

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE  
REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA

33081 - Aviano (PN) - Italy  
Via Franco Gallini 2  
C.F. - P.IVA 00623340932  
Tel. 0434/6591  
Fax 0434/652182

CENTRO DI RIFERIMENTO  
ONCOLOGICO



Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico (D.I. 31/07/1990, 18/01/2005, 11/12/2009)

**DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE**

N° **624** DEL **20/12/2024**

OGGETTO

REGOLAMENTO ATTUATIVO DELL'ATTO AZIENDALE - AGGIORNAMENTO SEZIONI SPECIFICHE E ADOZIONE DEFINITIVA.

*IL DIRETTORE GENERALE*

*Dott.ssa Francesca Tosolini*

***nominato con Delibera di Giunta della Regione FVG n. 2270 del 27.12.2019  
e incaricato con contratto n. 742/AP del 27.12.2019,  
a decorrere dal 01.01.2020 e sino al 31.12.2024***

OGGETTO: REGOLAMENTO ATTUATIVO DELL'ATTO AZIENDALE - AGGIORNAMENTO SEZIONI SPECIFICHE E ADOZIONE DEFINITIVA.

### **IL DIRETTORE GENERALE**

Visto il Decreto Legislativo 23 dicembre 2022, n. 200 recante il “*Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico*”, che ha previsto alcuni adempimenti per gli Enti interessati dal riordino tra i quali l’adeguamento degli statuti o regolamenti di organizzazione e funzionamento degli IRCCS, al fine di garantire il coordinamento delle attività del direttore generale con quelle del direttore scientifico nonché di assicurare l’integrazione dell’attività assistenziale e di formazione con quella di ricerca;

Dato atto che, in applicazione a quanto stabilito da tale riforma, con deliberazione n.137 del 31.03.2023 è stato quindi approvato un aggiornamento a stralcio del Regolamento di attuazione dell’Atto Aziendale precedentemente adottato con deliberazione CRO n. 309 del 28.06.2019;

Rilevato che l’aggiornamento ha avuto ad oggetto la struttura organizzativa della Direzione Scientifica, con specificazione sia delle articolazioni organizzative e gestionali con autonomia di budget (CdR), sia il sistema delle responsabilità;

Dato atto che successivamente, con deliberazione n. 500 del 15.12.2023, in esito alle disposizioni contenute nel succitato D. Lgs n. 200 del 23.12.2022, è stato adottato in via definitiva l’Atto Aziendale dell’Istituto;

Dato atto che a seguito dall’adozione del suddetto Atto Aziendale sono stati posti in essere i conseguenti adempimenti necessari a dare progressiva attuazione alle disposizioni ivi previste per assicurare la funzionale organizzazione e gestione dell’Istituto;

Richiamata la deliberazione n. 82 del 08.02.2024, con la quale si è proceduto all’aggiornamento della specifica sezione del Regolamento attuativo dell’Atto Aziendale riguardante l’articolazione organizzativa in Staff alla Direzione Generale e quella riferita al Dipartimento della Gestione Amministrativa, demandando ad atti successivi il completamento della revisione del Regolamento stesso, in funzione della progressiva messa a regime del complessivo assetto organizzativo definito nell’Atto Aziendale;

Dato atto che con deliberazione n. 319 del 15.06.2024 si è provveduto a definire la mappatura degli incarichi dirigenziali dell’area sanità, con indicazione, fra gli altri, degli incarichi di Struttura Semplice quale articolazione interna di Struttura Complessa, declinandone i contenuti;

Dato atto che nel corso degli ultimi mesi sono state convocate e gestite diverse riunioni per condividere con i Direttori della SOC e responsabili SOSD i percorsi necessari alla definizione e al completamento della mappatura degli incarichi e che, a seguito degli incontri, si sono rivisti i

contenuti e la declinazione dei profili di tutti gli incarichi dirigenziali per la dirigenza area sanità al fine di dare un assetto omogeneo alla mappatura stessa;

Visto il documento proposto dal Direttore Sanitario recante l'aggiornamento delle suindicate sezioni;

Ritenuto, pertanto, di completare la revisione del Regolamento Attuativo dell'Atto Aziendale procedendo all'aggiornamento delle sezioni riguardanti l'articolazione organizzativa della Direzione sanitaria e dei Dipartimenti clinici e della ricerca;

Ritenuto, per l'effetto, di procedere all'adozione di un unico documento denominato "Regolamento attuativo dell'atto aziendale" che assorba e sostituisca interamente le precedenti versioni a stralcio adottate con deliberazioni n.137 del 31.03.2023 e n. 82 del 08.02.2024;

Vista l'attestazione da parte del Direttore Amministrativo dell'avvenuta regolare istruttoria del provvedimento, anche in relazione alla sua compatibilità con la vigente legislazione regionale e statale;

Preso atto del visto del Direttore della SOC Gestione risorse Economico Finanziarie che attesta la regolarità contabile del presente provvedimento;

Visto il D.Lgs. 30.12.1992, n. 502 *"Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421."* e s.m. ed i.;

Visto il D.Lgs. 16.10.2003, 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."* e s.m. ed i.;

Vista la L.R. 10.08.2006, n. 14 *"Disciplina dell'assetto istituzionale, organizzativo e gestionale degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico "Burlo Garofolo" di Trieste e "Centro di Riferimento Oncologico" di Aviano."* e s.m. ed i.;

Vista la L. R. 17 dicembre 2018, n. 27, rubricata *"Assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale"*, e, in particolare, il suo articolo 3, che elenca gli enti che compongono il Servizio sanitario regionale;

Vista la L. R. 12 dicembre 2019, n. 22, recante *"Riorganizzazione dei livelli di assistenza, norme in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria e modifiche alla legge regionale 26/2015 e alla legge regionale 6/2006"* e ss. mm. e ii.;

acquisito, per quanto di rispettiva competenza, il parere favorevole:

del Direttore Sanitario, Dott. Nelso Trua,

del Direttore Amministrativo, Dott.ssa Cristina Zavagno

e del Direttore Scientifico, Dott.ssa Silvia Franceschi

## **D E L I B E R A**

1. di procedere all'adozione del documento completo denominato "Regolamento attuativo dell'Atto Aziendale", nella versione allegata al presente provvedimento;
2. di precisare che tale documento contiene l'aggiornamento delle sezioni riguardanti l'articolazione organizzativa della Direzione sanitaria e dei Dipartimenti clinici e della ricerca;
3. di precisare, altresì che tale regolamento assorbe e sostituisce le precedenti versioni a stralcio adottate con delibera n.137 del 31.03.2023 e n. 82 del 08.02.2024.
4. di dare atto che nessun costo consegue direttamente all'adozione della presente deliberazione.

*Allegati n. 1*

# Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: RAFFAELLA CATTARUZZA  
CODICE FISCALE: CTTRFL70L64A5160  
DATA FIRMA: 20/12/2024 14:23:17  
IMPRONTA: 10BB8981FD3CFD4781FDA6E91FF41D5710ED0A02D4BD0A3D0769A4AD602DB66E  
10ED0A02D4BD0A3D0769A4AD602DB66E1B8A7E8336E8E6B5A175BD3BC3F1DB75  
1B8A7E8336E8E6B5A175BD3BC3F1DB75B6310EE03C9F1D4BF8AF49068D314B8D  
B6310EE03C9F1D4BF8AF49068D314B8D6AF47D9F6D8CFB9C3788DD8D96F391C1

NOME: SILVIA FRANCESCHI  
CODICE FISCALE: FRNSLV55B49F205D  
DATA FIRMA: 20/12/2024 14:44:34  
IMPRONTA: 2A9C98D42D92569BE206B4B8DEE7A6343211B857579ABA1973A417DAA7E4BA60  
3211B857579ABA1973A417DAA7E4BA6073592629217F0D7CCD93AC1ED7C311F7  
73592629217F0D7CCD93AC1ED7C311F786255C2C1A1534441DDDF78B7957A6947  
86255C2C1A1534441DDDF78B7957A69475C9055AFEC0CAAC9E514944408F7773

NOME: CRISTINA ZAVAGNO  
CODICE FISCALE: ZVGCST68P69Z401X  
DATA FIRMA: 20/12/2024 14:52:12  
IMPRONTA: 1D16A79EE44470323D9560D3350E841821F79F495F0B130A75D7E9C73FA83804  
21F79F495F0B130A75D7E9C73FA83804D135066B4073BFC34A8280853F21956F  
D135066B4073BFC34A8280853F21956F9C94EE635378DAFB191800855FBCFAC6  
9C94EE635378DAFB191800855FBCFAC66571E77B9D9895219A41F8A0A3A357B3

NOME: NELSO TRUA  
CODICE FISCALE: TRUNLS68E13C352L  
DATA FIRMA: 20/12/2024 15:05:43  
IMPRONTA: 07998BF9AC1E535606BF9AC28061423BAB5B585D9FEAF21DC6B7FAE9C635F623  
AB5B585D9FEAF21DC6B7FAE9C635F6230E3927924C43CE6D28CF4066060465A0  
0E3927924C43CE6D28CF4066060465A0AE02F497A57D301AE1617D633BEE689  
0AE02F497A57D301AE1617D633BEE689A94F9BED28FE0E038CBD1390A7C5FD60

NOME: "FRANCESCA TOSOLINI"  
CODICE FISCALE: TSLFNC68M54L483X  
DATA FIRMA: 20/12/2024 15:17:39  
IMPRONTA: 862ECED994249E31C705C8D3FCAE79618395B53D887025010783F32EB92B1A21  
8395B53D887025010783F32EB92B1A2104D0D39499E186056F41CAA59A90C4EB  
04D0D39499E186056F41CAA59A90C4EB26DB4CD6A8BB3191AF29191E719EC2A3  
26DB4CD6A8BB3191AF29191E719EC2A3A76A0013E0EB03C34E5C30C5679F9999



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

ISTITUTO DI RICOVERO e CURA a CARATTERE SCIENTIFICO

CRO di Aviano - Istituto Nazionale Tumori



## **REGOLAMENTO ATTUATIVO DELL'ATTO AZIENDALE**

## INDICE

<b>Premessa</b>	p. 3
<b>Articolo 1</b>	
Natura del regolamento attuativo	p. 4
<b>Articolo 2</b>	
Denominazione, responsabilità e funzioni delle articolazioni organizzative della Direzione Strategica	p. 4
<b>Articolo 2a</b>	
Direttore Generale e Staff di Direzione Generale	p. 4
<b>Articolo 2b</b>	
Direttore Amministrativo e Dipartimento Amministrativo	p. 12
<b>Articolo 2c</b>	
Direttore Scientifico e Staff di Direzione Scientifica – Sezione ricerca	p. 27
<b>Articolo 2d</b>	
Direttore Sanitario e Staff di Direzione Sanitaria	p. 33
<b>Articolo 3</b>	
Organizzazione dipartimentale	p. 42
<b>Articolo 4</b>	
Dipartimento di Oncologia Medica	p. 46
<b>Articolo 5</b>	
Dipartimento di Oncologia Chirurgica	p. 52
<b>Articolo 6</b>	
Dipartimento Clinico delle Alte Tecnologie	p. 57
<b>Articolo 7</b>	
Dipartimento della Ricerca e della Diagnostica Avanzata dei Tumori	p. 64

## Premessa

Con l'Atto Aziendale adottato con delibera n. 500 del 15.12.2023 sono state formalmente definite la macro struttura e le regole fondamentali di funzionamento del CRO, insieme ai principi e ai valori ispiratori che ne orientano l'azione. Obiettivo del presente Regolamento è quello di descrivere sia la struttura organizzativa con le sue articolazioni organizzative e gestionali con autonomia di budget (CdR) che il sistema delle responsabilità.

Le diverse articolazioni organizzative si caratterizzano per specifiche competenze / attività e risorse umane, tecnologiche e strutturali assegnate, e configurano:

- A. la Direzione Strategica Aziendale, con le rispettive strutture operative, che svolgono funzioni di:
  - a. orientamento e sostegno allo sviluppo delle eccellenze di assistenza e ricerca;
  - b. supporto metodologico per lo sviluppo organizzativo e gestionale e delle competenze in ambito di assistenza e ricerca;
  - c. amministrazione e gestione economica;
  - d. programmazione e valutazione delle performance;
  - e. coordinamento della comunicazione interna ed esterna;
  
- B. i Dipartimenti che garantiscono l'accesso a servizi e prestazioni, percorsi di cura integrati per patologia, e la ricerca clinica e traslazionale di interesse dell'Istituto.

## **Art. 1**

### ***Natura del Regolamento Attuativo***

Il presente Regolamento Attuativo, previsto dall'Atto Aziendale approvato con delibera n. 500 del 15.12.2023 e s.m.i., completa la descrizione del complessivo assetto organizzativo di Istituto. In particolare descrive:

- denominazione, responsabilità e funzioni delle articolazioni organizzative di tutte le strutture della Direzione Strategica;
- denominazione, responsabilità e funzioni delle strutture che compongono i Dipartimenti.

Si rinvia all'Atto Aziendale per i principi fondamentali sull'organizzazione aziendale non contemplati dal presente Regolamento Attuativo.

## **Art. 2**

### ***Denominazione, responsabilità e funzioni delle articolazioni organizzative della Direzione Strategica***

La Direzione Strategica definisce, sulla base delle indicazioni della pianificazione regionale e delle indicazioni ministeriali, per quanto di competenza, le strategie di programmazione aziendale e ne controlla la realizzazione. È composta dal Direttore Generale, dal Direttore Scientifico, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo. La Direzione Strategica è la sede di governo dell'Istituto; assolve alle funzioni di indirizzo e controllo direzionale, verificando il corretto impiego delle risorse assegnate, rispetto al raggiungimento degli obiettivi prefissati; garantisce le relazioni necessarie per perseguire i fini dell'Istituto.

## **Art. 2a**

### ***Direttore Generale e Staff di Direzione Generale***

Nell'ambito della programmazione e degli indirizzi espressi dalle Istituzioni e dagli Organi di riferimento, il Direttore Generale, coadiuvato dal Direttore Sanitario, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Scientifico, assicura il regolare funzionamento dell'Istituto, rispondendo alla Regione e al Ministero della Salute del proprio mandato. La responsabilità di gestione complessiva dell'Istituto è da intendersi in senso pieno, rispetto alle strategie, nonché rispetto all'azione di indirizzo nei confronti dei responsabili delle strutture operative, che dal Direttore Generale sono nominati e allo stesso rispondono, anche ai fini dell'integrazione delle stesse nella realizzazione della missione aziendale. È, altresì, responsabile della gestione del budget complessivo dell'Istituto, nel rispetto del vincolo delle risorse assegnate dalla Regione e dallo Stato, nonché dell'assegnazione dei budget annuali ai Centri di Risorsa (CdR). Il Direttore Generale si coordina con il Direttore Scientifico ai fini dell'integrazione dell'attività assistenziale e dell'attività di formazione con le attività di ricerca per potenziarne l'efficacia nell'area tematica di afferenza.

Il Direttore Generale assegna al Direttore Scientifico gli obiettivi annuali e ne valuta il raggiungimento.

Il Direttore Generale è il Datore di lavoro, adotta il Documento di Valutazione dei Rischi (DVR) e nomina il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP).

Al Direttore Generale competono in particolare e in via esclusiva i seguenti atti:

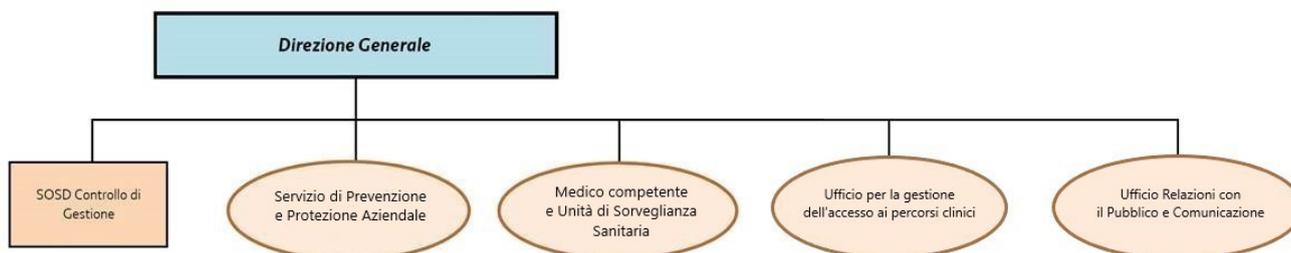
- nomina e revoca del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;
- nomina del proprio sostituto;
- presa d'atto della nomina del Direttore scientifico disposta dal Ministero della Salute, sentito il Presidente della Regione;
- nomina del Collegio Sindacale;
- nomina dell'Organismo Indipendente di Valutazione;
- nomina del Consiglio d'Indirizzo e di Verifica;
- costituzione del Comitato Unico di Garanzia;
- costituzione dell'Organismo paritetico;
- nomina del Collegio di Direzione;
- nomina del Consiglio dei Sanitari;
- nomina del Nucleo Etico per la Pratica Clinica;
- nomina del:
  - Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT);
  - Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione (RSPP);
  - Responsabile della Protezione dei Dati (RPD);
  - Responsabili dell'Anagrafe della Stazione Appaltante (RASA);
  - Responsabile della Transizione al Digitale (RTD);
- conferimento, conferma e revoca incarico:
  - Direttore di Dipartimento;
  - Struttura Operativa Complessa;
  - Responsabile Struttura Semplice Dipartimentale;
  - Responsabili Struttura Semplice;
  - di natura professionale;
  - titolare di incarico di funzione;
- nomina dei Collegi Tecnici per la valutazione dei Dirigenti;
- indizione dei bandi per il reclutamento del personale;
- nomina delle commissioni esaminatrici di concorso;
- adozione e modifica dell'Atto Aziendale;
- adozione e modifica del Regolamento di organizzazione e funzionamento;
- adozione degli atti fondamentali di programmazione aziendale quali:
  - Piano Attuativo Ospedaliero (PAO), bilancio di previsione e report infra-annuali;
  - Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO);
  - Bilancio di esercizio e relativa relazione;

- Piani e programmi di investimento;
- Piano della formazione;
- adozione dei regolamenti di portata generale;
- decisione di costituirsi in giudizio e conferimento incarichi di patrocinio legale;
- ogni altro atto ad elevato contenuto discrezionale, non di natura tecnico-professionale, ovvero previsto da disposizioni normative specifiche, la cui materia non sia stata preventivamente regolamentata e non sia riservata, espressamente, ad altri soggetti dell'Istituto.

Tutti gli altri atti non specificatamente attribuiti al Direttore Generale sono di esclusiva competenza dei direttori responsabili di SOC/SOSD/SOSI, che li adottano nei limiti e per il raggiungimento degli obiettivi di budget loro assegnati e nel rispetto delle direttive emanate in materia. I direttori di SOC/SOSD/SOSI provvedono in relazione alla sfera di esclusiva competenza all'adozione di atti amministrativi e di atti di diritto privato che impegnano l'Azienda verso l'esterno, quale esplicitazione dell'attribuzione in via diretta, a titolo proprio, di precise responsabilità sull'attività amministrativa.

Lo *staff* del Direttore Generale è composto dalle seguenti articolazioni organizzative:

### **Organigramma**



## **CONTROLLO DI GESTIONE**

### *Classificazione*

Struttura Operativa Semplice Dipartimentale

### *Posizione*

In staff al Direttore Generale

### *Livello di responsabilità*

La Struttura Controllo di Gestione opera ai seguenti livelli:

- Direzione Strategica, nelle fasi di programmazione e controllo direzionali;
- Direttori e Responsabili Infermieristici e Tecnici di dipartimento, Direttori/Responsabili di SOC/SOSD/SOSI, nella fase istruttoria di pre-negoziazione e nelle fasi di verifica infra-esercizio e finale;
- Referenti dei budget trasversali, nelle fasi di determinazione delle risorse necessarie per la realizzazione degli obiettivi programmati, nell'ambito del processo di budget, e nelle fasi di rimodulazione dei budget stessi;
- Direttore SOC Gestione Risorse Economico Finanziarie e Responsabile SOSI Gestione del Personale, per la traduzione in valori economici delle risultanze della negoziazione, da inserire nei documenti di programmazione.

