



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. 582 del 20.04.2018
Modificato con Deliberazione n. 1150 del 03.08.2018

INDICE

I. PARTE – PARTE GENERALE

I.	PRINCIPI GENERALI	5
II.	ASSETTO ISTITUZIONALE	18
III.	IL LIVELLO ORGANIZZATIVO DI “STAFF” E DI “LINE”	28
IV.	IL LIVELLO ORGANIZZATIVO DEL MIDDLE MANAGEMENT.....	32
V.	IL COINVOLGIMENTO DEI DIRIGENTI DEL S.S.N. NELLA DIDATTICA, NELLA RICERCA E NELLA FORMAZIONE.....	45
VI.	LA SPERIMENTAZIONE, IL RISCHIO CLINICO ED IL CONTROLLO DI QUALITÀ	49
VII.	NORME DI CARATTERE PARTICOLARE.....	52
VIII.	NORME TRANSITORIE E FINALI.....	58

II PARTE - LINEE GUIDA DEL PIANO STRATEGICO 2018-2020

I.	LINEE GUIDA DEL PIANO STRATEGICO 2018-2020.....	59
----	---	----

III PARTE - PIANO DI ORGANIZZAZIONE AZIENDALE (POA)

I.	IL LIVELLO ORGANIZZATIVO DI “STAFF” E DI “LINE”	68
II.	I DIPARTIMENTI DEL POLICLINICO.....	83

I. PARTE – PARTE GENERALE

I.	PRINCIPI GENERALI	5
	(ART. 1) (DENOMINAZIONE, SEDE, LOGO, NATURA GIURIDICA, ORGANIZZAZIONE E FUNZIONAMENTO).....	5
	(ART. 2) (MISSIONE, OBIETTIVI E VALORI).....	7
	(ART. 3) (PRINCIPI ISPIRATORI DEL MODELLO ORGANIZZATIVO)	9
	(ART. 4) (STRUMENTI)	10
	(ART. 5) (ATTIVITÀ).....	11
	(ART. 6) (ORGANIZZAZIONE E PERSONALE).....	11
	(ART. 7) (IL FINANZIAMENTO)	12
	(ART. 8) (IL PATRIMONIO)	13
	(ART. 9) (LA CONTABILITÀ, L'ESERCIZIO FINANZIARIO)	14
	(ART. 10) (I PROCESSI DI PIANIFICAZIONE ED IL SISTEMA DI PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO).....	14
	(ART. 11) (PIANO STRATEGICO TRIENNALE)	16
II.	ASSETTO ISTITUZIONALE	18
	(ART. 12) (GLI ORGANI ISTITUZIONALI).....	18
	(ART. 13) (CONSIGLIO DI INDIRIZZO E VERIFICA).....	18
	(ART. 14) (DIRETTORE GENERALE)	19
	(ART. 15) (DIRETTORE SCIENTIFICO)	22
	(ART. 16) (COLLEGIO SINDACALE)	24
	(ART. 17) (COLLEGIO DI DIREZIONE)	25
	(ART. 18) (DIRETTORE SANITARIO E DIRETTORE AMMINISTRATIVO).....	26
	(ART. 19) (IL COMITATO TECNICO SCIENTIFICO)	26
	(ART. 20) (COMITATO ETICO REGIONALE).....	27
III.	IL LIVELLO ORGANIZZATIVO DI “STAFF” E DI “LINE”	28
	(ART. 21) (CARATTERISTICHE E COMPOSIZIONE DEL LIVELLO ORGANIZZATIVO DEL TOP E DEL MIDDLE MANAGEMENT).....	28
	(ART. 22) (IL MODELLO ORGANIZZATIVO DIPARTIMENTALE)	28
	(ART. 23) (GLI ORGANI DEL DIPARTIMENTO)	29

(ART. 24)	(IL MODELLO DI ORGANIZZAZIONE DEL DISEASE MANAGEMENT TEAM).....	30
(ART. 25)	(GLI ORGANI DEL DISEASE MANAGEMENT TEAM)	30
(ART. 26)	(RAPPORTI DEI DIPARTIMENTI AD ATTIVITÀ INTEGRATA CON I DIPARTIMENTI UNIVERSITARI)	30
IV.	IL LIVELLO ORGANIZZATIVO DEL MIDDLE MANAGEMENT.....	32
(ART. 27)	(DISCIPLINA E STRUTTURA).....	32
(ART. 28)	(PERSONALE UNIVERSITARIO CONVENZIONATO).....	34
(ART. 29)	(IMPEGNO ORARIO DEL PERSONALE DOCENTE UNIVERSITARIO NELLE STRUTTURE AZIENDALI)	35
(ART. 30)	(DISCIPLINA DEL CONFERIMENTO DEGLI INCARICHI)	35
(ART. 31)	(LA VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI DEI DIRIGENTI E DEGLI OPERATORI).....	40
(ART. 32)	(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)	41
(ART. 33)	(IL COMITATO UNICO DI GARANZIA).....	42
(ART. 34)	(LA RESPONSABILITÀ E LA RESPONSABILIZZAZIONE)	43
(ART. 35)	(IL COMITATO DEI GARANTI)	44
V.	IL COINVOLGIMENTO DEI DIRIGENTI DEL S.S.N. NELLA DIDATTICA, NELLA RICERCA E NELLA FORMAZIONE.....	45
(ART. 36)	(ATTIVITÀ DI DIDATTICA E PARTECIPAZIONE DEL PERSONALE SANITARIO).....	45
(ART. 37)	(LE SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE).....	46
(ART. 38)	(MEDICI IN FORMAZIONE SPECIALISTICA).....	47
(ART. 39)	(PARTECIPAZIONE DEL PERSONALE ALLE ATTIVITÀ DI RICERCA).....	47
(ART. 40)	(LA FORMAZIONE).....	48
VI.	LA SPERIMENTAZIONE, IL RISCHIO CLINICO ED IL CONTROLLO DI QUALITÀ	49
(ART. 41)	(SPERIMENTAZIONE).....	49
(ART. 42)	(PREVENZIONE DEL "RISCHIO CLINICO")	50
(ART. 43)	(IL CONTROLLO DI QUALITÀ)	50
VII.	NORME DI CARATTERE PARTICOLARE.....	52
(ART. 44)	(PRINCIPI ED OBIETTIVI PER L'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ LIBERO-PROFESSIONALE INTRAMURARIA E DI ATTIVITÀ DIVERSE ED A CARATTERE IMPRENDITORIALE DEL POLICLINICO)	52
(ART. 45)	(ACCESSO DELL'UNIVERSITÀ A DATI ED INFORMAZIONI)	53
(ART. 46)	(SALUTE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO).....	53
(ART. 47)	(RESPONSABILITÀ CIVILE ED ASSICURAZIONE)	54

(ART. 48)	(DISCIPLINA DEI CONTRATTI DI FORNITURA DI BENI E SERVIZI DI VALORE INFERIORE A QUELLO STABILITO DALLA NORMATIVA COMUNITARIA IN MATERIA)	54
(ART. 49)	(RECLUTAMENTO DI PERSONALE PER ATTIVITÀ DI RICERCA)	55
(ART. 50)	(PRODOTTI DELLE ATTIVITÀ DI RICERCA)	55
(ART. 51)	(PARTECIPAZIONE)	55
VIII.	NORME TRANSITORIE E FINALI	58
(ART. 52)	(CRITERI E PRINCIPI DIRETTIVI PER L'ESERCIZIO DEL POTERE REGOLAMENTARE E PER L'ADOZIONE DEI PROVVEDIMENTI DI ATTUAZIONE DEL REGOLAMENTO)	58
(ART. 53)	(NORMA FINALE)	58
II PARTE - LINEE GUIDA DEL PIANO STRATEGICO 2018-2020		
I.	LINEE GUIDA DEL PIANO STRATEGICO 2018-2020	59
(ART. 54)	(COS'È IL PIANO STRATEGICO)	59
(ART. 55)	(LA STORIA DEL SAN MARTINO E L'ANALISI DEL CONTESTO)	59
(ART. 56)	(PAROLE CHIAVE E PROGETTI)	62
III PARTE - PIANO DI ORGANIZZAZIONE AZIENDALE (POA)		
I.	IL LIVELLO ORGANIZZATIVO DI "STAFF" E DI "LINE"	68
(ART. 57)	(IL LIVELLO ORGANIZZATIVO DI "STAFF")	68
(ART. 58)	(IL LIVELLO ORGANIZZATIVO DI "LINE")	73
II.	I DIPARTIMENTI DEL POLICLINICO	83
(ART. 59)	(ORGANIZZAZIONE DIPARTIMENTALE)	83
(ART. 60)	(I DIPARTIMENTI AD ATTIVITÀ INTEGRATA – DAI)	85
(ART. 61)	(I DISEASE MANAGEMENT TEAM - DMT)	101
(ART. 62)	(FUNZIONI E MODALITÀ OPERATIVE DEI DISEASE MANAGEMENT TEAM - DMT)	103
(ART. 63)	(ATTIVITÀ DI TRAPIANTO DI ORGANI, TESSUTI E CELLULE)	106
(ART. 64)	(NORMA FINALE)	107

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 persegue finalità di assistenza, cura, formazione e ricerca, prevalentemente traslazionale, garantendone la complementarietà e l'integrazione. E' 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 07.04.2018, 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".

Quale Istituto di Ricovero e cura a carattere scientifico, ai sensi degli artt. 1, comma 2, 15, comma 2, e 16, comma 3 e 4, del D.Lgs. n. 288/2003 e s.m.i., è sottoposto alla vigilanza e al controllo del Ministero della Salute; alle Regioni competono le funzioni legislative e regolamentari connesse alle attività di assistenza e di ricerca, da esercitarsi nell'ambito dei principi fondamentali stabiliti dalla normativa vigente in materia di ricerca biomedica e tutela della salute.

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.

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. E' 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 coinvolgono 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) (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 caratterizza come ospedale di alta specializzazione di rilievo nazionale e centro di ricerca sanitaria clinica e traslazionale in coerenza con le disposizioni di legge vigenti e negli ambiti disciplinari individuati in conformità alla programmazione nazionale e regionale.

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

- 1) 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, 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;
- 2) assicura la realizzazione della collaborazione tra Servizio Sanitario Regionale e Università degli Studi di Genova ai sensi del D.Lgs. n. 517/99;
- 3) 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;
- 4) sperimenta e verifica forme innovative di gestione e di organizzazione in campo sanitario, nei rispettivi ambiti disciplinari;
- 5) supporta tramite idonee modalità, le istituzioni di istruzione e formazione pre e post laurea;
- 6) 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.

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

- contribuire alla riorganizzazione della rete ospedaliera, alla massima tutela della appropriatezza clinico assistenziale ed organizzativa, e, ove necessario, 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, garantendone la complementarietà e l'integrazione;
- promuovere la personalizzazione delle cure del malato considerando caratteristiche e variabili genetiche e/o di coesistenza di pluripatologie anche al fine di adeguare e promuovere l'individualizzazione dell'uso e dell'offerta specifica di farmaci, terapie e tecnologie;
- 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 polo di riferimento della rete oncologica regionale, nonché centro di riferimento per studi di natura multicentrica a livello nazionale e internazionale;
- promuovere le attività del Policlinico derivanti dalla partecipazione alle reti nazionali Oncologiche, Neurologiche e Cardiologiche;
- 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, secondo quanto previsto dal Piano Socio Sanitario Regionale per il triennio 2017/2019 approvato con Deliberazione del Consiglio regionale n. 21/2017;
- 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.

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:

- 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;
- 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;
- 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;
- 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 terza parte del presente Regolamento;
- razionalizzazione e specializzazione delle attività, favorendo alti volumi per il miglioramento della performance del Policlinico;
 - 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;
 - 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;
 - 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, riconosciuto come Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico per la disciplina di "oncologia" e delle "neuroscienze" con Decreto del Ministero della Salute in data 05.03.2018, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 81 del 07.04.2018, 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. Come previsto nel Piano Socio-sanitario Regionale 2017-2019, il Policlinico, Dea di II livello e Centro Grandi Ustionati, costituisce ospedale di riferimento del levante cittadino, *hub* regionale per l'adulto, ad alta vocazione in oncologia, neurologia e cardiocirurgia, riferimento per la formazione universitaria 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 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, 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.

(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 di personale docente e tecnico amministrativo e di beni immobili e mobili secondo le modalità specificate nel Protocollo generale d'intesa Regione/Università.

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 quota di finanziamento, la Regione si impegna a tenere conto dei maggiori costi indotti sulle attività assistenziali connesse all'impegno ed alla specificità delle finalità istituzionali per l'attività di formazione e di ricerca, detratta una 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, 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.

In attuazione di quanto previsto dal Protocollo generale d'intesa, i beni demaniali o comunque in uso gratuito e perpetuo all'Università nonché i beni mobili ed immobili dell'Università stessa già destinati in modo prevalente all'attività assistenziale vengono concessi in comodato d'uso gratuito al Policlinico per l'attività corrente, fermi restando i relativi titoli di proprietà e diritti reali, ove e fino a quando essi vengono adibiti a tale attività. Alla cessazione della destinazione ad attività assistenziali, essi rientrano nella piena disponibilità dell'Università.

L'Università, ai sensi dell'art. 7, comma 1, del D.Lgs. n. 517/1999, mette a disposizione del Policlinico, per le attività correnti, i beni mobili ed immobili indicati rispettivamente negli allegati sub lettera "A" e sub lettera "B". Tali elenchi devono essere aggiornati annualmente, dandone comunicazione alla Regione.

I beni immobili dell'Università sono valutati come apporto patrimoniale ai sensi dell'art. 7, comma 1, del D.Lgs. n. 517/99. Il Policlinico individua nel proprio bilancio i finanziamenti necessari per la conduzione e manutenzione ordinaria degli stessi, così come per l'adeguamento degli immobili qualora destinati a nuove finalità assistenziali.

Interventi di manutenzione straordinaria sugli immobili universitari potranno essere eseguiti previa autorizzazione del Consiglio di Amministrazione dell'Università e dovranno essere compatibili con un piano di ammortamento coerente con l'effettiva destinazione del bene alle attività assistenziali.

Il Policlinico individua altresì nel proprio bilancio i finanziamenti necessari per la manutenzione dei beni mobili, così come per la sostituzione di attrezzature. Per i beni mobili che l'Università intenda acquisire da adibire ad attività assistenziale è necessario il preventivo del Policlinico.

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 "C" 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 "D" ed "E".

(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:

1. recepimento PSN e PSR
2. analisi del fabbisogno (caratteristiche della popolazione, domanda espressa)
3. analisi delle necessità di sviluppo del Policlinico
4. 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:

1. analisi delle priorità (costo/beneficio, costo/opportunità)

2. analisi e programmazione delle attività di ricerca
3. analisi degli assetti organizzativi
4. analisi delle risorse

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

1. suddivisione degli obiettivi per linea di produzione e struttura
2. assegnazione delle risorse
3. 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:

1. produzione dei *report*
2. analisi degli scostamenti
3. azioni di *feed-back* in corso di attività
4. 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:

1. individuazione degli indicatori
2. individuazione dei fattori di confondimento
3. 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

E' strutturato in quattro aree operative:

1. **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
2. **analisi dei costi** che produce e mantiene aggiornati i costi standard della produzione e la contabilità analitica mediante i diversi strumenti a disposizione (allocazione dei costi a cascata, *microcosting*, *activity based costing*, matrici regionali *Kaplan-West*)
3. **reporting direzionale** che progetta, sviluppa e aggiorna mensilmente i due settori del cruscotto direzionale (area statica ed area dinamica) nonché la *balanced scorecard* (BSC) per la valutazione delle *performance* organizzativa
4. **ufficio analisi statistica** che effettua le valutazioni di efficienza allocativa delle risorse, valuta 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.

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. 31) e (Art. 32) 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.

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:

- le determinazioni di alienazione del patrimonio,
- l'adozione e le modifiche del Regolamento di organizzazione e funzionamento,
- l'adozione del bilancio preventivo e del bilancio di esercizio,
- 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 ogniqualvolta 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 della 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 inconfiribilità 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.

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. 30) ;
- 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 C.C.N.L. 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 dall’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.

