perfezionamento delle competenze tecnico professionali e gestionali proprie della struttura, con possibilità, previa positiva verifica da loro direttamente effettuata, di procedere ad un ampliamento dei compiti in precedenza assegnati;
- d) coordinare e verificare le attività dei dirigenti nel rispetto dell'autonomia tecnico professionale ad essi riconosciuta;
- e) allocare le risorse assegnate alla Unità Operativa Complessa tra le diverse articolazioni della medesima in modo congruente agli obiettivi, garantendo l'ottimizzazione del loro utilizzo;
- f) promuovere le iniziative necessarie ed opportune per assicurare pieno adempimento al principio della integrazione fra assistenza, didattica e ricerca a livello della struttura, nel quadro degli indirizzi strategici ed operativi assunti in merito dal Direttore Generale d'intesa con il Rettore;
- g) partecipare attivamente al "governo clinico", sia in termini propositivi e consultivi in sede di Comitato di Dipartimento, sia in termini di gestione organizzativa e di controllo nell'ambito della struttura, con particolare riferimento alle tematiche della qualità e della appropriatezza delle prestazioni, della continuità dell'assistenza, dell'"audit clinico", della integrazione sanitaria, della documentazione clinica, del sistema informativo, delle linee guida e delle procedure richieste dai percorsi diagnostici e terapeutici, dalla corretta attribuzione delle competenze delle responsabilità e dei carichi di lavoro;
- h) assicurare e promuovere comportamenti professionali nel rispetto delle normative generali e specifiche sulla sicurezza sui luoghi di lavoro e sulla privacy;
- i) promuovere l'osservanza dei codici di comportamento;
- j) garantire il rispetto della normativa in ambito anti-corrruzione e promuovere la conoscenza delle disposizioni istituzionali in materia, nell'ambito della struttura gestita;
- k) collaborare con il Responsabile della prevenzione della corruzione, al fine di migliorare le prassi istituzionali;

- l) favorire l'aggiornamento tecnico-scientifico e culturale delle risorse professionali assegnate alla Unità Operativa;
- m) assicurare, attraverso il sistema di prenotazione, la massima trasparenza ed accessibilità alle prestazioni/servizi prodotti dalla Unità Operativa;
- n) proporre, sulla base di motivate necessità organizzativo assistenziali l'istituzione o la soppressione di strutture semplici quali articolazioni della Unità Operativa Complessa, al Direttore di Dipartimento che trasmette la proposta al Direttore Generale con il proprio motivato parere;
- o) valutare e concordare le proposte organizzative dei responsabili di Struttura Semplice e verificare il raggiungimento degli obiettivi concordati, monitorando l'uso delle risorse allocate, il rispetto delle procedure e la loro validità in termini di efficacia e di efficienza;
- p) assicurare la disponibilità delle risorse necessarie alle Strutture Semplici;
- q) provvedere agli adempimenti in materia di procedimento disciplinare secondo le modalità ed i termini di cui all'art. 55 bis del D.Lgs. n. 165/01 e s.m.i. in relazione al personale afferente;
- r) valutare il raggiungimento degli obiettivi assistenziali, scientifici e didattici anche ai fini della retribuzione variabile di posizione e di risultato;
- s) pianificare l'attività e la corretta distribuzione dei carichi di lavoro, con particolare riferimento al personale medico;
- t) elaborare ed aggiornare annualmente la matrice organizzativa relativamente all'utilizzo delle risorse umane nei centri di costo componenti l'Unità Operativa;
- u) assicurare la predisposizione annuale dei piani di lavoro delle risorse umane afferenti all'U.O., nel rispetto della vigente normativa legislativa e contrattuale, con particolare riferimento alle regole in materia di orario di lavoro;
- v) predisporre, ove necessario, il piano di riduzione delle ferie residue del personale afferente l'U.O. nonché delle eventuali ore di guardia non remunerate e non recuperate;
- w) assicurare la completezza della documentazione clinica secondo quanto previsto dalle istruzioni operative aziendali;
- x) garantire gli obiettivi specifici di natura clinica organizzativa e di natura gestionale assegnati dalla Direzione generale;
- y) vigilare sul rispetto della Carta dei Servizi, garantire nel rapporto con l'utenza la tutela dell'umanizzazione e dell'accoglienza, favorire l'informazione tempestiva ed appropriata valorizzando l'affermazione del consenso informato;
- z) assumere le decisioni che impegnano direttamente il Policlinico verso l'esterno su delega o per determinazione specifica del Direttore Generale, del Direttore Sanitario o del Direttore Amministrativo;
- aa) garantire l'osservanza delle norme vigenti in materia di igiene e sicurezza del lavoro secondo quanto disposto dalla normativa vigente ed in particolare secondo le disposizioni dettate dal D. Lgs. n. 81/2008 e dai documenti aziendali relativi al Sistema di Gestione per la Sicurezza sul Lavoro;
- bb) informare il Direttore Generale ed il Responsabile del Servizio di Prevenzione e protezione su eventuali procedure o cambiamenti che possono incidere sulla salute e sicurezza dei lavoratori;
- cc) sono componenti di diritto del Comitato di Dipartimento.