### *Competenze*

La Struttura Controllo di Gestione garantisce:

- a) la gestione del percorso di programmazione aziendale;
- b) supporto metodologico e tecnico alla Direzione Strategica nelle diverse fasi della programmazione aziendale, del ciclo di gestione della performance e del processo di controllo, monitoraggio e valutazione;
- c) supporto alla Direzione Strategica nella declinazione, negoziazione, monitoraggio degli obiettivi di performance e degli obiettivi finanziati con risorse aggiuntive regionali o finanziati con altre risorse;
- d) la predisposizione dei relativi atti e provvedimenti, curandone la proposta alla Direzione Generale;
- e) l'aggiornamento del sistema di misurazione e valutazione della performance in collaborazione con la SOC Affari Generali, Legali e Gestione Risorse Umane;
- f) supporto alla direzione strategica e alle strutture operative nella realizzazione dei progetti innovativi e nell'analisi e revisione dei processi organizzativi;
- g) la proposta di utilizzo, monitoraggio/rendicontazione di risorse da finanziamento specifico per abbattimento liste d'attesa in collaborazione con l'Ufficio per la gestione dell'accesso ai percorsi clinici;
- h) supporto al percorso di valutazione individuale annuale della dirigenza;
- i) la definizione di metodologie, strumenti di valutazione e di sviluppo delle risorse umane in collaborazione con la SOC Affari Generali, Legali e Gestione Risorse Umane;
- j) la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati prodotti dai flussi informativi aziendali, predisponendo una reportistica finalizzata alla rappresentazione delle informazioni e indicatori utili alla Direzione e ai responsabili delle singole strutture;

- k) le attività di controllo della qualità del dato in collaborazione con le diverse strutture operative/uffici;
- l) la gestione della contabilità analitica;
- m) la trasmissione dei flussi informativi di attività, economici, ecc. verso altri Enti (Ministero, Regione e altre aziende/enti), coordinando le modalità di raccolta ed elaborazione dei dati;
- n) supporto tecnico ai fini autorizzativi per la valutazione della congruità delle tariffe relative all'attività libero professionale;
- o) supporto nella definizione dei costi connessi agli studi clinici sperimentali;
- p) l'attivazione di apposite procedure per la determinazione dei costi effettivi delle prestazioni sanitarie sia tariffate nel nomenclatore LEA che non tariffate di nuova introduzione;
- q) la proposta della ripartizione budget di risorsa;
- r) gestione Budget di risorsa assegnato;
- s) supporto alla Direzione Amministrativa per l'elaborazione dei regolamenti di carattere generale;
- t) gli adempimenti necessari alla redazione del PIAO, curandone la predisposizione, con assemblaggio e verifica della coerenza delle sezioni predisposte da altre strutture e predisposizione degli atti di adozione.

La Struttura è tenuta a curare la predisposizione degli atti di competenza e a proporli alla Direzione strategica dell'Istituto ai fini della loro approvazione.

È responsabile della definizione dei criteri, della tenuta e aggiornamento dei Centri di Risorsa e dei Centri di Costo/Responsabilità.

La SOSD Controllo di Gestione è individuata come struttura tecnica permanente a supporto dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV).

Assicura, per quanto di competenza, gli adempimenti previsti dalla normativa in materia di trattamento dati e di prevenzione della corruzione e di trasparenza.

Si intende attribuita alla struttura ogni altra funzione, non specificata o di nuova introduzione, riconducibile per analogia al mandato della struttura.

## **PREVENZIONE E PROTEZIONE AZIENDALE**

### *Classificazione*

Servizio

### *Posizione*

In staff al Direttore Generale

### *Livello di responsabilità*

Il Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale (SPPA) risponde direttamente al Direttore Generale.

### *Competenze*

In accordo con quanto previsto dall'articolo 33 del D.Lgs. 81/08 e s.m.i. all'SPPA compete:

- a) l'individuazione dei fattori di rischio, la valutazione dei rischi e l'individuazione delle misure per la sicurezza e la salubrità degli ambienti di lavoro, nel rispetto della normativa vigente, sulla base della specifica conoscenza dell'organizzazione aziendale;
- b) l'elaborazione, per quanto di competenza, delle misure preventive e protettive di cui all'articolo 28, comma 2 e dei sistemi di controllo di tali misure;
- c) l'elaborazione delle procedure di sicurezza per le attività aziendali;
- d) la proposizione dei programmi di informazione e formazione dei lavoratori;
- e) la partecipazione alle consultazioni in materia di tutela della salute e sicurezza sul lavoro, nonché alla riunione periodica di cui all'articolo 35;
- f) l'aggiornamento dei lavoratori riguardo alle informazioni di cui all'articolo 36.

Il Servizio svolge, altresì, attività di:

- sopralluogo degli ambienti di lavoro, anche congiuntamente al Medico Competente, al fine di valutare i rischi a cui sono esposti i lavoratori, e programmare le azioni di prevenzione e protezione nonché le misure di miglioramento;
- consulenza per la sicurezza alle strutture aziendali;
- redazione di procedure per la gestione e il controllo dei rischi sui luoghi di lavoro;
- collabora all'elaborazione, di concerto con il Datore di lavoro, con il Medico competente e con il RLS (Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza), del DVR (Documento Valutazione Rischi);
- analisi, modifiche e integrazioni del Documento Unico di Valutazione Rischi Interferenziali (DUVRI) per la gestione degli appalti.

## **UNITÀ DI SORVEGLIANZA SANITARIA**

### *Classificazione*

Servizio

### *Posizione*

In staff al Direttore Generale

### *Livello di responsabilità*

L'Unità di Sorveglianza Sanitaria risponde direttamente al Direttore Generale, assicurando una costante integrazione con la Direzione Sanitaria.

All'Unità di Sorveglianza Sanitaria (USS) competono le seguenti attività:

- a) supporto all'attività del Medico Competente/Autorizzato, attraverso la programmazione e l'organizzazione delle visite mediche preventive, periodiche e su richiesta del lavoratore, e degli esami di laboratorio, secondo protocolli regionali, ai sensi dell'articolo 41 del D.Lgs. 81/08 e del D.Lgs. 230/95, per il personale radio esposto;
- b) supporto all'attività del Medico Competente sugli infortuni e incidenti professionali (follow-up, secondo protocolli regionali) e sulle malattie professionali, con gestione informatica dei relativi dati;
- c) gestione delle istanze di compatibilità e flessibilità delle lavoratrici madri, ai sensi del D.Lgs. 151/01;
- d) programmazione ed esecuzione dell'immuno-profilassi vaccinale, aggiornamento dei dati nei software dedicati;
- e) controllo dell'infezione tubercolare, attraverso lo screening antitubercolare preventivo e periodico del personale e dopo incidente professionale;
- f) attività di tutoraggio per gli studenti del II anno del Corso di Laurea in Assistenza Sanitaria;
- g) supporto al Medico Competente nell'attività di sopralluogo ai sensi del D.Lgs. 81/08.

## **UFFICIO PER LA GESTIONE DELL'ACCESSO AI PERCORSI CLINICI**

### *Classificazione*

Servizio *Posizione*

### *Posizione*

In staff al Direttore Generale

### *Livello di responsabilità*

L'Ufficio per la gestione dell'accesso ai percorsi clinici risponde direttamente al Direttore Generale, assicurando una costante integrazione con la Direzione Sanitaria.

### *Competenze*

L'Ufficio si occupa della gestione dell'offerta di attività ambulatoriale (aziendale SSN, libera professione) garantendo supporto alla Direzione strategica nei seguenti ambiti:

- a) governo dell'accesso alle prestazioni, monitoraggio e valutazione del rapporto domanda/offerta e dei tempi di attesa, assicurando la trasparenza delle liste di attesa, in collaborazione con la SOSD Controllo di Gestione e con i Dipartimenti;
- b) proposta del Piano Aziendale annuale per la Gestione delle Liste d'Attesa in attuazione delle indicazioni nazionali e regionali e come strumento di miglioramento dei processi di erogazione delle prestazioni ambulatoriali, improntati a criteri di efficacia, efficienza, appropriatezza, accessibilità, equilibrio tra attività istituzionale e libero professionale;
- c) implementazione, per quanto di competenza, e monitoraggio dei percorsi assistenziali interni o inseriti nelle reti regionali di patologia, in raccordo con i Dipartimenti e con il Servizio Qualità e Accreditamento.
- d) collaborazione con ARCS per la stesura dei monitoraggi nazionali e regionali previsti dalla normativa vigente;
- e) predisposizione di report aziendali specifici utili ad un'analisi periodica dei tempi di attesa, proponendo azioni correttive, in stretta collaborazione con il Servizio Qualità e Accreditamento;
- f) attuazione di raccordo funzionale delle segreterie di reparto e con il responsabile della Piastra ambulatoriale per la gestione delle agende e dei percorsi di prenotazione;
- g) creazione e modulazione centralizzata delle agende di prenotazione delle prestazioni sanitarie con gestione informatizzata;
- h) realizzazione dei progetti innovativi e analisi e revisione dei processi organizzativi, garantendo il necessario supporto anche alle strutture operative;
- i) applicazione di nuovi modelli organizzativi innovativi.

Si intende attribuita all'Ufficio ogni altra funzione, non specificata o di nuova introduzione, riconducibile per analogia al mandato dell'ufficio.

## **UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO E COMUNICAZIONE**

### *Classificazione*

Servizio

### *Posizione*

In staff al Direttore Generale

### *Livello di responsabilità*

Il Servizio risponde direttamente al Direttore Generale.

### *Competenze*

Al Servizio compete:

- a) gestire l'ufficio stampa e le relazioni con i *media* (nazionali e locali);
- b) gestire il sito web e i *social media* dell'Istituto;
- c) curare i rapporti con gli enti del terzo settore e con gli uffici stampa dei principali stakeholders/opinion leader/associazioni;
- d) elaborare l'aggiornamento degli strumenti di comunicazione a contenuto non strettamente scientifico;
- e) collaborare nella gestione degli eventi istituzionali;
- f) supervisionare le campagne di fund raising/5 per mille in collaborazione con la Direzione Scientifica;
- g) proporre le strategie di marketing sociale e comunicativo e la progettazione delle relative iniziative;
- h) proporre e progettare gli strumenti informativi per facilitare l'accesso ai percorsi di presa in carico e ai servizi dell'Istituto;
- i) informare/orientare l'utenza sui servizi dell'Istituto (orari, percorsi, vitto e alloggio, cliniche, ecc.);
- j) gestire i reclami e le segnalazioni di pazienti e familiari e relativa registrazione sulla piattaforma informatizzata di raccolta delle segnalazioni;
- k) gestire il processo di rilevazione continua della qualità percepita;
- l) effettuare l'attività di accettazione delle donazioni dirette in raccordo con la Direzione Scientifica.

## **Art. 2b**

### ***Direttore Amministrativo e Dipartimento della Gestione Amministrativa***

Il Direttore Amministrativo è preposto alle strutture amministrative e tecniche ai fini dell'integrazione funzionale delle medesime con le linee di cura e ricerca, dell'uniformità dei processi, del rispetto delle regole e delle procedure, per agire buone prassi di amministrazione e gestione. È responsabile della vigilanza sulla legittimità degli atti amministrativi adottati e formula proposte e pareri obbligatori e/o facoltativi al Direttore Generale; fornisce il necessario supporto per le materie giuridiche, economiche e tecniche, ai fini dell'assunzione degli atti di competenza dei dirigenti; assicura il coordinamento in materia di trattamento dei dati in raccordo con il Responsabile della Protezione dei Dati (RPD) e assicura la funzione di Referente aziendale in materia.

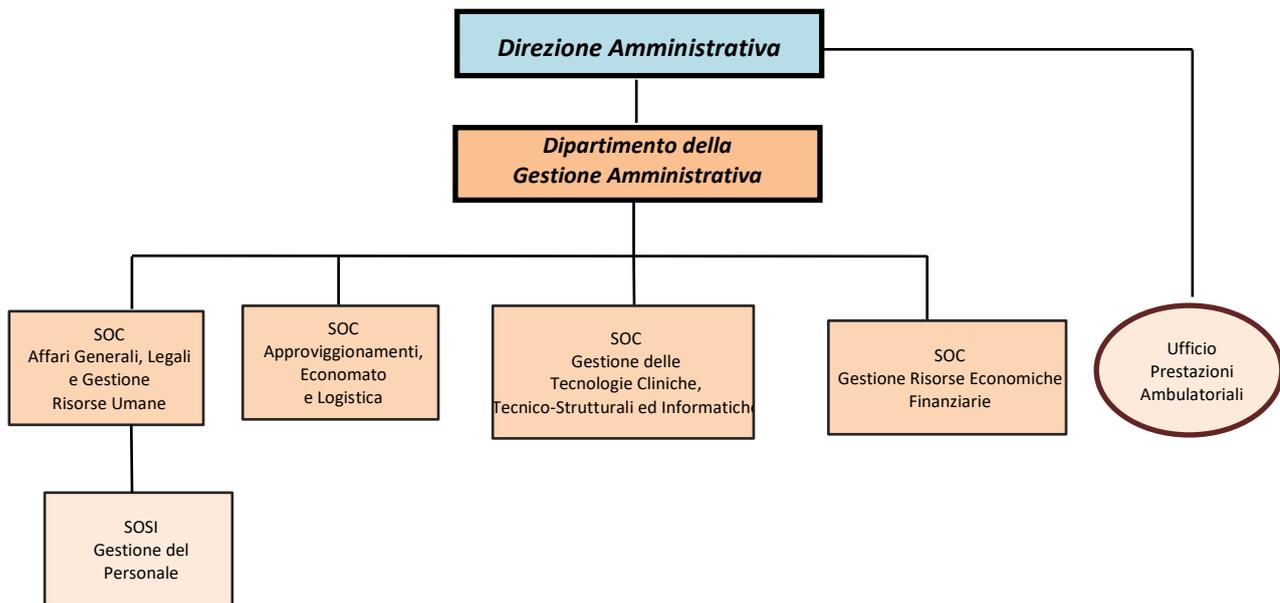
Il Direttore Amministrativo supporta il Direttore Generale nella determinazione e assegnazione dei budget di risorsa ai responsabili delle strutture amministrative; partecipa al processo di negoziazione di budget delle strutture tecnico-

amministrative e individuazione gli obiettivi generali e specifici dell'attività amministrativa aziendale, garantendo la qualità della stessa in termini di buon andamento, imparzialità, pubblicità ed efficacia, fermo restando che i rispettivi responsabili rispondono del budget di attività/risorse loro assegnato.

Coadiuvare il Direttore Scientifico per gli aspetti di competenza.

Il Dipartimento della gestione amministrativa è composto dalle seguenti articolazioni organizzative:

### Organigramma



## **UFFICIO PRESTAZIONI AMBULATORIALI**

### *Classificazione*

Servizio

### *Posizione*

In staff al Direttore Amministrativo

### *Livello di responsabilità*

L'Ufficio prestazioni ambulatoriali risponde direttamente al Direttore Amministrativo;

### *Competenze*

Le attività dell'Ufficio prestazioni ambulatoriali sono le seguenti:

- a) correzione errori di anagrafica nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO), previa abilitazione ad ADT centralizzato;
- b) gestione ricoveri extraregione contestati in collaborazione con la Direzione Sanitaria;
- c) correzione "doppie anagrafiche";
- d) gestione STP, paganti in proprio, convenzioni/contratti extra SSR;
- e) verifica correttezza anagrafiche (residenza e domicilio sanitario degli utenti);
- f) gestione del flusso SIASA prestazioni ambulatoriali;
- g) garantire l'attività di controllo dei dati delle prestazioni ambulatoriali registrate nei sistemi informativi in collaborazione con la SOSD controllo di gestione;
- h) recupero crediti riferiti a prestazioni ambulatoriali.

Si intende attribuita all'Ufficio ogni altra funzione, non specificata o di nuova introduzione, riconducibile per analogia al mandato dell'Ufficio.

## **DIPARTIMENTO DELLA GESTIONE AMMINISTRATIVA**

Il Dipartimento assicura la gestione integrata delle attività amministrative di acquisizione, gestione e contabilizzazione dei principali fattori produttivi, garantendo all'interno del proprio ambito la corretta gestione e il corretto impiego delle risorse assegnate e l'attuazione dei programmi di attività dipartimentale.

Al dipartimento afferiscono le seguenti strutture:

### **AFFARI GENERALI, LEGALI E GESTIONE RISORSE UMANE**

#### *Classificazione*

Struttura Operativa Complessa

#### *Livello di responsabilità*

Il Direttore di SOC esercita la supervisione diretta sulla dotazione professionale della sua struttura complessa e ne è il responsabile unico e individuato per tutte le attività svolte dalla medesima.

Il Direttore di SOC provvede in relazione alla sfera di esclusiva competenza all'adozione di atti amministrativi e di atti di diritto privato che impegnano l'Azienda verso l'esterno, quale esplicazione dell'attribuzione in via diretta, a titolo proprio, di precise responsabilità sull'attività amministrativa.

#### *Competenze*

La Struttura Affari Generali, Legali e Gestione Risorse Umane, è competente in materia di:

### **AREA AFFARI GENERALI, LEGALI**

- a) procedure amministrative correlate agli studi e alle sperimentazioni cliniche, predisposizione dei contratti relativi a sperimentazioni cliniche e gestione delle relative attività propedeutiche;
- b) supporto alla Direzione Scientifica nella procedura registrazione brevetti;
- c) predisposizione dei contratti relativi alla gestione degli immobili appartenenti al patrimonio disponibile dell'Istituto (compravendite, locazioni, comodati, concessioni, ecc.) e gestione delle relative attività propedeutiche e conseguenti;
- d) gestione degli adempimenti derivanti da lasciti testamentari in favore dell'Istituto fino al completamento delle pratiche di successione;
- e) gestione procedure di accettazione delle offerte di donazione e di comodato d'uso gratuito di beni mobili ed immobili, secondo le indicazioni del vigente regolamento in materia;
- f) gestione delle polizze assicurative e dei sinistri e supporto alla gestione delle procedure di aggiudicazione dei servizi assicurativi;

- g) coordinamento del Comitato Valutazione Sinistri aziendale;
- h) tutela dei diritti dell'Istituto nei confronti dei terzi curando la nomina del difensore di fiducia dell'Ente e le relazioni con i legali di controparte, seguendo l'istruttoria della causa (in collaborazione con le strutture di volta in volta interessate) per la gestione del contenzioso civile, penale e amministrativo;
- i) adozione dei provvedimenti di liquidazione delle spese legali e dei rimborsi correlati e conseguenti al contenzioso di cui è parte l'Istituto;
- j) gestione e aggiornamento dell'elenco di avvocati per il conferimento di incarichi di assistenza e rappresentanza in giudizio dell'Ente;
- k) gestione dei rapporti con l'autorità giudiziaria;
- l) predisposizione e gestione di convenzioni e di accordi con persone giuridiche pubbliche o private e di protocolli d'intesa istituzionali, comprese tutte le attività propedeutiche e conseguenti;
- m) sottoscrizione di convenzioni con Enti del Terzo Settore;
- n) gestione coperture assicurative volontari e tirocinanti;
- o) garantisce la funzione di Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) e assicura tutti i compiti e gli adempimenti previsti dalla normativa di settore;
- p) funzioni di responsabile della gestione documentale e di responsabile della conservazione digitale limitatamente alle attività non delegate al gestore del servizio di conservazione;
- q) funzioni di supporto alle Strutture Aziendali in materia di Privacy;
- r) proposta e aggiornamento regolamenti aziendali inerenti il mandato della Struttura;
- s) supporto alla Direzione Amministrativa per l'elaborazione dei regolamenti di carattere generale;
- t) predisposizione degli atti di nomina degli Organi e degli Organismi dell'Istituto;
- u) organizzazione e gestione dell'ufficio protocollo e gestione dei flussi documentali in collaborazione con la direzione strategica e le altre strutture aziendali;
- v) gestione della convenzione con Poste Italiane S.p.A.;
- w) adozione degli atti di competenza prevista dal regolamento in materia di diritto di accesso agli atti ai sensi della legge n. 241/1990 e s.m.i.;
- x) supporto istruttorio alla direzione Scientifica e alla Direzione Sanitaria concernenti le materie di competenza della SOC "Affari Generali, Legali e Gestione Risorse Umane";
- y) gestione Budget di risorsa assegnato.