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:

- promuovere e coordinare i piani di ricerca promossi dal Policlinico;
- individuare i responsabili di ciascun programma e progetto di ricerca finanziato dal Policlinico, assegnare il relativo *budget* e verificarne l’impiego;
- promuovere e valutare l’attività di ricerca scientifica;
- definire le politiche della ricerca coordinandosi con le politiche di ricerca dell’Ateneo;
- 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;
- promuovere e coordinare le attività di trasferimento tecnologico e dell’innovazione;
- provvedere agli adempimenti previsti dal Ministero della Salute in riferimento all’attività scientifica;
- presentare annualmente agli organi competenti una relazione generale sull’attività scientifica svolta e sui criteri di attribuzione dei finanziamenti e sull’utilizzazione dei fondi correnti per la ricerca;

- 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;
- partecipare alla definizione e qualificazione degli obiettivi (aziendali, di dipartimenti e di strutture) limitatamente alla ricerca;
- 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);
- 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;
- 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;
- sviluppare e valorizzare, anche con il Direttore Generale, iniziative per l'acquisizione di risorse pubbliche e private da destinarsi allo sviluppo della attività scientifica;
- 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;
- 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;
- 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;
- proporre la programmazione per l'acquisizione di personale non dipendente (borsisti, contrattisti, nonché collaborazioni o prestazioni professionali, ecc.), relativamente all'area della ricerca;
- 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;
- 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.

Il Direttore Scientifico esprime parere obbligatorio al Direttore Generale, sulle deliberazioni inerenti le attività scientifiche e cliniche, nonché le assunzioni e l'utilizzo del personale medico e sanitario non medico.

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 ad 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 trattamento economico del Direttore scientifico è commisurato a quello del Direttore generale, come limite massimo.

(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:

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

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, del Dipartimento di staff e dei Dipartimenti sanitari e di ricerca, ove esistenti,
- f) il Direttore della struttura Direzione delle professioni sanitarie.

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, 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:

1. elabora proposte e concorre con la direzione aziendale alla definizione degli atti regolamentari, dei piani attuativi e dei bilanci;
2. definisce indirizzi per lo sviluppo delle metodologie di governo clinico;
3. propone i programmi di formazione, di ricerca e innovazione che sono concordati anche con l'Università;
4. partecipa all'individuazione delle soluzioni organizzative per l'attuazione delle attività libero professionali intramurarie;
5. concorre alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici;
6. supporta la direzione aziendale nell'adozione degli atti di governo;
7. 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.

(Art. 20) (Comitato Etico Regionale)

Con L.R. n. 12/2013 è stato costituito un unico Comitato Etico regionale, organismo indipendente, che ha la responsabilità di garantire la tutela dei diritti, della sicurezza e del benessere dei soggetti in sperimentazione, nel rispetto della normativa nazionale e comunitaria, nonché delle linee guida sancite da documenti di istituzioni competenti in bioetica.

E' attualmente in corso da parte degli organi regionali una revisione delle modalità organizzative del Comitato Etico Regionale, in conseguenza degli sviluppi normativi che stanno intervenendo in materia ed in particolare della DGR n. 973/2017 e dell'entrata in vigore della L.R. n. 29/2017 che ha modificato l'art. 77 della L.R. n. 41/2006.

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 generale in adempimento a particolare normativa o di sua iniziativa.

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 generale ha definito le Unità Operative facenti parte del livello organizzativo di “*staff*” e di “*line*” come meglio descritte nella terza parte recante “**Piano di Organizzazione Aziendale (POA)**”.

(Art. 21) (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. 22) (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 e della DGR n. 7 del 13.01.2017, 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/laboratori di ricerca, 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, rispettivamente elencati negli allegati sub lettere "F" ed "G", con la precisazione che, per quanto riguarda le strutture semplici, 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 "H".

(Art. 23) (Gli organi del Dipartimento)

Sono organi del Dipartimento il Direttore del Dipartimento e il Comitato di Dipartimento, specificatamente disciplinati nell'apposito Regolamento sopra citato ed allegato sub lettera "H".

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. 24) (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 terza del presente Regolamento.

(Art. 25) (Gli organi del Disease Management Team)

Sono organi del DMT il Coordinatore e il Comitato di Coordinamento specificatamente disciplinati nella parte terza 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. 26) (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'allegato "A") 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.

E' 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.

IV. Il livello organizzativo del Middle Management

(Art. 27) (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 alle lettere 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:

- 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;
- dalla diretta preordinazione del Direttore del Dipartimento al Responsabile della struttura semplice;
- 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;
- 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.

I laboratori di ricerca presenti prevalentemente nel settore dedicato alla ricerca si caratterizzano parimenti per l'afferenza esclusiva alla struttura complessa di appartenenza con circoscritta autonomia nell'ambito dei rapporti fra direttore della struttura complessa e responsabile del laboratorio di ricerca ovvero per l'afferenza dipartimentale in caso di rispondenza a quanto indicato con riferimento alla lettera sub a).

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 e di laboratori di ricerca a valenza dipartimentale e dei Responsabili di struttura semplice sono disciplinati nel richiamato Regolamento allegato sub lettera "H".

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 A al vigente PGI ed al sistema di monitoraggio introdotto dallo stesso 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 terza 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, gli esiti del monitoraggio previsto dal PGI, 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:

- rispondenza agli *standard* di riferimento per l'individuazione delle strutture semplici e complesse ed in generale alla programmazione regionale;
- rispondenza alla normativa sull'accREDITAMENTO;
- 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;
- strategicità rispetto alla "*mission*" aziendale;
- compatibilità con le risorse finanziarie disponibili;
- migliore tutela delle esigenze dell'utenza;
- miglioramento del livello qualitativo e della appropriatezza delle prestazioni;
- 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 assegnata 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:

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

(Art. 28) (Personale universitario convenzionato)

I professori ed i ricercatori universitari, anche a tempo determinato e titolari di contratti di cui alla Legge n. 230/2005 e alla Legge n. 240/2010, 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 "I" 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.

Gli elenchi di cui al presente articolo vengono aggiornati con cadenza di norma semestrale per quanto riguarda il personale universitario convenzionato ed i medici in formazione specialistica, con cadenza di norma almeno trimestrale per quanto riguarda le altre tipologie di personale.

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, 15 e 16 del menzionato PGI, per quanto attiene il trattamento economico del personale universitario convenzionato, la cessazione del personale universitario dallo svolgimento delle attività assistenziali e dalla titolarità della direzione delle strutture ed i rapporti sindacali.

Relativamente al trattamento economico, si rinvia ad apposite "Linee guida per l'attuazione delle previsioni di cui all'art. 13 del citato PGI e per il rispetto del principio della parità di condizioni retributive a parità di funzioni, mansioni ed anzianità, dei professionisti del SSR e del personale universitario convenzionato", che saranno condivise tra il Policlinico e l'Ateneo.

Parimenti si rinvia a specifico atto condiviso fra il Policlinico e l'Ateneo la disciplina per il personale tecnico amministrativo convenzionato previsto dall'art. 12, comma 13, del PGI.

(Art. 29) (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:

- 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;
- che l'impegno orario assistenziale minimo del personale universitario docente nelle strutture assistenziali è 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.;
- 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;
- 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. 30) (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 direzione di struttura complessa**, con riferimento alle strutture complesse individuate come tali dal presente Regolamento;
- c) **incarichi di direzione di struttura semplice/laboratori di ricerca a valenza dipartimentale**, con riferimento alle strutture semplici/laboratori di ricerca dipartimentali individuati come tali dal presente Regolamento;
- d) **incarichi di direzione di struttura semplice/laboratori di ricerca**, con riferimento alle strutture semplici/laboratori di ricerca individuati come tali dal presente Regolamento;
- e) **incarichi di coordinatore di *Disease Management Team* (DMT)**, si sostanziano nel coordinamento del DMT e nella piena responsabilità della conduzione dello stesso; tale incarico sarà graduato in relazione alla complessità e strutturazione del DMT;
- f) **incarichi di natura professionale di altissima specializzazione di valenza strategica, di consulenza, di studio e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo**, 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 professionalità**, 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 rilevante professionalità**, 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 media 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 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;
- l) **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.).

E' 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:

- 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 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;
- nel caso di cui alla lettera b), 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.;
- nel caso di cui alla lettera b), 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..
- 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;

- nei casi di cui alle lettere c), d), g), h), i) e j) dopo cinque anni di attività, su proposta del Direttore della struttura di afferenza, a seguito di valutazione positiva delle attività professionali espletate e dei risultati conseguiti, effettuata come sopra precisato, per un periodo non inferiore a tre anni e non superiore a cinque anni (secondo la natura dell'incarico), con facoltà di rinnovo, con atto scritto e motivato;
- nei casi di cui alla lettera e), dopo cinque anni di attività, mediante un percorso selettivo interno volto a valutare l'esperienza professionale curriculare, la capacità progettuale nello specifico ambito e la capacità di coordinamento e di *leadership*;
- nei casi di cui alla lettera f), dopo cinque anni di attività, su proposta del direttore della struttura di afferenza, 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;
- nei casi di cui alla lettera k), su proposta del Direttore della struttura di appartenenza, decorso il periodo di prova, per un periodo non inferiore a tre anni e 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:

- 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;
- 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;

- 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;
- il conferimento e la revoca degli incarichi di struttura semplice e degli incarichi di natura professionale è di competenza del Direttore Generale, su proposta del Direttore della struttura complessa di appartenenza, previo 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;
- il conferimento e la revoca degli incarichi di responsabilità e di gestione dei programmi infra o interdipartimentali di cui alla lettera l), è di competenza del Direttore Generale, d'intesa con il Rettore (art. 5 comma 4 del D.Lgs. n. 517/99);
- 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;
- tutti gli incarichi di cui alle lettere da b) a l), 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. 32) 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. 35) 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 negoziati e definiti dal Direttore Generale con l'interessato ex art. 15 del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i. e 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.

E' fatto esplicito rinvio alla normativa specifica prevista dal presente Regolamento e dai 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 relativi alle posizioni organizzative per il personale del Comparto secondo i criteri le modalità e le procedure previste dai 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. 31) (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:

- 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;
- come contributo al sistema di garanzia dell'efficienza, dell'efficacia e della appropriatezza delle prestazioni;
- come strumento di valorizzazione e di responsabilizzazione del potenziale tecnico professionale del Policlinico e del suo contributo alla qualificazione dell'immagine aziendale;
- come presupposto per una corretta applicazione di un sistema premiante;
- come orientamento per una diversa utilizzazione dei dirigenti nell'ambito del Policlinico in rapporto alle capacità dimostrate ed alla valutazione conseguita;
- 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;

- come presupposto per l'applicazione delle misure previste in materia di responsabilità dirigenziale, ed in particolare quando i risultati negativi della 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;
- come strumento collegato a specifici criteri ed elementi di valutazione cui il Policlinico, anche ad integrazione della disciplina prevista in merito dai 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 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. 32) (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 e per la rideterminazione della retribuzione di posizione minima contrattuale;
- 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 afferenza.

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:

- a) 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;
- b) comunica tempestivamente le criticità riscontrate ai competenti organi interni di governo ed amministrazione, nonché alla Corte dei conti e al Dipartimento della funzione pubblica;
- c) 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;
- d) 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;
- e) propone all'organo di indirizzo politico-amministrativo la valutazione annuale dei dirigenti di vertice e l'attribuzione ad essi dei premi;
- f) 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;
- g) promuove e attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità di cui al presente Titolo;
- h) 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. 33) (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. 34) (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 della 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. 35) dandone immediata comunicazione al Rettore per gli ulteriori provvedimenti di competenza.

(Art. 35) (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.

Nel caso in cui il provvedimento riguardi il recesso del personale della Dirigenza dipendente dal Policlinico si fa espresso rinvio alla normativa contenuta nei rispettivi CC.CC.NN.LL.. Il Comitato dei Garanti, istituito presso la Regione Liguria, è composto da tre membri ed è chiamato ad esprimere parere preventivo, improrogabilmente ed obbligatoriamente, entro sessanta giorni dal ricevimento della richiesta sulle ipotesi di recesso 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. 36) (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, l'attività pratica 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.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. 37) (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. 38) (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, 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.

Deve essere assicurata 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, con priorità per le strutture del Policlinico, in quanto Istituto di riferimento.

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 dei compiti assistenziali.

(Art. 39) (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.

Le attività di ricerca rientrano tra i compiti del personale dirigente; 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.

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. 40) (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 della stessa impegno qualificante e prioritario della programmazione aziendale.

La Direzione Generale è impegnata:

- a consolidare, ampliare e finanziare la realizzazione di piani aziendali di interventi formativi e di aggiornamento del personale nel quadro di una programmazione coerente con lo scopo la visione e la missione del Policlinico, ritenendola imprescindibile presupposto per il conseguimento degli obiettivi istituzionali;
- a dare attuazione a programmi regionali nonché, in coerenza con quanto disposto dagli artt. 12 e 13 del vigente PGI, a garantire la necessaria e adeguata formazione obbligatoria e sanitaria del personale universitario convenzionato e la sua stessa valorizzazione, nel rispetto del principio della parità di condizioni, di trattamento e di opportunità con il personale ospedaliero del Policlinico;
- ad agevolare lo sviluppo professionale del personale mediante il sostegno delle iniziative dei singoli professionisti, il miglioramento delle tecniche di informazione e di comunicazione, la diffusione di materiale tecnico scientifico di supporto, la promozione di attività di orientamento e selezione anche a cura di figure professionali con funzioni di guida e tutoraggio;
- 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.

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

(Art. 41) (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 D.Lgs. n. 200/2007, 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 delle linee guida di riferimento per l'istituzione ed il funzionamento dei Comitati etici di cui al D.M. della Sanità 12/05/2006 e del D.M. 08.02.2013, che recepisce quanto disposto dal D.L. n. 158/2012 convertito con L. 189/2012, e dal su citato Regolamento UE n. 536/2014.

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 istituito secondo le indicazioni dettate dalla normativa nazionale e regionale.

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. 563 del 5 maggio 2017.

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. 42) (Prevenzione del “rischio clinico”)

L'Unità di Gestione del Rischio (UGR) ha come finalità principale quella di garantire un approccio il più possibile sistemico alla gestione del rischio sotto tutte le forme nelle quali si presenta e vede la partecipazione di numerose strutture. L'UGR ha rappresentato 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.

L'esperienza ha prodotto molti risultati ma ha altresì messo in evidenza il limite delle frammentarietà nelle azioni di miglioramento che deve essere superato rendendo sistemici tutti gli interventi in materia di Gestione 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, anticipando la pubblicazione della L. n. 24/2017, 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

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 7 aree. Questa organizzazione permette un maggior livello di condivisione e di unitarietà nella gestione complessiva della rischiosità del sistema del Policlinico.

(Art. 43) (Il controllo di qualità)

Il controllo di qualità è orientato a garantire:

- la promozione lo sviluppo ed il monitoraggio del miglioramento continuo della soddisfazione degli utenti e della qualità aziendale;
- la collaborazione alla definizione, alla implementazione ed allo sviluppo del Sistema Qualità Aziendale, mediante il coordinamento dei percorsi di accreditamento e di certificazione e la promozione di percorsi aziendali integrati per il miglioramento dei servizi forniti;

- il contributo alla costruzione ed alla implementazione dei sistemi di valutazione della qualità mediante la definizione e lo sviluppo dei criteri e delle metodologie per il monitoraggio delle attività realizzate ed il sostegno alla motivazione degli operatori;
- la predisposizione di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) in collaborazione con i professionisti direttamente interessati;
- l'aderenza delle attività assistenziali ai PDTA predisposti dal Policlinico, verificata mediante processi di valutazione sistematica degli stessi con l'apporto decisivo dei professionisti ("auditing");
- l'identificazione del grado di coerenza tra realtà operativa strutturale e funzionale del Policlinico e criteri di accreditamento delle strutture sanitarie, anche con riferimento alla certificazione di congruenza con le norme ISO della Comunità Europea;
- la promozione lo sviluppo ed il monitoraggio delle iniziative formative per la qualità anche per tramite di formatori interni per la qualità, d'intesa con i Direttori ed i Responsabili delle strutture e dei Referenti dipartimentali per la qualità;
- la diffusione della "cultura della qualità" con il coinvolgimento di tutta la struttura aziendale e di tutti gli operatori nelle varie articolazioni organizzative.

Il controllo di qualità è esercitato dalla struttura della Qualità che risponde alla Direzione Generale, in collaborazione con i Direttori di Dipartimento avvalendosi, a livello dei Dipartimenti, dei Responsabili della Qualità (RAQ) designati al loro interno per la migliore implementazione del Sistema Qualità nell'ambito delle singole strutture.