ART. 11 – STRUTTURE SEMPLICI

Per strutture semplici si intendono sia le articolazioni interne della unità operativa complessa sia quelle a valenza dipartimentale che posseggano uno o entrambi i seguenti requisiti:

- siano dotate di responsabilità ed autonomia per la gestione di risorse umane, tecniche o finanziarie;
- gestiscano sezioni specialistiche interne alla unità operativa complessa.

Il conferimento e la revoca degli incarichi di struttura semplice è di competenza del Direttore Generale, previa pubblicazione di avviso di selezione interna nel rispetto delle disposizioni legislative in materia di trasparenza e accertamento della sussistenza delle condizioni e dei requisiti di cui agli Artt. 15, 15 bis e 15 ter del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i. (art. 5 c.6 del D.Lgs. n. 517/99). Nel caso di strutture semplici dipartimentali il conferimento dell'incarico è di competenza del Direttore Generale d'intesa con il Rettore e sentito il Dipartimento di appartenenza.

Nel caso di strutture semplici dipartimentali universitari, la nomina avviene di intesa con il Rettore.

Nell'ambito della Unità Operativa Complessa, o del Dipartimento di afferenza, alla struttura semplice sono assegnate, con periodicità di norma annuale, risorse umane, tecnologiche e strutturali per la realizzazione degli obiettivi concordati, rispettivamente dal Direttore di U.O. Complessa o dal Direttore di Dipartimento.

In sede di concertazione annuale di budget, viene definita l'entità massima delle risorse da assegnare in rapporto a quelle delle strutture di riferimento.

ART. 12 – COMPITI E FUNZIONI DEL RESPONSABILE DI STRUTTURA SEMPLICE A VALENZA DIPARTIMENTALE

I Responsabili delle strutture semplici a valenza dipartimentale:

- a) dirigono, coordinano e controllano le attività della struttura cui sono preposti finalizzandola al conseguimento degli obiettivi negoziati con il Direttore del Dipartimento di afferenza, provvedendo alla gestione dei fattori della produzione assegnati (personale, risorse finanziarie e strumentali);
- b) formulano proposte e pareri con specifico ma non esclusivo riferimento alla struttura cui sono preposti nei confronti del Direttore del Dipartimento di afferenza;
- c) partecipano alle fasi istruttorie e decisionali del processo di budget fra Direzione generale e Direttore del Dipartimento di afferenza, e successivamente negoziano con quest'ultimo l'entità delle risorse da assegnare alla struttura cui sono preposti per il conseguimento dei relativi obiettivi;
- d) rispondono dei risultati conseguiti nei confronti del Direttore del Dipartimento di afferenza;
- e) garantiscono la tutela dei diritti dell'utenza ed in particolare il rispetto della Carta dei Servizi;
- f) svolgono le funzioni di integrazione e di supporto mantenendo a tal fine rapporti con i Direttori delle strutture interessate ai fini del conseguimento dei risultati programmati di cui rispondono anche nei loro confronti, fermo restando il diverso spessore qualitativo/quantitativo dell'autonomia del Responsabile della struttura semplice a valenza dipartimentale;

- g) assicurano la predisposizione annuale dei piani di lavoro delle risorse umane afferenti alla S.S.D., nel rispetto della vigente normativa legislativa e contrattuale, con particolare riferimento alle regole in materia di orario di lavoro;
- h) valutano il raggiungimento degli obiettivi assistenziali, scientifici e didattici anche ai fini della retribuzione variabile di posizione e di risultato dei dirigenti assegnati alla struttura;
- i) svolgono le funzioni di cui alle lettere bb) dell'articolo 10.

ART. 13 – COMPITI E FUNZIONI DEL RESPONSABILE DI STRUTTURA SEMPLICE ARTICOLAZIONE DI UNITA' OPERATIVA COMPLESSA

I responsabili delle strutture semplici articolazione di Unità Operativa Complessa:

- a) definiscono e concordano con il Direttore di Unità Operativa Complessa di afferenza l'organizzazione interna complessiva della struttura semplice, garantendo la sua integrazione nell'organizzazione dell'Istituto;
- b) definiscono e concordano con il Direttore di Unità Operativa Complessa di afferenza le procedure assistenziali pertinenti agli obiettivi assegnati secondo i principi di appropriatezza, efficienza ed efficacia, e ne assicurano l'applicazione finalizzata al loro raggiungimento;
- c) dirigono, coordinano e controllano le attività della struttura/laboratorio cui sono preposti finalizzandolo al conseguimento degli obiettivi negoziati con il Direttore di struttura complessa di afferenza, provvedendo alla gestione dei fattori della produzione assegnati (personale, risorse finanziarie e strumentali);
- d) assicurano la puntuale rilevazione dell'attività svolta, nel rispetto delle modalità definite a livello di U.O. complessa o di Dipartimento, e producono, secondo le scadenze predeterminate, le relazioni relative, anche ai fini del processo interno di controllo e verifica periodica;
- e) assicurano il corretto utilizzo delle risorse tecnologiche assegnate;
- f) assicurano, attraverso il rispetto del sistema di prenotazione concordato, la massima trasparenza ed accessibilità alle prestazioni/servizi prodotti dalla struttura semplice;
- g) svolgono le funzioni ad essi delegate dal Direttore di struttura complessa di afferenza che non impegnano il Policlinico verso l'esterno;
- h) partecipano alle fasi istruttorie e decisionali del processo di budget fra Direzione generale e Dirigenti delle strutture complesse di afferenza, e successivamente negoziano con questi ultimi l'entità delle risorse da assegnare alla struttura cui sono preposti per il conseguimento dei relativi obiettivi;
- i) rispondono al Direttore della struttura complessa di afferenza dei risultati conseguiti;
- j) garantiscono la tutela dei diritti dell'utenza ed in particolare il rispetto della Carta dei Servizi;
- k) formulano proposte e pareri al Direttore della struttura complessa di afferenza con specifico ma non esclusivo riferimento alla struttura cui sono preposti;
- l) assicurano la partecipazione e l'assolvimento delle attività comuni (guardia, pronta disponibilità, ecc...) di U.O. Complessa o di Dipartimento da parte del personale operante nella struttura semplice.



OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO

Sistema Sanitario Regione Liguria

Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Elenco Personale Universitario Convenzionato

Comparto (n.25)

Cognome	Nome	Comparto di equiparazione	U.O. di afferenza	Dipartimento di afferenza
BAVA	PAOLO	Comparto Sanità	U.O. CLINICA DI MED. INTERNA AD IND. ONCOLOGICO	DIPARTIMENTO DI MEDICINA SPECIALISTICA
BRUSOTTI	ROBERTO	Comparto Sanità	U.O. CLINICA CHIRURGICA 1	DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA GENERALE
BRUZZONE	ROBERTO	Comparto Sanità	U.O. CLINICA EMATOLOGICA	DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA ED EMATOLOGIA
CAMMARATA	MARIA PAOLA	Comparto Sanità	U.O. CLINICA ANESTESIOLOGICA E TERAPIA INTENSIVA	DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE (DEA)
CANEPA	MATILDE	Comparto Sanità	U.O. CLINICA OSTETRICA E GINECOLOGICA	DIPARTIMENTO GINECOLOGICO E PERCORSO NASCITA
CASALE	ORietta	Comparto Sanità	U.O. MEDICINA LEGALE	DIPARTIMENTO DI STAFF
DE PALO	BIAGIA	Comparto Sanità	U.O. CLINICA CHIRURGICA 1	DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA GENERALE
ERRIU	PATRIZIA	Comparto Sanità	U.O. CLINICA CHIRURGICA 2	DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA GENERALE
FAMA'	FRANCESCO	Comparto Sanità	U.O. NEUROFISIOPATOLOGIA	DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE
FENU	MARIA PAOLA	Comparto Sanità	U.O. CLINICA NEUROLOGICA	DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE
GALLO	MARICA MARIA ESTER	Comparto Sanità	U.O. CLINICA CHIRURGICA 1	DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA GENERALE
LAI	PIERO LUIGI	Comparto Sanità	U.O. IGIENE	DIPARTIMENTO DI STAFF
MANFREDI	CECILIA	Comparto Sanità	U.O. NEUROFISIOPATOLOGIA	DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE
MARUBBI	DANIELA	Comparto Sanità	U.O. ONCOLOGIA CELLULARE	DIPARTIMENTO DELLA RICERCA
MINETTI	SILVIA	Comparto Sanità	U.O. CLINICA DI MEDICINA INTERNA 1	DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA
MIRAMONTI	ELVIRA	Comparto Sanità	U.O. RADIOLOGIA	DIPARTIMENTO DELLA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E RADIODIATERAPIA
PALMA	GILDA	Comparto Sanità	U.O. CLINICA NEFROLOGICA, DIALISI E TRAPIANTO	DIPARTIMENTO DI MEDICINA SPECIALISTICA
PIACENTE	MONICA DOMENICA	Comparto Sanità	U.O. CHIRURGIA VASCOLARE ED ENDOVASCOLARE	DIPARTIMENTO CARDIO-TORACO-VASCOLARE
PIGOZZI	SIMONA	Comparto Sanità	U.O. ANATOMIA PATOLOGICA	DIPARTIMENTO DELLA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO
PORTA	ROBERTA	Comparto Sanità	U.O. CLINICA DI CHIRURGIA SENOLOGICA	DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA GENERALE
RUGA	MARISA	Comparto Sanità	U.O. CLINICA OSTETRICA E GINECOLOGICA	DIPARTIMENTO GINECOLOGICO E PERCORSO NASCITA
STARA	SILVIA	Comparto Sanità	U.O. CLINICA NEUROLOGICA	DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE
TONI	ROBERTA	Comparto Sanità	U.O. CLINICA NEUROLOGICA	DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE
TORNIELLI	SILVIA MARIA	Comparto Sanità	U.O. MICROBIOLOGIA	DIPARTIMENTO DELLA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO
ZERASCHI	ENRICO	Comparto Sanità	U.O. ONCOLOGIA CELLULARE	DIPARTIMENTO DELLA RICERCA

Dirigenza (n.173)