Si intende attribuita alla struttura ogni altra funzione, non specificata o di nuova introduzione, riconducibile per analogia al mandato della struttura ovvero espressamente delegata dalla Direzione Amministrativa.

## **AREA GESTIONE RISORSE UMANE**

- a) supporto alla Direzione Strategica nella definizione delle politiche del personale e del fabbisogno di dotazione organica in termini quali/quantitativi e finanziari;
- b) gestione del sistema relazioni sindacali in attuazione delle politiche definite dalla Direzione strategica;
- c) assicurare il reclutamento delle risorse umane in attuazione del fabbisogno definito dalla direzione strategica, compreso il personale della ricerca, borsisti, con rapporto di lavoro flessibile e con incarichi libero professionali (ad esclusione degli incarichi di docenza);
- d) gestione dei rapporti con la ditta di somministrazione per rapporto di lavoro flessibile;
- e) gestione dei rapporti con il centro per l'impiego delle persone con disabilità in applicazione della legge n. 68/1999 e dei relativi adempimenti amministrativi, fornendo il supporto necessario al responsabile dei processi di inserimento delle persone con disabilità nominato dall'Istituto;
- f) sottoscrizione dei contratti individuali di lavoro ad eccezione dei contratti di incarico gestionale;
- g) definizione in collaborazione con la SOSD Controllo di Gestione di metodologie, strumenti di valutazione e di sviluppo delle risorse umane;
- h) gestione delle procedure di valutazione annuale relative alla performance individuale del personale dipendente;
- i) attivazione di tutte le procedure di sviluppo di carriera del personale (es: progressioni di carriera, progressioni retributive, incarichi dirigenziali);
- j) elaborazione delle proposte dei contratti integrativi aziendali in attuazione dei CCNLL e delle politiche aziendali;
- k) funzioni dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari;
- l) responsabile delle comunicazioni/adempimenti telematici in merito alla gestione del personale (es. comunicazione obbligatoria ADELIN, legge 68);
- m) proposta e aggiornamento regolamenti aziendali nelle materie di competenza;
- n) gestione Budget di risorsa assegnato.

### **Gestione del Personale**

#### *Classificazione*

Struttura Operativa Semplice

#### *Posizione*

Afferisce al Direttore SOC Affari Generali, Legali e Gestione Risorse Umane

#### *Livello di responsabilità*

Il Responsabile di SOS risponde al Direttore SOC Affari Generali, Legali e Gestione del Personale, esercita la

supervisione diretta sull'area economica e giuridica di gestione delle risorse umane.

### *Competenze*

La Struttura Gestione del Personale si compone dell'area giuridica e dell'area economica ed è competente in materia di:

- a) gestione giuridica, economica, contributiva e fiscale e previdenziale del personale, compresa l'adozione di tutti gli atti propedeutici dell'attivazione del rapporto di lavoro fino alla cessazione;
- b) applicazione dei CCNL e dei Contratti Integrativi Regionali ed Aziendali;
- c) applicazione giuridico/economica delle procedure di sviluppo di carriera del personale (es: progressioni di carriera, progressioni retributive, incarichi dirigenziali);
- d) gestione delle procedure di verifica e valutazione degli incarichi dirigenziali e di funzione;
- e) attività autorizzatoria e di certificazione riguardante stati e qualità dei dipendenti;
- f) gestione iter autorizzativo allo svolgimento di incarichi extra istituzionali;
- g) rilevazione e gestione delle presenze, dei giustificativi di assenza anche ai fini della gestione economica del personale;
- h) gestione del fascicolo personale dei dipendenti;
- i) collaborazione con la SOSD Controllo di Gestione per lo sviluppo del sistema premiante e valorizzazione economica della produttività e del risultato del personale dipendente e del personale della ricerca;
- j) monitoraggio della dotazione organica in termini quali/quantitativi e predisposizione del Piano Triennale del Fabbisogno del Personale;
- k) supporto amministrativo alla SOC Affari Generali, Legali e Gestione Risorse Umane nella gestione delle relazioni sindacali e nella costituzione dei fondi contrattuali del personale dipendente;
- l) proposta e aggiornamento regolamenti aziendali inerenti il mandato (es. trattamento di missione, orario, part time, mobilità interaziendale, incarichi extraistituzionali, ecc.) in collaborazione con la SOC Affari Generali, Legali, e Gestione Risorse Umane e le strutture di staff;
- m) funzioni connesse all'anagrafe prestazioni;
- n) attività di monitoraggio dei costi del personale dipendente e non e reportistica interna ed esterna di competenza (per rendiconti trimestrali, bilancio preventivo e consuntivo, flussi ministeriali, ecc.);
- o) redazione del conto annuale;
- p) predisposizione delle denunce e degli adempimenti previsti per legge;
- q) predisposizione del Piano Operativo del lavoro agile e del PIAO per le parti di competenza;
- r) supporto al Collegio Sindacale e all'Organismo Indipendente di Valutazione per le materie di competenza;
- s) adempimenti previsti dalla normativa in materia di trattamento dati e di prevenzione della corruzione e di trasparenza. per quanto di competenza.

Si intende attribuita alla struttura ogni altra funzione, non specificata o di nuova introduzione, riconducibile per analogia al mandato della struttura ovvero espressamente delegata dalla Direzione Amministrativa.

## **APPROVVIGIONAMENTI, ECONOMATO E LOGISTICA**

### *Classificazione*

Struttura Operativa Complessa

### *Livello di responsabilità*

Il Direttore di SOC esercita la supervisione diretta sulla dotazione professionale della sua struttura complessa e ne è il responsabile unico e individuato per tutte le attività svolte dalla medesima.

Il Direttore di SOC provvede in relazione alla sfera di esclusiva competenza all'adozione di atti amministrativi e di atti di diritto privato che impegnano l'Azienda verso l'esterno, quale esplicazione dell'attribuzione in via diretta, a titolo proprio, di precise responsabilità sull'attività amministrativa.

### *Competenze*

La Struttura Approvvigionamenti, Economato e Logistica garantisce:

- a) supporto alla Direzione Strategica, mediante raccordo con la SOC GETEC, nella programmazione degli investimenti;
- b) per la parte relativa ai beni mobili e tecnologici, la formulazione della proposta del programma preliminare e del programma triennale degli investimenti aziendale, il monitoraggio e la rendicontazione dei contributi in conto capitale;
- c) l'approvvigionamento dei beni e dei servizi non gestiti da altre strutture secondo il presente Regolamento, previsti nei documenti di pianificazione e di programmazione dell'Istituto, compresa la sottoscrizione dei relativi contratti e il controllo sulla corretta esecuzione contrattuale da parte dei fornitori e dei prestatori di servizi;
- d) i rapporti con la centrale di committenza con funzioni di Manager degli acquisti;
- e) la cura dei flussi informativi dell'area di competenza, in particolare la gestione dei flussi riguardanti i dispositivi medici;
- f) la gestione inventariale dei beni mobili (inventariazione e dismissione), con il supporto della SOC Gestione delle Tecnologie Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche per gli ambiti di rispettiva competenza;
- g) la logistica delle consegne, dalla ricezione della merce, allo stoccaggio a magazzino, fino alla distribuzione presso le strutture utilizzatrici in collaborazione con la SOSD Farmacia Ospedaliera per quanto di rispettiva competenza;
- h) la liquidazione delle fatture relative ai beni e servizi acquisiti per gli ambiti di competenza;
- i) la gestione del servizio cucina e mensa, per i degenti e i dipendenti, fino all'appalto del servizio di ristorazione;
- j) la funzione di RUP (Responsabile Unico del Progetto) dei contratti relativi all'acquisizione di beni e servizi nei settori di competenza, fatta salva l'individuazione del RUP in altre Strutture per specifiche tipologie di

- acquisto, in conformità alle indicazioni del Codice dei contratti;
- k) la predisposizione della pertinente documentazione relativa alle procedure di affidamento e la definizione delle strategie e forme di acquisto dei beni, in collaborazione con le Strutture richiedenti l'acquisto o comunque coinvolte nel procedimento altre Strutture;
  - l) supporto alla Direzione Amministrativa per l'elaborazione dei regolamenti di carattere generale;
  - m) gli adempimenti previsti dalla normativa in materia di trattamento dati e di prevenzione della corruzione e di trasparenza, per quanto di competenza;
  - n) la gestione Budget di risorsa assegnato.

Si intende attribuita alla struttura ogni altra funzione, non specificata o di nuova introduzione, riconducibile per analogia al mandato della struttura ovvero espressamente delegata dalla Direzione Amministrativa.

## **GESTIONE DELLE TECNOLOGIE CLINICHE, TECNICO-STRUTTURALI E INFORMATICHE**

### *Classificazione*

Struttura Operativa Complessa

### *Livello di responsabilità*

Il Direttore di SOC esercita la supervisione diretta sulla dotazione professionale della sua struttura complessa e ne è il responsabile unico e individuato per tutte le attività svolte dalla medesima.

Il Direttore di SOC provvede in relazione alla sfera di esclusiva competenza all'adozione di atti amministrativi e di atti di diritto privato che impegnano l'Azienda verso l'esterno, quale esplicazione dell'attribuzione in via diretta, a titolo proprio, di precise responsabilità sull'attività amministrativa.

### *Competenze*

La Struttura Gestione delle Tecnologie Cliniche, Tecnico Strutturali e Informatiche gestisce tutte le attività tecnico amministrative relative alla manutenzione di beni immobili e beni mobili dell'Istituto, assicura la gestione delle tecnologie biomediche, informatiche e TLC, supportando la direzione nelle scelte strategiche di rinnovo tecnologico.

In particolare, la Struttura garantisce:

- a) supporto alla Direzione Strategica, mediante raccordo con la SOC Approvvigionamenti, economato e Logistica, nella programmazione degli investimenti;
- b) la predisposizione e monitoraggio del piano preliminare e del piano triennale degli investimenti edili-impiantistici, attrezzature biomedicali e tecnologie informatiche;
- c) supporto alla SOC Approvvigionamento, Economato e Logistica ai fini della rendicontazione dei contributi in conto capitale;
- d) la gestione del patrimonio immobiliare dell'Istituto;

- e) la gestione dello stato di manutenzione del patrimonio immobiliare, edile-impiantistico, con particolare attenzione alle situazioni che necessitano di interventi di manutenzione straordinaria negli immobili dell'Istituto, ivi compresi quelli acquisiti per effetto di lasciti e donazioni;
- f) la progettazione, gestione dei rapporti con le ditte appaltatrici, compresa l'attività di RUP e DEC ove prevista, e collaudo degli interventi di nuova edificazione, ristrutturazione e manutenzione, ordinaria e straordinaria degli immobili aziendali;
- g) la manutenzione delle aree verdi e delle aree esterne di accesso ai fabbricati di proprietà dell'Istituto;
- h) la gestione dei rapporti con i soggetti preposti, ai fini dell'acquisizione di pareri, nulla osta, autorizzazioni e ogni altro titolo abilitativo previsto dalle norme vigenti inerenti le procedure in capo alle SOC;
- i) la gestione dei contratti relativi a utenze telefoniche, acqua, gas metano, energia elettrica;
- j) la collaborazione con il Servizio di prevenzione e protezione per la prevenzione antincendio (e funzione di responsabile tecnico in riferimento al decreto 19 marzo 2015);
- k) la collaborazione con il Servizio di prevenzione e protezione per le attività correlate al mantenimento della sicurezza delle strutture;
- l) la gestione e affidamento degli incarichi relativi a servizi di architettura e ingegneria;
- m) l'approvazione dei progetti già inseriti nei Piani e programmi di Investimento e delle eventuali perizie di variante in corso d'opera approvati nei limiti economici ivi indicati;
- n) la gestione della manutenzione automezzi;
- o) la gestione Budget di risorsa assegnato;
- p) supporto alla Direzione Amministrativa per l'elaborazione dei regolamenti di carattere generale;
- q) la gestione inventariale dei beni immobili (inventariazione e dismissione), con il supporto della SOC Affari generali, Legali e Gestione Risorse Umane per gli ambiti di rispettiva competenza.

Si intende attribuita alla struttura ogni altra funzione, non specificata o di nuova introduzione, riconducibile per analogia al mandato della struttura ovvero espressamente delegata dalla Direzione Amministrativa.

## **Area Gestione Tecnologie Cliniche**

### *Competenze*

- a) Supporto per la programmazione degli investimenti, la predisposizione e monitoraggio del piano preliminare e del piano triennale degli investimenti per le aree di competenza;
- b) Valutazione delle esigenze di nuove tecnologie cliniche e informatiche tenendo conto dell'obsolescenza e delle innovazioni in supporto alla SOC Approvvigionamenti, Economato e Logistica, mediante analisi dei fabbisogni provenienti dalle diverse strutture aziendali e monitoraggio dello stato delle tecnologie in raccordo con il personale interno della SOC per le aree di competenza;

- c) tenuta dell'inventario tecnico, attività di verifica, controllo, manutenzione delle attrezzature biomedicali e informatiche;
- d) gestione della manutenzione dei dispositivi informatici interconnessi ad apparecchiature medicali (PC/stampanti);
- e) attività correlate alla gestione sicura, efficiente e appropriata del patrimonio tecnologico biomedicale dell'azienda ed all'innovazione tecnologica di settore, anche mediante l'applicazione di criteri di Health Technology Assessment, per il miglioramento della qualità delle prestazioni diagnostico-terapeutiche aziendali. Supporto per le discipline di competenza al processo multidisciplinare di Technology Assessment;
- f) progettazione, supporto e sviluppo di capitolati tecnici e definizione di specifiche tecniche e funzionali in coordinamento con il personale interno della SOC per l'acquisizione delle tecnologie biomedicali e informatiche ed in collaborazione con le strutture aziendali competenti;
- g) progettazione, supporto e sviluppo di capitolati tecnici e definizione di specifiche tecniche in coordinamento con il personale interno della SOC per l'acquisizione di servizi relativi alla manutenzione delle tecnologie biomedicali e informatiche;
- h) definizione strategie di indirizzo nell'adottare soluzioni di integrazione tra dispositivi medici e sistemi informativi nel rispetto delle best practice e utilizzando gli standard opportuni, compresa la gestione delle relazioni in raccordo tra il gruppo/i specifici di Insiel SpA, ARCS/DCS e il personale interno della SOC;
- i) definizione di strategie di indirizzo manutentive e di procedure operative nella gestione delle tecnologie cliniche e informatiche;
- j) supporto tecnico e gestione dei rapporti con ARCS/DCS nella predisposizione delle procedure di affidamento dei contratti di forniture relative a tecnologie e servizi manutentivi afferenti alle aree ingegneria clinica e informatica in collaborazione con le altre strutture aziendali preposte e con il personale interno della SOC;
- k) collaborare nella gestione del rischio tecnologico con le altre strutture aziendali competenti per tutti gli aspetti correlati alla gestione delle tecnologie biomedicali in raccordo con il personale interno della SOC;
- l) garantire le funzioni di responsabile del procedimento e direzione dell'esecuzione dei contratti ove richiesto sia per contratti di forniture in collaborazione con la SOC Approvvigionamenti, Economato e Logistica che per servizi afferenti alle aree della SOC, secondo le disposizioni di cui al Codice degli appalti vigente;
- m) definizione di strategie di indirizzo nella gestione della sicurezza dei sistemi informatici e delle tecnologie biomedicali e di policy in ambito cybersecurity, compresa la gestione sicura delle credenziali e delle profilazioni degli utenti, in coerenza con quanto indicato nelle direttive, norme e best practice di settore e vigenti, compresa la gestione delle relazioni con il gruppo/i specifici di Insiel Spa e DCS;
- n) gestione tecnica degli acquisti di tecnologie biomedicali, introduzione e dismissione nel ciclo produttivo aziendale, assistenza alle strutture operative nella fase di addestramento all'uso e integrazione delle tecnologie nell'ambiente ospedaliero;

- o) collaborazione con il servizio informatico per le modalità di interfacciamento delle tecnologie biomediche e il software medicale con i sistemi informativi aziendali;
- p) sviluppo di procedure, regolamenti e linee guida inerenti il settore per la definizione di standard funzionali e loro diffusione all'interno dell'Istituto, in collaborazione con le altre strutture aziendali per le aree di competenza;
- q) garantire il ruolo di referente aziendale PACS compresa la gestione dei rapporti e delle attività con ARCS, responsabile del progetto a livello regionale, in raccordo con la stessa e con il personale interno della SOC;
- r) adempimenti previsti dalla normativa in materia di trattamento dati e di prevenzione della corruzione e di trasparenza, per quanto di competenza.

## **Area Gestione Tecnologie Informatiche**

### *Competenze*

- a) Supporto per la programmazione degli investimenti, la predisposizione e monitoraggio del piano preliminare e del piano triennale degli investimenti per la parte di competenza;
- b) supporto alla programmazione degli acquisti delle tecnologie informatiche coerentemente con le necessità di sicurezza e le risorse disponibili e le linee di indirizzo dell'Istituto;
- c) stesura dei capitolati tecnici per l'acquisizione delle tecnologie e applicativi;
- d) supporto nelle valutazioni tecniche sulla scelta appropriata delle soluzioni informatiche e dell'impatto in coerenza col sistema informativo/informatico nel suo complesso;
- e) supporto nella progettazione, realizzazione, conduzione, evoluzione e manutenzione dei sistemi IT dell'istituto, nonché dei relativi contratti;
- f) gestione della rete LAN aziendale e wifi (connettività WAN rete dati, cablaggio strutturato, apparati attivi) e progettualità in collaborazione con le altre unità Tecnologie Cliniche e tecnico-strutturali;
- g) gestione dell'infrastruttura sistemistica (active directory, piattaforme di virtualizzazione server, sistemi di storage e di backup, database centralizzati, DNS, infrastruttura di autenticazione di rete, sistemi di disciplina e regolamentazione del traffico di rete, VPN, sistemi antimalware, datacenter aziendali);
- h) gestione e conduzione dei sistemi informatici componenti del SISR della società INSIEL (amministrativi e clinici), del PACS, degli applicativi sanitari verticali di reparto, agli applicativi e sistemi tecnico - amministrativi;
- i) gestione richieste, comunicazioni e revoche delle credenziali di accesso ai sistemi informativi aziendali;
- j) gestione tecnica degli acquisti di tecnologie informatiche e soluzioni informatiche, degli impianti di telefonia fissi e mobili e di trasmissione dei dati, della loro introduzione e dismissione nel ciclo produttivo aziendale, assistenza alle strutture operative nella fase di addestramento all'uso e integrazione delle tecnologie nell'ambiente ospedaliero;
- k) gestione rapporti con il Sistema Informativo Socio Sanitario Regionale e con INSIEL S.p.A., Società ICT in

house della Regione Friuli Venezia Giulia;

- l) gestione dei rischi informatici e della sicurezza dei dati e dei sistemi legati ad aspetti di privacy
- m) gestione delle integrazioni sia verso il sistema regionale che tra i sistemi aziendali;
- n) collaborazione con l'Unità tecnologie cliniche per la gestione e la messa in uso di dispositivi medici in rete con valutazione degli aspetti di sicurezza;
- o) sperimentazione e avviamento di nuovi sistemi informatici regionali; stesura manuali, formazione e affiancamento agli operatori per gli applicativi;
- p) funzioni del Responsabile della Transizione Digitale;
- q) attività correlate alla gestione sicura, efficiente e appropriata delle tecnologie informatiche e di comunicazione dell'Azienda ed all'innovazione tecnologica di settore, garantendo il necessario supporto a tutte le strutture aziendali;
- r) collaborazione nella progettazione, valutazione e definizione delle soluzioni più appropriate in funzione degli acquisti di tecnologie informatiche, a qualunque titolo proposte in uso (comodato, service, donazione, prova, ricerca e sperimentazione).

## **GESTIONE RISORSE ECONOMICO FINANZIARIE**

### *Classificazione*

Struttura Operativa Complessa

### *Posizione*

Afferisce al Dipartimento della gestione amministrativa

### *Livello di responsabilità*

Il Direttore di SOC esercita la supervisione diretta sulla dotazione professionale della sua struttura complessa e ne è il responsabile unico e individuato per tutte le attività svolte dalla medesima.

Il Direttore di SOC provvede in relazione alla sfera di esclusiva competenza all'adozione di atti amministrativi e di atti di diritto privato che impegnano l'Azienda verso l'esterno, quale esplicazione dell'attribuzione in via diretta, a titolo proprio, di precise responsabilità sull'attività amministrativa.