Il Policlinico si è dotato di un piano triennale della qualità nel quale, a seguito dell'analisi dei segnali provenienti dalle diverse fonti informative interne ed esterne, sono state individuate le seguenti tre grandi aree:

Etica - la possibile dicotomia fra atteggiamenti "paternalistici" tipici di un certo mondo sanitario e il sempre maggiore desiderio di autodeterminazione (*Empowerment*) che l'utente sta sviluppando anche per la grande quantità di informazioni resa disponibile dal WEB, si manifesta in modo significativo nei momenti più critici dei processi di cura che si svolgono in un ospedale. Il Policlinico non si sottrae alle contraddizioni che tale situazione può generare rischiando di produrre effetti anche sul piano organizzativo gestionale. È indispensabile un dibattito tra l'organizzazione, i suoi utenti e gli *stakeholders* per chiarire i cardini della sua etica e renderli patrimonio comune dei professionisti e della comunità.

Risk Based Thinking - il continuo confronto con standard nazionali ed internazionali nei percorsi di certificazione e accreditamento ha sviluppato il convincimento della necessità di una pianificazione della strategia per la gestione del rischio, fondata su un'attenta analisi degli stessi che spesso presentano caratteristiche di ripetitività e su tre elementi fondamentali:

- analisi della incertezza (fattori che possono rendere incerta la programmazione stessa)
- analisi del rischio base della programmazione (analisi della rischiosità in tutte le sue componenti, strategiche, procedurali, ambientali, umane, comunicative, sociali, ecc.),
- processo quale strumento di prevenzione della sinistrosità.

L'approccio per processi che trova la sua piena realizzazione nei concetti di multidisciplinarietà, multi professionalità e multi settorialità in quanto la medicina moderna necessita di integrazione fra i diversi saperi disciplinari, professionali e strumenti e tecnologie.

VII. Norme di carattere particolare

(Art. 44) (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 resi 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., nella L. n. 120/2007 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;
- a stipulare con i diretti interessati specifici rapporti convenzionali per l'espletamento delle prestazioni suddette, in attuazione della regolamentazione e della organizzazione adottata.

(Art. 45) (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. 46) (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 che il soggetto cui competono gli obblighi di datore di lavoro previsti dal D.Lgs. n. 81/2008 per tutte le attività assistenziali è il Direttore Generale del Policlinico.

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

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

- la comunicazione di eventuali rischi specifici che l'operatore può ricevere nel corso dell'attività specifica;
- la sorveglianza sanitaria;
- 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 e gli indumenti di lavoro.

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 rispettivamente al D.Lgs. n. 187/00 e al D.Lgs. n. 241/00 attuativi delle Direttive Euratom 97/43 e 96/29.

(Art. 47) (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. 48) (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 di quanto disposto dalla L.R. n. 34/2012, la disciplina dei contratti per l'approvvigionamento di beni e servizi di importo inferiore a euro 40.000,00 è contenuta in apposito Regolamento, predisposto nel rispetto dello schema di cui alle Linee guida regionali in materia, ed approvato con deliberazione n. 69 del 20 gennaio 2017.

(Art. 49) (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 4, ultimo periodo del D.Lgs. n. 81/2015 (cd. *Jobs Act*).

(Art. 50) (Prodotti delle attività di ricerca)

L'art. 65, comma 1, del D.Lgs. n. 30/2005 "Codice della proprietà industriale" prevede che i dipendenti delle pubbliche amministrazioni aventi tra i loro scopi istituzionali finalità di ricerca siano titolari esclusivi dei diritti derivanti dall'invenzione brevettabile di cui sono autori, fermo restando che all'ente datore di lavoro compete una quota, variabile dal 30% al 50%, dei proventi o canoni derivanti dallo sfruttamento del brevetto (comma 3). 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 2, del citato D.Lgs. n. 30/2005.

(Art. 51) (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 delle prestazioni, 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 per il triennio 2017/2019 approvato con deliberazione del Consiglio regionale n. 21/2007, 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. 52) (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. 53) (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 - LINEE GUIDA DEL PIANO STRATEGICO 2018-2020

I. *Linee guida del Piano Strategico 2018-2020*

(Art. 54) (Cos'è il piano strategico)

In questo documento, preambolo al nuovo piano di organizzazione aziendale, la Direzione del Policlinico intende esplicitare la propria *vision* per il futuro dell'istituzione, le linee di indirizzo della propria azione ed i principali progetti che si intende realizzare. Il piano terrà conto delle condizioni di contesto così come sono state espresse dal Libro Bianco sulla sanità ligure e dal recente processo di riforma della sanità ligure e sarà preventivamente condiviso con i principali *stakeholders* ed in particolare l'istituzione regionale e l'Università degli Studi di Genova.

(Art. 55) (La storia del San Martino e l'analisi del contesto)

Il perché di un nome: Ospedale Policlinico San Martino

Genova, porta aperta sul Mediterraneo, è da sempre crocevia di scambi commerciali e culturali e l'essere crocevia di cultura in campo medico e porta di ingresso di molte malattie ed epidemie, ha reso questa città sensibile, sin dall'antichità, al problema della diffusione dell'insegnamento medico e a quello della pratica della medicina, in senso sia curativo sia preventivo.

Così dunque, come testimoniano gli scritti del Maestro Salomone Notaro a Genova, all'inizio del XIII secolo, lavorano e insegnano medici arabi e ebrei, portatori della cultura medica classica greca e romana recuperata attraverso la mediazione delle conquiste arabe, anche con il contributo di Maestri come il grande Ibn Sina, Avicenna, che rielaborano e diffondono in occidente questo sapere.

La grande pestilenza del 1300 approda in occidente e in particolare a Genova nel 1347 con dodici navi genovesi che portano la peste da Caffa a Messina e a Genova dando origine a quella epidemia che causerà 30 milioni di morti nella sola Europa. Questo evento drammatico avrà come importantissime conseguenze a Genova l'istituzione del primo Ufficio dedicato alla Salute Pubblica, il Magistrato di Sanità, della Polizia Sanitaria e della cosiddetta "quarantena" che nasce a Genova, come prima misura preventiva per evitare il contagio che potenzialmente poteva giungere dal porto con l'arrivo delle navi.

E' in questo clima di grande sensibilità al tema della salute pubblica, che costituisce una importante innovazione in Occidente e che vede nascere la prima struttura di Sanità Pubblica, che nel 1423 viene fondato a Genova l'Ospedale di Santa Maria della Misericordia, in contrada Pammatone. Ampliato con l'incorporazione di altre strutture, la bolla papale "*Pia Quemlibet*" di Papa Sisto IV, ligure, istituisce l'Ospedale Pammatone, nucleo fondante e storico del futuro Ospedale San Martino ed ai Collegi Medici viene riconosciuta la facoltà di conferire diplomi.

Intanto nel 1512, grazie al lascito di Ettore Vernazza, vengono istituite le prime quattro Cattedre di Insegnamento Medico presso l'Ospedale Pammatone: è il nucleo fondante della Facoltà di Medicina, oggi Scuola di Scienze Mediche e Farmaceutiche, che da allora vivrà sempre in una simbiosi perfetta: Scuola Medica Universitaria e Ospedale di Pammatone, cui nei primi decenni del secolo scorso si sostituisce progressivamente il nuovo complesso ospedaliero San Martino, costruito *ex novo* sulla collina di Albaro.

Agli inizi del '900, constatata l'insufficienza dell'ospedale di Pammatone a rispondere alle accresciute esigenze della città, viene identificata la collina di San Martino come sede degli "Ospedali Civili" costruiti a padiglioni secondo la concezione della sanità di allora ed inaugurati alla fine del 1923. L'evoluzione dei servizi sanitari portano a rivedere nel tempo la progettualità e nel 1964 viene inaugurato il "Monoblocco" che denota la necessità di centralizzare servizi ospedalieri divenuti via via più specialistici e di alta tecnologia.

L'attenzione alla cura del cancro inizia con un piccolo ambulatorio per l'accertamento e la diagnosi precoce dei tumori maligni istituito nel 1932 dall'amministrazione degli Ospedali Civili nel cuore della Città, al Pammatone. Da qui nasce l'idea di creare un istituto di ricerca oncologico, cui hanno fatto da premessa la nascita presso l'Istituto di Anatomia Patologica della Scuola di Perfezionamento in Oncologia divenuta successivamente Scuola di specializzazione in Oncologia e nel luglio 1955 del primo Centro in Italia per lo studio e la profilassi dei tumori professionali, nonché il primo nucleo del futuro istituto costituito da alcuni ambulatori nel padiglione B del San Martino con il nome di Istituto di Oncologia dell'Università di Genova. L'Istituto di ricerca trova la sua completa realizzazione nell'IST, riconosciuto IRCCS oncologico il 15 dicembre 1978, denominato con DM Sanità il 15 febbraio 1980 Istituto scientifico per lo Studio e la Cura dei tumori, la cui ragione sociale e obiettivi sono distinti da quelli di Ospedale San Martino. In occasione del decennale, il fondatore dell'IST Prof. Leonardo Santi, affermava due aspetti fondamentali: *"la sua collocazione in una regione industriale ad elevato indice di incidenza di tumori correlabili a fattori cancerogeni ambientali"* e *"il fatto di essere situato nel contesto del complesso Ospedale Regionale-Università al fine di evitare sovrapposizioni di competenze e di ruoli"*. I due enti proseguono affiancati con percorsi a volte sinergici a volte conflittuali fino al 1.9.2011 quando, per disposizione regionale, vengono riuniti in un'unica istituzione: l'Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino-IST che mantiene il riconoscimento di IRCCS per l'oncologia. La scelta recente della nuova denominazione "Ospedale Policlinico" San Martino, attribuito con Legge Regionale, ha voluto sintetizzare la storia di antica convivenza e simbiosi fra le diverse anime unite da una importante tradizione culturale, ma proiettate verso un futuro di rinascita e sviluppo che affonda le sue radici in uno storico e glorioso passato simboleggiato dal logo dell'antico Ospedale Pammatone. Il recente riconoscimento del carattere scientifico anche nella disciplina di Neuroscienze testimonia tale sviluppo.

Il Policlinico oggi – Analisi del contesto (Analisi SWOT)

Punti di Forza:

Innanzitutto l'orgoglio di essere *"San Martino"*, un'istituzione storica che rappresenta un *asset* fondamentale ed insostituibile nel panorama sanitario regionale e nazionale con una storia di

successi e di qualità in vari ambiti clinici e sperimentali, non solo nel campo dell'oncologia e dell'ematologia ma anche di molti altri ambiti quali ad esempio le neuroscienze, l'infettivologia, ecc. Inoltre il Policlinico rappresenta il marchio di punta della Sanità Ligure con conseguenti ricadute sui potenziali investimenti ed infine la presenza di visioni e componenti differenti è un punto di forza intrinseco che, se sfruttato al meglio, può facilitare l'individuazione di soluzioni ai problemi.

Punti di debolezza:

Il Policlinico, con i suoi 5000 dipendenti, oltre 1200 letti di degenza, i laboratori clinici e di ricerca, distribuiti in un'area di circa 35 ettari con circa 12 km di strade interne, è uno dei più grandi ospedali italiani. La complessità del ruolo nasce dalle molteplici richieste cui è sottoposto istituzionalmente: rappresenta il più grande centro ospedaliero della Liguria, sede del principale pronto soccorso con DEA di 2° livello; è sede della Scuola di Scienze Mediche e Farmaceutiche dell'Università di Genova; ha ottenuto il riconoscimento di IRCCS per la disciplina dell'Oncologia nel 2011 a seguito della unificazione con l'IST-Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro di Genova; ospita uno stabulario ed unità operative dedite alla ricerca biomedica di base. Queste premesse pongono in evidenza quello che può oggi essere considerato il principale punto di debolezza dell'ente, vale a dire una sostanziale confusione riguardo ad una identità istituzionale unitaria che rende difficile sviluppare un forte senso di appartenenza.

Altri punti di debolezza sono identificabili nella scarsa attenzione alla comunicazione interna ed esterna, nella obsolescenza tecnologica, nell'elevata età media del personale, nella frammentazione nell'organizzazione dei servizi da cui deriva la necessità di migliorare l'efficienza dei processi, nella complessità logistica causata dall'organizzazione a padiglioni.

Opportunità

Innanzitutto si percepisce un diffuso desiderio di rinascita e di riscatto, di superamento di vecchi vincoli e contrasti che hanno rallentato i meccanismi organizzativi e frammentato le attività. Vi è la voglia di osare rimettendo in moto le energie immobilizzate da anacronistiche frammentazioni ed inutili conflitti. L'organizzazione a rete, anticipata nel Libro Bianco della Sanità Ligure, rappresenta in questo senso una opportunità da cogliere. Vi è oggi la concreta possibilità di proporre il Policlinico nella posizione di *hub* di riferimento per diverse attività e percorsi clinici specialistici e per numerose attività sperimentali. Tale condizione impone scelte di efficienza e sinergie interistituzionali ma permette di attirare le risorse necessarie ad un rilancio complessivo dell'istituzione.

La condizione di polo universitario e di Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico pone inoltre nelle condizioni di offrire a centri di ricerca tecnologica e biomedica la sede più adeguata per sperimentare le proprie innovazioni e brevetti prima di passarli alla produzione.

Minacce

La principale minaccia deriva da una ridotta efficienza organizzativa cui consegue una limitata competitività rispetto a strutture cliniche situate in regioni limitrofe che hanno acquisito maggior visibilità anche in funzione della rapidità di risposta e di una maggior efficienza organizzativa. Contribuisce anche l'orografia e la logistica: la conformazione allungata della regione unita alla

vicinanza ed alla maggior accessibilità di centri di alta specializzazione e di grande visibilità delle regioni limitrofe può infatti facilitare la migrazioni.

La *vision*: Come vorremmo il San Martino fra tre anni?

Innanzitutto un'istituzione che si percepisca unitaria prima ancora di esserlo: non più contrapposizioni collegate alle sue diverse componenti ed al suo recente passato ma un'istituzione che fa della sua storia e delle sue diversità il trampolino per la rinascita ed il rilancio. Inoltre un ospedale di alta specializzazione che sia di riferimento e supporto operativo e procedurale alla rete di diagnosi e cura regionale per la gestione dei casi più gravi e complessi con stretti rapporti con il territorio per la gestione delle fasi di riabilitazione e convalescenza post-ricovero e delle situazioni di cronicità. In questo quadro deve inserirsi la gestione integrata dell'emergenza, attraverso il Numero Unico dell'Emergenza NUE-112 di cui il San Martino è ente attuatore regionale, nonché più specificamente dell'emergenza sanitaria attraverso la gestione ed il coordinamento delle centrali del 118.

Un ospedale universitario attento alle esigenze formative di studenti, dottorandi e giovani medici in formazione, che fornisca servizi sanitari di diagnostica e terapie di avanguardia ed eccellenza, aperto alla contaminazione interdisciplinare ed alle collaborazioni tra gli enti, le Aziende del territorio ma anche a livello nazionale ed internazionale.

Un Istituto di Ricerca all'avanguardia non solo nel campo della ricerca oncologica e neurologica, ambiti per i quali il Policlinico ha il riconoscimento di IRCCS, ma anche in tutti gli altri campi in cui vanta eccellenze di livello nazionale ed internazionale in grado di tradurre la ricerca in un rapido miglioramento delle prestazioni che impattino sulla salute dei cittadini.

Infine, e soprattutto, un istituto che percepisca ricerca e innovazione come parte integrante del patrimonio e della cultura istituzionale riconoscendone il forte valore di stimolo al cambiamento ed al miglioramento.

(Art. 56) (Parole chiave e progetti)

Di seguito le parole chiave per orientare le azioni nei prossimi tre anni ed i principali progetti da mettere in campo per dare ad esse un senso ed un significato concreto:

Orientamento all'utenza: l'aforisma "il paziente al centro" è utilizzato da molti ma con significati, contenuti ed interpretazioni a volte personali. Organizzazione ed operatori non sempre si pongono nella reale prospettiva del paziente e dei suoi familiari che, in definitiva, rappresentano l'utenza di un ospedale; più spesso ci si sforza di costringere le esigenze e le aspettative delle persone in procedure e *standard* operativi che sembrano rispondere più ad esigenze organizzative che alle necessità delle persone. Operatività ed efficienza sono senza dubbio nell'interesse delle persone a patto che si coniughino con il rispetto di valori umani e relazionali.

In tal senso i principali progetti del triennio sono i seguenti:

Accoglienza e accessibilità ai servizi

- Progetto riorganizzazione del Pronto Soccorso (PS): il PS è la principale porta d'accesso all'ospedale. Gli interventi sul Pronto Soccorso si articoleranno su due linee principali: la prima legata alla comunicazione per fare in modo che i pazienti che accedono al PS e le loro famiglie

si sentano accolti e presi in carico. Parallelamente si lavorerà per rendere efficienti tutti i percorsi accettazione, di valutazione, ricovero o dimissione.