Cognome	Nome	Comparto di equiparazione	U.O. di afferenza	Dipartimento di afferenza
BODINI	GIORGIA	Dirigenza	U.O. CLINICA GASTROENTEROLOGICA	DIPARTIMENTO DI MEDICINA SPECIALISTICA
FURNARI	MANUELE	Dirigenza	U.O. CLINICA GASTROENTEROLOGICA	DIPARTIMENTO DI MEDICINA SPECIALISTICA
GIANNINI	EDOARDO GIOVANNI	Dirigenza	U.O. CLINICA GASTROENTEROLOGICA	DIPARTIMENTO DI MEDICINA SPECIALISTICA
ZENTILIN	PATRIZIA	Dirigenza	U.O. CLINICA GASTROENTEROLOGICA	DIPARTIMENTO DI MEDICINA SPECIALISTICA
AVANZINO	LAURA	Dirigenza	DIREZIONE SCIENTIFICA	DIPARTIMENTO DELLA RICERCA
BORGONOVO	GIACOMO	Dirigenza	INCARICO DI PROGRAMMA PROGETTO PER LA COLL. E L'INFORMAT. DEI REPARTI CHIRURG. ANCHE IN RAPPORTO ALLO SVILUPPO DEI DMT E DELLA SIMULAZIONE INFORM. DELL'ATTIVITA' CHIRURGICA assimilato a S.S.D.	
PASSALACQUA	GIOVANNI	Dirigenza	PROGRAMMA ALLERGOLOGIA RESPIRATORIA ED IMMUNOTERAPIA ALLERGENE-SPECIFICA assimilato a S.C.	
MALATESTA	PAOLO	Dirigenza	PROGRAMMA NEURO ONCOLOGIA SPERIMENTALE assimilato a S.C.	
PAGANO	ALDO	Dirigenza	PROGRAMMA SVILUPPO DI NUOVI APPROCCI TERAPEUTICI PER IL TUMORE MAMMARIO TRIPLO NEGATIVO E PER IL CARCINOMA POLMONARE assimilato a S.C.	
VERGALLO	ROCCO	Dirigenza	U.O. CLINICA MALATTIE DELL'APPARATO CARDIOVASCOLARE	DIPARTIMENTO CARDIO-TORACO-VASCOLARE
SAVERINO	DANIELE	Dirigenza	S.S.D. LABORATORIO DIAGNOSTICO DI AUTOIMMUNOLOGIA	DIPARTIMENTO DELLA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO
GRILLO	FEDERICA	Dirigenza	U.O. ANATOMIA PATOLOGICA	DIPARTIMENTO DELLA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO
MASTRACCI	LUCA	Dirigenza	U.O. ANATOMIA PATOLOGICA	DIPARTIMENTO DELLA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO
PAUDICE	MICHELE	Dirigenza	U.O. ANATOMIA PATOLOGICA	DIPARTIMENTO DELLA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO
PATRONITI	NICOLO' ANTONINO	Dirigenza	U.O. ANESTESIA E RIANIMAZIONE 2 (PIETRA LIGURE)	DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE (DEA)
FENOGLIO	DANIELA	Dirigenza	U.O. BIOTERAPIE	DIPARTIMENTO DELLA RICERCA
FILACI	GILBERTO	Dirigenza	U.O. BIOTERAPIE	DIPARTIMENTO DELLA RICERCA
REGESTA	TOMMASO	Dirigenza	U.O. CARDIOCHIRURGIA	DIPARTIMENTO CARDIO-TORACO-VASCOLARE
RICCI	DAVIDE	Dirigenza	U.O. CARDIOCHIRURGIA	DIPARTIMENTO CARDIO-TORACO-VASCOLARE
SALSANO	ANTONIO	Dirigenza	U.O. CARDIOCHIRURGIA	DIPARTIMENTO CARDIO-TORACO-VASCOLARE

SANTINI	FRANCESCO	Dirigenza	U.O. CARDIOCHIRURGIA	DIPARTIMENTO CARDIO-TORACO-VASCOLARE
PANE	BIANCA	Dirigenza	U.O. CHIRURGIA VASCOLARE ED ENDOVASCOLARE	DIPARTIMENTO CARDIO-TORACO-VASCOLARE
PRATESI	GIOVANNI	Dirigenza	U.O. CHIRURGIA VASCOLARE ED ENDOVASCOLARE	DIPARTIMENTO CARDIO-TORACO-VASCOLARE
SPINELLA	GIOVANNI SALVATORE	Dirigenza	U.O. CHIRURGIA VASCOLARE ED ENDOVASCOLARE	DIPARTIMENTO CARDIO-TORACO-VASCOLARE
MINUTO	MICHELE	Dirigenza	U.O. CLINICA CHIRURGIA 2	DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA GENERALE
DE CIAN	FRANCO	Dirigenza	U.O. CLINICA CHIRURGICA 1	DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA GENERALE
PAPADIA	FRANCESCO SAVERIO	Dirigenza	U.O. CLINICA CHIRURGICA 1	DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA GENERALE
CASACCIA	MARCO	Dirigenza	U.O. CLINICA CHIRURGICA 1 (SS DIAGNOSTICA E TERAPIA CHIRURGICA MINI-INVASIVA DELLE MALATTIE LINFOPROLIFERATIVE)	DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA GENERALE
BOCCARDO	FRANCESCO	Dirigenza	U.O. CLINICA CHIRURGICA 1 (SS LINFOLOGIA CHIRURGICA)	DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA GENERALE
CAMERINI	GIOVANNI	Dirigenza	U.O. CLINICA CHIRURGICA 2	DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA GENERALE
STABILINI	CESARE	Dirigenza	U.O. CLINICA CHIRURGICA 2	DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA GENERALE
VARALDO	EMANUELA	Dirigenza	U.O. CLINICA CHIRURGICA 2	DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA GENERALE
FRASCIO	MARCO	Dirigenza	U.O. CLINICA CHIRURGICA 2(S.S. CHIRURGIA GENERALE AD IND. FUNZIONALE)	DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA GENERALE
DE MARIA	ANDREA	Dirigenza	U.O. CLINICA DELLE MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	DIPARTIMENTO DI MEDICINA SPECIALISTICA
GIACOBBE	DANIELE ROBERTO	Dirigenza	U.O. CLINICA DELLE MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	DIPARTIMENTO DI MEDICINA SPECIALISTICA
MIKULSKA	MALGORZATA KAROLINA	Dirigenza	U.O. CLINICA DELLE MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	DIPARTIMENTO DI MEDICINA SPECIALISTICA
MILETICH	FRANCA RITA	Dirigenza Ruolo Sanitario	U.O. CLINICA DELLE MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	DIPARTIMENTO DI MEDICINA SPECIALISTICA
VENA	ANTONIO	Dirigenza	U.O. CLINICA DELLE MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	DIPARTIMENTO DI MEDICINA SPECIALISTICA
BURLANDO	MARTINA	Dirigenza	U.O. CLINICA DERMATOLOGICA	DIPARTIMENTO DI MEDICINA SPECIALISTICA
COZZANI	EMANUELE CLAUDIO	Dirigenza	U.O. CLINICA DERMATOLOGICA	DIPARTIMENTO DI MEDICINA SPECIALISTICA
GASPARINI	GIULIA	Dirigenza	U.O. CLINICA DERMATOLOGICA	DIPARTIMENTO DI MEDICINA SPECIALISTICA