### *Competenze*

La Struttura Gestione Risorse Economico Finanziarie garantisce:

- a) gli adempimenti contabili necessari alla redazione del bilancio d'esercizio e del rendiconto finanziario, curandone la predisposizione, con assemblaggio e verifica della coerenza delle sezioni predisposte da altre strutture e predisposizione degli atti di adozione;

- b) la redazione dei bilanci preventivi e dei rendiconti periodici, in collaborazione con il Controllo di Gestione, e predisposizione degli atti di adozione;
- c) la predisposizione degli atti per il pagamento delle competenze al personale e ai fornitori;
- d) la contabilizzazione e il versamento delle ritenute fiscali e degli oneri contributivi;
- e) gli adempimenti di natura fiscale e civilistica, compresa la tenuta dei libri contabili, dei registri fiscali obbligatori e la redazione delle dovute dichiarazioni fiscali;
- f) l'analisi delle dinamiche finanziarie, tramite la predisposizione di piani mensili e annuali, e la gestione delle risorse finanziarie;
- g) la gestione contabile e fiscale del patrimonio aziendale e dei cespiti;
- h) la contabilizzazione delle fatture passive e l'emissione delle fatture attive, attraverso la procedura integrata ai sistemi contabili;
- i) la contabilizzazione e la definizione degli incassi derivanti dalle sperimentazioni, dalle donazioni ed elargizioni e dall'attività libero professionale;
- j) la contabilizzazione dei contributi in conto esercizio e in conto capitale, e la rendicontazione, con il supporto del Controllo di Gestione, dei finanziamenti ministeriali e regionali a destinazione vincolata;
- k) il supporto contabile alla Direzione Scientifica, per la programmazione, il monitoraggio e la rendicontazione dei progetti di ricerca finalizzata (ministeriali, regionali, europei) e della ricerca corrente;
- l) la rilevazione contabile dell'attività riguardante i convegni e i corsi organizzati dall'Istituto, garantendo supporto per la redazione dei relativi rendiconti;
- m) la gestione della contabilità generale e relativi controlli delle registrazioni contabili in partita doppia, con garanzia di correttezza nel rispetto dei principi contabili e delle disposizioni regionali in materia;
- n) la gestione dei flussi economici ministeriali e della piattaforma ministeriale di certificazione dei crediti e di monitoraggio dei tempi di pagamento (PCC);
- o) la gestione dei rapporti con il Collegio Sindacale;
- p) la gestione dei rapporti con l'Istituto bancario che espleta il servizio di Tesoreria per l'Ente;
- q) la gestione e firma degli ordinativi di pagamento e degli incassi;
- r) supporto alla Direzione Amministrativa per l'elaborazione dei regolamenti di carattere generale;
- s) gli adempimenti previsti dalla normativa in materia di trattamento dati e di prevenzione della corruzione e di trasparenza. per quanto di competenza.

Si intende attribuita alla struttura ogni altra funzione, non specificata o di nuova introduzione, riconducibile per analogia al mandato della struttura ovvero espressamente delegata dalla Direzione Amministrativa.

## **Art. 2c**

### ***Direttore Scientifico e Staff di Direzione Scientifica – Sezione ricerca***

Il Direttore Scientifico è responsabile dell'attività di ricerca dell'Istituto e del budget assegnato. Promuove e coordina le attività scientifiche, la ricerca clinica e traslazionale; è responsabile del budget attribuitogli dal Direttore Generale, la cui entità non può essere inferiore ai finanziamenti destinati all'Istituto per l'attività di ricerca e, complessivamente, all'ammontare dei conferimenti specificatamente destinati all'Istituto, in ragione del carattere scientifico del medesimo.

Individua i responsabili di ciascun progetto di ricerca, assegna loro lo specifico budget (quando questi non siano stabiliti da un grant individuale) e, in ogni caso, verifica l'impiego dei fondi di ricerca e ne cura le relazioni e rendicontazioni economiche intermedie e finali.

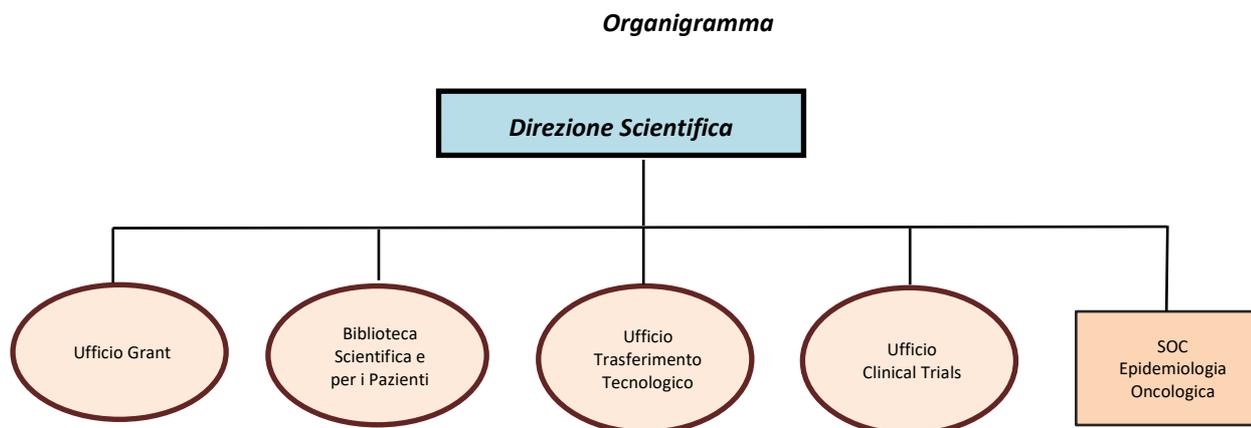
Sovrintende a tutta l'attività di ricerca laboratoristica e medica e alle sperimentazioni cliniche dell'Istituto. Presiede alle attività di comunicazione dei risultati della ricerca attraverso pubblicazioni scientifiche, convegni e corsi, ed al trasferimento tecnologico dei prodotti della ricerca.

Gli uffici tecnici e amministrativi afferenti alla direzione amministrativa supportano l'attività della ricerca secondo le loro competenze.

L'attività della Direzione Scientifica si declina principalmente in:

- a) programmazione, monitoraggio e rendicontazione delle attività di ricerca corrente e finalizzata;
- b) gestione del budget assegnato;
- c) gestione delle relazioni relative alla ricerca, con i Ministeri competenti, la Regione Friuli Venezia Giulia, altri IRCCS, Università e altri Enti di Ricerca, e Associazioni / Fondazioni che sostengono la ricerca scientifica;
- d) promozione e programmazione del trasferimento tecnologico;
- e) attività editoriale e di comunicazione relativamente alla ricerca;
- f) attività connesse con la Biblioteca Scientifica e per i Pazienti;
- g) coordinamento delle attività di sperimentazione clinica;
- h) supporto alle iniziative congressuali;
- i) gestione delle donazioni di privati e aziende per la ricerca;
- j) selezione e gestione del soggiorno al Campus dei giovani ricercatori che ne hanno diritto secondo il regolamento relativo.

Lo staff del Direttore Scientifico è composto dalle seguenti articolazioni organizzative:



## UFFICIO GRANT

### *Classificazione*

Servizio

### *Posizione*

In staff al Direttore Scientifico

### *Livello di responsabilità*

L'Ufficio Grant collabora con tutti i livelli della gerarchia, per quanto di competenza.

### *Competenze*

L'Ufficio Grant è la struttura che gestisce le attività amministrative direttamente e indirettamente connesse alla ricerca scientifica, inclusa la corretta gestione amministrativa dei finanziamenti assegnati a qualsiasi titolo per l'esecuzione di studi e progetti di ricerca. L'Ufficio Grant stimola la collaborazione attiva dei ricercatori dell'istituto coinvolgendoli nelle attività di gestione amministrativa della ricerca e al rispetto delle scadenze. Mantiene attivi rapporti con il Ministero della Salute e con i maggiori enti finanziatori pubblici e/o privati. Promuove la diffusione delle informazioni e delle conoscenze delle tecniche di gestione amministrativa della ricerca attraverso meeting ed incontri interni. Incoraggia nuove opportunità di finanziamenti, soprattutto europei, attraverso scambi con altri responsabili di Uffici Grant nazionali e internazionali.

A tal fine l'ufficio si occupa nello specifico di:

- a) mappatura delle aree di ricerca e definizione della griglia dei ricercatori, incluso quelli del ruolo non dirigenziale della Ricerca Sanitaria;
- b) gestione amministrativa della ricerca corrente e finalizzata;
- c) sorveglianza e segnalazione ai ricercatori di Grant opportunities & fundraising, anche attraverso regolare

Newsletter;

- d) supporto alla sottomissione dei Grant;
- e) gestione amministrativa dei Trial clinici;
- f) gestione del patrimonio della ricerca e dei cespiti capitalizzati;
- g) pianificazione dei cronoprogrammi dei progetti finanziati;
- h) rendicontazioni economiche;
- i) gestione della comunicazione tra i soggetti partecipanti ai progetti di ricerca, all'interno e all'esterno del CRO;
- j) organizzazione di seminari e di incontri di coordinamento.

## **BIBLIOTECA SCIENTIFICA E PER I PAZIENTI**

### *Classificazione*

Servizio

### *Posizione*

In staff al Direttore Scientifico

### *Livello di responsabilità*

Il Responsabile della Biblioteca Scientifica e per i Pazienti collabora con tutti i livelli della gerarchia, per quanto di competenza.

### *Competenze*

Le attività del Servizio Biblioteca Scientifica e per i Pazienti si declinano principalmente in:

- a) selezione, acquisizione e gestione delle risorse informative scientifiche e divulgative, necessarie per attività di ricerca, cura, formazione continua e divulgazione in Oncologia;
- b) servizi di ricerca bibliografica specializzata e della documentazione scientifica;
- c) formazione del personale all'utilizzo esperto delle risorse informative nei settori della bibliometria basata su riviste scientifiche o altri media e supporto specializzato alla progettualità d'Istituto;
- d) gestione della produttività scientifica d'Istituto e della reportistica periodica, per fini istituzionali;
- e) implementazione e gestione del repository digitale per l'accesso integrato agli archivi della produttività scientifica, dei materiali delle attività didattiche e delle pubblicazioni divulgative prodotte dal CRO (CRO OpenDocuments) e delle risorse informative divulgative sul cancro in italiano (CIGNOweb.it);
- f) attività conseguenti alla partecipazione ai sistemi nazionali e internazionali di cooperazione interbibliotecaria (BiblioSan/Ministero Salute e Servizio Bibliotecario Nazionale);
- g) accoglienza e orientamento di pazienti, familiari, accompagnatori e studenti;
- h) coordinamento Programma istituzionale e Gruppo di Patient Education&Empowerment;

- i) ricerca su temi orientati ai pazienti quali: i) formazione del paziente esperto; ii) suo coinvolgimento nella definizione delle priorità dei programmi di ricerca traslazionale e clinica; iii) selezione e sviluppo di buone pratiche; iv) definizione di standard e indicatori di impatto delle attività sui frequentatori dell'Istituto.

## **UFFICIO TRASFERIMENTO TECNOLOGICO**

### *Classificazione*

Servizio

### *Posizione*

In staff al Direttore Scientifico

### *Livello di responsabilità*

Il Responsabile dell'Ufficio Trasferimento Tecnologico collabora con tutti i livelli della gerarchia, per quanto di competenza.

### *Competenze*

L'Ufficio Trasferimento Tecnologico supporta la Direzione Scientifica per promuovere e coordinare le attività di:

- a) scouting all'interno della produzione scientifica dell'IRCCS dei risultati potenzialmente sviluppabili da privati;
- b) tutela e valorizzazione dei risultati del technology transfer;
- c) stipula di 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;
- d) aggiornamento sull'evoluzione dei regolamenti degli IRCCS pubblici in materia di spin-off e start-up, secondo quanto previsto dalla normativa vigente e dai regolamenti adottati in materia di incompatibilità, cumulo di impieghi e disciplina degli incarichi extra-istituzionali a titolo oneroso o gratuito anche con riguardo alla fase del trasferimento tecnologico dei risultati della ricerca, secondo quanto previsto dalla normativa vigente e dai regolamenti adottati dall'IRCCS in materia;
- e) identificazione di partner industriali con adeguate competenze tecnologiche e di ricerca al fine dell'adozione dell'Albo dei partner industriali con cui il CRO può collaborare.

## **UFFICIO CLINICAL TRIAL**

### *Classificazione*

Servizio

### *Posizione*

In staff al Direttore Scientifico

### *Livello di responsabilità*

Il Responsabile dell'Ufficio Clinical Trial collabora con tutti i livelli della gerarchia, per quanto di competenza.

### *Competenze*

È composto da medici, infermiere di ricerca e study coordinator e svolge le seguenti attività:

- a) sovrintende e coordina l'attività di sperimentazione clinica dell'Istituto;
- b) si occupa della gestione dei trials clinici eseguiti al CRO secondo criteri condivisi di qualità e appropriatezza;
- c) partecipa attivamente alle procedure di attivazione, conduzione e chiusura dei trials clinici favorendo la corretta gestione dei pazienti arruolati e dei dati raccolti;
- d) interagisce con i responsabili clinici ed i promotori degli studi ai fini della ottimizzazione dei protocolli stessi;
- e) fornisce alla Direzione Strategica, per quanto di competenza, informazioni periodiche sulla numerosità e lo stato di avanzamento degli studi clinici e partecipa attivamente alla programmazione ed esecuzione delle attività formative in tema di qualità e good clinical practice.

## **EPIDEMIOLOGIA ONCOLOGICA**

### *Classificazione*

Struttura Operativa Complessa

### *Posizione*

In staff al Direttore Scientifico

### *Livello di responsabilità*

La SOC Epidemiologia Oncologica collabora con tutti i livelli della gerarchia, per quanto di competenza. Il Direttore di SOC esercita la supervisione diretta sulla dotazione professionale della sua struttura e ne è il responsabile unico e individuato per tutte le attività di ricerca svolte dalla medesima.

Al direttore della SOC si applica quanto previsto dalla normativa contrattuale.

### *Competenze*

L'epidemiologia dei tumori e la prevenzione primaria e secondaria delle malattie neoplastiche e preneoplastiche rappresentano il contesto generale in cui si inquadra l'attività di ricerca della SOC Epidemiologia Oncologica.

In sintonia con gli orientamenti più aggiornati delle strategie di ricerca epidemiologica in oncologia, la SOC Epidemiologia Oncologica si occupa di:

- a) tenuta del registro tumori in Friuli Venezia Giulia, su base di popolazione;
- b) valutazione degli esiti oncologici quali mortalità, sopravvivenza, e prevalenza dei tumori;
- c) stima del rischio di sovra-diagnosi e sovra-trattamento in Oncologia;
- d) studio dei fattori di rischio, con particolare riguardo agli stili di vita e al ruolo delle infezioni virali nell'ospite immunocompromesso;
- e) iniziative di prevenzione primaria e secondaria dei tumori;
- f) valutazione dell'impatto della prevenzione sull'andamento dei tumori;
- g) valutazione del rischio neoplastico in aree a rischio ambientale potenzialmente aumentato;
- h) partecipazione attiva a reti nazionali e internazionali, finalizzate allo studio e alla lotta contro i tumori;
- i) analisi epidemiologiche e monitoraggio indicatori di attività presso l'Istituto.

**Art. 2d**

**Direttore Sanitario e staff di Direzione Sanitaria**

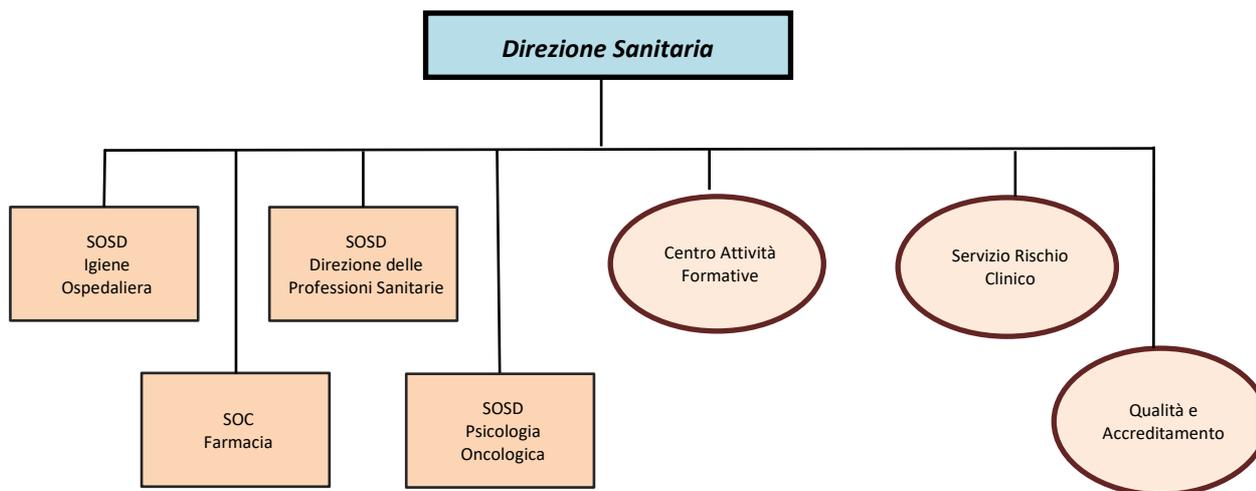
Il Direttore Sanitario fa parte della Direzione Strategica, contribuendo al governo dell'Istituto e al processo di pianificazione e controllo strategico.

Il Direttore Sanitario - responsabile del governo clinico complessivo aziendale - coadiuva il Direttore Generale nello sviluppo delle politiche finalizzate a garantire equità di accesso, appropriatezza, qualità clinico-organizzativa della produzione di prestazioni sanitarie.

Formula altresì proposte e pareri al Direttore Generale sulle materie di propria competenza e lo coadiuva nella determinazione e assegnazione dei budget ai responsabili delle strutture dei Dipartimenti di Cura e di Ricerca; è responsabile del controllo dei budget di attività inerenti alle predette strutture, fermo restando che i responsabili delle stesse rispondono, in piena autonomia, delle attività prestate e dei risultati conseguiti, rispetto agli obiettivi e risorse assegnati dal Direttore Generale.

Lo staff del Direttore Sanitario è composto dalle seguenti articolazioni organizzative.

**Organigramma**



## **IGIENE OSPEDALIERA**

### *Classificazione*

Struttura Operativa Semplice Dipartimentale

### *Posizione*

In staff al Direttore Sanitario

### *Livello di responsabilità*

Il Responsabile Medico della SOSD Igiene Ospedaliera risponde al Direttore Sanitario, esercita responsabilità proprie assegnate da leggi e direttive nonché delegate dal Direttore Sanitario medesimo.

### *Competenze*

La SOSD Igiene Ospedaliera coordina e facilita le attività utili a perseguire il raggiungimento degli obiettivi nazionali, regionali e aziendali, in tema di

- produzione delle prestazioni sanitarie, loro corretta codifica, registrazione e valorizzazione;
- completezza dei flussi informativi correlati;
- promozione e valutazione dell'appropriatezza e della qualità, sia clinica sia organizzativa.

Le attività proprie della struttura sono:

- a) attività igienico sanitarie;
- b) la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (coordinamento azioni del CIO, adesione alle iniziative regionali etc.);
- c) l'organizzazione di studi ad hoc in caso di sospetto epidemico, gestione eventi formativi in collaborazione con l'ufficio Qualità;
- d) la vigilanza sulla potabilità delle acque destinate al consumo umano, sul controllo della legionella, sullo smaltimento dei rifiuti e delle acque reflue, sul blocco operatorio, sul servizio di sterilizzazione, sulla gestione dei farmaci stupefacenti;
- e) la funzione medico legale ospedaliera (denunce obbligatorie, vigilanza sul rispetto delle norme di polizia mortuaria, vigilanza sulla corretta conservazione della documentazione sanitaria e sul consenso informato);
- f) le attività connesse alla gestione del contenzioso;
- g) la vigilanza sul rispetto delle norme sulla riservatezza dei dati, sulla acquisizione del consenso informato e sulla applicazione della carta dei servizi;
- h) il governo dell'accesso alle prestazioni sanitarie;
- i) la vigilanza sulle attività connesse alle emergenze sanitarie;

j) la gestione e l'organizzazione dei trasporti.

Il Responsabile della SOSD di Igiene Ospedaliera, inoltre, si integra con le diverse articolazioni organizzative aziendali per assicurare:

- a) il supporto per gli interventi di competenza al Direttore Sanitario, al fine di garantire:
  - l'efficiente organizzazione dei percorsi di accesso alle prestazioni ambulatoriali e di ricovero;
  - l'efficace implementazione e il monitoraggio dei percorsi clinico-assistenziali e di ricerca, per ambiti specifici di patologia;
  - le attività connesse ai percorsi di accreditamento istituzionale ed all'eccellenza.
- b) il supporto per gli interventi di competenza al Direttore Sanitario e al Responsabile della SOSD delle Professioni Sanitarie, per garantire lo sviluppo di percorsi integrati ospedale-territorio e tra le sedi CRO.

## **PSICOLOGIA ONCOLOGICA**

### *Classificazione*

Struttura Operativa Semplice Dipartimentale

### *Competenze*

La Psicologia Oncologica è responsabile della organizzazione e gestione degli interventi di psico-oncologia; interviene nelle diverse fasi dei percorsi clinico assistenziali, per verificare la necessità di supporto ed assicurare l'adeguata presa in carico dei pazienti con disagio psicologico.

L'attività si traduce in:

- a) attività assistenziale di supporto psicologico, individuale e familiare;
- b) attività di supporto al personale sanitario;
- c) attività di ricerca relativa all'impatto di malattia e trattamenti sulla qualità di vita;
- d) attività di formazione del personale sanitario alla comunicazione e relazione con il paziente;
- e) partecipazione ai team multidisciplinari;
- f) partecipazione ad attività istituzionali, per quanto di attribuzione (es.: Accreditamento).

## **FARMACIA**

### *Classificazione*

Struttura Operativa Complessa

### *Posizione*

In staff al Direttore Sanitario

### *Livello di responsabilità*

La SOC Farmacia è responsabile della gestione dei farmaci e dei dispositivi medici, assicurando il raccordo tra le strutture anche al fine di garantire equità di accesso e appropriatezza d'uso.

### *Competenze*

La SOC Farmacia coordina e facilita le attività utili a perseguire il raggiungimento degli obiettivi nazionali, regionali e aziendali relativi alla gestione dei farmaci e dei dispositivi medici di farmacia, e in particolare è preposta ai processi e alle procedure finalizzate ad assicurare:

- a) l'appropriatezza e la tracciabilità di approvvigionamento, registrazione, preparazione, distribuzione e controllo:
  - delle terapie farmacologiche, per i trattamenti sia di routine sia di sperimentazione clinica;
  - dei dispositivi medici e dei farmaci in carico alla Farmacia;
- b) la predisposizione di report per il monitoraggio di efficienza e appropriatezza dei consumi di farmaci e dispositivi medici;
- c) la tempestiva e piena applicazione delle norme e procedure prescrittive di farmaci e dispositivi medici degli Enti regolatori nazionali e regionali;
- d) l'adesione e il supporto alle procedure di selezione, approvvigionamento, monitoraggio messe in atto da ARCS;
- e) l'attività di farmacovigilanza.
- f) la gestione e l'organizzazione dell'Unità Farmaci Antitumorali;
- g) il mantenimento del sistema qualità in Medicina Nucleare ed il controllo qualità dei radiofarmaci.

Attraverso queste attività la SOC Farmacia, secondo percorsi condivisi con la SOC Farmacologia dell'Istituto - in collaborazione con le altre articolazioni organizzative aziendali coinvolte -, promuove l'appropriatezza prescrittiva delle terapie farmacologiche e contribuisce alla definizione del ruolo terapeutico di nuovi farmaci (place in therapy), supportando le attività finalizzate ad assicurare formazione e confronto multidisciplinare sull'uso appropriato dei farmaci e dei dispositivi medici.

## **DIREZIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE**

### *Classificazione*

Struttura Operativa Semplice Dipartimentale

### *Posizione*

In staff al Direttore Sanitario

#### *Livello di responsabilità*

Il Responsabile delle Professioni Sanitarie risponde al Direttore Sanitario, esercita responsabilità proprie assegnate da leggi e direttive e responsabilità delegate dal Direttore Sanitario medesimo. Contribuisce alla definizione delle linee strategiche e delle politiche aziendali per quanto attiene i processi di competenza.

#### *Competenze*

La SOSD Direzione delle Professioni Sanitarie ha responsabilità di direzione, coordinamento e facilitazione delle attività utili a perseguire il raggiungimento degli obiettivi nazionali, regionali e aziendali, in tema di produzione delle prestazioni sanitarie, relativamente agli aspetti correlati a ruolo e funzioni di competenza delle professioni assistenziali, tecnico-sanitarie e riabilitative, ai sensi della Legge n. 251/2000.

Il Responsabile delle Professioni Sanitarie si integra con le diverse articolazioni organizzative aziendali per assicurare:

- a) la corretta applicazione di procedure di selezione, accogliimento, addestramento e valutazione del personale;
- b) la tutela della sicurezza sul lavoro;
- c) l'Accreditamento istituzionale ed all'eccellenza e le certificazioni;
- d) la valorizzazione di specifici ambiti professionali e la sperimentazione/adozione di modelli organizzativi e assistenziali innovativi, anche ad elevata autonomia tecnico-gestionale, nel rispetto delle norme e degli accordi sindacali e dell'integrazione multi professionale e multi disciplinare;
- e) il miglioramento dei livelli di efficienza ed efficacia dei processi assistenziali,
- f) lo sviluppo professionale e la formazione;
- g) i rapporti con le Università e con enti gestori dei percorsi di formazione;
- h) il supporto ai titolari di Incarichi Organizzativi Infermieristici e Tecnici di Dipartimento nell'analisi dei piani di lavoro e dei carichi di lavoro;
- i) il supporto per gli interventi di competenza alla Direzione Sanitaria/SOSD Igiene Ospedaliera, al fine di garantire l'efficiente organizzazione dei percorsi di accesso alle prestazioni ambulatoriali e di ricovero, l'implementazione e il monitoraggio dei percorsi clinico-assistenziali e di ricerca, lo sviluppo di percorsi integrati ospedale-territorio, il contributo alla vigilanza igienico sanitaria dell'Istituto;
- j) la corretta applicazione degli istituti contrattuali per quanto di competenza;
- k) il sostegno della ricerca sui servizi tecnico-assistenziali.

#### **Ufficio per lo sviluppo professionale e ricerca**

#### *Classificazione*

Servizio

*Posizione*

In staff alla Direzione delle Professioni Sanitarie

*Livello di responsabilità*

Risponde direttamente al Responsabile della SOSD Professioni Sanitarie

*Competenze*

- promuovere l'evoluzione del sapere professionale attraverso l'ideazione e la conduzione di ricerche nelle cure infermieristiche;
- elaborare e/o concorrere a promuovere protocolli di ricerca in ambito infermieristico e tecnico;
- aiutare le equipe assistenziali a trasferire i risultati della ricerca nella pratica clinica - EBP (*Evidence Based Practice*) - anche attraverso la conduzione di *nursing journal club*;
- incentivare la formazione del personale infermieristico per gli aspetti metodologici ed etici della ricerca, anche attraverso la promozione di "*Nursing Research Meeting*" come occasione di incontro/confronto.

**CENTRO ATTIVITÀ FORMATIVE**

*Classificazione*

Servizio

*Posizione*

In staff al Direttore Sanitario

*Livello di responsabilità*

Il Centro Attività Formative (CAF) fa capo al Direttore Sanitario; collabora con tutti i livelli della gerarchia, per quanto di competenza.

*Competenze*

Al CAF è preposto allo sviluppo delle competenze professionali, cliniche, tecniche, relazionali e organizzative, adeguate al contesto di alta specialità e innovazione dell'Istituto, con costante attenzione alla centralità del paziente e all'umanizzazione dei processi di cura, al fine di favorire:

- a) la creazione di professionalità altamente qualificate, attraverso lo sviluppo di competenze volte a soddisfare i requisiti di qualità organizzativa, professionale e percepita;
- b) lo sviluppo di conoscenze e competenze nell'ambito della ricerca oncologica;
- c) il coinvolgimento di tutto il personale verso il raggiungimento di obiettivi aziendali e verso il miglioramento organizzativo, in particolare per ciò che concerne l'accreditamento all'eccellenza;
- d) la motivazione e l'empowerment professionale degli operatori;

- e) la promozione di un clima organizzativo orientato al dibattito, allo sviluppo di interazioni tra ricercatori (traslazionali), al confronto tra professionisti e alla ricerca di soluzioni creative;
- f) la qualità delle relazioni interne ed esterne, con gli utenti e fra gli operatori dell'Istituto.

Nel perseguimento dei propri obiettivi il CAF gestisce i seguenti processi:

- a) attività connesse al ruolo di Provider ECM della Regione FVG;
- b) rilevazione del fabbisogno formativo;
- c) predisposizione del Piano della Formazione aziendale e monitoraggio;
- d) predisposizione della reportistica per la rendicontazione delle attività di Formazione (attività propedeutiche alla programmazione, realizzazione e rendicontazione alla Regione e al CoGeaps dell'attività prevista dal Piano Formativo Aziendale, di eventi formativi Regionali/PNRR);
- e) supporto tecnico metodologico per la progettazione delle iniziative formative;
- f) formazione formatori e formazione studenti;
- g) conduzione di progetti di ricerca volti a valutare gli impatti della formazione erogata e a promuovere le competenze dei formatori;
- h) espletamento delle procedure amministrative per l'affidamento degli incarichi professionali di docenza e gestione dei relativi adempimenti e flussi informativi;
- i) supporto alla competente Struttura nella predisposizione del PIAO (Piano Integrato di Attività e Organizzazione) per le parti di competenza;
- j) adempimenti previsti dalla normativa in materia di trattamento dati e di prevenzione della corruzione e di trasparenza, per quanto di competenza.

## **RISCHIO CLINICO**

### *Classificazione*

Servizio

### *Posizione*

In staff al Direttore Sanitario

### *Livello di responsabilità*

Il Servizio Rischio Clinico risponde al Direttore Sanitario e contribuisce alla definizione delle linee strategiche per quanto attiene i processi di competenza.

### *Competenze*

Il Servizio di Rischio Clinico coordina e facilita le attività utili a perseguire il raggiungimento degli obiettivi e l'adesione

a norme e programmi nazionali, regionali e aziendali atti all'identificazione, valutazione e trattamento dei rischi, sia attuali che potenziali, con l'obiettivo di aumentare la sicurezza dei pazienti, riducendo gli eventi avversi prevenibili.

Il Servizio di Rischio Clinico, in particolare, è preposto ai processi e alle procedure finalizzate ad assicurare:

- a) la definizione, l'implementazione e il monitoraggio del Piano Rischio Clinico Aziendale;
- b) l'implementazione e il coordinamento a livello locale del Programma Regionale Sicurezza e Governo Clinico;
- c) la gestione strutturata degli eventi avversi riguardanti argomenti di emovigilanza, rilevazione delle cadute accidentali, monitoraggio delle lesioni da decubito, prevenzione delle infezioni del sito chirurgico, sistema di identificazione del paziente;
- d) la comunicazione di eventi sentinella alla Regione e al Ministero della Salute;
- e) la definizione dei contenuti dei report di monitoraggio e delle procedure di rilevazione a campione o sistematico degli indicatori dei PDTA, relativamente agli indicatori di sicurezza, efficacia e appropriatezza.

Il CRO aderisce alla Rete Cure Sicure del Friuli Venezia Giulia che coordina e governa, in forma integrata, le attività connesse alla sicurezza delle cure. La Rete vede coinvolti i Risk Manager oltre ai Responsabili aziendali (RAP) dei programmi di Uso sicuro dei farmaci, Prevenzione e controllo delle ICA, Strumenti di analisi del rischio e documentazione sanitaria, Prevenzione delle lesioni da pressione e delle cadute accidentali, coadiuvati da link professional.

Il Responsabile del Rischio Clinico collabora con l'SPPA aziendale per assicurare la promozione e il monitoraggio dei programmi aziendali per la sicurezza degli operatori sui luoghi di lavoro, in una visione integrata degli aspetti della sicurezza (paziente, operatore, ambiente).

Il Responsabile del Rischio Clinico coopera con l'Ufficio Relazioni con il Pubblico, la SOC Affari generali, Legali e Gestione risorse umane, il Consulente Medico Legale e il Responsabile della SOSD Igiene Ospedaliera, per gestire l'istruttoria delle segnalazioni, dei reclami e dei contenziosi, coordina la messa in opera di eventuali azioni di miglioramento e mediazione del contenzioso.

## **QUALITÀ E ACCREDITAMENTO**

### *Classificazione*

Servizio

### *Posizione*

In staff al Direttore Sanitario

### *Livello di responsabilità*

Il Servizio Qualità e Accredimenti risponde al Direttore Sanitario e contribuisce alla definizione delle linee strategiche

e delle politiche aziendali, per quanto attiene i processi di competenza.

### Competenze

Il Servizio Qualità e Accreditamento:

- Coordina e facilita:
  - a) le attività utili a perseguire il raggiungimento degli obiettivi e l'adesione a norme e programmi di accreditamento e certificazione scelti dalla Direzione Strategica;
  - b) la gestione strutturata delle "Non Conformità" rispetto ai requisiti specifici dei programmi di accreditamento e certificazione, in collaborazione con il Rischio Clinico per quanto attiene gli eventi avversi, al fine di strutturare piani di miglioramento coordinati e condivisi;
  - c) le attività di costruzione e gestione del parco documentale (non clinico) che ne garantisca sicurezza, integrità e tracciabilità, secondo quanto definito dalla Direzione Strategica;
  - d) le attività di progettazione, gestione e rendicontazione di progetti per il miglioramento continuo della qualità su mandato della Direzione Strategica;
  - e) le attività di comitati o gruppi di lavoro settoriali atti a svolgere specifici compiti dettati dalle esigenze organizzative aziendali al fine di intraprendere, preservare ed implementare processi di miglioramento continuo della qualità e raggiungere gli standard prefissati;
  - f) l'operatività della Rete dei Referenti aziendali della Qualità per i progetti ed i programmi di accreditamento da realizzare nelle single strutture e dipartimenti.
- Collabora, per quanto attiene ai processi di competenza:
  - a) alle attività di governo clinico con l'obiettivo di assicurare che le scelte aziendali siano coerenti con i programmi di accreditamento e certificazione;
  - b) alla definizione e revisione di processi e procedure cliniche ed organizzative;
  - c) alla definizione, l'implementazione ed il monitoraggio del Piano Qualità e Rischio Clinico Aziendale;
  - d) alla definizione dei contenuti dei report di monitoraggio e delle procedure di rilevazione a campione o sistematico degli indicatori dei PDTA, relativamente agli indicatori di sicurezza, efficacia e appropriatezza.
  - e) con l'SPPA aziendale per assicurare la promozione e il monitoraggio dei programmi aziendali per la sicurezza degli operatori sui luoghi di lavoro, in una visione integrata degli aspetti della sicurezza (paziente, operatore, ambiente).

Il Responsabile "Qualità, Accredimenti" è inoltre:

- componente dell'Organismo Tecnicamente Accreditante (OTA) della Regione FVG;
- responsabile della Qualità del Programma Fasi I;
- responsabile della Qualità del Programma Trapianto CSE.

### **Art. 3**

#### **Organizzazione dipartimentale**

##### **Dipartimento**

Il Dipartimento è la sede di erogazione di prestazioni, dove si persegue l'ottimizzazione dell'uso delle risorse, con particolare riferimento a quelle di uso comune, attraverso la definizione di criteri espliciti di accesso e/o di allocazione interna, nonché attraverso la messa in pratica di innovazioni organizzative e tecnologiche, al fine di migliorarne la qualità e la loro sostenibilità economica. Il Dipartimento assicura il governo clinico del sistema di produzione, sia in termini di sistema decisionale finalizzato alle migliori pratiche, sia in termini di partecipazione dei professionisti alle decisioni di carattere strategico, organizzativo e gestionale.

##### **Strutture Operative Complesse**

Alle Strutture Operative Complesse sono assegnate risorse umane, strutturali e tecnologiche dedicate a garantire l'organizzazione e la produzione delle attività di competenza. Le SOC operano in autonomia per le specifiche competenze in campo clinico e assistenziale, scientifico, gestionale e organizzativo, con la responsabilità di garantire il buon utilizzo delle risorse assegnate e il raggiungimento degli obiettivi stabiliti.

I Direttori di SOC collaborano per il raggiungimento degli obiettivi comuni dipartimentali e trasversali ai dipartimenti.

Al Direttore della Struttura è richiesto di:

- collaborare attivamente, con l'utilizzo delle tecniche di budget, alla definizione del programma di attività della struttura di appartenenza e alla realizzazione delle attività necessarie al perseguimento degli obiettivi stabiliti;
- gestire le risorse umane, materiali, tecnologiche attribuite nel processo di budget in relazione agli obiettivi annualmente assegnati; programmare, inserire, coordinare e valutare il personale della struttura relativamente a competenze professionali e comportamenti organizzativi; programmare e gestire le risorse professionali e materiali nell'ambito del budget di competenza; valutare le implicazioni economiche derivanti dalle scelte organizzative e professionali e dai comportamenti relazionali assunti; gestire la propria attività in modo coerente con le risorse finanziarie, strutturali, strumentali e umane disponibili, secondo quanto previsto dalla normativa vigente, dalle linee guida, dalle specifiche direttive aziendali e dai principi della sostenibilità economica;
- sviluppare un clima collaborativo e di fiducia all'interno dell'equipe, anche con coinvolgimento delle diverse figure professionali, favorendo il senso di appartenenza all'Istituto, di responsabilità e di etica professionale;

- gestire i conflitti favorendo un ottimale clima organizzativo sia interno che con le altre strutture;
- applicare principi e modalità di valutazione del personale, secondo la metodologia indicata dall'Istituto, relativamente a competenze professionali e comportamenti organizzativi;
- definire modelli organizzativi che garantiscano:
  - ✓ proficue relazioni professionali con le altre strutture specialistiche per la gestione di tecnologie e processi complessi, per la realizzazione di rapporti collaborativi finalizzati allo sviluppo di migliori pratiche assistenziali, di studi clinici e di produzione scientifica;
  - ✓ organizzazione del lavoro in modo coerente con le indicazioni aziendali e con gli istituti contrattuali;
  - ✓ gestione del personale anche in condizioni di stress organizzativo, dimostrando capacità di risoluzione e mediazione dei conflitti interni al gruppo per contribuire alla costruzione di un buon clima lavorativo con l'espressione concreta della propria leadership nella conduzione di riunioni, nell'organizzazione dell'attività istituzionale, nell'assegnazione di compiti e nella soluzione di problemi;
  - ✓ formazione continua dei collaboratori al fine di mantenere e sviluppare il loro potenziale professionale, promuovendo altresì la ricerca e l'innovazione, nell'ottica di assicurare un servizio che si orienti ai principi di qualità e miglioramento continuo sia per l'utenza che per i collaboratori;
- garantire il governo clinico ed in particolare l'appropriatezza e la tempestività delle prestazioni erogate in regime di degenza e ambulatoriale, assicurando un'efficace gestione delle liste di attesa nel rispetto delle disposizioni nazionali e regionali;
- controllare l'efficacia delle attività della SOC tramite periodici incontri, promuovendo l'aggiornamento e le interrelazioni anche con specialisti e ricercatori di altre unità operative/centri;
- creare reti di collaborazione con altre analoghe unità operative per sviluppare PDTA in collaborazione con la medicina territoriale;
- garantire la partecipazione attiva ai GAMO;
- assicurare la partecipazione attiva al processo di sviluppo dell'organizzazione dipartimentale;
- attivare programmi di sviluppo professionale volti al miglioramento della competenza clinica di tutti gli operatori e orientati alla piena rispondenza ai case-mix produttivi principali della disciplina anche per la soddisfazione dei bisogni di salute dell'utenza;
- dimostrare competenze specifiche in ambito formativo a partire dall'analisi dei fabbisogni fino alla progettazione di proposte coerenti con i progetti di sviluppo del Reparto, Aziendali e Regionali;
- consolidare e promuovere percorsi di integrazione con i servizi territoriali volti ad assicurare la continuità di cura e lo sviluppo di rapporti di collaborazione operativa, scientifica e culturale;
- assicurare la collaborazione attiva ai percorsi di accreditamento dell'Istituto;
- utilizzare gli applicativi aziendali per la gestione della documentazione clinica e dei flussi informativi verso la Regione e gli organi centrali e favorire l'aggiornamento e l'utilizzo delle innovazioni via via introdotte

- conoscere gli strumenti di Risk Management.

Al Direttore della Struttura è richiesto inoltre di:

- curare il rispetto delle vigenti disposizioni e dei protocolli operativi in materia di privacy, ai sensi e per gli effetti di cui al Decreto Legislativo n. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE 2016/679, noto come GDPR (General Data Protection Regulation);
- assicurare e promuovere comportamenti professionali rispettosi delle normative generali e specifiche sulla sicurezza nei luoghi di lavoro, ai sensi e per gli effetti di cui al Decreto Legislativo n. 81/2008 e s.m. e i.;
- promuovere l'identificazione e la mappatura dei rischi prevedibili e gestibili collegati all'attività professionale, assicurando competenza clinica, collaborando con altri professionisti per contenere la possibilità di errore medico, garantendo i migliori livelli di sicurezza per pazienti ed operatori, ottimizzando l'impiego delle risorse disponibili e garantendo gli esiti positivi del servizio erogato;
- assicurare e promuovere l'applicazione delle disposizioni di legge, regolamento e contratto collettivo riguardanti i riposi e le pause per il recupero psicofisico dei lavoratori;
- partecipare attivamente ai percorsi adottati dall'Istituto per la gestione del rischio clinico;
- mantenere l'aggiornamento di Linee Guida, Procedure, Istruzioni Operative e Protocolli e vigilare sulla loro applicazione, conoscendo e promuovendo il percorso di accreditamento aziendale;
- promuovere il rispetto dei codici di comportamento, sia quello nazionale che quello aziendale;
- garantire il rispetto della normativa vigente, con particolare riferimento alle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione e di potenziali conflitti d'interesse;
- promuovere la conoscenza dell'Atto Aziendale e dei regolamenti interni dell'Istituto;
- promuovere azioni di efficientamento delle risorse economiche e tecnologiche assegnate.

### **Strutture Operative Semplici**

Le Strutture Operative Semplici si distinguono in:

- Strutture Operative Semplici a valenza Dipartimentale (SOSD);
- Strutture Operative Semplici Intracomplesse (SOSI).

Le SOSD sono articolazioni interne del dipartimento e includono in via prevalente la responsabilità di gestione di risorse umane e strumentali e possono avere la gestione diretta di risorse finanziarie in analogia con le SOC.

Sono dirette da un Dirigente Responsabile.

Le SOSI sono articolazioni interne di struttura complessa e includono in via prevalente la responsabilità di gestione di risorse umane e strumentali. Sono dirette da un Dirigente Responsabile che risponde direttamente al direttore SOC di afferenza.

Ai direttori di SOSD e di SOSI sono richieste le medesime funzioni/attività del Direttore di SOC, per quanto applicabili.

### **Gruppi Aziendali Multidisciplinari Oncologici (GAMO)**

La multidisciplinarietà è tratto distintivo di una gestione di alta qualità per la cura delle patologie oncologiche, caratterizzate dall'alta complessità, dalla necessità di agire tempestivamente e di applicare i principi della Evidence Based Medicine tenendo conto dei valori, delle preferenze e delle esigenze del paziente. Tale gestione espone a potenziali rischi di non efficace comunicazione, scarsa coordinazione e frammentazione dei servizi. L'uso di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) e la gestione del paziente mediante Gruppi Aziendali Multidisciplinari Oncologici (GAMO) sono riconosciuti come strumenti efficaci per fronteggiare la complessità della gestione dei pazienti affetti da tumore<sup>1</sup>. L'approccio multidisciplinare assicura una maggiore tempestività di decisione, migliora i tempi e il coordinamento, contribuendo al controllo dei rischi di errore medico e di inappropriatelyzza.

Il GAMO è un gruppo coordinato di professionisti sanitari delle differenti discipline coinvolte nel trattamento di una specifica patologia, che si propone di migliorare le cure al paziente.

Il meeting multidisciplinare e multiprofessionale è la riunione programmata per la valutazione dei singoli casi e la formulazione di raccomandazioni sulla loro miglior gestione.

Gli obiettivi dei GAMO sono:

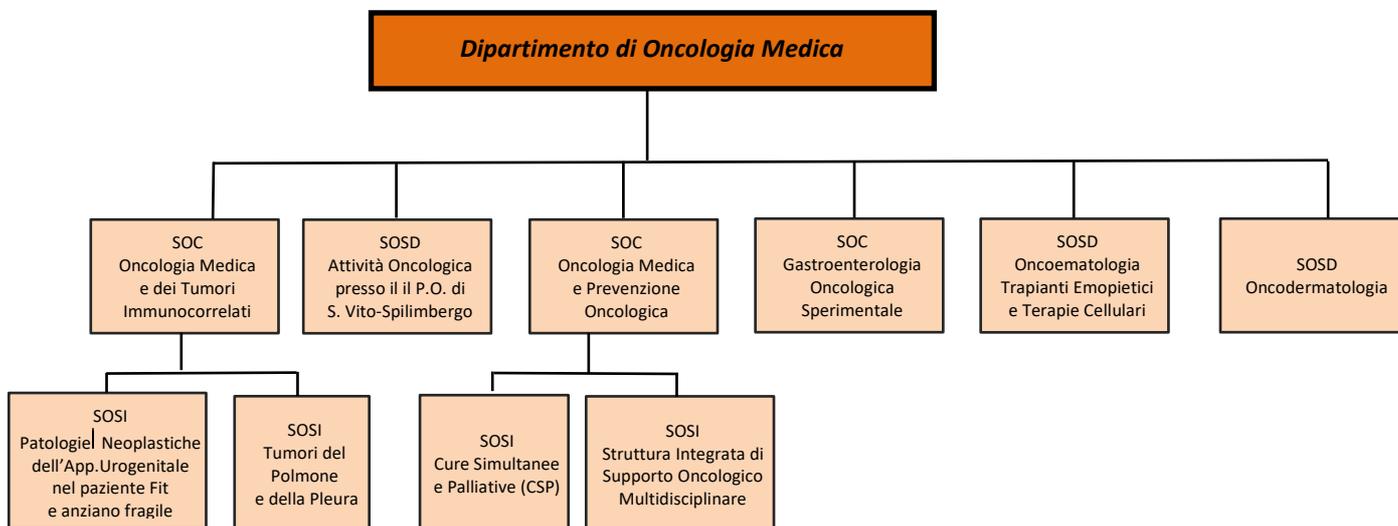
- garantire che tutti i test diagnostici e le opzioni di trattamento appropriati siano considerati e valutati per ogni paziente oncologico discusso all'interno del GAMO tenendo conto dei valori del paziente;
- garantire il perseguimento di una politica di miglioramento della qualità delle cure, del percorso e degli esiti di salute;
- contribuire alla stesura ed al continuo aggiornamento dei PDTA;
- contribuire a creare collegamenti con altre organizzazioni sanitarie per assicurare riferimenti appropriati, consultazioni tempestive e ottimizzare la continuità delle cure del paziente;
- costituire un forum per la formazione continua;
- contribuire all'innovazione, alla ricerca e alla partecipazione a studi clinici.

La composizione di ogni GAMO è declinata per ciascuna patologia o gruppo di patologie in un provvedimento specifico. Tale documento ne sancisce la costituzione e la composizione (Team leader, Coordinatore, Medico Proponente, Infermiere di ricerca, Clinical Study Coordinator, etc.) indicando sia le discipline (e corrispondenti strutture) che lo compongono stabilmente (discipline/strutture organizzative *core*) sia quelle aggiuntive che vengono coinvolte in base alle esigenze di ciascun caso discusso (discipline/strutture organizzative *non-core*). Il Responsabile di ciascuna unità operativa (*core* e *non core*) è garante della partecipazione al GAMO di almeno un elemento del proprio staff.

## Art. 4

### Dipartimento di Oncologia Medica

#### Organigramma



#### ONCOLOGIA MEDICA E DEI TUMORI IMMUNOCORRELATI

##### Classificazione

Struttura Operativa Complessa

##### Competenze

La SOC Oncologia Medica e dei Tumori Immunocorrelati è dedicata alla presa in carico - nei regimi assistenziali di ricovero ordinario, day hospital e ambulatorio - dei pazienti con:

- patologie neoplastiche associate all'infezione da HIV, HCV, HBV, o ad altre forme di immunodeficienza acquisita, quale ad esempio quella dei pazienti trapiantati;
- linfomi;
- tumori della sfera ORL, tiroide inclusa;
- tumori genito-urinari;
- tumori nel grande anziano e nel paziente fragile o pluripatologico;
- neoplasie del polmone, delle vie respiratorie e della Pleura;
- patologie associate a lungo sopravvivenza;
- tumori cerebrali;
- leucemia linfatica cronica.

La SOC è sede di progettazione e conduzione di studi clinici sperimentali e osservazionali, che coinvolgono le tipologie di pazienti sopra descritti: opera nelle sedi di Aviano e di Pordenone e assicura il raccordo ed il supporto alla attività

della SOSD di Attività Oncologica presso San Vito e Spilimbergo.

### **Patologie neoplastiche dell'apparato urogenitale nel paziente fit e nel paziente anziano/fragile**

#### *Classificazione*

Struttura Operativa Semplice

#### *Posizione*

Afferisce al Direttore SOC Oncologia Medica e dei Tumori Immunocorrelati

#### *Competenze*

La SOSI Patologie neoplastiche dell'apparato urogenitale nel paziente fit e nel paziente anziano/fragile è dedicata alla attività clinica e di ricerca per la gestione dei pazienti con tumori del tratto genito-urinario e dei pazienti anziani /fragili.

La SOSI è sede di progettazione e conduzione di studi clinici sperimentali e osservazionali, che coinvolgono le tipologie di pazienti sopra descritti.

### **Tumori del Polmone e della Pleura**

#### *Classificazione*

Struttura Operativa Semplice della SOC Oncologia Medica e dei Tumori Immunocorrelati

#### *Posizione*

Afferisce al Direttore SOC Oncologia Medica e dei Tumori Immunocorrelati

#### *Competenze*

Coordinamento e gestione delle procedure, risorse e attività volte a:

- a) inquadrare la diagnostica e il trattamento dei pazienti affetti da tumore del polmone e della pleura, nel contesto dell'area degenze, dell'area ambulatoriale e del meeting multidisciplinare di patologia toracica;
- b) gestire le tossicità delle terapie: monitorare attentamente le reazioni avverse alle terapie oncologiche e coordinare l'intervento per gestire le tossicità;
- c) ottimizzare le risorse: favorire un utilizzo efficiente delle risorse disponibili, compresi il personale, le attrezzature e i finanziamenti, per massimizzare l'efficacia dei servizi offerti e garantire un supporto completo ai pazienti oncologici e alle loro famiglie;
- d) promuovere l'offerta di trattamenti innovativi tramite la partecipazione a protocolli di ricerca promossi da altri sponsor o tramite la stesura di protocolli di ricerca propri;
- e) promuovere la formazione e l'educazione: organizzare programmi educativi per il personale sanitario e offrire supporto informativo ai pazienti e alle loro famiglie sulle opzioni di trattamento;
- f) partecipare al meeting multidisciplinare di patologia toracica intraziendale con l'ASFO.

La SOSI è sede di progettazione e conduzione di studi clinici sperimentali e osservazionali, che coinvolgono le tipologie di pazienti sopra descritti.

## **ATTIVITA' ONCOLOGICA PRESSO IL PRESIDIO OSPEDALIERO DI SAN VITO - SPILIMBERGO**

### *Classificazione*

Struttura Operativa Semplice Dipartimentale

### *Competenze*

L'Attività oncologica presso il presidio ospedaliero di San Vito – Spilimbergo è dedicata alla presa in carico ambulatoriale degli assistiti di afferenza territoriale dei pazienti con:

- tumori gastro intestinali;
- sarcoma;
- patologia mammaria;
- tumori rari.

La SOSD assicura il raccordo ed il supporto alle attività del Dipartimento di afferenza anche in relazione alla progettazione e conduzione di studi clinici sperimentali e osservazionali, che coinvolgono le tipologie di pazienti sopra descritti.

## **ONCOLOGIA MEDICA E PREVENZIONE ONCOLOGICA**

### *Classificazione*

Struttura Operativa Complessa

### *Competenze*

La SOC Oncologia Medica e Prevenzione Oncologica è dedicata alla presa in carico - nei regimi assistenziali di ricovero ordinario, day hospital ed ambulatoriale dei pazienti con le seguenti patologie oncologiche:

- a) tumori della mammella;
- b) tumori ginecologici;
- c) tumori dell'apparato gastroenterico;
- d) tumori della cute e melanomi;
- e) sarcoma e tumori rari;
- f) tumori con componente eredo-familiare;
- g) tumori delle ghiandole endocrine.

La SOC è sede di progettazione e conduzione di studi clinici sperimentali e osservazionali, che coinvolgono le tipologie di pazienti sopra descritti: opera nelle sedi di Aviano e di Pordenone e assicura il raccordo ed il supporto alle attività

della SOSD di Attività Oncologica presso San Vito e Spilimbergo.

### **Struttura Integrata di Supporto Oncologico Multidisciplinare**

#### *Classificazione*

Struttura Operativa Semplice

#### *Posizione*

Afferisce al Direttore SOC Oncologia Medica e Prevenzione Oncologica

#### *Competenze*

Coordinamento e gestione delle procedure, risorse e attività volte a:

- a) supervisionare l'offerta di terapie di supporto: nel contesto dell'area degenze (inpatient), fornire terapie di supporto, inclusa la terapia del dolore e la gestione di sintomi o complicanze correlate alla patologia tumorale (es.: dispnea, occlusione intestinale, anoressia, disturbi elettrolitici, ecc.). Intervenire per migliorare le funzioni fisiche e offrire servizi di benessere psicologico, garantendo un approccio completo e olistico alla cura dei pazienti oncologici; Intervenire per migliorare le funzioni fisiche e offrire servizi di benessere psicologico, garantendo un approccio completo e olistico alla cura dei pazienti oncologici.
- b) gestire le tossicità delle terapie;
- c) promuovere la continuità ospedale/territorio, favorendo il coinvolgimento dei medici di medicina generale, degli hospice e dei servizi di assistenza domiciliare integrata, per garantire continuità nelle cure e presa in carico globale del paziente;
- d) implementare programmi educativi per il personale sanitario e offrire supporto informativo ai pazienti e alle loro famiglie sulle opzioni di trattamento, la gestione dei sintomi e le decisioni relative al percorso di cura.

### **Cure Simultanee e Palliative (CSP)**

#### *Classificazione*

Struttura Operativa Semplice

#### *Posizione*

Afferisce al Direttore SOC Oncologia Medica e Prevenzione Oncologica

#### *Competenze*

Coordinamento e gestione delle procedure, risorse e attività volte a:

- a) coordinare l'offerta di cure simultanee e palliative nel contesto ambulatoriale (outpatient), garantendo una gestione integrata dei sintomi e delle esigenze dei pazienti oncologici;

- b) promuovere la continuità ospedale/territorio, favorendo le relazioni tra i diversi professionisti nel contesto territoriale, il coinvolgimento degli hospice e dei servizi di assistenza domiciliare integrata, per garantire continuità nelle cure e presa in carico globale del paziente;
- c) implementare programmi educativi per il personale sanitario e offrire supporto informativo ai pazienti e alle loro famiglie sulle cure simultanee e palliative nonché sui servizi disponibili nel territorio.

## **ONCODERMATOLOGIA**

### *Classificazione*

Struttura Operativa Semplice Dipartimentale

### *Competenze*

La SOSD Oncodermatologia è dedicata a:

- a) diagnosi clinica/dermoscopica e presa in carico di pazienti con lesioni cutanee di sospetta natura neoplastica;
- b) visite di follow-up di pazienti già operati di melanoma o altra patologia cutanea neoplastica;
- c) sorveglianza di singoli individui o famiglie con condizioni sospette o accertate di rischio congenito o acquisito di sviluppare lesioni cutanee neoplastiche;
- d) gestione dell'oncotossicità cutanea dei pazienti in trattamento medico al CRO per le diverse patologie oncologiche;
- e) terapia fotodinamica delle lesioni preneoplastiche (cheratosi attiniche) e carcinomi basocellulari non operabili;
- f) chirurgia ambulatoriale in anestesia locale per l'approfondimento diagnostico di lesioni cutanee sospette in senso neoplastico;

La SOSD si caratterizza come centro di diagnostica avanzata e di ricerca applicata per l'attività di diagnosi precoce del melanoma e dei carcinomi cutanei. La struttura è dotata di sofisticate tecnologie diagnostiche quali la dermatoscopia, la videodermatoscopia e la microscopia laser confocale ed offre al paziente con sospetto tumore cutaneo un supporto di elevato livello professionale.

La SOSD è sede di progettazione e conduzione di studi clinici sperimentali e osservazionali, sviluppando anche collaborazioni con altri Enti e Strutture, che coinvolgono le tipologie di pazienti sopra descritti.

## **GASTROENTEROLOGIA ONCOLOGICA SPERIMENTALE**

### *Classificazione*

Struttura Operativa Complessa

### *Competenze*

La SOC Gastroenterologia Oncologica Sperimentale è dedicata alla presa in carico ambulatoriale dei pazienti con sospette o accertate neoplasie primitive o secondarie del tratto gastroenterico per:

- a) indagini diagnostiche, staditative e trattamenti di endoscopia digestiva;
- b) indagini di secondo livello nell'ambito dei programmi di screening regionali;
- c) indagini di fisiopatologia digestiva oncologica;
- d) ecografie e biopsie epatiche eco-guidate;
- e) diagnosi e sorveglianza delle lesioni precancerose;
- f) visite gastro-enterologiche.

La SOC Gastroenterologia Oncologica Sperimentale è centro di riferimento per la diagnosi e la sorveglianza dei pazienti a rischio di tumori eredo-familiari del tratto gastrointestinale e correlati alla Celiachia.

La SOC è sede di progettazione e conduzione di studi clinici sperimentali e osservazionali, che coinvolgono i pazienti sopra descritti.

## **ONCOEMATOLOGIA TRAPIANTI EMOPOIETICI E TERAPIE CELLULARI**

### *Classificazione*

Struttura Operativa Semplice Dipartimentale

### *Competenze*

La SOSD Oncoematologia Trapianti Emopoietici e Terapie Cellulari è dedicata a:

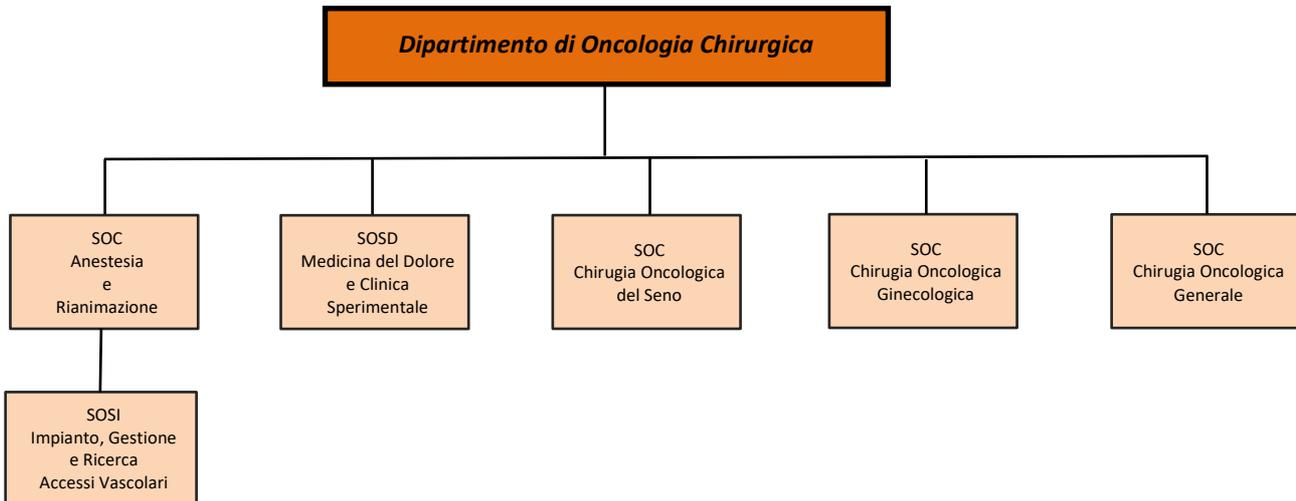
- a) presa in carico prevalente, nei regimi assistenziali di ricovero ordinario, day hospital e ambulatorio dei pazienti con neoplasie dell'apparato emopoietico (leucemie acute e croniche, linfomi, mielomi e mielodisplasie);
- b) sviluppo clinico di nuove tecniche di terapia cellulare, in collaborazione a programmi di vaccino-terapia cellulare adottiva e a processi di riparazione tissutale, mediante infusione di cellule staminali o di altri prodotti cellulari;
- c) la SOSD è sede del Centro Trapianti con CIC 162 accreditato per i processi di mobilizzazione e trapianto di cellule staminali emopoietiche autologhe in neoplasie ematologiche e tumori solidi particolarmente chemio sensibili.

La SOSD è sede di progettazione e conduzione di studi clinici sperimentali e osservazionali, che coinvolgono le tipologie di pazienti sopra descritti.

## Art. 5

### Dipartimento di Oncologia Chirurgica

#### Organigramma



#### ANESTESIA E RIANIMAZIONE

##### Classificazione

Struttura Operativa Complessa

##### Competenze

La SOC Anestesia e Rianimazione è principalmente dedicata:

- alla gestione delle procedure di anestesia generali, loco-regionali e sedazioni profonde, per interventi chirurgici e per attività ambulatoriali diagnostiche ed interventistiche;
- alla gestione dei pazienti ricoverati in terapia intensiva;
- alla gestione delle procedure di intervento in emergenza-urgenza
- alle consulenze di nutrizione artificiale;
- la gestione delle attività di valutazione e supporto allo stato nutrizionale del paziente oncologico;
- alla esecuzione degli interventi e trattamenti di terapia antalgica in collaborazione con la SOSD di medicina del dolore clinica e di ricerca;

- g) il supporto interdisciplinare alla gestione dei pazienti che richiedono l'applicazione di presidi (cateteri venosi centrali parzialmente o totalmente impiantati sottocute, cateteri pleurici a permanenza, cateteri peritoneo-cavali);
- h) al supporto alle attività interdisciplinari di tipo trapiantologico o legate ad altre modalità innovative di trattamento;
- i) alla sedazione di pazienti sottoposti a procedure con particolare riguardo a pazienti pediatrici in trattamento radioterapico.

La struttura garantisce inoltre la collaborazione per interventi di terapia analgica a domicilio e sul territorio nelle strutture hospice o residenziali in ambito di rete di cure palliative della Provincia di Pordenone.

La SOC è sede di progettazione e conduzione di studi clinici sperimentali e osservazionali, che coinvolgono i pazienti e le attività sopra descritte.

### **Impianto, Gestione e Ricerca Accessi Vascolari**

#### *Classificazione*

Struttura Operativa Semplice

#### *Posizione*

Afferisce al Direttore SOC Anestesia e Rianimazione

#### *Competenze*

Coordinamento e gestione delle procedure, risorse e attività relative alla scelta, impianto, gestione e ricerca clinica degli accessi vascolari. Il responsabile presiede il team multidisciplinare formato da Anestesisti con specifica preparazione, infermiere certificate all'impianto di accessi centrali a partenza periferica (PICC), infermiere esperte nella gestione dei presidi e OSS adeguatamente istruiti per il supporto nell'ambulatorio di posizionamento cateteri. Promuove la ricerca nell'ambito specifico, la formazione interna all'istituto e rivolta ad utenti esterni. Organizza sessioni di certificazione rivolte al personale infermieristico. È responsabile del budget specifico in accordo con il direttore della SOC Anestesia e Rianimazione.

Collabora alla gestione delle attività cliniche, promuove e partecipa ad attività di ricerca anche sviluppando collaborazioni con altri Enti e strutture.

### **MEDICINA DEL DOLORE CLINICA E SPERIMENTALE**

#### *Classificazione*

Struttura Operativa Semplice Dipartimentale

### *Competenze*

La SOSD è dedicata alla presa in carico prevalente dei pazienti oncologici ricoverati o ambulatoriali che necessitano di:

- a) terapie antalgiche farmacologiche, con tecniche chirurgiche, con posizionamento di device, compresa l'agopuntura;
- b) terapie di supporto;
- c) interventi di terapia antalgica a domicilio e sul territorio, presso gli Hospice e le Strutture Residenziali, secondo gli accordi in essere con l'ASFO.

L'unità partecipa alle Reti di Terapia del dolore e quella di Cure Palliative della Regione. L'unità supporta inoltre le attività della SOC di Anestesia e Rianimazione partecipando alla copertura dei turni di sala operatoria, di guardia attiva e di reperibilità notturna e festiva.

La SOSD è sede di progettazione e conduzione di studi clinici, di ricerca sanitaria sui modelli assistenziali, di sviluppo di nuove tecnologie che coinvolgono i pazienti e le attività sopra descritte e le attività di riabilitazione oncologica.

## **CHIRURGIA ONCOLOGICA DEL SENO**

### *Classificazione*

Struttura Operativa Complessa

### *Competenze*

La SOC Chirurgia Oncologica del Seno è dedicata alla presa in carico prevalente dei pazienti per:

- a) diagnosi, stadiazione e trattamento chirurgico delle lesioni mammarie, in un contesto multidisciplinare di Breast Unit;
- b) interventi chirurgici conservativi, con valutazione intraoperatoria del linfonodo sentinella;
- c) interventi chirurgici conservativi, con radioterapia intraoperatoria;
- d) interventi di rimodellamento plastico;
- e) interventi chirurgici demolitivi, con ricostruzioni immediate o differite, mediante protesi o utilizzo di mesh biologici, ricostruzione con tessuti autologhi, lipofilling.

La SOC è sede di progettazione e conduzione di studi clinici sperimentali e osservazionali, che coinvolgono le tipologie di pazienti sopra descritti.

## **CHIRURGIA ONCOLOGICA GINECOLOGICA**

### *Classificazione*

Struttura Operativa Complessa

### *Competenze*

La SOC Chirurgia Oncologica Ginecologica è dedicata alla presa in carico prevalente dei pazienti per:

- a) diagnosi e trattamento delle neoplasie ginecologiche sia del basso tratto genitale sia dell'alto tratto e dei sarcomi ginecologici;
- b) diagnosi precoce dei tumori ginecologici con indagini strumentali combinate (visita ginecologica, pap-test, biopsie endometriali, isteroscopia, ecografie transvaginali di I e II livello etc.);
- c) diagnosi e trattamento delle lesioni precancerose o inizialmente invasive del basso tratto genitale, all'interno del programma di Screening regionale (II livello);
- d) trattamento mirato mininvasivo, di tumori ovarici "borderline" e di tumori endometriali e cervicali o in stadio iniziale;
- e) interventi chirurgici con radioterapia intraoperatoria e di chemio-ipertermia intraperitoneale;
- f) interventi chirurgici di rimodellamento plastico;
- g) percorso di chirurgia onco-bariatrica dedicato alle pazienti obese affette da neoplasie ginecologiche.

In particolare, le patologie ginecologiche trattate sono:

- Tumori della vulva
- Tumori della cervice uterina-vagina
- Tumori del corpo uterino (carcinomi e sarcomi)
- Tumori dell'ovaio (epiteliali e germinali)
- Sarcomi ginecologici
- Recidive di patologia Ginecologica candidate a chirurgia eviscerativa
- Recidive di tutti i tumori ginecologici

La SOC è sede di progettazione e conduzione di studi clinici sperimentali e osservazionali, in collaborazione con altri centri, coinvolgendo le tipologie dei pazienti sopra descritte.

## **CHIRURGIA ONCOLOGICA GENERALE**

### *Classificazione*

Struttura Operativa Complessa

### *Competenze*

L'attività della SOC Chirurgia Oncologica Generale si rivolge principalmente alla diagnosi e al trattamento delle neoplasie dell'apparato digerente, dei sarcomi e della cute. In particolare:

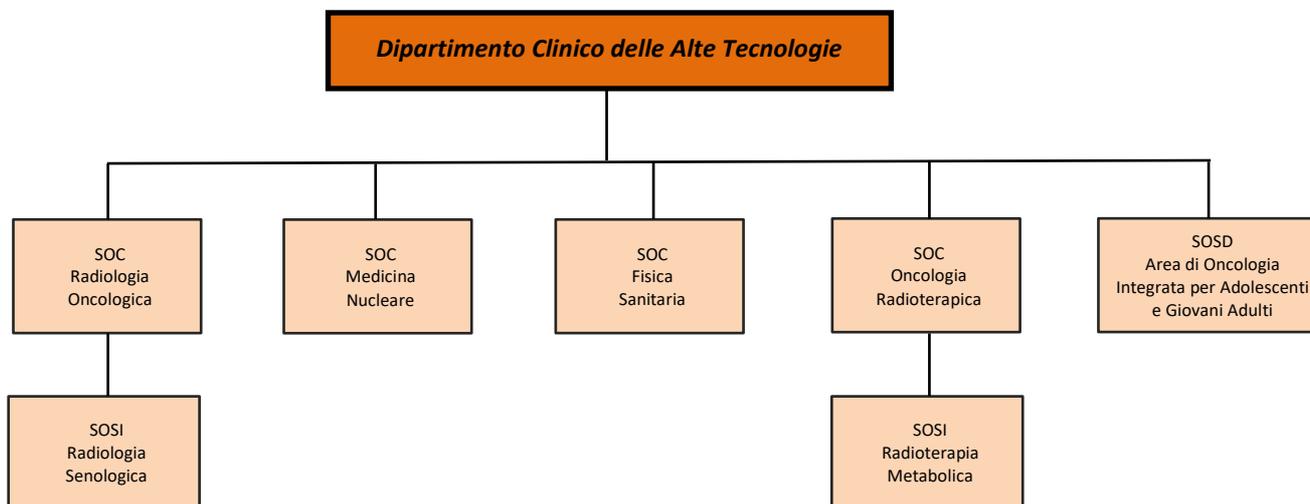
- a) neoplasie dell'apparato digerente (stomaco, intestino tenue, colon-retto, ano), con applicazione di tecniche mini invasive e interventi conservativi d'organo associati alla radioterapia intraoperatoria e alla perfusione ipertermico-antiblastica (HIPEC): nei tumori ultrabassi del retto utilizzo di tecniche chirurgiche che consentono la conservazione funzionale dello sfintere anale;
- b) sarcomi degli arti e dai sarcomi retroperitoneali;
- c) melanomi e tumori della cute;
- d) interventi di resezione epatica principalmente per metastasi;
- e) attività chirurgica di supporto alla Chirurgia oncologica ginecologica per l'esecuzione di resezioni multiviscerali.
- f) tumori rari, inclusi i GIST e NET (tumori neuro endocrini).

La SOC è sede di progettazione e conduzione di studi clinici e clinico-traslazionali, in collaborazione con altri centri, coinvolgendo le tipologie dei pazienti sopra descritte.

## Art. 6

### Dipartimento Clinico delle Alte Tecnologie

#### Organigramma



## RADIOLOGIA ONCOLOGICA

### Classificazione

Struttura Operativa Complessa

### Competenze

La Radiologia Oncologica svolge attività finalizzata alla presa in carico dei pazienti oncologici candidati a:

- diagnostica per immagini di tipo morfo-funzionale, utilizzando tecnologia Rx standard, RM, TC, ecografica, a elevate prestazioni, per caratterizzazione, stadiazione, valutazione morfologica della risposta ai trattamenti, ri-stadiazione e treatment-planning della patologia oncologica e non oncologica;
- utilizzo clinico di radiofarmaci autorizzati (Yttrio 90) e sperimentazione clinica per terapia radiometabolica intra-arteriosa delle patologie neoplastiche epatiche;
- attività di diagnostica a ultrasuoni nei pazienti oncologici, in prima diagnosi e in follow up, con particolare riferimento alla caratterizzazione ecografica delle strutture superficiali, dove la diagnostica a ultrasuoni funge anche da guida all'interventistica istologica ago-biottica e citologica ago-aspirativa;
- attività di indirizzo terapeutico, mediante procedure di radiologia interventistica, quali la chemioembolizzazione arteriosa, il trattamento di noduli localizzati con radiofrequenza, la vertebroplastica.

La SOC è sede di progettazione e conduzione di studi clinici sperimentali e osservazionali, che coinvolgono le attività sopra

descritte.

## **Radiologia Senologica**

### *Classificazione*

Struttura Operativa Semplice

### *Posizione*

Afferisce al Direttore SOC Radiologia Oncologica

### *Competenze*

Coordinamento e gestione delle procedure, risorse e attività volte al funzionamento dell'intero blocco diagnostico riguardante la Breast unit dell'Istituto.

La Radiologia Senologica svolge attività finalizzata alla presa in carico dei pazienti candidati a diagnostica senologica, nella quale la produzione di immagini di alta qualità e definizione viene integrata alla attività clinica del radiologo per la correlazione tra immagini e rilievo clinico, talora anche come guida per i prelievi biotipici e citologici, necessari per l'inquadramento corretto, su base morfologica, delle tumefazioni mammarie.

La Radiologia Senologica è sede di progettazione e conduzione di studi clinici sperimentali e osservazionali, che coinvolgono le attività sopra descritte.

## **MEDICINA NUCLEARE**

### *Classificazione*

Struttura Operativa Complessa

### *Competenze*

La Medicina Nucleare, opera nelle sedi di Aviano e di Pordenone e si occupa di:

- e) diagnostica per immagini di tipo morfo-funzionale, con radioisotopi positrone emittenti, mediante tomografo ibrido PET/CT a elevate prestazioni, per caratterizzazione metabolica, stadiazione, valutazione morfo-metabolica della risposta ai trattamenti, ri-stadiazione e treatment-planning della patologia oncologica e non oncologica;
- f) diagnostica oncologica e non oncologica per immagini di tipo morfo-funzionale con radio-isotopi gamma-emittenti, per indagini scintigrafiche (total body e SPECT) mediante apparecchiatura ibrida SPECT/CT;
- g) diagnostica della patologia osteometabolica mediante densitometria a doppio fotone, presso la sede di Pordenone, con particolare attenzione ai dismetabolismi scheletrici correlati alle terapie ormonali nei pazienti oncologici;
- h) utilizzo clinico di radiofarmaci autorizzati e sperimentazione clinica di nuovi radio farmaci, in forma "non sigillata", per la produzione di immagini diagnostiche che sfruttano l'imaging medico nucleare metabolico e recettoriale

nelle patologie oncologiche;

- i) attività di gestione e somministrazione di radiofarmaci terapeutici, studio dosimetrici e follow-up diagnostici dei pazienti sottoposti a radioterapia metabolica e recettoriale, in stretta collaborazione con la SOSI di Radioterapia Metabolica dell'Oncologia Radioterapica;
- j) attività di diagnostica ecografica clinica nei pazienti oncologici, in prima diagnosi e in follow up.

La SOC è sede di progettazione e conduzione di studi clinici sperimentali e osservazionali e di ricerca traslazionale, che coinvolgono i pazienti e le attività sopra descritte.

## **FISICA SANITARIA**

### *Classificazione*

Struttura Operativa Complessa

### *Competenze*

La Fisica Sanitaria si propone come parte attiva del processo assistenziale, di ricerca e di sicurezza dell'Istituto, offrendo prestazioni e consulenza sugli argomenti di competenza.

La SOC Fisica Sanitaria svolge attività prevalente nei seguenti ambiti:

- a) impiego terapeutico e diagnostico delle radiazioni ionizzanti, in modo trasversale all'interno del Dipartimento di appartenenza, garantendo la valutazione preventiva, l'ottimizzazione, la verifica delle dosi impartite ai pazienti, la garanzia e i controlli di qualità, prevenzione dei rischi per i pazienti e allo sviluppo dell'impiego di tecnologie complesse;
- b) per conto dell'Esercente, secondo le necessità dei Dipartimenti dell'Istituto, coordina le attività connesse alla sorveglianza fisica della protezione dalle radiazioni ionizzanti, anche grazie alla presenza nella struttura di specialisti in fisica medica abilitati come esperti di radioprotezione e specificamente incaricati. Rientrano in questo settore le procedure autorizzative, la gestione dei rifiuti radioattivi, il supporto alla formazione specifica, la partecipazione alla commissione per il rischio radiologico;
- c) nel settore delle radiazioni non ionizzanti la Fisica Sanitaria opera nelle installazioni di Risonanza Magnetica per il Controllo di Qualità e per gli aspetti di competenza relativi alla sicurezza. Per conto e in collaborazione con il Servizio di Prevenzione e Protezione aziendale fornisce consulenza, misure e valutazione dei rischi fisici derivanti da sorgenti quali Laser, Radiazione Ottica Artificiale (ROA), UV e IR;
- d) supporto tecnico-scientifico all'interno del Dipartimento di appartenenza nello sviluppo dell'impiego di tecnologie complesse con espliciti contributi all'attività di ricerca;
- e) consulenza nei settori di competenza in stretta relazione con il Dipartimento della Gestione Amministrativa

per l'aggiornamento e lo sviluppo tecnologico dell'Istituto.

La SOC è sede di progettazione e conduzione di studi clinici sperimentali e osservazionali, che coinvolgono le attività sopra descritte con particolare contributo alla ricerca e all'applicazione sicura di tecnologie che utilizzano algoritmi di intelligenza artificiale.

## **ONCOLOGIA RADIOTERAPICA**

### *Classificazione*

Struttura Operativa Complessa

### *Competenze*

Il modello assistenziale della Oncologia Radioterapica del CRO si distingue per un approccio integrato alla cura del paziente, che considera sia l'aspetto oncologico, finalizzato alla somministrazione del trattamento radioterapico specifico, sia il supporto assistenziale globale. Questo è realizzato da team omogenei e specializzati in base al tipo di patologia, i quali seguono procedure e protocolli terapeutici appropriati e integrati.

L'attività clinico-assistenziale e terapeutica erogata dalla SOC di Oncologia Radioterapica comprende attività ambulatoriali, in regime di day-hospital e in regime di ricovero ordinario: quest'ultima è finalizzata principalmente alla esecuzione della Radioterapia Metabolica.

I trattamenti ambulatoriali sono rivolti alle diverse patologie oncologiche in fasi successive e progressive, compresi i processi di stadiazione, di terapia radiante esclusiva o combinata con altre modalità e di follow-up finalizzato alla valutazione della risposta clinica di malattia e alla rilevazione della tossicità acuta e tardiva.

La SOC di Oncologia Radioterapica del CRO si occupa:

- a) della valutazione clinica del paziente oncologico e della determinazione e definizione del programma di trattamento radioterapico specifico;
- b) della conduzione di trattamenti integrati di radioterapia con modalità chirurgiche (ad es radioterapia preoperatoria, radioterapia postoperatoria e radioterapia intraoperatoria) e/o farmacologiche (radiochemio-immunoterapia concomitante), volte al raggiungimento della migliore cura con la minore tossicità;
- c) dell'impiego delle tecnologie innovative con fotoni ed adroni, da utilizzare e sviluppare in ambito clinico con efficacia ed appropriatezza, con particolare evidenza per le indicazioni e l'integrazione della terapia con protoni;
- d) della valutazione centralizzata di tutti i pazienti regionali candidati all'adroterapia, garantendo l'appropriatezza e l'uniformità della selezione;
- e) del trattamento innovativo ed integrato delle neoplasie cerebrali, nelle neoplasie insorte in età pediatrica, nelle neoplasie della testa e del collo, nei sarcomi, nelle neoplasie del distretto genito-urinario e del torace, che rappresentano le prime 6 neoplasie preventivamente indicate dal nostro Centro quali suscettibili di trattamento con protonterapia;
- f) del trattamento ablativo con radiazioni ionizzanti di patologie non oncologiche come ad es i dolori neuropatici refrattari, l'epilessia intrattabile, la tachicardia subentrante.

La SOC è sede di progettazione e conduzione di studi clinici sperimentali e osservazionali e di ricerca traslazionale, che

coinvolgono le tipologie di pazienti ad essa afferenti.

### **Radioterapia Metabolica**

#### *Classificazione*

Struttura Operativa Semplice

#### *Posizione*

Afferisce al Direttore SOC Oncologica Radioterapica

#### *Competenze*

L'Unità di Radioterapia Metabolica coordina e gestisce procedure, risorse ed attività cliniche volte al trattamento radio metabolico. E' specializzata nell'utilizzo dei radiofarmaci, sostanze radioattive somministrate per via orale o endovenosa, che agiscono selettivamente sulle cellule tumorali, per trattare patologie specifiche, come ad es. lo iodio-131 per il cancro della tiroide, il radio-223 per le metastasi osee e il lutezio-177 per i tumori neuroindocrini e i tumori prostatici metastatici.

Coordina, in collaborazione con la Fisica Sanitaria, il monitoraggio dei pazienti nelle stanze di isolamento, per garantire la sicurezza e limitare l'esposizione alle radiazioni del paziente e del personale sanitario.

L'Unità di Radioterapia Metabolica è sede di progettazione e conduzione di studi clinici sperimentali e osservazionali, che coinvolgono le tipologie di pazienti ad essa afferenti.

### **ONCOLOGIA INTEGRATA PER ADOLESCENTI E GIOVANI ADULTI E RADIOTERAPIA PEDIATRICA**

#### *Classificazione*

Struttura Operativa Semplice Dipartimentale

#### *Competenze*

La Struttura coordina la presa in carico complessiva degli adolescenti e dei giovani adulti fino ai 25 anni, con patologia oncologica e onco-ematologica; è altresì riferimento per il trattamento radiante del paziente pediatrico, in collaborazione con gli altri Centri regionali ed extraregionali di oncologia pediatrica.

In particolare, garantisce specifiche competenze nella gestione di pazienti in questa fascia di età relativamente a:

- a) percorsi clinici, assistenziali, riabilitativi;
- b) monitoraggio e prevenzione degli effetti collaterali a medio-lungo termine, secondari ai trattamenti eseguiti;

- c) supporto al mantenimento delle attività di vita quotidiana;
- d) supporto al normale sviluppo cognitivo, emotivo e relazionale;
- e) applicazione delle moderne tecniche radioterapiche nel paziente di età pediatrica e adolescenziale.

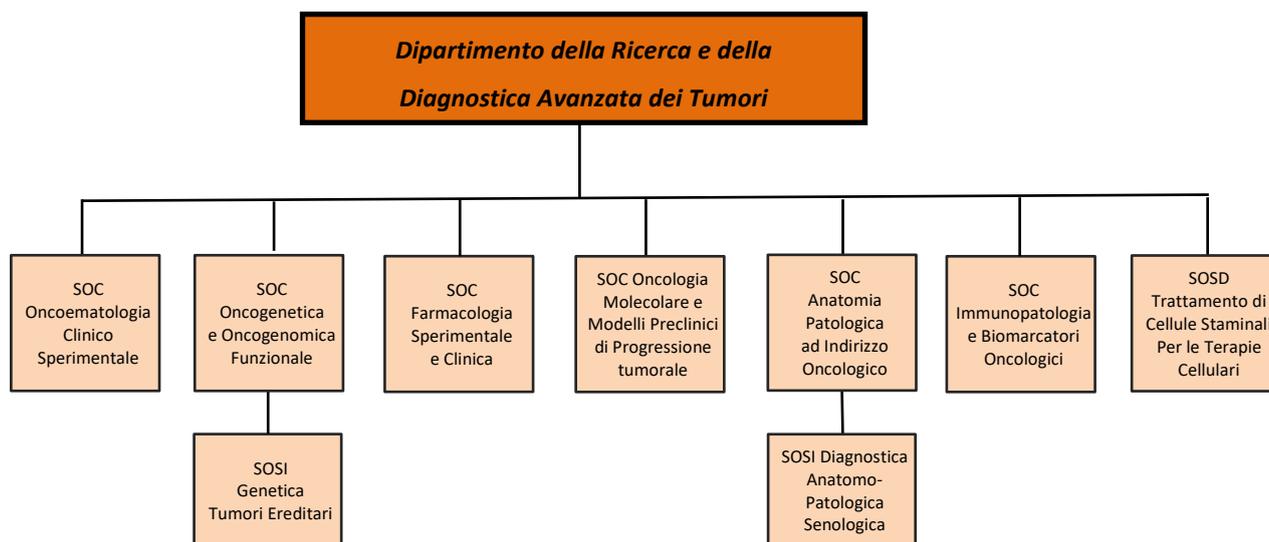
La Struttura si avvale di risorse proprie multi professionali e multidisciplinari e coordina percorsi integrati con le Strutture operative di diagnosi e cura presenti in Istituto.

La SOSD è sede di progettazione e conduzione di studi clinici sperimentali e osservazionali, che coinvolgono le tipologie di pazienti sopra descritti.

## Art. 7

### Dipartimento della Ricerca e della Diagnostica Avanzata dei Tumori

#### Organigramma



#### ONCOEMATOLOGIA CLINICO SPERIMENTALE

##### Classificazione

Struttura Operativa Complessa

##### Competenze

L'Oncoematologia ClinicoSperimentale ha come obiettivo primario l'inquadramento diagnostico, prognostico e predittivo multiparametrico delle patologie onco-ematologiche in accordo alle linee guida correnti. Svolge sia attività di ricerca di base e traslazionale che attività clinica e diagnostica, anche a supporto dello sviluppo e sperimentazione delle terapie cellulari.

In particolare garantisce:

- attività di diagnostica onco-ematologica morfologica e immuno-fenotipica, inclusa la valutazione quali-quantitativa dei progenitori staminali/emopoietici e dei prodotti per le terapie cellulari;
- attività di diagnostica onco-ematologica citogenetica e molecolare, inclusa valutazione quali-quantitativa di alterazioni geniche complesse;
- contributo medico alle attività ambulatoriali per patologie linfoproliferative;
- contributo al biobancaggio istituzionale per quanto concerne le patologie onco-ematologiche.

L'attività di ricerca della SOC Oncoematologia Clinico Sperimentale è inquadrata nella linea di ricerca istituzionale sulle neoplasie oncoematologiche ed è correlata agli ambiti sopradescritti.

## **ONCOGENETICA E ONCOGENOMICA FUNZIONALE**

### *Classificazione*

Struttura Operativa Complessa

### *Competenze*

La SOC Oncogenetica e Oncogenomica Funzionale focalizza le proprie attività di ricerca sulla definizione dei meccanismi genetico-molecolari implicati nella patogenesi del cancro. Lo scopo di questi studi è duplice:

- far luce sulle alterazioni a livello genetico, genomico, trascrittomico ed epigenomico che stanno alla base dello sviluppo e progressione delle neoplasie e della resistenza alle terapie;
- identificare nuovi elementi di potenziale valenza diagnostica, prognostica, predittiva e nuovi bersagli per terapie molecolari mirate in un'ottica di medicina personalizzata.

Particolare attenzione è dedicata allo studio di tumori rari, sarcomi e GIST in particolare, di carcinomi con fenotipo mesenchimale e di tumori a base eredo-familiare.

La SOC garantisce il servizio di counseling genetico oncologico e comprende la SOSI Genetica dei tumori ereditari.

## **Genetica dei Tumori Ereditari**

### *Classificazione*

Struttura Operativa Semplice

### *Posizione*

Afferisce al Direttore SOC Oncogenetica e Oncogenomica Funzionale

### *Competenze*

La SOSI Genetica dei Tumori Ereditari conduce attività diagnostica e ricerca nel settore della genetica dei tumori a base eredo-familiare ed è riferimento istituzionale per la definizione della costituzionalità di alterazioni genetiche nell'ambito dei Gruppi Aziendali Multidisciplinari Oncologici (GAMO) e del Molecular Tumor Board.

Il responsabile della SOSI è referente qualità nei percorsi di certificazione ISO 15189 della SOC.

## **FARMACOLOGIA SPERIMENTALE E CLINICA**

### *Classificazione*

Struttura Operativa Complessa

### *Competenze*

La SOC Farmacologia Sperimentale e Clinica svolge attività nell'ambito della farmacologia finalizzate al perseguimento di un uso più sicuro, appropriato ed efficace dei farmaci nel paziente oncologico.

In particolare svolge le seguenti attività:

- a) identificazione di varianti germinali predittive di sensibilità/resistenza/tossicità dei farmaci mediante studi di farmacogenomica e implementazione del loro impiego nella pratica clinica;
- b) farmacocinetica di farmaci oncologici tramite lo sviluppo di metodi analitici innovativi;
- c) sviluppo di formulazioni e modalità di somministrazioni innovative;
- d) sviluppo di nuovi farmaci, ottimizzazione del processo di sviluppo e trasferimento in clinica e strategie di targeting farmacologico;
- e) il monitoraggio terapeutico del farmaco (TDM) ed analisi farmacogenetiche per un dosaggio personalizzato delle terapie;
- f) la consulenza farmacologica clinica per un uso più sicuro, appropriato ed efficace dei farmaci, specialmente nei pazienti sottoposti a terapie multi-farmacologiche ed in condizioni di co-morbilità.

Attraverso queste attività la SOC, secondo percorsi condivisi con la SOC Farmacia dell'Istituto, promuove l'appropriatezza prescrittiva delle terapie farmacologiche e contribuisce alla definizione del ruolo terapeutico di nuovi farmaci (place in therapy).

## **ONCOLOGIA MOLECOLARE E MODELLI PRECLINICI DI PROGRESSIONE TUMORALE**

### *Classificazione*

Struttura Operativa Complessa

### *Competenze*

La SOC Oncologia Molecolare e Modelli Preclinici di Progressione Tumorale focalizza le attività di ricerca di base e traslazionale sullo studio dei meccanismi molecolari di crescita e progressione tumorale, con particolare attenzione alla possibile traslazione delle proprie scoperte in clinica, utilizzando estensivamente modelli sperimentali *in vivo*.

Le attività di ricerca della SOC focalizzano principalmente tumori femminili (mammella e ginecologici), del colon-retto e del testa-collo e riguardano:

- lo studio dei meccanismi molecolari alla base della formazione di recidive locali e metastasi;
- l'identificazione di nuove possibilità terapeutiche mediante lo studio delle vie di trasduzione del segnale e dei meccanismi di controllo di proliferazione, staminalità, differenziamento, invasione e angio/linfangiogenesi tumorale;
- lo sviluppo di modelli *ex vivo* derivati da paziente (organoidi e PDX) e modelli murini geneticamente

modificati per lo studio dei fenomeni di insorgenza e progressione tumorale (impianto, crescita, sopravvivenza in circolo e nel microambiente) e di risposta/resistenza ai farmaci.

La SOC garantisce le attività di diagnostica molecolare dei tumori solidi attraverso la ricerca di mutazioni somatiche diagnostiche, prognostiche e predittive su biopsia solida e liquida (ctDNA) in accordo con le linee guida nazionali e internazionali.

Supporta le attività del Molecular Tumor Board di Istituto anche fornendo supporto di segreteria scientifica e organizzativa.

## **ANATOMIA PATOLOGICA AD INDIRIZZO ONCOLOGICO**

### *Classificazione*

Struttura Operativa Complessa

### *Competenze*

La SOC Anatomia Patologia ad Indirizzo Oncologico ha compiti di attività diagnostica morfologica, istocitopatologica ed immunofenotipico in ambito oncologico, incluse le valutazioni prognostico-predittive. A tal fine si avvale anche di approcci molecolari e citogenetici. Contribuisce alle attività di diagnostica nell'ambito dei programmi di screening regionali.

I principali ambiti operativi sono:

I principali ambiti operativi della struttura di anatomia patologica ad indirizzo oncologico sono:

- a) immunoistochimica e diagnostica molecolare
- b) One Day Diagnosis per la patologia neoplastica mammaria
- c) FISH, ISH e OSNA
- d) esami istocitopatologici nell'ambito dei programmi di screening regionali
- e) settore autoptico

La SOC contribuisce alla collezione di tessuti della biobanca istituzionale e alla sua gestione.

L'attività di ricerca della SOC è focalizzata sull'istopatologia e la patobiologia dei tumori, sviluppo ed implementazione di approcci diagnostici e modelli di studio innovativi.

## **Diagnostica Anatomopatologica Senologica**

### *Classificazione*

Struttura Operativa Semplice

### *Posizione*

Afferisce al Direttore SOC Anatomia Patologica ad Indirizzo Oncologico

### *Competenze*

La SOSI Diagnostica Anatomopatologica Senologica conduce attività di diagnostica e ricerca nel settore della anatomo-patologia senologica.

In particolare svolge attività diretta di Surgical Pathology (campionamenti tissutali, stoccaggio e trasmissione ad altri laboratori).

## **IMMUNOPATOLOGIA E BIOMARCATORI ONCOLOGICI**

### *Classificazione*

Struttura Operativa Complessa

### *Competenze*

La SOC Immunopatologia e Biomarcatori Oncologici garantisce l'organizzazione e la gestione delle attività di diagnostica nell'ambito della patologia clinica e dell'immunopatologia, garantendo le seguenti attività:

- a) emato-chimica, in urgenza e programmata, per i pazienti in carico all'Istituto;
- b) dosaggio sierologico dei marcatori oncologici proteici, in particolare relativamente ai tumori solidi e alla identificazione di nuovi marcatori;
- c) diagnostica sierologica e siero-proteica oncologica di secondo livello per il monitoraggio delle gammopatie monoclonali;
- d) diagnostica di secondo livello di patologie coagulative (funzionalità piastrinica, dosaggio ADAMTS-13, dosaggio Fattore von Willebrand);
- e) gestisce l'ambulatorio ematologico per la patologia trombo-embolica e per il controllo della terapia anticoagulante orale (sorveglianza TAO/DOAC), per i pazienti in carico al CRO;
- f) svolge attività di centro prelievi e di preparazione preanalitica degli esami microbiologici e di biochimica clinica (da inviare al laboratorio ASFO) per i pazienti in carico al CRO;
- g) biobanca.

Attraverso le proprie attività, la SOC promuove l'appropriatezza prescrittiva dei marcatori oncologici nella stadiazione e nel follow-up dei pazienti gestiti in ambito specialistico e della medicina generale.

L'attività di ricerca della SOC si focalizza in particolare sull'individuazione di nuovi marcatori oncologici diagnostici, prognostici e predittivi mediante profilazione immunologica, proteomica e metabolomica dei tumori, con particolare riferimento alla caratterizzazione dei pazienti oncologici immunocompromessi e in trattamento immunoterapico.

## **TRATTAMENTO DI CELLULE STAMINALI PER LE TERAPIE CELLULARI**

### *Classificazione*

Struttura Operativa Semplice Dipartimentale

### *Competenze*

La SOSD Trattamento di Cellule Staminali per le Terapie Cellulari garantisce l'organizzazione e la gestione delle attività relative a:

- raccolta e manipolazione delle cellule emopoietiche finalizzata alle esigenze del percorso trapianto autologo;
- supporto clinico-laboratoristico al programma di trapianto di cellule staminali emopoietiche.

L'attività di ricerca della SOSD è incentrata sullo sviluppo di approcci innovativi di crioconservazione, raccolta e manipolazione delle cellule staminali emopoietiche e lo sviluppo preclinico e clinico di prodotti e protocolli sperimentali di terapia cellulare in accordo alle linee guida GLP-GMP.

# Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: RAFFAELLA CATTARUZZA

CODICE FISCALE: CTTRFL70L64A5160

DATA FIRMA: 20/12/2024 14:23:27

IMPRONTA: 8AE2BBFD32B485E74E17893304CB20250768F29C136E5F0D2342ED95F9FA47E1  
0768F29C136E5F0D2342ED95F9FA47E17219B8E0BB4594B3DF54DA11A10B2B60  
7219B8E0BB4594B3DF54DA11A10B2B60B1362FD203D7526969C98FC71F27BAB3  
B1362FD203D7526969C98FC71F27BAB3D179739F37662C61A055FFBC01297124

NOME: SILVIA FRANCESCHI

CODICE FISCALE: FRNSLV55B49F205D

DATA FIRMA: 20/12/2024 14:44:37

IMPRONTA: 515CBF05692E34803820947FEB7BB2AF6427D8FFD85FA8800317740890EB7AFC  
6427D8FFD85FA8800317740890EB7AFC8F9665B2BE64411BB03ECF96C477523C  
8F9665B2BE64411BB03ECF96C477523C5C56A29BE304D6603E314DE72F916504  
5C56A29BE304D6603E314DE72F91650454A16D3A15A62279BFE84047CEC3E76F

NOME: CRISTINA ZAVAGNO

CODICE FISCALE: ZVGCST68P69Z401X

DATA FIRMA: 20/12/2024 14:52:15

IMPRONTA: 65EBBC9F40A228994B80EFB5609B95D9E44EFE31EA97AE89B5D0EF7DF664246D  
E44EFE31EA97AE89B5D0EF7DF664246DC643DD84FBDD06CD2E1FB050D5D86445  
C643DD84FBDD06CD2E1FB050D5D86445A41A42074671230039FDA5AC89AD53E1  
A41A42074671230039FDA5AC89AD53E11B9A5A2494C314C09B063186195C36E8

NOME: NELSO TRUA

CODICE FISCALE: TRUNLS68E13C352L

DATA FIRMA: 20/12/2024 15:05:45

IMPRONTA: 04D01A8B7134AD184F9A40D672FFB6D719F1F2FBCED9E7399A7327DBC7619028  
19F1F2FBCED9E7399A7327DBC76190285CC56FDA3AC47F2F3897B7B57396CB29  
5CC56FDA3AC47F2F3897B7B57396CB295B3139752FA9B1997A370025A3F67C0C  
5B3139752FA9B1997A370025A3F67C0CF920710281AD4D4EF71E32C0C9AE856B

NOME: "FRANCESCA TOSOLINI"

CODICE FISCALE: TSLFNC68M54L483X

DATA FIRMA: 20/12/2024 15:17:42

IMPRONTA: 4BD2DFA35187BF0158A0725B7B442F8FD55BAD413DEDE69229EB55CBA56275A4  
D55BAD413DEDE69229EB55CBA56275A448C4C6DA565E3D011C079DD24ED15EE3  
48C4C6DA565E3D011C079DD24ED15EE3D4AA8EF18E158A549E17F6ECEC5FA63C  
D4AA8EF18E158A549E17F6ECEC5FA63C5DB843E72C572BBEB43AA8CB05EDC567

**IRCCS CENTRO DI RIFERIMENTO ONCOLOGICO DI AVIANO**

---

**CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE NELL'ALBO ON-LINE**

La delibera n. 624 del 20/12/2024 è conforme all'originale, redatta in forma elettronica e sottoscritta digitalmente e archiviata presso la server farm di INSIEL S.p.A., ed è pubblicata all'Albo del Centro di Riferimento Oncologico di Aviano in data 24/12/2024 ai sensi dell'art. 32, comma 1, della L. 69/2009, rimanendovi per quindici giorni consecutivi

---

**CERTIFICATO DI ESECUTIVITÀ**

La presente deliberazione è esecutiva dal giorno di pubblicazione ai sensi dell'art. 4 comma 2 LR 21/1992 e ss.mm.ii.

---

Inviato per quanto di competenza a:

- UFFICIO BILANCIO
- UFFICIO AFFARI GENERALI E LEGALI
- GESTIONE DELLE RISORSE UMANE

Aviano, li 24/12/2024

L'INCARICATO  
Valentina Elena Alexa

---

# Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: VALENTINA-ELENA ALEXA

CODICE FISCALE: LXAVNT88R43Z129A

DATA FIRMA: 24/12/2024 10:03:55

IMPRONTA: 94D85E2539812AC80E81ECE2661DD121D7720C01E80BFA209BE0AC2ABA806DD3  
D7720C01E80BFA209BE0AC2ABA806DD36360E64A9C81C01C97604B8613B3EC6F  
6360E64A9C81C01C97604B8613B3EC6FB65C94F98A80AEB914877DB5AFB8DBA7  
B65C94F98A80AEB914877DB5AFB8DBA7924ED9A65A301A0101E033C2D173D652