- Progetto “San Martino 2020”: il San Martino è stato progettato come un ospedale a padiglioni per una medicina basata sull’osservazione e l’attesa e costruito nei primi anni del ‘900 in un’ampia area periferica scarsamente urbanizzata. L’evoluzione scientifica e tecnologica, i cambiamenti sociali e urbanistici e la rapida evoluzione dei trasporti urbani hanno profondamente mutato sia le necessità dell’ospedale che della città che lo circonda. L’ospedale necessita di un profondo e organico ripensamento che ne adegui le strutture ad una medicina moderna e tecnologica ed al suo ruolo di centro *hub* per la cura dell’adulto, per la ricerca e la didattica universitaria. La città necessita di trasporti e di servizi funzionali alle attività che si svolgono nell’area urbana dell’ospedale. Il progetto “San Martino 2020” prevede una collaborazione tra Ospedale, Università e Città metropolitana per riprogettare strutture e servizi in modo che l’evoluzione della logistica ospedaliera si accompagni e sia consensuale ai cambiamenti dei servizi urbanistici e dei trasporti nell’area metropolitana circostante. In questo ambito rientra il progetto *outpatient clinic inteso a* portare fuori della cinta delle mura ospedaliere le attività per pazienti ambulatoriali.
- Percorsi organizzativi e appropriatezza: l’organizzazione aziendale è tradizionalmente basata su strutture verticali omogenee per disciplina come le unità operative ed i dipartimenti. Nella moderna medicina però quasi mai il paziente ha necessità di un solo professionista o di una unica struttura specialistica per risolvere le proprie esigenze di salute. Molto più spesso egli attraversa i reparti avvalendosi di volta in volta di prestazioni multi specialistiche che, se non adeguatamente integrate ed organizzate, rischiano di ritardare i percorsi o generare inutili ripetizioni e ridondanze. L’impegno della Direzione nel definire il nuovo piano di organizzazione aziendale sarà di valorizzare e dare maggior peso ai percorsi trasversali rispetto alle singole unità operative attraverso la valorizzazione dei *Disease Management Teams* (DMT). Attraverso adeguati sistemi di verifica, indicatori ed un sistema premiante collegato al budget annuale, verranno valorizzati e premiati i gruppi che sapranno meglio sostenere e gestire i percorsi trasversali. Nell’organizzazione dei percorsi particolare attenzione verrà posta alla esperienza delle *equipe* e dei singoli professionisti per assicurare *standard* di qualità adeguati per ogni singola prestazione. La letteratura scientifica indica che in molte prestazioni complesse (diagnostica per immagini ad alta complessità, procedure di radiologia interventistica o interventi di chirurgia maggiore, ad esempio) l’esito della prestazione ed il rischio di eventuali complicanze o eventi inattesi è collegato all’esperienza dei singoli operatori che solitamente si collega a sua volta con la numerosità della casistica presa in carico da ciascun operatore. Nella organizzazione dei DMT e dei percorsi di cura si terrà conto di queste evidenze per assicurare al paziente prestazioni di qualità adeguata.

Valorizzazione dei professionisti, declinata nei seguenti progetti:

- Comunicazione interna ed esterna: la formalizzazione nel nuovo organigramma di una struttura di staff che si occupi di comunicazione, interna ed esterna, e di promozione dell’immagine e delle attività del San Martino potrà avere un ruolo importante nella riagggregazione del gruppo e nella promozione di una nuova cultura sociale interna, volta alla sinergia ed alla collaborazione. Una corretta comunicazione esterna e iniziative volte a

promuovere le eccellenze e le *best practice* e, più in generale, l'immagine del Policlinico su scala regionale e nazionale.

- Il senso di appartenenza: i risultati migliori si ottengono con un gruppo coeso e motivato. Per questo, anche avvalendosi della struttura deputata alla comunicazione ed alla promozione, verranno avviate iniziative per aggregare e motivare i gruppi professionali che possono andare da iniziative formative ad attività di team building motivazionale strutturato.
- Formazione del management: il ruolo del *middle* e del *top management* è fondamentale nel creare la cultura organizzativa, aggregare i gruppi e motivare le persone su obiettivi comuni. La formazione manageriale si è spesso orientata a formare i quadri su aspetti tecnici. Molto poco è stato fatto per attirare l'attenzione e formare il *management* su temi relazionali e comunicativi collegati alla *leadership*. E' intenzione investire in questo ambito in maniera significativa perché la riuscita ottimale dei progetti dipende da una partecipazione attiva e motivata degli operatori che si realizza solo con un *management* adeguatamente formato che abbia chiara la propria *mission*.
- Attività istituzionale e sviluppo dell'attività in libera professione intramuraria: nelle strutture pubbliche troppo spesso l'attività libero-professionale viene gestita con uno stile di formale e burocratico rispetto delle normative dando la percezione ai professionisti che si tratti di una attività tollerata per necessità e, tutto sommato, marginale. Troppo spesso si pone l'accento esclusivamente sulla motivazione economica del professionista dimenticando, tralasciando o sottacendo i molti vantaggi immateriali che invece gli derivano: la soddisfazione di sentirsi ricercato personalmente, di veder riconosciuta la propria abilità, esperienza e capacità, la possibilità di avere un rapporto più diretto e personale con il paziente ed i suoi familiari e vari altri. E' intenzione riorganizzare la attività libero-professionale innanzitutto per valorizzare i professionisti migliori. In questo modo si eviterà la ricerca di vie alternative al di fuori dell'ospedale o di percorsi alternativi para-istituzionali, non sempre appropriati che generano confusione danneggiando anche l'attività istituzionale.

Efficienza e Sostenibilità:

- Progetto cartella clinica informatizzata: tra i progetti volti al miglioramento dell'efficienza dei percorsi di cura è prioritario il progetto Cartella Clinica Informatizzata. Questo strumento, interfacciandosi con i diversi applicativi informatici interni e regionali, permetterà di gestire con maggior facilità i percorsi trasversali e multidisciplinari dei *Disease Management Teams* che, attraversando diverse strutture, forniranno un servizio efficiente e qualitativamente ottimale al paziente.
- Riorganizzazione delle U.O. e dei laboratori: esistono molte evidenze che le economie di scala aumentano i volumi di attività, migliorano non solo l'efficienza dei processi ma anche la qualità dei risultati. Si vuole seguire questo criterio per riunire strutture complesse (ad esempio chirurgiche) in aree funzionali ove vengono concentrate determinate specifiche attività. Egualmente si ritiene di far confluire attività di laboratorio simili e sinergiche su uniche piastre di laboratorio adeguatamente attrezzate che possono essere usate, con opportuna programmazione, sia per le attività assistenziali che per la ricerca.

Ricerca e Innovazione (scientifica, tecnologica e organizzativa)

- Ricerca scientifica: la direzione scientifica intende implementare una organizzazione volta a de-burocratizzare le proprie procedure e a garantire una maggiore integrazione con la parte operativa del Policlinico. In particolare vuole promuovere ulteriori azioni di sviluppo della *governance* della ricerca e di miglioramento dei suoi prodotti, nonché la cooperazione intra e inter gruppo all'interno e le relazioni esterne attraverso accordi collaborativi con enti nazionali ed internazionali. Intende rafforzare l'attività di *fund raising*, volta a garantire la sostenibilità dell'organizzazione della ricerca e a promuoverne lo sviluppo costante. La direzione scientifica ritiene inoltre necessario implementare la struttura dedicata ai *clinical trials* per favorire la sperimentazione clinica e sviluppare un sistema integrato di *budget* della ricerca.
- Innovazione Tecnologica: Un centro *hub* di riferimento regionale necessita di tecnologie aggiornate e sempre funzionanti pur con un *focus* sull'efficienza e la sostenibilità. In questo ambito bisogna prendere atto che in alcuni casi (esempio radioterapia) i reparti soffrono di una significativa obsolescenza della strumentazione, mentre in altri casi vi sono evidenti dissinergie con duplicazioni e ridondanze nella disponibilità di tecnologia come capita per alcune attività di laboratorio. A riguardo l'orientamento prevede da un lato di rinnovare il parco tecnologico preferendo forme di acquisizione per la tecnologia pesante che includano manutenzione ed ammortamento in tempi adeguati alla *mission* ed alle specifiche finalità della struttura; dall'altro di creare economie di scala con piastre di laboratorio omogenee in grado di soddisfare le esigenze di utenti multipli.
- Innovazione Organizzativa: dal punto di vista organizzativo ci si propone da un lato di favorire i processi trasversali qualificando e valorizzando i *Disease Management Teams* e dall'altro di promuovere la razionalizzazione organizzativa delle attività core attraverso l'ingegnerizzazione dei processi sanitari affidata ad una specifica struttura di nuova istituzione in *staff* alla direzione generale.
- Collaborazione con la Fondazione Istituto Italiano di Tecnologia - IIT per la sperimentazione in ambito clinico di innovazioni biotecnologiche.

Collaborazione inter istituzionale

- Università: l'Ospedale San Martino è sede della Scuola di Scienze mediche e farmaceutiche dell'Università di Genova, l'unica della Regione e dunque un *asset* essenziale per la Liguria. Si vuole promuovere la collaborazione con la Scuola come valore positivo per entrambe le istituzioni volto a favorire strategie comuni e in definitiva utili a pazienti, studenti e cittadini. Per questo, in accordo con il Rettore, è stato identificato come unico riferimento per i rapporti della Direzione Generale il Preside della Scuola che parteciperà sistematicamente ai lavori del collegio di direzione per favorire l'integrazione e i progetti comuni e condivisi.
- Collegamento al territorio Area-Metropolitana: uno dei problemi del Policlinico è la difficoltà di collegare i percorsi paziente con il territorio. Questa problematica, comune a molti centri ospedalieri di alta specializzazione, ha come conseguenza un improprio prolungamento delle degenze soprattutto quando si tratta di pazienti anziani affetti da polipatologia e difficoltà di supporto a domicilio per l'insufficienza dei *care givers*. Esistono poi attività prevalentemente ambulatoriali e territoriali come la prevenzione, diagnosi e cura delle dipendenze (da alcool, droghe o comportamenti), la riabilitazione e le attività collegate, la gestione di patologie croniche ad alta prevalenza come il diabete, l'insufficienza renale in fase dialitica o

l'ipertensione che il San Martino ha nel tempo sviluppato autonomamente in forza di eccellenti professionalità che debbono essere rese sinergiche e complementari alle attività territoriali se non addirittura trasferiti al territorio (Progetto Cure simultanee per l'oncologia; Progetto Diabetologia; Progetto Alcolologia e Progetto Dialisi).

- Altri territori regionali: la programmazione regionale assegna all'Ospedale Policlinico San Martino il ruolo di *hub* regionale con speciale menzione all'area Oncologia ed ematologia, neuroscienze e cardiocirurgia. In questo senso, ed anche in considerazione del fatto che è sede di DEA di II livello regionale, il San Martino dovrà essere pronto a mettersi a disposizione dei vari percorsi-paziente collegati che la rete dei Dipartimenti InterAziendali Regionali (DIAR) promuoverà.
- Terzo settore (rapporti con le Associazioni): il collegamento e la collaborazione con il volontariato e con le rappresentanze dei pazienti è considerato prioritario per il contributo di idee e di proposte che può scaturire da un confronto costruttivo.

Trasparenza e Responsabilità (*accountability*)

- Promozione dell'etica pubblica, della trasparenza e prevenzione dell'anticorruzione: la recente normativa sulla prevenzione della corruzione e sulla trasparenza rappresenta una opportunità per affrontare il tema della illegalità con un approccio positivo, proattivo e concreto lontano da una visione meramente burocratica e dal semplice rispetto formale delle procedure. Ne consegue quindi una tensione operativa a mantenere alto il livello di attenzione e di coinvolgimento di tutti i professionisti del sistema. Il percorso intrapreso a livello regionale è finalizzato alla stesura di linee guida costruite con un approccio *bottom-up* nate dal confronto diretto tra gli attori che operano sul campo, con l'obiettivo di rendere più efficaci le misure sui controlli e più trasparenti le attività nelle aree a maggior rischio. Tale percorso non può prescindere da un approccio "culturale" che quindi preveda un programma e un percorso per la formazione e l'aggiornamento degli operatori delle aree a maggior rischio e più in generale per tutti i professionisti del Policlinico.
- Promozione della responsabilizzazione: il termine "*accountability*" rimanda a due accezioni o componenti fondamentali: da un lato il dar conto all'esterno e in particolare al complesso degli "*stakeholder*", in modo esaustivo e comprensibile, del corretto utilizzo delle risorse e della produzione di risultati in linea con gli scopi istituzionali, dall'altro, l'esigenza di introdurre logiche e meccanismi di maggiore responsabilizzazione interna relativamente all'impiego di tali risorse e alla produzione dei correlati risultati.
- Protezione dei dati personali (*privacy*): il 24 maggio 2016 è entrato in vigore del Nuovo Regolamento Europeo n. 679/2016 in materia di protezione dei dati personali. Il relativo testo diventerà definitivamente applicabile in via diretta in tutti i Paesi UE a partire dal 25 maggio 2018, quando dovrà essere garantito il perfetto allineamento fra la normativa nazionale in materia di protezione dati e le disposizioni del Regolamento. Il Regolamento Europeo comporta un mutamento nella disciplina sulla *privacy* in favore di un approccio sistemico, orientato al risultato che impone analisi e valutazioni preventive sui possibili rischi per la sicurezza dei dati, la stima e la comunicazione, a partire dai contenuti dell'informativa, del periodo di conservazione dei dati connessa alle specifiche finalità del trattamento, con effetti anche sull'esercizio dei diritti dell'interessato.

L'obiettivo è quello di tradurre gli adempimenti in materia di trattamento dei dati personali in procedimenti volti ad assicurare la protezione effettiva delle persone fisiche, tutelando un diritto fondamentale per l'individuo e rafforzando, così, la certezza giuridica tanto per le persone fisiche interessate al trattamento, che devono essere in condizione di esercitare un controllo reale sui propri dati personali, quanto per le organizzazioni che svolgono attività di trattamento nella più completa trasparenza dei rapporti. Il Policlinico con deliberazione n. 114 dell'8 febbraio 2018 ha nominato il Responsabile della Protezione dei Dati – Data Protection Officer (DPO).

- Adozione della Carta Etica: quale patto tra operatori e cittadini per porre la “Dignità della Persona Malata” a cardine di queste relazioni. I motivi per cui si ritiene di enfatizzare il concetto di dignità della persona malata sono riconducibili al significato stesso di dignità che appare più ampio di quello di etica in quanto si riferisce all'essenza dell'essere umano e dell'eticità delle sue relazioni a prescindere dalla sua condizione di professionista della sanità piuttosto che di utente del sistema o paziente, anzi la malattia o la sofferenza rappresentano lo spazio e il tempo all'interno dei quali la dignità umana diventa un concetto più sfumato e più fragile e quindi più difficilmente agibile.

III PARTE - PIANO DI ORGANIZZAZIONE AZIENDALE (POA)

I. Il livello organizzativo di "staff" e di "line"

(Art. 57) (Il livello organizzativo di "staff")

La Direzione Generale, a supporto delle proprie funzioni strategiche e per sviluppare e sostenere particolari e specifiche esigenze di coordinamento, si avvale di Unità Operative/Strutture semplici dipartimentali aggregate in un Dipartimento di *staff*.

Di seguito vengono elencate le strutture complesse e semplici dipartimentali che compongono il Dipartimento di "staff" alla Direzione generale, con indicazione delle rispettive funzioni.

Nell'allegato "G" sono declinate le Strutture semplici, articolazione delle Strutture complesse.



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

Le strutture indicate con il colore blu sono a direzione ospedaliera

In grigio sono indicate le strutture semplici dipartimentali

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 OHSAS 18001.

Coordina gli Audit di sicurezza interni e la rete aziendale dei Lead Auditor OHSAS 1800.

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. Medicina del Lavoro

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. n. 230/1995 e s.m.i..

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

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

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).

Promuove l'avvio delle nuove attività cliniche attraverso la gestione dei processi di *Health Thecnolgy Assessment* (HTA).

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.

Supporta l'avvio e monitora nel tempo l'attività dei *Disease Management Team* (DMT) che rappresentano il modello organizzativo di sviluppo dell'intero Istituto Policlinico per le patologie croniche e complesse in generale.

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 9000.

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

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).

Il direttore della U.O. è individuato quale Responsabile della Protezione dei Dati (Data Protection Officer – DPO), ai sensi della vigente normativa in materia.