TRAVE	ILARIA	Dirigenza	U.O. CLINICA DERMATOLOGICA	DIPARTIMENTO DI MEDICINA SPECIAlISTICA
FREGATTI	PIERO	Dirigenza	U.O. CLINICA DI CHIRURGIA SENOLOGICA	DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA GENERALE
MURELLI	FEDERICA	Dirigenza	U.O. CLINICA DI CHIRURGIA SENOLOGICA	DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA GENERALE
BALDELLI	ILARIA	Dirigenza	U.O. CLINICA DI CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA SPECIAlISTICA
RAPOSIO	EDOARDO	Dirigenza	U.O. CLINICA DI CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA SPECIAlISTICA
BALLESTRERO	ALBERTO	Dirigenza	U.O. CLINICA DI MED. INTERNA AD IND. ONCOLOGICO	DIPARTIMENTO DI MEDICINA SPECIAlISTICA
FERRANDO	FABIO	Dirigenza	U.O. CLINICA DI MED. INTERNA AD IND. ONCOLOGICO	DIPARTIMENTO DI MEDICINA SPECIAlISTICA
GONELLA	ROBERTA	Dirigenza	U.O. CLINICA DI MED. INTERNA AD IND. ONCOLOGICO	DIPARTIMENTO DI MEDICINA SPECIAlISTICA
ZOPPOLI	GABRIELE	Dirigenza	U.O. CLINICA DI MED. INTERNA AD IND. ONCOLOGICO	DIPARTIMENTO DI MEDICINA SPECIAlISTICA
PENDE	ALDO	Dirigenza	U.O. CLINICA DI MEDICINA D'URGENZA	DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE (DEA)
TORRE	FRANCESCO	Dirigenza	U.O. CLINICA DI MEDICINA D'URGENZA	DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE (DEA)
CARBONE	FEDERICO	Dirigenza	U.O. CLINICA DI MEDICINA INTERNA 1	DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA
LIBERALE	LUCA	Dirigenza	U.O. CLINICA DI MEDICINA INTERNA 1	DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA
MONTECUCCO	FABRIZIO	Dirigenza	U.O. CLINICA DI MEDICINA INTERNA 1	DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA
LEONCINI	GIOVANNA	Dirigenza	U.O. CLINICA DI MEDICINA INTERNA 2	DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA
PONTREMOLI	ROBERTO	Dirigenza	U.O. CLINICA DI MEDICINA INTERNA 2	DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA
MORI	LAURA	Dirigenza	U.O. CLINICA DI NEURORABILITAZIONE	DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE
TROMPETTO	CARLO	Dirigenza	U.O. CLINICA DI NEURORABILITAZIONE	DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE
GENOVA	CARLO	Dirigenza	U.O. CLINICA DI ONCOLOGIA MEDICA	DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA ED EMATOLOGIA
LAMBERTINI	MATTEO	Dirigenza	U.O. CLINICA DI ONCOLOGIA MEDICA	DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA ED EMATOLOGIA
MAGGI	DAVIDE CARLO	Dirigenza	U.O. CLINICA ENDOCRINOLOGICA	DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA ED EMATOLOGIA