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, lavano 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. 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 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. Programmazione sanitaria

La struttura è stata individuata nell'allegato A del Protocollo Generale d'intesa Regione – Università recante le "strutture proprie della Scuola di Scienze mediche e farmaceutiche o a direzione universitaria operanti presso il San Martino", prevedendone l'attivazione in ambito di aziende regionali. E' stata pertanto costituita in anticipazione del presente Regolamento e allocata presso l'Azienda Ligure Sanitaria della Regione Liguria (A.Li.Sa.).

Compiti:

Costituisce la struttura dedicata alla produzione di analisi, valutazioni e proposte a supporto della governance del Sistema Sanitario Regionale e svolge presso A.Li.Sa. la funzione di programmazione trasversalmente rispetto alle Aziende e agli Enti che operano sul territorio ligure.

In particolare, coordina il processo di programmazione sanitaria e sociosanitaria, attraverso la predisposizione di documenti tecnici di indirizzo ed il supporto della Direzione Strategica nell'attività di

governo, nell'analisi e valutazione delle informazioni sulle attività delle Aziende, nell'individuazione e monitoraggio degli obiettivi aziendali, nel processo di budgeting.

Governa, inoltre, il processo di valutazione epidemiologica, dell'analisi della domanda sanitaria e sociosanitaria e dei determinanti di spesa, dei consumi sanitari e sociosanitari della popolazione ligure e provvede alla valutazione delle performance delle Aziende e degli Enti che operano sul territorio ligure mediante la valutazione dei flussi informativi, la progettazione e lo sviluppo di indicatori, il controllo dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie erogate.

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, 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.

S.S.D. Gestione Operativa (Operations Management)

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.

(Art. 58) (Il livello organizzativo di "line")

Di seguito vengono analiticamente descritte le strutture poste in posizione di "line" alla Direzione Sanitaria, alla Direzione Amministrativa ed alla Direzione Scientifica, con indicazione delle rispettive funzioni. Nell'allegato "G" sono declinate le Strutture semplici, articolazione delle Strutture complesse.



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

Le strutture indicate con il colore blu sono a direzione ospedaliera

In grigio sono indicate le strutture semplici dipartimentali

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 UO Accreditamento, Qualità e Contrattazione Accentrata di ALISA, 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 ALISA, 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).

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. 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.

E' 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. 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.

U.O. Direzione delle professioni sanitarie (DPS)

Compiti:

Garantisce, in aderenza a quanto previsto dalla DGR n. 907/2009, la direzione, l'organizzazione ed il coordinamento del personale infermieristico, ostetrico, tecnico-sanitario, riabilitativo e degli operatori di supporto.

Concorre alla realizzazione della missione del Policlinico, assicurando la qualità, l'efficacia e l'efficienza tecnico-operativa delle attività assistenziali erogate, partecipando alla definizione del fabbisogno formativo del personale afferente ed assicurando l'impiego ottimale delle risorse assegnate alle diverse articolazioni aziendali.

Definisce l'attribuzione delle risorse infermieristiche, ostetriche, tecniche e riabilitative in relazione agli obiettivi fissati.

Individua i fabbisogni di risorse infermieristiche, ostetriche, tecniche e riabilitative.

Progetta e sviluppa modelli organizzativi assistenziali innovati coerenti con l'organizzazione del Policlinico.

Collabora con la direzione scientifica alla realizzazione di progetti di ricerca e allo sviluppo di "best practice" attraverso l'integrazione dei processi, lo sviluppo disciplinare e l'innovazione.

Collabora con l'Università degli Studi di Genova nella gestione dei master con i tirocini.

Nel rispetto della richiamata DGR n. 907/2009, con separato atto è ridefinita l'organizzazione dell'U.O.

Direzione delle professioni sanitarie in modo da garantire i processi di governo delle diverse aree professionali di cui alla L. n. 251/2000, prevedendo un potenziamento delle figure dirigenziali con l'obiettivo di sostenere sinergie fra le diverse aree professionali, sviluppare le interazioni con i Dipartimenti ad attività integrata, ed implementare il coinvolgimento dei professionisti sanitari nella realizzazione degli obiettivi strategici ed operativi del Policlinico.

S.S.D. Breast Unit

Costituisce il primo *Disease Management Team (DMT)* riconnotato secondo i criteri del presente Regolamento volti al rafforzamento dell'organizzazione e del ruolo dei DMT.

La *Breast Unit* è stata riconosciuta dalla DGR n. 622/2016 con la finalità di gestire la paziente tramite un team multidisciplinare di professionisti con esperienza specifica in ambito senologico o *Disease Management Team* (DGR n. 1244/2015).

Il Coordinatore della *Breast Unit* ha il compito di provvedere al buon funzionamento del DMT e di garantire l'approccio multidisciplinare, l'organizzazione coerente con le necessità cliniche e il rispetto degli indicatori di qualità previsti dalla normativa in materia (Linee Guida EUSOMA, Intesa 185/CSR 2014, DGR 1244/2015 PDTA_01_DMT (NM) 2016).

LINE DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO



6

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.vo n. 33/2013.

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.

Cura la gestione del patrimonio immobiliare disponibile d'intesa con la U.O. Attività Tecniche e l'U.O. Bilancio e Programmazione Finanziaria.

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

Garantisce assistenza e supporto al Collegio Sindacale.

Il direttore della U.O. è individuato quale responsabile dell'Anticorruzione e della Trasparenza, ai sensi della vigente normativa in materia.

U.O. Sviluppo e gestione risorse umane

Compiti:

Cura gli indirizzi espressi dalla direzione aziendale, quale struttura di gestione diretta e di controllo, per le attività delegate, dei servizi amministrativi relativi alle risorse umane.

Assiste la Direzione generale 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.

U.O. Bilancio e programmazione finanziaria

Compiti:

Assicura la programmazione della gestione economico finanziaria del Policlinico in coerenza con le scelte della Direzione generale 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 ai diversi settori del Policlinico per l'espletamento dell'attività istituzionale, nel rispetto di quanto previsto dalla vigente normativa in materia di attività negoziale, ed in particolare dalla L.R. n. 34/2012.

Cura le analisi propedeutiche e la definizione del fabbisogno di beni e servizi, supportando A.Li.Sa, in funzione di Centrale Regionale di Acquisto, 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 come unica struttura aziendale la funzione di ufficio gare e contratti, con graduale accentramento di tali funzioni.

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

Garantisce la gestione dell'inventario dei beni mobili.

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

Garantisce le funzioni di accoglienza nei confronti degli utenti e visitatori, attraverso i punti di informazione del servizio Portieri e del servizio Centralino.

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 nella definizione del Piano degli investimenti e nelle attività dallo stesso discendenti o correlate, con riferimento anche alla progettazione e direzione lavori (e alle procedure ed agli adempimenti connessi), nonché nell'elaborazione di progetti finalizzata alla razionalizzazione nell'utilizzo del patrimonio aziendale.

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

Gestisce l'autoparco, provvedendo alla disponibilità di autovetture per servizi e finalità specifiche, e curando la manutenzione e l'efficienza dei mezzi.

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

U.O. Sistemi Informativi ed Ingegneria clinica

Compiti:

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 ed alle tecnologie ICT ed alle tecnologie biomedicali, tra loro integrate, come contributo ai processi di riorganizzazione e miglioramento delle prestazioni sanitarie al cittadino.

E' responsabile della progettazione, programmazione, acquisizione, implementazione, gestione e sviluppo dei sistemi informativi e delle infrastrutture di rete dati e fonia; è responsabile del debito informativo nazionale e regionale.

Definisce gli *standard* aziendali riguardanti i sistemi informativi, le infrastrutture di rete dati e fonia, le attrezzature biomedicali; fornisce *know-how* di progettazione e di gestione nei settori dei sistemi informativi, delle telecomunicazioni e delle tecnologie biomediche.

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

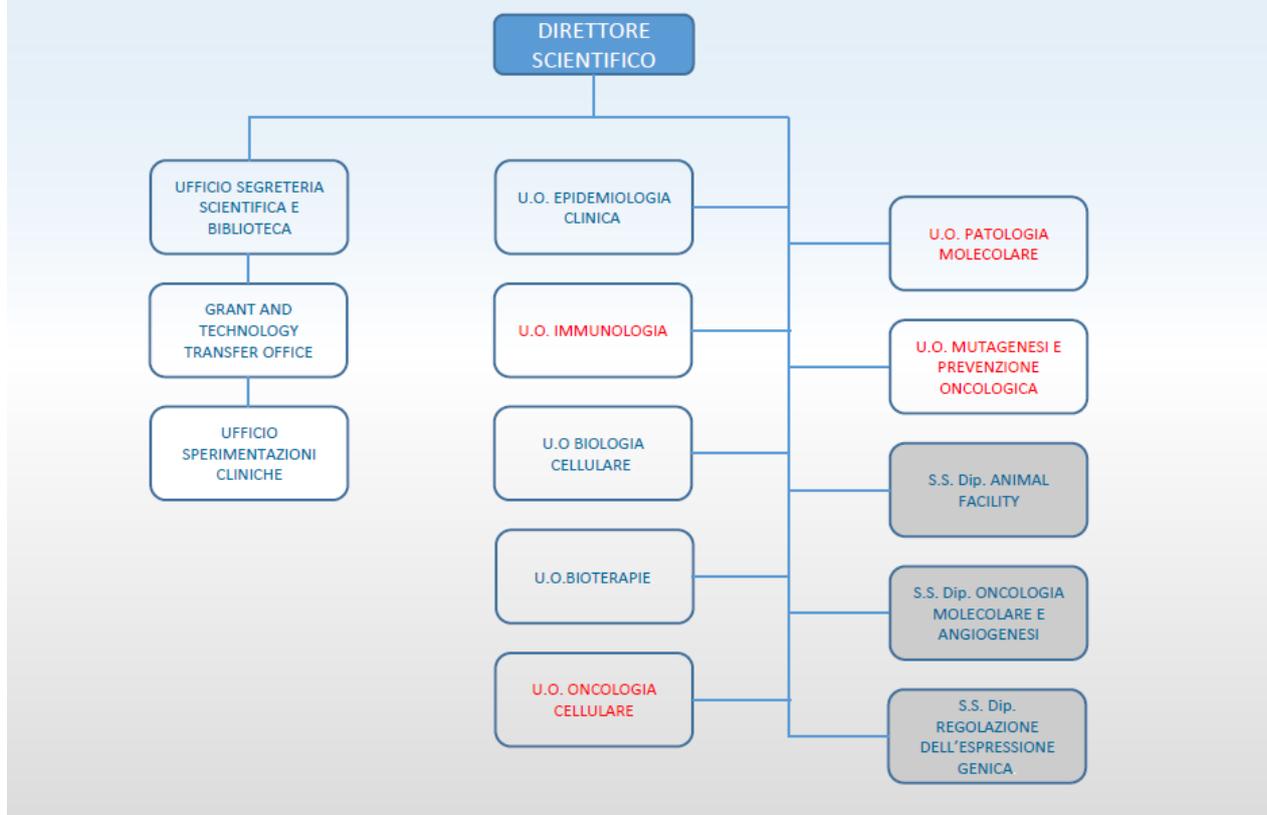
Studia la fattibilità, progetta, realizza e gestisce e manutiene i sistemi di telecomunicazione e comunicazione (siti *web*, telefonia, posta elettronica, ...).

Supporta la direzione aziendale nella programmazione dello sviluppo del complessivo *asset* tecnologico, informatico e biomedicale, compresa la pianificazione degli investimenti.

Assicura la gestione tecnica delle tecnologie biomedicali, supportando tutte le fasi del ciclo di vita della tecnologia (acquisizione, gestione, manutenzione, dismissione).

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*).

LINE DEL DIRETTORE SCIENTIFICO



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

Il presente Piano di Organizzazione Aziendale viene definito in un contesto di sviluppo dell'area di ricerca attesa la presentazione dell'istanza di ampliamento delle discipline oggetto di riconoscimento scientifico, con riguardo all'area delle Neuroscienze, riconoscimento avvenuto con D.M. 5.3.2018. Pertanto in tale fase le strutture a prevalente finalità di ricerca vengono poste "in line" al direttore scientifico, nelle more di una compiuta definizione dell'assetto organizzativo delle stesse.

Ufficio Segreteria scientifica e Biblioteca

Compiti:

Programma, gestisce e monitora l'attività di ricerca, anche mediante la raccolta, l'analisi critica, lo *screening* delle pubblicazioni al fine di valutare la loro pertinenza alla tematica del Policlinico.

Collabora con la Direzione Scientifica nel vigilare sulla integrità della attività scientifica.

Trasmette al Ministero della Salute le pubblicazioni del Policlinico per la rendicontazione della Ricerca Corrente.

Assiste la Direzione Scientifica ed i Referenti di Linea nella preparazione delle relazioni sia programmatiche che consuntive della ricerca corrente.

Gestisce il funzionamento della biblioteca scientifica al fine di garantire le esigenze di informazione scientifica del Policlinico, sia tramite consultazioni di riviste in formato cartaceo sia elettronico che con il collegamento alle principali banche dati nazionali (es. Sistema Bibliosan) e regionali (es. Sistema *Inforbiomed*).

Grant and Technology Transfer Office

Compiti:

Supporta nell'identificazione delle opportunità di finanziamento disponibili e nella preparazione del progetto:

- nella fase di pre-assegnazione delle domande di finanziamento, assiste i ricercatori nella preparazione della proposta progettuale, contribuisce allo sviluppo della proposta, e cura l'onere amministrativo della presentazione del progetto;
- nella fase post-aggiudicazione, supporta i ricercatori nell'attivazione e gestione del finanziamento.

Promuove e collabora alla ricerca di fondi, intesa come attività di raccolta di risorse per implementare i progetti di ricerca, sviluppando le necessarie iniziative.

Si occupa di tutti gli aspetti legati alla gestione, al controllo ed alla rendicontazione dei fondi di ricerca in sinergia con l'U.O. Bilancio e programmazione finanziaria.

Coadiuvare il Direttore scientifico nella partecipazione ad iniziative di ricerca regionali, quali poli tecnologici, *networks*, etc.

Esplora la possibilità di trasferimento tecnologico di scoperte ottenute dal Policlinico che possono generare sia brevetti che *spin-off* suscettibili di ulteriori sviluppi.

Promuove iniziative di "*fund raising*" nel quadro degli obiettivi dell'organizzazione.

Ufficio Sperimentazioni Cliniche

Compiti:

Coordina l'attività amministrativa degli studi clinici e fornisce il supporto metodologico nella conduzione delle sperimentazioni, in particolare:

Mantiene i rapporti con gli sperimentatori del Policlinico e con i Dipartimenti Universitari.

Favorisce e implementa i contatti con le CRO e gli *sponsors* per l'accesso alla struttura di sperimentazioni con riguardo in particolare a quelle di elevato impatto scientifico.

Disegna e gestisce sperimentazioni no profit insieme ai ricercatori del Policlinico gestendone il ruolo di promotore.

Cura i rapporti con il Comitato Etico Regionale, ALISA, AIFA e Ministero della Salute.

Si prende carico degli aspetti amministrativi connessi con la conduzione dello studio in sinergia con gli uffici del Policlinico competenti per materia.

Coordina, di concerto con le Risorse Umane, l'attività dei *data manager* e degli infermieri di ricerca in dipendenza dalle esigenze dei vari gruppi.

Le Core Facilities

Le "*core facilities*" hanno lo scopo di mettere a disposizione della ricerca clinica e traslazionale attrezzature particolarmente complesse e/o *know-how* specialistici. Si distinguono per avere personale dedicato, con particolare competenza nel campo, un regolamento interno che regola l'accesso alla *facility* e le modalità di uso oltreché gli aspetti economico-finanziari. Delle *core facilities* esistenti, una opera direttamente *in line* alla Direzione Scientifica, ovvero la *Animal Facility*. Le altre sono collegate a SC del Policlinico con la supervisione della Direzione Scientifica.

SSD Animal Facility

Si occupa dell'acquisizione e della stabulazione degli animali da esperimento nel rispetto della normativa in materia.

Si occupa della conduzione della sperimentazione sugli animali secondo protocolli stabiliti in accordo con i laboratori di ricerca e con modalità approvate dal Comitato Etico sulle sperimentazioni animali.

Si occupa degli aspetti amministrativi dell'acquisizione e stabulazione degli animali, anche mettendo in carico ai laboratori richiedenti le spese relative alla sperimentazione.

E' responsabile di tutte le attrezzature utilizzate per la sperimentazione animale e ne cura la manutenzione ed il corretto funzionamento.

FACS - sorting

E' responsabile del funzionamento e della manutenzione degli strumenti per *FACS-sorting* disponibili nel Policlinico. Esegue separazioni cellulari per conto dei laboratori del Policlinico secondo modalità e tempistiche stabilite dal regolamento interno. In casi particolari la *facility* può anche partecipare al disegno e alla esecuzione della sperimentazione assieme al personale del laboratorio richiedente. Per esigenze logistiche e di gestione di strumenti, la *facility* è collocata all'interno della U.O. Patologia Molecolare.

Centro Risorse Biologiche (CRB-HSM)

Il CRB-HSM coordina le attività delle biobanche per diagnosi e ricerca del Policlinico. Raccoglie e conserva campioni biologici e le relative informazioni cliniche ed epidemiologiche a supporto della ricerca traslazionale e della sperimentazione clinica; facilita il coordinamento delle strutture afferenti armonizzando le procedure, in accordo con le normative di riferimento e le linee guida internazionali; affronta le tematiche legali, etiche e sociali sull'uso dei campioni e dei dati, nel pieno rispetto dei diritti dei pazienti e dei cittadini e in stretta collaborazione con il Comitato Etico Regionale, anche con il coinvolgimento delle associazioni finalizzate alla tutela dei pazienti; opera in rete (a livello regionale, nazionale ed internazionale) come Centro di Risorse Biologiche secondo le linee guida internazionali di riferimento e attraverso la partecipazione dell'IRCCS all'infrastruttura europea BBMRI-ERIC e al Nodo Nazionale BBMRI.it.

Si occupa degli aspetti finanziari del funzionamento anche mettendo in carico ai laboratori richiedenti le spese relative alla loro sperimentazione sul materiale crioconservato. La *facility* opera all'interno della U.O. Anatomia Patologica.

Translational Genomics

Attualmente opera come joint venture fra diversi laboratori anche universitari; ne è prevista l'evoluzione e sviluppo in *facility*, secondo modalità che saranno concordate con l'Università, per le parti di competenza

II. I Dipartimenti del Policlinico

(Art. 59) (Organizzazione dipartimentale)

Il presente Regolamento disciplina 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.

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.

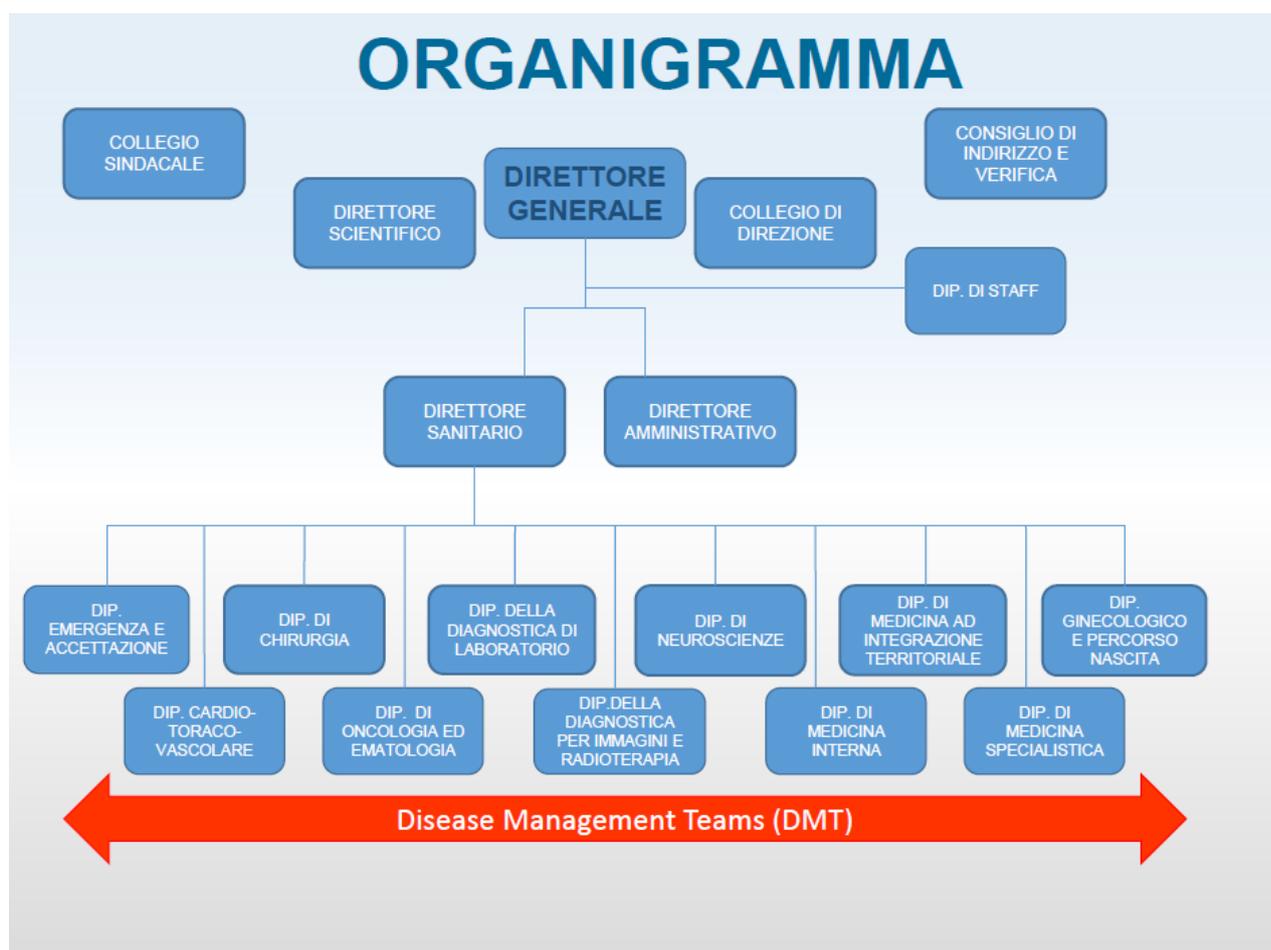
Tenuto conto della programmazione nazionale fissata dagli standard del DM n. 70/2015 ed in considerazione di quanto riportato nel documento di programmazione socio-sanitaria regionale 2017-2019 in corso di approvazione, l'attuale Piano di Organizzazione Aziendale prevede i seguenti DAI:

- Dipartimento Emergenza e Accettazione (DEA)
- Dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare
- Dipartimento di Chirurgia
- 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
- Dipartimento di Medicina integrata con il territorio.

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.

(Art. 60) (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.

Nell'allegato "G" sono declinate le Strutture semplici ed i Laboratori di ricerca, articolazioni delle Strutture complesse.

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

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 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, anesthesiologico-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 deve 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.

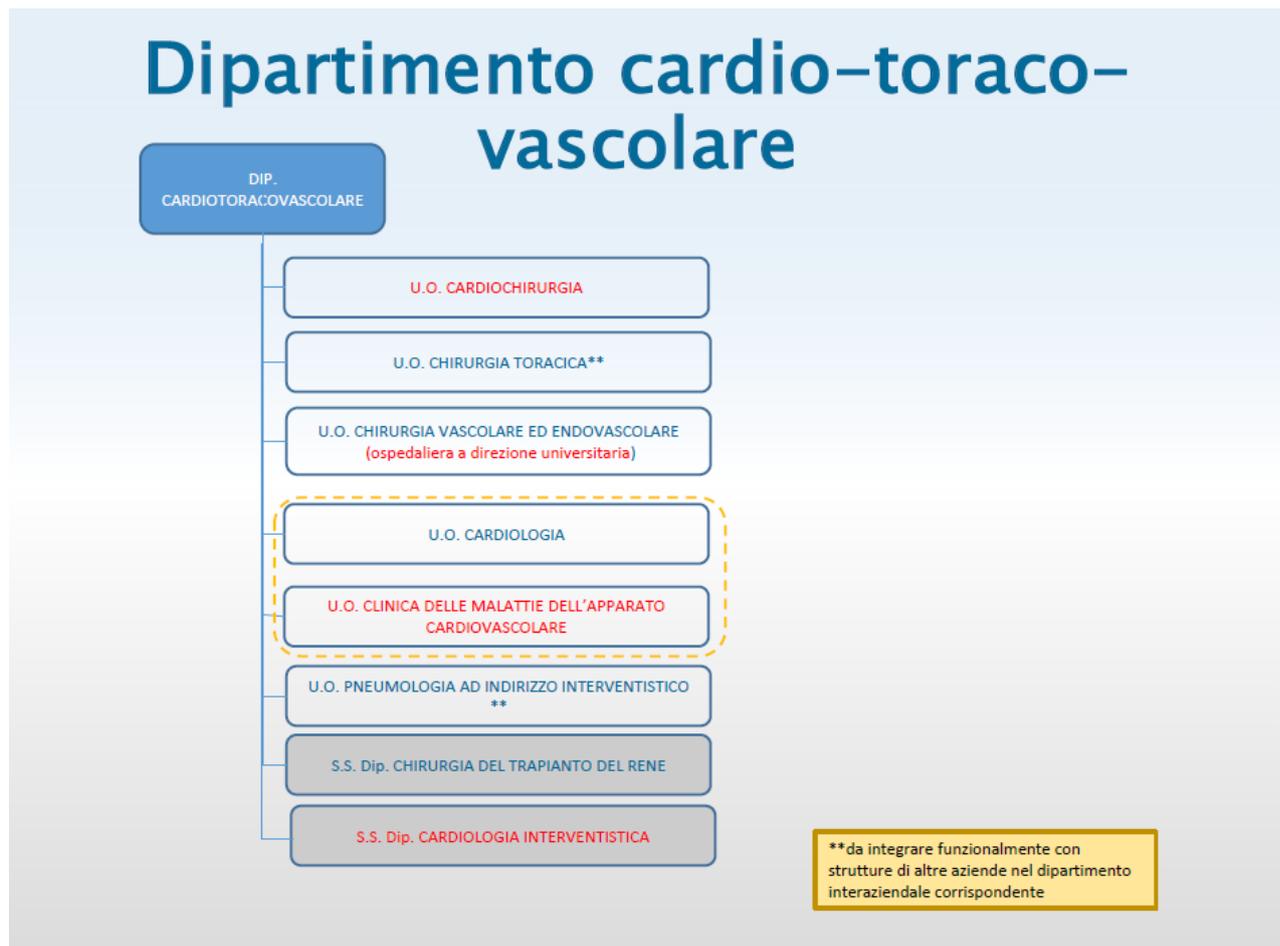
Il Dipartimento è sede di due strutture uniche nella Regione:

- la S.S. Ossigenoterapia Iperbarica, articolazione della U.O. Anestesia e Rianimazione, che rappresenta la risposta alle problematiche della malattia da decompressione, all'ossicarbonismo e ai trattamenti cronici in ambito medico-chirurgico;
- il Centro Anti Veleni (CAV), funzione inserita nella U.O. Clinica Anestesiologica e Terapia Intensiva, allo scopo di garantire una rapida risposta consulenziale e di trattamento nelle principali sindromi tossicologiche.

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.

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



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

Le strutture indicate con il colore blu sono a direzione ospedaliera

In grigio sono indicate le strutture semplici dipartimentali

La linea tratteggiata gialla indica un unico centro di costo delle strutture

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 delle alte tecnologie (robotica, assistenza ventricolare, gestione integrata con fusione delle immagini in sala operatoria nell'ambito di una sala ibrida), teleconsulto e telemedicina;
6. potenziamento dell'area di cardiologia interventistica avanzata, integrata con l'attività cardiocirurgica e con sviluppo e valutazione di metodiche innovative;

7. integrazione e sviluppo di sinergie fra chirurgia toracica e pneumologica interventistica con condivisione di risorse;
8. potenziamento della attività di trapiantologia renale con integrazione del Polo pediatrico presso l’Ospedale Gaslini e sviluppo dei trapianti da donatore vivente con metodiche mininvasive e miglioramento della qualità degli espianti con utilizzo dell’ECMO.

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 e pneumologica avanzata 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 “*clinicalpathways*”.

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 e 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 didattica, formazione continua del personale e ricerca clinica e di base.

Denominazione: **DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA**



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

Le strutture indicate con il colore blu sono a direzione ospedaliera

In grigio sono indicate le strutture semplici dipartimentali

La linea tratteggiata gialla indica l'organizzazione con un unico centro di costo delle strutture

L'assetto del dipartimento si presenta articolato e composito superando peraltro il numero massimo di strutture complesse raccomandate dalla pianificazione regionale. In particolare l'attività di chirurgia generale appare frammentata in quattro strutture complesse di chirurgia generale (di cui due universitarie, una sede della Scuola di specializzazione in chirurgia) e due semplici dipartimentali di cui una specificamente orientata al trapianto di fegato. Per il prossimo triennio, si prevede di sospendere l'attivazione della SC ospedaliera di Chirurgia 2 e di disattivare temporaneamente una delle Cliniche Chirurgiche in attesa di ridiscutere l'organizzazione dell'area di chirurgia generale con le modalità previste dal Protocollo Generale di Intesa tra Regione Liguria e Università degli Studi di Genova. Per ciascuna delle due strutture sarà previsto un orientamento funzionale prevalente (una alla chirurgia epato-bilio-pancreatica e del tratto gastroenterico superiore, area cui farà riferimento anche la struttura semplice dipartimentale di trapianto di fegato, e l'altra alla chirurgia colo-rettale) ma si lavorerà parallelamente alla qualificazione di singoli professionisti sulla base di volumi di attività e rispetto a specifici PDTA. Inoltre, al fine di recuperare le fughe extraregione nell'area della chirurgia endocrina in particolare dall'area di levante della regione, è prevista l'attivazione di una struttura semplice dipartimentale di chirurgia endocrina, attualmente connotata come struttura semplice della struttura complessa di Chirurgia 1, secondo un progetto da definire in ambito di DIAR. E' previsto infine l'inserimento di una struttura semplice dipartimentale in base alle esigenze prospettate dalla Scuola di Scienze Mediche e Farmaceutiche.

Aggrega funzionalmente e gestionalmente le strutture di area chirurgica 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
 - 1.2. sviluppo e messa in comune delle aree chirurgiche a diversa intensità:
 - 1.2.1. chirurgia ambulatoriale
 - 1.2.2. chirurgia di giorno
 - 1.2.3. *week-surgery*
 - 1.2.4. 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 attraversi orizzontalmente e condizioni in positivo le strutture verticali formali.
5. sviluppo di una area dipartimentale delle alte tecnologie.

Il Dipartimento raccoglie in sé le risorse per dare una adeguata risposta a problemi di media e soprattutto alta complessità di interesse chirurgico generale e 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 *benchmarking* aziendale, regionale e nazionale attraverso strumenti quali i DMT ed i "*clinicalpathways*".

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 e nello sviluppo delle loro potenzialità secondo le necessità strategiche della programmazione aziendale e regionale.

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. In tale ottica, è prevista la tendenziale unificazione delle attività chirurgiche ospedaliere e l'unificazione delle attività chirurgiche universitarie.

Il Dipartimento con le sue strutture assistenziali è strumento dinamico per la realizzazione dell'integrazione fra didattica, formazione continua del personale e ricerca clinica.

Denominazione: **DIPARTIMENTO GINECOLOGICO E PERCORSO NASCITA**



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

Le strutture indicate con il colore blu sono a direzione ospedaliera

La linea tratteggiata gialla indica un unico centro di costo delle strutture

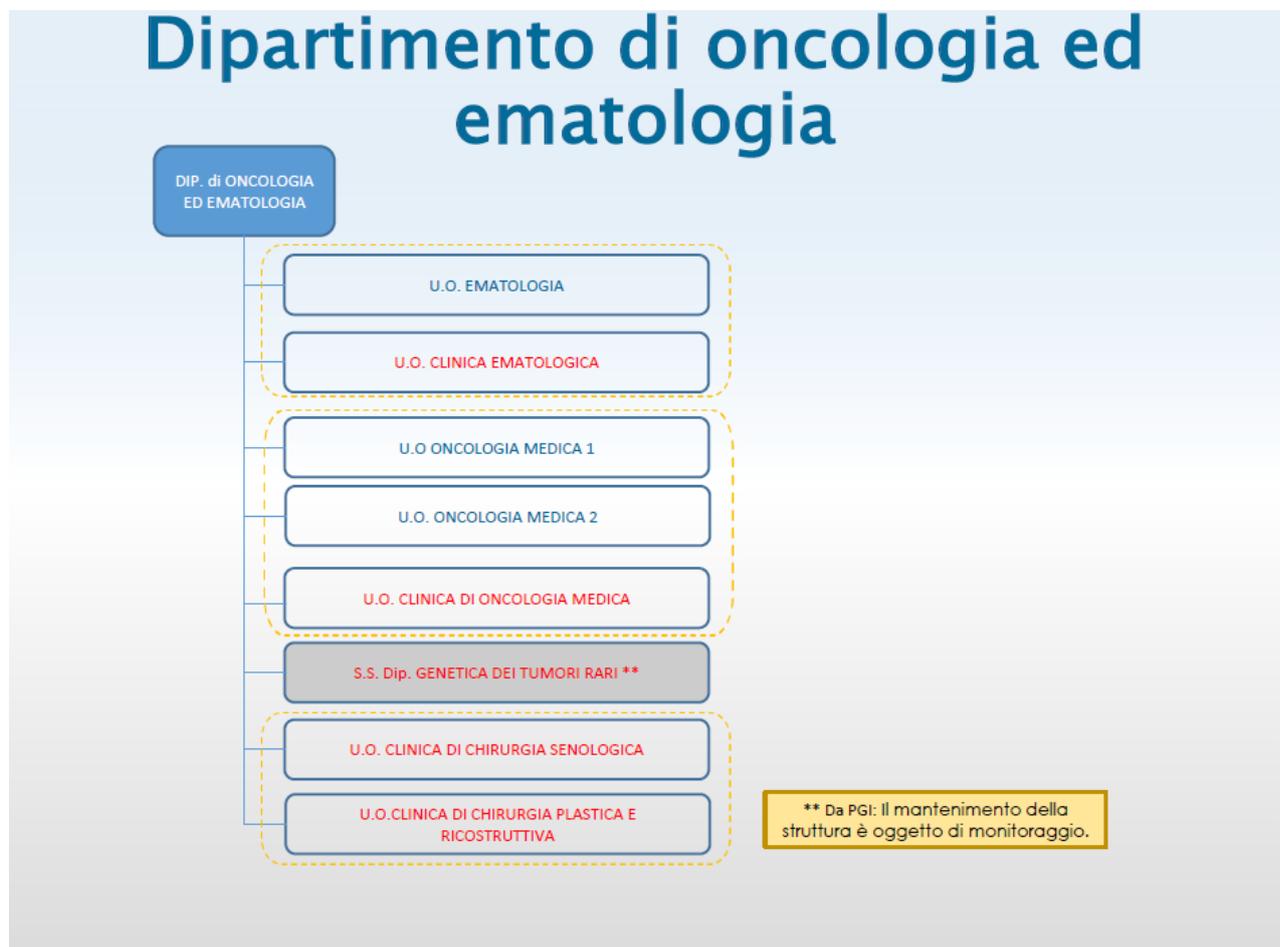
L'istituzione del Dipartimento presso il Policlinico, che è per volumi di attività il primo Punto Nascita della Liguria e costituisce il 1° livello di riferimento per le gravidanze a rischio materno, può rappresentare nella città con più anziani d'Europa e minore natalità, un'altra risposta al bisogno di costruire un messaggio positivo intorno all'evento nascita, divenendo una realtà aziendale anche socio-sanitaria tale da consentirgli l'allineamento con le più moderne realtà assistenziali.

Appare lo strumento più adeguato per raggiungere, tra gli altri, i seguenti obiettivi:

- partecipare alla razionalizzazione dell'offerta nell'ambito del costituendo DIAR Materno Infantile, che dovrà prevedere un adeguamento progressivo ai parametri dell'AGENAS per le attività di riferimento (PMA, Punti Nascita; Diagnosi Prenatale, Ginecologia Oncologica, Uroginecologia, ecc.)
- 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, che possano essere utili al raggiungimento di taluni risultati (per es. un'equilibrata separazione funzionale dell'attività ostetrica da quella ginecologica);
- 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 protocolli e PDTA, sia per le gravidanze fisiologiche che per quelle a rischio, per contribuire ad uniformare scelte e comportamenti con la tensione a eliminare cifre di autoreferenzialità;
- promuovere iniziative di informazione e di educazione per il corretto utilizzo dei servizi, chiaramente individuati e definiti;

- 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, il sostegno nell'allattamento esclusivo con latte materno;
- migliorare la collaborazione fra le unità operative, attraverso la condivisione di percorsi clinico-assistenziali, quali la promozione dell'allattamento al seno, corsi di accompagnamento alla nascita, percorsi clinico-assistenziali di perineonatalogia concernenti l'area nascita ed il *post-partum* al fine di razionalizzare ed implementare il Percorso Nascita ;
- uniformare la dimissione della diade madre-bambino dal Punto Nascita, sia per quello che riguarda la comunicazione alle famiglie, che per le raccomandazioni relative alla dimissione protetta, screening neonatali, vitamine, vaccinazioni, prevenzione incidenti domestici e stradali, prevenzione della morte in culla, ecc. I principali *stakeholders* interessati, oltre ai dirigenti medici dei Punti Nascita, sono i pediatri di libera scelta;
- formalizzare alcuni percorsi clinico-assistenziali dei neonati in *follow up* per la presa in carico da parte delle figure professionali presenti a livello dei Consultori al fine di promuovere la continuità assistenziale Ospedale-Territorio;
- promuovere e formalizzare PDTA con l'Ospedale Pediatrico di riferimento della Regione Liguria al fine di semplificare, secondo criteri di equità ed appropriatezza, gli *iter* assistenziali dei bambini e delle loro famiglie.

Denominazione: **DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA ED EMATOLOGIA**



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

Le strutture indicate con il colore blu sono a direzione ospedaliera

In grigio sono indicate le strutture semplici dipartimentali

La linea tratteggiata gialla indica un unico centro di costo delle strutture

L'evoluzione delle strutture di oncologia tenderà nel prossimo triennio ad una organizzazione articolata 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 in coerenza con l'attività del DIAR.

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.

Anche dal punto di vista logistico è stato previsto un complesso di edifici costituente il *core* di un *Comprehensive Cancer Center* dove i pazienti trovano le principali attività terapeutiche, ma anche molte delle attività di medicina preventiva.

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.

Denominazione: **DIPARTIMENTO DELLA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO**



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

Le strutture indicate con il colore blu sono a direzione ospedaliera

La linea tratteggiata gialla indica un unico centro di costo delle strutture

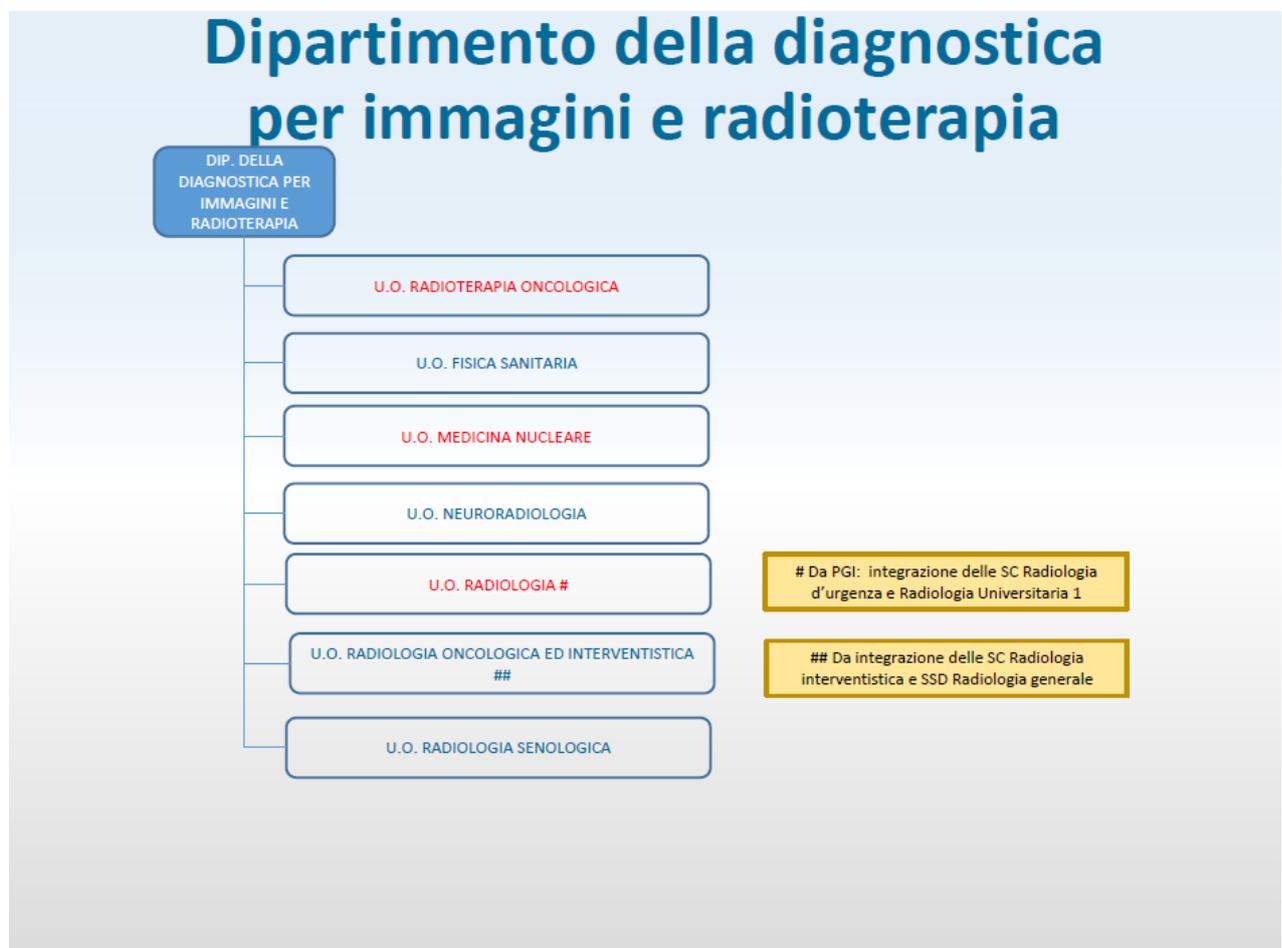
Aggrega funzionalmente e gestionalmente tutti i servizi di diagnostica di laboratorio e di anatomia patologica con i seguenti obiettivi generali dipartimentali, ma trasversali a tutto il Policlinico:

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.

Denominazione: DIPARTIMENTO DELLA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E RADIOTERAPIA



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

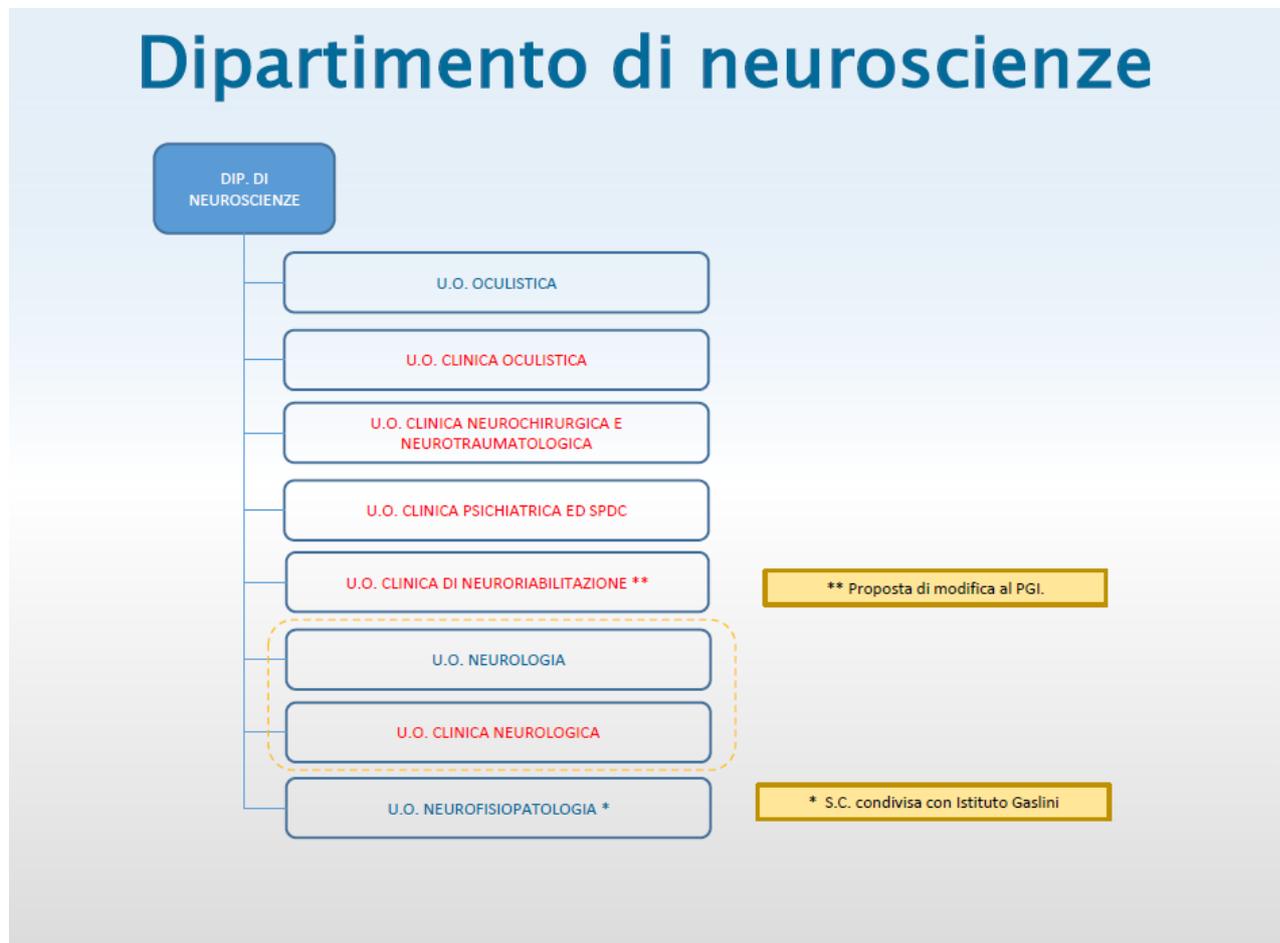
Aggrega funzionalmente e gestionalmente tutti i servizi di diagnostica per immagini, medicina nucleare e radioterapia con i seguenti obiettivi generali dipartimentali ma trasversali a tutto il Policlinico:

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* che 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

Le strutture indicate con il colore blu sono a direzione ospedaliera

La linea tratteggiata gialla indica un unico centro di costo delle strutture

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.

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 "Core Oncologico" attraverso l'attività Neuro-Oncologica.

Garantisce attraverso il criterio del "miglioramento continuo" la risposta alla Neuroemergenza – urgenza e alla Neuroriabilitazione.

Principali aree di sviluppo

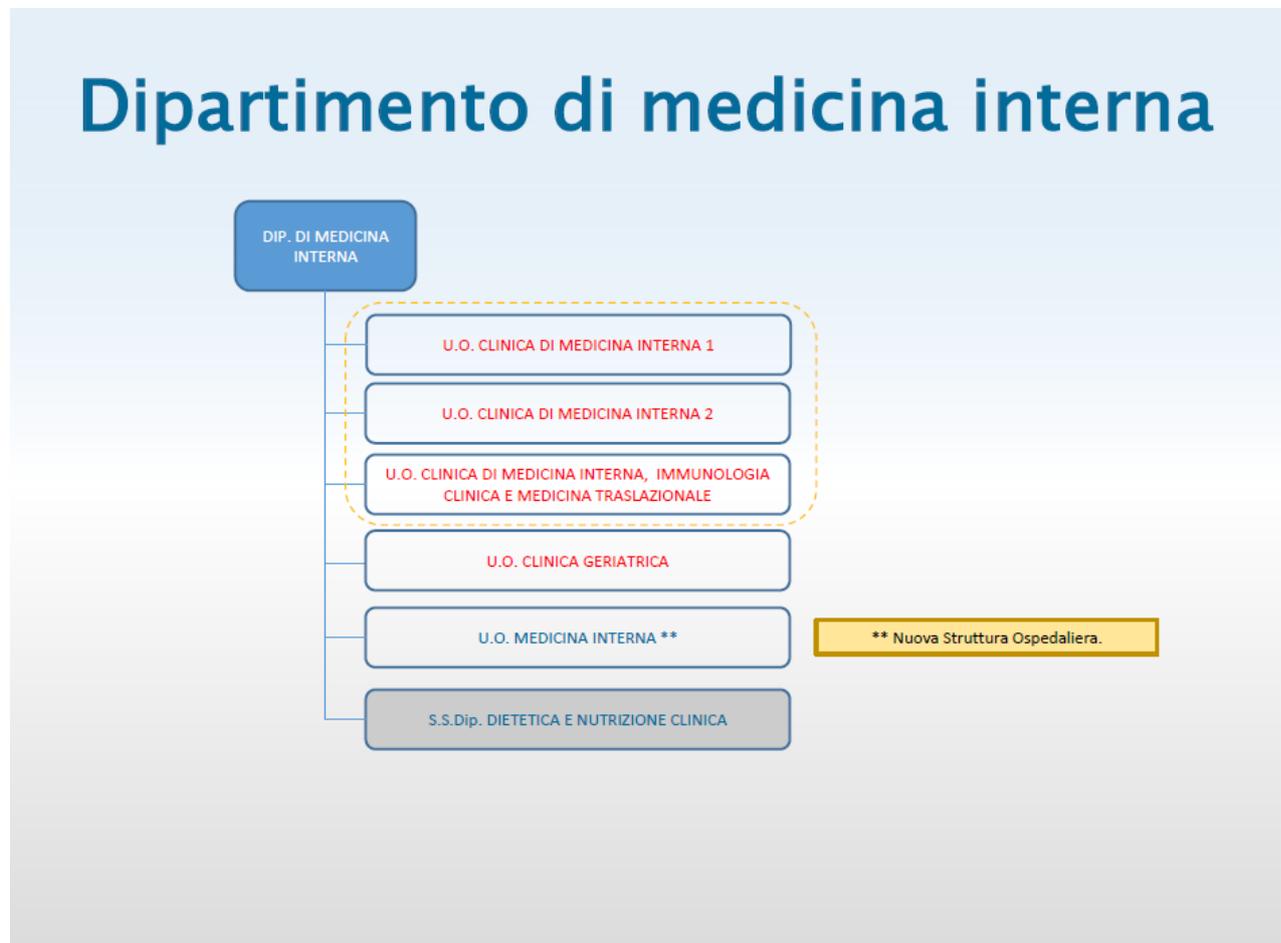
Con particolare riferimento all'Area Assistenziale, e in stretta continuità con la ricerca, risultano in particolare evidenza:

- Diagnosi e Terapia Avanzata del paziente affetto da Ictus (nel Dipartimento è inserita l'unica *Stroke Unit* di II livello della Liguria, in stretta continuità logistica con la struttura di Neurochirurgia post-operatoria.
- Risposta integrata alle condizioni di Neuro emergenza e Neuro urgenza.
- Risposta riabilitativa integrata con particolare riferimento a Ictus e Morbo di Parkinson.
- Diagnosi e Terapia del paziente psichiatrico (in particolare schizofrenia e disturbo bipolare), con piena integrazione della diagnosi e trattamento delle Urgenze Psichiatriche.
- Diagnosi e terapia del paziente affetto da Sclerosi Multipla.
- Diagnosi differenziale e terapia del Paziente affetto da Deterioramento Cognitivo (con riferimento al costruendo piano dei CDCD).
- Diagnosi e terapia delle polineuropatie e della SLA, con specifica apertura riabilitativa alla luce del progetto NEMO.
- Trattamento e diagnosi del paziente affetto da Epilessia.
- Sviluppo dell'Area delle Neuroimmagini, attraverso lo studio e la ricerca sull'apparecchio 3 Tesla, in stretta collaborazione con i Neuroradiologi.
- Trapianto di Cornea; diagnosi e terapia delle Malattie della Retina; diagnosi del Paziente affetto Glaucoma.
- Trattamento medico e chirurgico dei gliomi cerebrali (sviluppo dell'*Awake Surgery*)
- Chirurgia del basi cranio e del laringe (ORL).

Area Medica:

L'assetto organizzativo dell'Area Medica è condizionato dalla numerosità delle strutture (22 in totale, 17 complesse e 5 semplici dipartimentali) a prevalente conduzione universitaria e derivanti dal vigente Protocollo Generale di Intesa tra Regione Liguria e Università degli Studi di Genova (14/22). Per questo motivo, anche al fine di rispettare le indicazioni regionali per la composizione dei Dipartimenti, sono stati identificati tre Dipartimenti di cui quello di Medicina integrata con il territorio riunisce strutture che hanno maggiore affinità con le attività territoriali per alcune delle quali (ad esempio la SSD di Alcologia o la SSD di Hospice) è stato già avviato un percorso per valutare l'opportunità di trasferire l'attività ai servizi territoriali di ASL 3. Nel triennio di attuazione del presente POA, anche al fine di rispettare le indicazioni del DM n. 70/2015, si valuteranno provvedimenti che, in condivisione con l'Università, portino ad una riduzione del numero complessivo di strutture e ad un riequilibrio della componente a direzione ospedaliera rispetto a quella universitaria.

Denominazione: **DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA**



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

Le strutture indicate con il colore blu sono a direzione ospedaliera

In grigio sono indicate le strutture semplici dipartimentali

La linea tratteggiata gialla indica un unico centro di costo delle strutture

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. partecipazione a DMT di altre specialità mediche/chirurgiche.
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, 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.

Denominazione: **DIPARTIMENTO DI MEDICINA SPECIALISTICA**



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

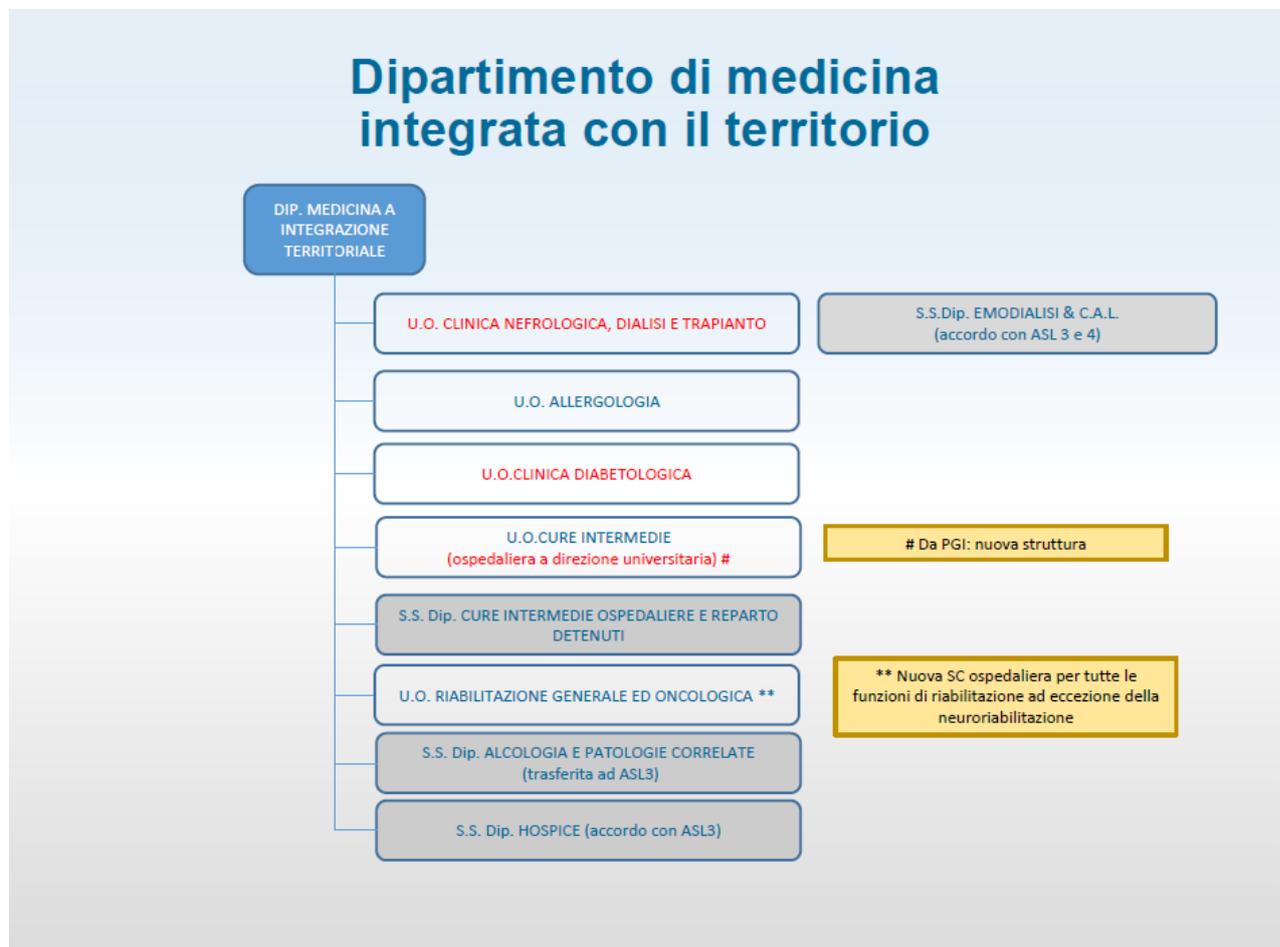
Il Dipartimento comprende le strutture di area medica specialistica con i seguenti obiettivi generali da perseguire:

1. ottimizzazione delle attività specialistiche, soprattutto strumentali, per pazienti ricoverati nell'Istituto ottimizzando l'efficacia e l'efficienza diagnostico-terapeutica;
2. sviluppo e attivazione di percorsi diagnostico-terapeutici per patologie specialistiche selezionate, con sviluppo di reti assistenziali regionali;
3. partecipazione e implementazione di DMT;
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.

Denominazione: **DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA INTEGRATA CON IL TERRITORIO**



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

Le strutture indicate con il colore blu sono a direzione ospedaliera

In grigio sono indicate le strutture semplici dipartimentali

Il Dipartimento di medicina integrata con il territorio aggrega diverse strutture caratterizzate dalla sinergia con l'area territoriale. Gli obiettivi generali comprendono:

1. sviluppo di percorsi assistenziali diagnostico-terapeutici ambulatoriali, anche con presa in carico dei pazienti;
2. sviluppo di attività di riabilitazione, in collaborazione con U.O. del Policlinico di competenza;
3. sviluppo di percorsi di cura post-acuta in collegamento con U.O. del Policlinico in rete con strutture territoriali quali le residenze sanitarie assistenziali
4. presa in carico diagnostico-terapeutica di competenza per pazienti ricoverati.

Nel Dipartimento coesistono diverse e coordinate funzioni al fine di garantire oltre alle attività di assistenza anche la promozione della qualità delle prestazioni sanitarie perseguita attraverso la formazione continua degli operatori e l'ottimizzazione delle risorse. L'attività del Dipartimento comprende la realizzazione di obiettivi di sviluppo e miglioramento sia dell'attività di ricerca sia della formazione per studenti della Scuola di Scienze Mediche e farmaceutiche e per laureati nei corsi di specializzazione o di dottorato.

L'U.O. Clinica Nefrologica conferirà nell'ambito del Dipartimento di medicina specialistica all'avvenuta realizzazione del Progetto CAL.

(Art. 61) (I Disease Management Team - DMT)

Con il primo Regolamento di organizzazione e funzionamento dell'Ente erano stati costituiti in prima applicazione alcuni *Disease Management Team* (DMT) quale struttura organizzativa funzionale ritenuta idonea al percorso di sviluppo clinico e di ricerca del nuovo Istituto scientifico. Nel nuovo Piano di organizzazione aziendale i DMT 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. Per questa istituzione anche universitaria che si qualifica come 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.

Le linee generali per l'attivazione e il funzionamento dei DMT, struttura trasversale funzionalmente sovraordinata alla organizzazione verticale divisionale, sono di seguito declinate e ciascun DMT dovrà meglio dettagliare la propria organizzazione, articolazioni e funzionalità in un proprio specifico regolamento secondo tali principi.

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.

I DMT hanno gli obiettivi:

- a. di offrire ai pazienti 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;
- b. di semplificare il percorso del paziente all'interno della struttura ospedaliera e il collegamento, ove necessario, con altre strutture ospedaliere regionali e con il territorio;
- c. di promuovere la ricerca clinica e traslazionale;
- d. di garantire la formazione, aggiornamento e verifica delle abilità e delle competenze dei professionisti.

Il campo di applicazione e modalità di attivazione dei DMT sono i seguenti:

- a. I DMT si applicano a tutti gli ambiti clinici 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 i DAI di riferimento e più specificamente 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 direttori dei DAI di riferimento ed i relativi responsabili infermieristici di area dipartimentale (RIDAI), dai Direttori di Struttura Complessa e Semplice Dipartimentale afferenti.
- c. 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.
- d. Il funzionamento del DMT viene definito dal regolamento approvato dal Comitato di coordinamento.
- e. 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
- f. 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'Istituto 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 con esperienza almeno quinquennale e con abilità specificamente connesse alle attività proprie del DMT certificate dal Direttore di Struttura Complessa e del DAI di appartenenza.
- b. Il coordinatore di DMT ha la piena responsabilità della conduzione del DMT; nella sua attività è supportato dal comitato del DMT.
- c. La nomina è di pertinenza della Direzione Generale, sentito il Collegio di direzione.
- d. Il Coordinatore viene individuato tra i dirigenti medici che hanno segnalato la propria disponibilità, mediante un percorso selettivo interno volto a valutare l'esperienza professionale curricolare, la capacità progettuale nello specifico ambito e la capacità di coordinamento e di *leadership*.
- e. Al Coordinatore individuato verrà conferito un incarico in staff alla direzione, di altissima rilevanza strategica o simile qualora non ricopra già l'incarico di direttore di SC o di SSD; in

tutti i casi la nomina e la qualifica vengono recepite con un *addendum* al contratto individuale di lavoro.

- f. 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.
- g. L'incarico di Coordinatore è sottoposto a verifica annuale sulla base di specifici indicatori di processo e/o di esito. L'esito della verifica determina la conferma o la cessazione dell'incarico.

(Art. 62) (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, nonché di tutte le strutture che lo compongono.
- d. Il Coordinatore del DMT esprime il proprio motivato giudizio sul raggiungimento degli obiettivi 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 regionale, 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:

- a. 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.

- b. 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;
- c. la supervisione e proposta di studi clinici;
- d. la promozione del reclutamento dei pazienti negli studi clinici in corso;
- e. le funzioni di manutenzione dei PDTA e di adeguamento a nuovi standard organizzativi e scientifico-professionali;
- f. 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);
- g. 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 ed URP, 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 ed URP.

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 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 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 E URP

- 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 e URP, 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.

Secondo i criteri sopra esposti volti al rafforzamento dell'organizzazione e del ruolo dei DMT il Policlinico ha già riconnotato il DMT delle Neoplasie Mammarie, attraverso la formale costituzione della *Breast Unit*, individuata dalla Delibera di Giunta Regionale n. 622 in data 8.7.2016. Progressivamente tale modalità organizzativa verrà estesa ad altri DMT.

(Art. 63) (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. dip. Medicina Legale Coordinamento Trapianti - Centro Regionale Trapianti;

Strutture per i prelievi e per i trapianti di organi, tessuti e cellule:

U.O. Anestesia e Terapia Intensiva

U.O. Anestesia e Rianimazione – S.S. Terapia intensiva post-operatoria

S.S. dip. Chirurgia dei Trapianti di rene

S.S. dip. Chirurgia dei Trapianti di fegato

U.O. Clinica Oculistica

U.O. Oculistica

U.O. Ematologia

Fondazione Banca Occhi Melvin Jones

U.O. Medicina Legale

S.S. Fisiopatologia della riproduzione umana (U.O. Clinica di Ostetricia e Ginecologia)

Strutture cliniche specialistiche che operano nel settore dei trapianti:

U.O. Clinica Nefrologia, Dialisi e Trapianto

U.O. Malattie del Metabolismo e Diabetologia

U.O. Clinica Gastroenterologica – S.S. Diagnosi e terapia delle epatopatie.

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 (I.O. Inserimento liste di attesa trapianto di rene, rene/pancreas; I.O. Protocollo donazione e prelievo organi e tessuti rianimazioni; I.O. Percorso del paziente per trapianto renale).

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 la Clinica Oculistica del Policlinico come definito dalla D.G.R. n. 1455/2012.

L'attività di esecuzione dei protocolli di inserimento in lista per trapianto epatico e l'attività di trapianto epatico si svolge attraverso una convenzione, stipulata nel 2015, con l'Azienda Ospedaliera Ca' Granda Niguarda di Milano.

E' stato definito specifico accordo con l'Istituto scientifico Giannina Gaslini per l'esecuzione del trapianto di rene pediatrico presso il Gaslini in collaborazione con le strutture del Policlinico.

(Art. 64) (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, nonché derivanti dagli esiti del monitoraggio previsto dall'articolo 5, punto 4, del vigente Protocollo Generale di Intesa Regione/Università degli Studi di Genova.

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"*”.

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.”*
- ✓ DCR n. 21 del 05.12.2017 *“Piano Socio Sanitario Regionale per il triennio 2017/2019.”*