CEA	MICHELE	Dirigenza	U.O. CLINICA EMATOLOGICA	DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA ED EMATOLOGIA
FUGAZZA	GIUSEPPINA	Dirigenza	U.O. CLINICA EMATOLOGICA	DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA ED EMATOLOGIA
GUOLO	FABIO	Dirigenza	U.O. CLINICA EMATOLOGICA	DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA ED EMATOLOGIA
LEMOLI	ROBERTO	Dirigenza	U.O. CLINICA EMATOLOGICA	DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA ED EMATOLOGIA
MIGLINO	MAURIZIO	Dirigenza	U.O. CLINICA EMATOLOGICA	DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA ED EMATOLOGIA
ALBERTELLI	MANUELA	Dirigenza	U.O. CLINICA ENDOCRINOLOGICA	DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA
BOSCHETTI	MARA	Dirigenza	U.O. CLINICA ENDOCRINOLOGICA	DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA
FERONE	DIEGO	Dirigenza	U.O. CLINICA ENDOCRINOLOGICA	DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA
MARABOTTO	ELISA	Dirigenza	U.O. CLINICA GASTROENTEROLOGICA	DIPARTIMENTO DI MEDICINA SPECIALISTICA
MONACELLI	FIAMMETTA	Dirigenza	U.O. CLINICA GERIATRICA	DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA
NENCIONI	ALESSIO	Dirigenza	U.O. CLINICA GERIATRICA	DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA
CANEPA	MARCO	Dirigenza	U.O. CLINICA MALATTIE DELL'APPARATO CARDIOVASCOLARE	DIPARTIMENTO CARDIO-TORACO-VASCOLARE
GHIgliOTTI	GIORGIO	Dirigenza	U.O. CLINICA MALATTIE DELL'APPARATO CARDIOVASCOLARE	DIPARTIMENTO CARDIO-TORACO-VASCOLARE
PORTO	ITALO	Dirigenza	U.O. CLINICA MALATTIE DELL'APPARATO CARDIOVASCOLARE	DIPARTIMENTO CARDIO-TORACO-VASCOLARE
ROSA	GIAN MARCO	Dirigenza	U.O. CLINICA MALATTIE DELL'APPARATO CARDIOVASCOLARE	DIPARTIMENTO CARDIO-TORACO-VASCOLARE
AMERI	PIETRO	Dirigenza	U.O. CLINICA MALATTIE DELL'APPARATO CARDIOVASCOLARE	DIPARTIMENTO CARDIO-TORACO-VASCOLARE
BASSETTI	MATTEO	Dirigenza	U.O. CLINICA MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	DIPARTIMENTO DI MEDICINA SPECIALISTICA
DI BIA GIO	ANTONIO	Dirigenza	U.O. CLINICA MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	DIPARTIMENTO DI MEDICINA SPECIALISTICA
BAGNASCO	DIEGO	Dirigenza	U.O. CLINICA MALATTIE RESPIRATORIE E ALLERGOLOGIA	DIPARTIMENTO DI MEDICINA SPECIALISTICA
BRAIDO	FULVIO	Dirigenza	U.O. CLINICA MALATTIE RESPIRATORIE E ALLERGOLOGIA	DIPARTIMENTO DI MEDICINA SPECIALISTICA
RICCIO	ANNA MARIA	Dirigenza	U.O. CLINICA MALATTIE RESPIRATORIE E ALLERGOLOGIA	DIPARTIMENTO DI MEDICINA SPECIALISTICA

ESPOSITO	PASQUALE	Dirigenza	U.O. CLINICA NEFROLOGICA, DIALISI E TRAPIANTO	DIPARTIMENTO DI MEDICINA SPECIALLISTICA
VIAZZI	FRANCESCA CHIARA	Dirigenza	U.O. CLINICA NEFROLOGICA, DIALISI E TRAPIANTO	DIPARTIMENTO DI MEDICINA SPECIALLISTICA
BACIGALUPPI	SUSANNA	Dirigenza	U.O. CLINICA NEUROCHIRURGICA E NEUROTRAMATOLOGICA	DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE
FIASCHI	PIETRO	Dirigenza	U.O. CLINICA NEUROCHIRURGICA E NEUROTRAMATOLOGICA	DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE
ZONA	GIANLUIGI	Dirigenza	U.O. CLINICA NEUROCHIRURGICA E NEUROTRAMATOLOGICA	DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE
ARNALDI	DARIO	Dirigenza	U.O. CLINICA NEUROLOGICA	DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE
BALESTRINO	MAURIZIO	Dirigenza	U.O. CLINICA NEUROLOGICA	DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE
BOFFA	GIACOMO	Dirigenza	U.O. CLINICA NEUROLOGICA	DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE
GRANDIS	MARINA	Dirigenza	U.O. CLINICA NEUROLOGICA	DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE
INGLESE	MARIA MATILDE	Dirigenza	U.O. CLINICA NEUROLOGICA	DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE
LARONI	ALICE	Dirigenza	U.O. CLINICA NEUROLOGICA	DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE
MASSA	FEDERICO	Dirigenza	U.O. CLINICA NEUROLOGICA	DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE
PARDINI	MATTEO	Dirigenza	U.O. CLINICA NEUROLOGICA	DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE
SCHENONE	ANGELO	Dirigenza	U.O. CLINICA NEUROLOGICA	DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE
CUTOLO	CARLO ALBERTO	Dirigenza	U.O. CLINICA OCULISTICA	DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE
DEL NOCE	CHIARA	Dirigenza	U.O. CLINICA OCULISTICA	DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE
IESTER	MICHELE	Dirigenza	U.O. CLINICA OCULISTICA	DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE
NICOLO'	MASSIMO	Dirigenza	U.O. CLINICA OCULISTICA	DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE
TRAVERSO	CARLO	Dirigenza	U.O. CLINICA OCULISTICA	DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE
VAGGE	ALDO	Dirigenza	U.O. CLINICA OCULISTICA	DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE
FORMICA	MATTEO	Dirigenza	U.O. CLINICA ORTOPEDICA	DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA SPECIALLISTICA

ZANIRATO	ANDREA	Dirigenza	U.O. CLINICA ORTOPEDICA	DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA SPECIALISTICA
CAGNACCI	ANGELO	Dirigenza	U.O. CLINICA OSTETRICA E GINECOLOGICA	DIPARTIMENTO GINECOLOGICO E PERCORSO NASCITA
FERRERO	SIMONE	Dirigenza	U.O. CLINICA OSTETRICA E GINECOLOGICA	DIPARTIMENTO GINECOLOGICO E PERCORSO NASCITA
MASSAROTTI	CLAUDIA	Dirigenza	U.O. CLINICA OSTETRICA E GINECOLOGICA	DIPARTIMENTO GINECOLOGICO E PERCORSO NASCITA
CANEVARI	FRANK RIKKI MAURITZ	Dirigenza	U.O. CLINICA OTORINOLARINGOIATRICA	DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA SPECIALISTICA
GUASTINI	LUCA	Dirigenza	U.O. CLINICA OTORINOLARINGOIATRICA	DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA SPECIALISTICA
MARCHI	FILIPPO	Dirigenza	U.O. CLINICA OTORINOLARINGOIATRICA	DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA SPECIALISTICA
MORA	FRANCESCO	Dirigenza	U.O. CLINICA OTORINOLARINGOIATRICA	DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA SPECIALISTICA
PERETTI	GIORGIO	Dirigenza	U.O. CLINICA OTORINOLARINGOIATRICA	DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA SPECIALISTICA
AGUGLIA	ANDREA	Dirigenza	U.O. CLINICA PSICHIATRICA E SPDC	DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE
AMERIO	ANDREA	Dirigenza	U.O. CLINICA PSICHIATRICA E SPDC	DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE
ESCELSIOR	ANDREA	Dirigenza	U.O. CLINICA PSICHIATRICA E SPDC	DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE
SERAFINI	GIANLUCA	Dirigenza	U.O. CLINICA PSICHIATRICA E SPDC	DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE
PAOLINO	SABRINA	Dirigenza	U.O. CLINICA REUMATOLOGICA	DIPARTIMENTO DI MEDICINA SPECIALISTICA
PIZZORNI	CARMEN	Dirigenza	U.O. CLINICA REUMATOLOGICA	DIPARTIMENTO DI MEDICINA SPECIALISTICA
SULLI	ALBERTO	Dirigenza	U.O. CLINICA REUMATOLOGICA	DIPARTIMENTO DI MEDICINA SPECIALISTICA
BORGHESI	MARCO	Dirigenza	U.O. CLINICA UROLOGICA	DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA SPECIALISTICA
MANTICA	GUGLIELMO	Dirigenza	U.O. CLINICA UROLOGICA	DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA SPECIALISTICA
TERRONE	CARLO	Dirigenza	U.O. CLINICA UROLOGICA	DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA SPECIALISTICA
TRAVERSO	PAOLO	Dirigenza	U.O. CLINICA UROLOGICA	DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA SPECIALISTICA
BELLONE	EMILIA	Dirigenza	U.O. GENETICA MEDICA	DIPARTIMENTO DELLA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO

MANDICH	PAOLA	Dirigenza	U.O. GENETICA MEDICA	DIPARTIMENTO DELLA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO
ORIGONE	PAOLA	Dirigenza	U.O. GENETICA MEDICA	DIPARTIMENTO DELLA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO
ICARDI	GIANCARLO	Dirigenza	U.O. IGIENE	DIPARTIMENTO DI STAFF
ORSI	ANDREA	Dirigenza	U.O. IGIENE	DIPARTIMENTO DI STAFF
STICCHI	LAURA	Dirigenza	U.O. IGIENE	DIPARTIMENTO DI STAFF
DINI	GUGLIELMO	Dirigenza	U.O. MEDICINA DEL LAVORO, TOSSICOLOGIA E IGIENE INDUSTRIALE	DIPARTIMENTO DI STAFF
DURANDO	PAOLO	Dirigenza	U.O. MEDICINA DEL LAVORO, TOSSICOLOGIA E IGIENE INDUSTRIALE	DIPARTIMENTO DI STAFF
MONTECUCCO	ALFREDO	Dirigenza	U.O. MEDICINA DEL LAVORO, TOSSICOLOGIA E IGIENE INDUSTRIALE	DIPARTIMENTO DI STAFF
BONSIGNORE	ALESSANDRO	Dirigenza	U.O. MEDICINA LEGALE	DIPARTIMENTO DI STAFF
MOLINELLI	ANDREA	Dirigenza	U.O. MEDICINA LEGALE	DIPARTIMENTO DI STAFF
ROCCA	GABRIELE	Dirigenza	U.O. MEDICINA LEGALE	DIPARTIMENTO DI STAFF
TETTAMANTI	CAMILLA	Dirigenza	U.O. MEDICINA LEGALE	DIPARTIMENTO DI STAFF
VENTURA	FRANCESCO	Dirigenza	U.O. MEDICINA LEGALE	DIPARTIMENTO DI STAFF
BAUCKNEHT	MATTEO	Dirigenza	U.O. MEDICINA NUCLEARE	DIPARTIMENTO DELLA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E RADIOTERAPIA
MORBELLI	SILVIA	Dirigenza	U.O. MEDICINA NUCLEARE	DIPARTIMENTO DELLA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E RADIOTERAPIA
SAMBUCETI	GIANMARIO	Dirigenza	U.O. MEDICINA NUCLEARE	DIPARTIMENTO DELLA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E RADIOTERAPIA
MARCHESE	ANNA	Dirigenza	U.O. MICROBIOLOGIA	DIPARTIMENTO DELLA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO
PIATTI	GABRIELLA	Dirigenza	U.O. MICROBIOLOGIA	DIPARTIMENTO DELLA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO
IZZOTTI	ALBERTO	Dirigenza	U.O. MUTAGENESI E PREVENZIONE ONCOLOGICA	DIPARTIMENTO DELLA RICERCA
MARINELLI	LUCIO	Dirigenza	U.O. NEUROFISIOPATOLOGIA	DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE
ROCCATAGLIATA	LUCA	Dirigenza	U.O. NEURORADIOLOGIA	DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE

QUARTO	RODOLFO	Dirigenza	U.O. ONCOLOGIA CELLULARE	DIPARTIMENTO DELLA RICERCA
TAVELLA	SARA	Dirigenza	U.O. ONCOLOGIA CELLULARE	DIPARTIMENTO DELLA RICERCA
DEL MASTRO	LUCIA	Dirigenza	U.O. ONCOLOGIA MEDICA	DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA ED EMATOLOGIA
COSTANTINI	SERGIO	Dirigenza	U.O. OSP. OSTETRICA E GINECOLOGIA	DIPARTIMENTO GINECOLOGICO E PERCORSO NASCITA
FERLAZZO	GUIDO	Dirigenza	U.O. PATOLOGIA E IMMUNOLOGIA SPERIMENTALE	DIPARTIMENTO DELLA RICERCA
PIETRA	GABRIELLA	Dirigenza	U.O. PATOLOGIA E IMMUNOLOGIA SPERIMENTALE	DIPARTIMENTO DELLA RICERCA
VITALE	CHIARA	Dirigenza	U.O. PATOLOGIA E IMMUNOLOGIA SPERIMENTALE	DIPARTIMENTO DELLA RICERCA
FAIS	FRANCO	Dirigenza	U.O. PATOLOGIA MOLECOLARE	DIPARTIMENTO DELLA RICERCA
GHIOTTO	FABIO GIUSEPPE	Dirigenza	U.O. PATOLOGIA MOLECOLARE	DIPARTIMENTO DELLA RICERCA
BRUGNOLO	ANDREA	Dirigenza	U.O. PSICOLOGIA CLINICA E PSICOTERAPIA	DIPARTIMENTO DI STAFF
GIRTLER	NICOLA	Dirigenza	U.O. PSICOLOGIA CLINICA E PSICOTERAPIA	DIPARTIMENTO DI STAFF
MARTINOLI	CARLO	Dirigenza	U.O. RADIOLOGIA	DIPARTIMENTO DELLA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E RADIOTERAPIA
TAGLIAFICO	ALBERTO	Dirigenza	U.O. RADIOLOGIA	DIPARTIMENTO DELLA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E RADIOTERAPIA
BELGIOIA	LILIANA	Dirigenza	U.O. RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	DIPARTIMENTO DELLA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E RADIOTERAPIA
PESCE	GIAMPAOLA	Dirigenza	S.S.D. LABORATORIO DIAGNOSTICO DI AUTOIMMUNOLOGIA	DIPARTIMENTO DELLA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO
PASTORINO	LORENZA	Dirigenza	S.S.D. GENETICA ONCOLOGICA	DIPARTIMENTO DELLA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO
BRUNO	WILLIAM	Dirigenza	S.S.D. GENETICA ONCOLOGICA	DIPARTIMENTO DELLA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO
GHIORZO	PAOLA	Dirigenza	S.S.D. GENETICA ONCOLOGICA	DIPARTIMENTO DELLA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO

AMICZIA	DANIELA	Dirigenza	U.O.C. PROGRAMMAZIONE SANITARIA	
BALL	LORENZO	Dirigenza	U.O.CLINICA ANESTESIOLOGICA E TERAPIA INTENSIVA	DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE (DEA)
ROBBA	CHIARA	Dirigenza	U.O.CLINICA ANESTESIOLOGICA E TERAPIA INTENSIVA	DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE (DEA)
CONTINI	PAOLA	Dirigenza	U.O.CLINICA DI MEDICINA INTERNA, IMMUNOLOGIA CLINICA E MED.TRASLAZIONALE	DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA
DE PALMA	RAFFAELE	Dirigenza	U.O.CLINICA DI MEDICINA INTERNA, IMMUNOLOGIA CLINICA E MED.TRASLAZIONALE	DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA
NEGRINI	SIMONE	Dirigenza	U.O.CLINICA DI MEDICINA INTERNA, IMMUNOLOGIA CLINICA E MED.TRASLAZIONALE	DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA
MURDACA	GIUSEPPE	Dirigenza	U.O.CLINICA GERIATRICA	DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA
SPAGNOLO	FRANCESCO	Dirigenza	U.O. ONCOLOGIA MEDICA 2	DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA ED EMATOLOGIA
PISCOTTA	LIVIA	Dirigenza	U.O.S.DIP. DIETETICA E NUTRIZIONE CLINICA	DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA