

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 7 agosto 2024, n. 1189

**Preso d'atto e approvazione del Regolamento di Organizzazione e Funzionamento dell'IRCCS "Istituto Tumori "Giovanni Paolo II"**

Il Presidente della Giunta Regionale, sulla base dell'istruttoria espletata dalla Funzionaria Istruttrice e confermata dalla Dirigente del Servizio Strategie e Governo dell'Assistenza Territoriale - Rapporti Istituzionali e Capitale Umano SSR e dal Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, riferisce quanto segue.

Viste:

- la D.G.R. 15 settembre 2021, n. 1466 recante l'approvazione della Strategia regionale per la parità di genere, denominata "Agenda di Genere";
- la D.G.R. del 03/07/2023 n. 938 del Registro delle Deliberazioni recante D.G.R. n. 302/2022 "Valutazione di impatto di genere. Sistema di gestione e di monitoraggio".

Visto:

- l'articolo 2, comma 2 sexies lett. b) del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 stabilisce che "La regione disciplina altresì: [...] b) i principi e criteri per l'adozione dell'atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1-bis; [...]";
- l'articolo 3, comma 1 bis, del D.Lgs. n. 502/1992 stabilisce che: "In funzione del perseguimento dei loro fini istituzionali, le unità sanitarie locali si costituiscono in aziende con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale; la loro organizzazione ed il funzionamento sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato, nel rispetto dei principi e criteri previsti da disposizioni regionali. L'atto aziendale individua le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale, soggette a rendicontazione analitica".
- l'articolo 3, comma 1 quater del D.Lgs. n. 502/1992 stabilisce che "[...] Il direttore generale adotta l'atto aziendale di cui al comma 1-bis; è responsabile della gestione complessiva e nomina i responsabili delle strutture operative dell'azienda";
- l'articolo 15 bis commi 1 e 2 del D.Lgs. n. 502/1992 stabilisce che:
  1. L'atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1-bis, disciplina l'attribuzione al direttore amministrativo, al direttore sanitario, nonché ai direttori di presidio, di distretto, di dipartimento e ai dirigenti responsabili di struttura, dei compiti comprese, per i dirigenti di strutture complesse, le decisioni che impegnano l'azienda, verso l'esterno, l'attuazione degli obiettivi definiti nel piano programmatico e finanziario aziendale.
  2. La direzione delle strutture e degli uffici è affidata ai dirigenti, secondo i criteri e le modalità stabiliti nell'atto di cui al comma 1, nel rispetto, per la dirigenza sanitaria, delle disposizioni di cui all'articolo 15-ter. Il rapporto dei dirigenti è esclusivo, fatto salvo quanto previsto in via transitoria per la dirigenza sanitaria dall'articolo 15-sexies."

Visto il D.Lgs n. 288/2003 e ss.mm. e ii. recante "Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, a norma dell'articolo 42, comma 1, della legge 16 gennaio 2003, n. 3" che all'art. 5 stabilisce: "Con atto di intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, di seguito denominata: "Conferenza Stato-regioni", sono disciplinate le modalità di organizzazione, di gestione e di funzionamento degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico non trasformati in Fondazioni, nel rispetto del principio di separazione delle funzioni di indirizzo e controllo da quelle di gestione e di attuazione, nonché di salvaguardia delle specifiche esigenze riconducibili alla attività di ricerca e alla partecipazione alle reti nazionali dei centri di eccellenza assistenziale, prevedendo altresì che il direttore scientifico responsabile della ricerca sia nominato dal Ministro della salute, sentito il Presidente della Regione interessata".

Vista l'Intesa Stato-Regioni dell'1/7/2004 recante "Organizzazione, gestione e funzionamento degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico non trasformati in fondazioni" che all'art. 1 disciplina il regolamento di organizzazione e funzionamento degli IRCCS pubblici non trasformati in Fondazioni, da adottarsi dal Direttore generale dell'Istituto "sulla base dello schema tipo allegato alla presente intesa, acquisito il parere del Consiglio di indirizzo e verifica di cui all'art. 2" e da trasmettersi "per l'approvazione alla Regione in cui l'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico ha la sede prevalente di attività ed al Ministero della salute", stabilendo altresì che gli aspetti organizzativi non disciplinati dalle predette fonti (D.Lgs. 288/2003 ed Intesa Stato-Regioni 1/7/2004) "saranno disciplinati dalle Regioni, sulla base dei principi fondamentali desumibili dalla legislazione vigente".

Vista :

- la Legge Regionale n. 4 del 25/2/2010, che all'art. 19, commi 9 e 10 e 11, prevede che "9. I Direttori generali delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale istituiscono, mediante apposito atto aziendale (o regolamento di organizzazione e funzionamento, nel caso degli IRCCS pubblici), i dipartimenti, le unità operative complesse, le unità operative semplici a valenza dipartimentale, le unità operative semplici e le strutture di staff nel rispetto delle disposizioni vigenti in materia.  
10. L'atto aziendale è adottato dai direttori generali entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge. Il provvedimento di adozione dell'atto aziendale è sottoposto alle valutazioni della Giunta regionale che, in ragione della complessità dell'azienda o ente proponente, provvede alla sua approvazione. L'atto aziendale e l'istituzione delle strutture ivi previste divengono efficaci solo a intervenuta approvazione da parte della Giunta regionale. Eventuali modifiche o integrazioni all'atto aziendale devono essere approvate dalla Giunta regionale.  
11. L'articolazione organizzativa di ciascuna azienda sanitaria, IRCCS pubblico e delle AOU come risultante dell'atto aziendale approvato dalla Giunta regionale deve essere registrata nel sistema informativo sanitario regionale".
- la Legge Regionale 29 maggio 2017, n. 17 e ss. mm. ii. recante: "Organizzazione e funzionamento degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) di diritto pubblico della Regione Puglia";
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1603/2018 avente ad oggetto "Parametri standard regionali per l'individuazione di strutture semplici e complesse, posizioni organizzative e coordinamenti per il personale delle Aziende ed Enti del S.S.R. ex art. 12, co. 1, lett. b) Patto per la Salute 2010-2012. Modifica Allegato 1 alla D.G.R. 3008/2012 in adeguamento alla rete ospedaliera ex R.R. n. 7/2017 s.m.i. e ai dati demografici ISTAT aggiornati al 1° gennaio 2017" con la quale sono state adeguate il numero massimo di strutture complesse, strutture semplici, coordinamenti e posizioni organizzative attribuibili da parte di ciascuna Azienda o Ente SSR, calcolato sulla base dei parametri standard per le strutture organizzative approvati con DD.GG.RR. n. 1388/2011 e n. 3008/2012, alla nuova rete ospedaliera regionale di cui al Regolamento Regionale n. 7/2017 s.m.i. ed ai dati demografici regionali aggiornati all'1/1/2017.
- la nota prot. AOO183/01/10/2019 n. 12943 avente ad oggetto "Articolazione organizzativa aziendale. Riscontro vs nota prot. n. 17092 del 13.09.2019" con la quale si confermavano per l'IRCCS Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" i valori standard di cui alla nota prot. AOO\_183 n. 8187 dell'11/06/2019 e cioè:

Azienda/ Ente SSR	n. Strutture Complesse	n. Strutture semplici	n. coordinamenti	n. Posizioni Organizzative
IRCCS G. PAOLO II	16	23	16	3/4

Preso atto che:

- con mail del 31/03/2023 e con successiva nota prot. AOO\_183/0012073 del 07/04/2023 il Dipartimento Salute ha trasmesso agli IRCCS regionali di diritto pubblico le Linee Guida redatte dalla Direzione

Generale della ricerca e dell'innovazione in sanità del Ministero della Salute in collaborazione con il Coordinamento Tecnico della Commissione Salute della Regione Emilia-Romagna contenente le indicazioni per supportare le procedure di adeguamento degli atti aziendali e dei regolamenti degli IRCCS ai sensi del dettato normativo d.lgs 200/22;

- Con Deliberazione n. 825 del 12.06.2023 la Giunta regionale ha preso atto e approvato, ai sensi dell'art. 1 dell'Intesa Stato-Regioni dell'1 luglio 2004, il *“Regolamento di Organizzazione e Funzionamento dell'IRCCS Istituto Tumori “Giovanni Paolo II”*;
- con Deliberazione n. 1434 del 19.10.2023 la Giunta regionale ha stabilito al punto 17 lett. e) del deliberato che: *“il Direttore Generale dell'IRCCS G. Paolo II dovrà adottare l'Atto aziendale, entro sei mesi dall'approvazione del presente provvedimento, in conformità alle disposizioni di cui al D. Lgs. n. 502/92 e ss.mm.ii. nonché della normativa nazionale e regionale in materia”*.

Considerato che:

- in esecuzione alla normativa vigente in materia, nonché alle disposizioni di Giunta regionale, con nota prot. n. 10251 del 24.04.2024, il Direttore Generale dell'IRCCS Istituto Tumori “Giovanni Paolo II” ha trasmesso l'atto aziendale contenente l'assetto organizzativo interno;
- l'IRCCS Istituto Tumori “Giovanni Paolo II” ha inviato bozza dell'Atto Aziendale comunicando che lo stesso *“ripropone a livello sostanziale quanto già disciplinato nel Regolamento di Organizzazione e Funzionamento deliberato con provvedimento del Direttore Generale n. 323 del 31 marzo 2023 e approvato in Giunta con DGR n. 825 del 12 giugno 2023. Trattasi di atto conformativo che prendendo atto di quanto già disciplinato nel Regolamento di Organizzazione e Funzionamento, conferma l'impianto strutturale Dipartimentale e opera alcune modifiche unicamente a livello organizzativo [...]”*.
- le modifiche apportate riguardano:
  - a) la ridenominazione del Dipartimento di Staff in *“Dipartimento di Staff e Aree Amministrative”*, in afferenza funzionale alla Direzione Strategica, che prevede le seguenti Strutture e funzioni:
    - SC Area Tecnica e Servizi Informatici
    - SSD Ingegneria clinica
    - SSD Controllo di Gestione
    - SC Area Gestione Risorse Finanziarie
    - SC Area Gestione Risorse Umane
    - SD Patrimonio Appalti e Contratti
    - URP e Comunicazione
    - SC Struttura Burocratico Legale, Affari generali e Privacy
    - Ufficio Formazione
    - Ufficio Controllo Strategico, RPTC e antiriciclaggio.
  - b) ridenominazione del Dipartimento della Gestione in *“Dipartimento Clinico Gestionale Oncologico”*, in afferenza funzionale alla Direzione Strategica, includendo le seguenti Strutture funzioni e Servizi:
    - SC U.O. di Statistica ed Epidemiologia e sistemi informativi
    - SSD C.Or.O. Bed Management presa in carico e Team Multidisciplinari
    - SSD Servizio delle professioni sanitarie
    - Servizio di Prevenzione e Protezione
    - Servizio di Sorveglianza Sanitaria
    - SSD Qualità e Risk Management
    - SC Farmacia Ospedaliera e U.Ma.C.A
    - R.U.LA. / CUP MANAGER
    - Servizio socio-assistenziale
    - Servizio nutrizionale

- Servizio di psiconcologia
  - Servizio di Cure palliative e Terapia del dolore
  - Servizi specialistici ambulatoriali
  - Project Management della Ricerca
- c) lo spostamento della SSD C.Or.O. Bed Management presa in carico e Team Multidisciplinari dal Dipartimento di Area Medica al Dipartimento Clinico Gestionale Oncologico che pone l'accento sulla presa in carico del paziente oncologico, con funzione trasversale nel percorso di cura.
- d) La conferma dell'impianto Dipartimentale già disciplinato nel Regolamento di Organizzazione e Funzionamento, che aveva già previsto una riduzione dei Dipartimenti da n. 6 a n. 5, n. 16 Strutture Complesse e n. 23 Strutture Semplici ed a valenza Dipartimentale, riproponendo le denominazioni e funzioni associate alle singole strutture con l'unica variazione dei Dipartimenti sopra menzionati.
- Sulla base dell'istruttoria effettuata dal competente Servizio regionale l'atto aziendale così come proposto risulta essere conforme alla normativa vigente in materia, nonché alle linee guida regionali innanzi citate.

Richiamati, infine,:

- la nota prot. n. 0003798 del 24.07.2023 con la quale il Ministero della Salute, in ossequio al procedimento ex art. 1, comma 2, del decreto legislativo 23 dicembre 2022, n. 200, ha comunicato al Dipartimento Salute che la proposta di afferenza all'area tematica di "oncologia" dell'IRCCS Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" è coerente con la specializzazione disciplinare oggetto del riconoscimento scientifico di provenienza, ai sensi dell'articolo 13, comma 3, lettera d), d.lgs. n. 288/2003, come modificato dall'art. 7, del d.lgs. 200/2022;
- il conseguente decreto del 25 ottobre 2023 con il quale il Ministero della Salute ha Individuato che l'area tematica di afferenza per l'IRCCS Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" è "oncologia";

Stante quanto innanzi, si ritiene di approvare l'atto aziendale contenente l'assetto organizzativo interno dell'IRCCS Istituto Tumori "Giovanni Paolo II", così come inviato con nota prot. 10251 del 24.04.2024, di cui all'Allegato parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

Si propone, altresì, di riconoscere l'IRCCS Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" quale Centro di Riferimento Regionale per l'area tematica di "oncologia", ai sensi di quanto previsto dall'allegato 3 del d.lgs. 200/2022, quale requisito necessario ai sensi dell'articolo 13, comma 3, lettera d), d.lgs. n. 288/2003, come modificato dall'art. 7, del d.lgs. 200/2022, così come riconosciuto dal d.m. 25 ottobre 2023.

#### **VERIFICA AI SENSI DEL D. Lgs. 196/03**

##### ***Garanzie alla riservatezza***

La pubblicazione sul BURP, nonché la pubblicazione all'albo o sul sito istituzionale, salve le garanzie previste dalla legge 241/1990 in tema di accesso ai documenti amministrativi, avviene nel rispetto della tutela della riservatezza dei cittadini, secondo quanto disposto dal Regolamento UE 2016/679 in materia di protezione dei dati personali, nonché dal D.Lgs. n. 196/2003 ss.mm.ii. ed ai sensi del vigente Regolamento regionale n. 5/2006 per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari, in quanto applicabile.

Ai fini della pubblicità legale, il presente provvedimento è stato redatto in modo da evitare la diffusione di dati personali identificativi non necessari ovvero il riferimento alle particolari categorie di dati previste dagli articoli 9 e 10 del succitato Regolamento UE.

<b>Valutazione di impatto di genere (prima valutazione)</b>
Ai sensi della D.G.R. n. 938 del 03/07/2023 la presente deliberazione è stata sottoposta a Valutazione di impatto di genere.
L'impatto di genere stimato è:

- diretto
- indiretto
- X neutro
- non rilevato

### **COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DEL D.LGS. n. 118/2011 E SS.MM.II**

La presente deliberazione non comporta implicazioni, dirette e/o indirette, di natura economico-finanziaria e/o patrimoniale e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del Bilancio regionale.

Il Presidente della Giunta Regionale, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate e motivate, a norma dell'art. 4, comma 4, della L.R. 7/1997, propone alla Giunta regionale:

1. di prendere atto di quanto esposto in narrativa e che qui si intende integralmente riportato;
2. di approvare l'atto aziendale contenente l'assetto organizzativo interno dell'IRCCS Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" così come inviato con nota prot. 10251 del 24.04.2024, di cui all'Allegato, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
3. di prendere atto che l'IRCCS Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" si qualifica quale centro di riferimento regionale per l'area tematica di "oncologia", ai sensi di quanto previsto dall'allegato 3 del d.lgs. 200/2022, quale requisito necessario ai sensi dell'articolo 13, comma 3, lettera d), d.lgs. n. 288/2003, come modificato dall'art. 7, del d.lgs. 200/2022, così come riconosciuto dal d.m. del 25 ottobre 2023;
4. di notificare il presente provvedimento, a cura del Servizio Rapporti Istituzionali e Capitale Umano SSR della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, all'IRCCS Istituto Tumori "Giovanni Paolo II";
5. di pubblicare il presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, ai sensi della L.R. n. 18/2023.

I sottoscritti attestano che il procedimento istruttorio affidato è stato espletato nel rispetto della vigente normativa regionale, nazionale e europea e che il presente schema di provvedimento, predisposto dagli stessi ai fini dell'adozione dell'atto finale da parte della Giunta Regionale, è conforme alle risultanze istruttorie.

LA FUNZIONARIA ISTRUTTRICE

**Daniela PIZZUTO**

LA DIRIGENTE DEL SERVIZIO "Strategie e Governo dell'Assistenza Territoriale – Rapporti Istituzionali e Capitale Umano SSR"

**Antonella CAROLI**

IL DIRIGENTE DELLA SEZIONE "Strategie e Governo dell'Offerta"

**Mauro NICASTRO**

Il Direttore, ai sensi dell'art. 18 e 20 del Decreto del Presidente della Giunta regionale n. 22/2021 e ss.mm.ii., NON RAVVISA osservazioni alla presente proposta di deliberazione.

Il DIRETTORE del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale

**Vito MONTANARO**

Il Presidente della Giunta Regionale

**Michele EMILIANO**

**LA GIUNTA**

- Udita la relazione e la conseguente proposta del Presidente della Giunta Regionale;
- Viste le sottoscrizioni poste in calce alla proposta di deliberazione;
- A voti unanimi espressi nei modi di legge

**DELIBERA**

1. di prendere atto di quanto esposto in narrativa e che qui si intende integralmente riportato;
2. di approvare l'atto aziendale contenente l'assetto organizzativo interno dell'IRCCS Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" così come inviato con nota prot. 10251 del 24.04.2024, di cui all'Allegato, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
3. di prendere atto che l'IRCCS Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" si qualifica quale centro di riferimento regionale per l'area tematica di "oncologia", ai sensi di quanto previsto dall'allegato 3 del d.lgs. 200/2022, quale requisito necessario ai sensi dell'articolo 13, comma 3, lettera d), d.lgs. n. 288/2003, come modificato dall'art. 7, del d.lgs. 200/2022, così come riconosciuto dal d.m. del 25 ottobre 2023;
4. di notificare il presente provvedimento, a cura del Servizio Rapporti Istituzionali e Capitale Umano SSR della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, all'IRCCS Istituto Tumori "Giovanni Paolo II";
5. di pubblicare il presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, ai sensi della L.R. n. 18/2023.

**IL SEGRETARIO GENERALE DELLA GIUNTA**

ANNA LOBOSCO

**IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA**

MICHELE EMILIANO



## **REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E FUNZIONAMENTO**

---

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E  
FUNZIONAMENTO

---

## Sommario

### Premessa

#### TITOLO I – GLI ELEMENTI IDENTIFICATIVI

Art.1 Costituzione, sede legale, sito, logo

Art. 2 Finanziamenti

Art. 3 La Mission istituzionale. La Vision.

Art. 4 Strumenti

Art. 5 Funzioni di assistenza e di ricerca – Attività clinica e attività di ricerca.

#### TITOLO II – GLI ELEMENTI FONDANTI

Art. 6 Organizzazione

Art. 7 La ricerca

Art. 8 Attività di sperimentazione

Art. 9 Prodotti della ricerca

Art. 10 Formazione e didattica

Art. 11 Patrimonio e mezzi finanziari

Art. 12 Esercizio Finanziario

#### TITOLO III – GLI ORGANI DELL’ISTITUTO

Art. 13 Gli Organi

Art. 14 Il Consiglio di Indirizzo e Verifica

Art. 15 Il Direttore Generale

Art. 16 Il Direttore Scientifico

Art. 17 Il Collegio Sindacale

#### TITOLO IV – L’ORGANIZZAZIONE STRATEGICA

Art. 18 Il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo

#### TITOLO V – GLI ORGANISMI COLLEGIALI

Art. 19 Il Collegio di Direzione



---

**REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E  
FUNZIONAMENTO**

---

**Art. 20 Il Comitato tecnico Scientifico**

**Art. 21 Il Comitato Etico**

**Art. 22 Il Comitato Consultivo Misto**

**Art. 23 Il Collegio Tecnico**

**TITOLO VI – LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA**

**Art. 24 Il modello organizzativo**

**TITOLO VII - I PRINCIPI E GLI STRUMENTI DELLA GESTIONE**

**Art. 25 L'unitarietà della gestione**

**Art. 26 L'orientamento ai bisogni dell'utenza**

**Art. 27 L'integrazione con la rete ospedaliera regionale**

**Art. 28 Il governo clinico**

**Art. 29 La Trasparenza dell'azione amministrativa**

**Art. 30 Le risorse umane**

**Art. 31 Attività Negoziale**

**Art. 32 I rapporti con le organizzazioni sindacali**

**Art. 33 L'Organismo Indipendente di Valutazione**

**Art. 34 Il Comitato Unico di Garanzia**

**Art. 35 Funzioni di Controllo Interno**

**Art. 36 Libera Professione**

**Art. 37 Atti Regolamentari**

**TITOLO VIII – LA RICERCA**

**Art. 38 La Ricerca**

**Art. 39 Le Sinergie tra Ricerca Assistenza e Formazione**

**Art. 40 Il personale di Ricerca**

**Art. 41 Linee di Ricerca**

**Art. 42 L'integrazione tra ricerca e formazione**

**Art. 43 Il Funzionamento della Ricerca Scientifica**

**TITOLO IX – I RAPPORTI CON GLI INTERLOCUTORI ESTERNI**

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E  
FUNZIONAMENTO

---

**Art. 44** Le relazioni con le Istituzioni e con la società civile

**Art. 45** La collaborazione con le Università

**TITOLO X – VIGILANZA, NORME FINALI E DI RINVIO**

**ORGANIGRAMMA**

**FUNZIONIGRAMMA**

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E  
FUNZIONAMENTO**PREMESSA**

Il presente Regolamento costituisce adeguamento del precedente Regolamento di Organizzazione e Funzionamento (adottato con delibera del Direttore Generale n. 469/2017) a seguito dell'emanazione del d.lgs 200/2022 recante il *"Riordino della disciplina degli Istituti di Ricovero e cura a carattere scientifico"*, tenuto conto della disciplina di cui al d.lgs. 288/2003, dei contenuti dell'Atto d'Intesa Stato-Regioni stipulato il 1 luglio 2004 e successiva Intesa del 29 maggio 2014 recante modifica all'articolo 12 dell'Intesa sancita dalla Conferenza Stato – Regioni del 2004, nonché in coerenza alle disposizioni statali e regionali in materia di Aziende Sanitarie in quanto applicabili.

Il presente Regolamento rappresenta lo strumento giuridico mediante il quale l'IRCCS Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" sancisce i principi e i criteri della propria organizzazione ed i meccanismi di funzionamento, delineando gli ambiti della propria autonomia gestionale nei limiti delle norme che disciplinano l'attività della Pubblica Amministrazione.

Costituiscono documenti di indirizzo:

- D.lgs. 30/12/1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421" e s.m.i..
- D.lgs. 288/2003 "Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere Scientifico, a norma dell'articolo 42, comma 1, della legge 16 gennaio 2003, n. 3".
- Atto d'Intesa Stato – Regioni 1° luglio 2004 recante: «Organizzazione, gestione e funzionamento degli istituti di ricovero e cura a carattere Scientifico non trasformati in fondazioni», di cui all'art. 5 del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288. Intesa ai sensi dell'art. 5 del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288 e dell'art. 8, com-ma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131.
- Atto d'Intesa Stato – Regioni 29 Maggio 2014 Intesa recante modifica all'articolo 12 dell'Intesa sancita dalla Conferenza Stato – Regioni il 1° luglio 2004 (Rep. atti n. 2037) avente ad oggetto: "Organizzazione, gestione e funzionamento degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico non trasformati in Fondazioni, ai sensi dell'articolo 5 del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288".
- D.M. 14 marzo 2013 avente ad oggetto "Documentazione necessaria per il riconoscimento degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico."
- D.M. 5 febbraio 2015 Modifica del decreto 14 marzo 2013, recante: «Documentazione necessaria per il riconoscimento degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico».
- DGR Regione Puglia n. 879/2015 Linee guida per l'adozione degli atti aziendali di Aziende Sanitarie Locali ed Aziende Ospedaliere - Universitarie della Regione Puglia - Approvazione.
- D.lgs. n. 171 del 2016 e s.m.i. avente ad oggetto l'Attuazione della delega di cui all'articolo 11, comma 1, lettera p), della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di dirigenza sanitaria.
- Legge Regionale n. 17/2017 recante "Organizzazione e funzionamento degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) di diritto pubblico della Regione Puglia".
- Legge Regionale n. 61/2017 recante "Modifiche alla legge regionale 29 maggio 2017, n. 17 (Organizzazione e funzionamento degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) di diritto pubblico della Regione Puglia)".
- D.M. 8 febbraio 2013 Criteri per la composizione e il funzionamento dei comitati etici.
- Piano Nazionale della Prevenzione e Piano Regionale della Prevenzione.

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E  
FUNZIONAMENTO

- D.lgs. n. 200/2022 recante "Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico.
- Patto della Salute
- Linee Guida OECI (Organization of European Cancer Institute)
- Carta Europea dei Diritti del Malato di Cancro
- Legge 190/2012 recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella P.A."
- D.lgs. n.33/2013 recante "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle P.A."
- D.lgs. n. 97/2016 recante revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della L. 190/2012 e del d.lgs. n. 33/2013, ai sensi dell'art. 7 della L. 124/2015 in materia di riorganizzazione delle Amministrazioni Pubbliche.
- l'Intesa Stato Regione n. 131 del 06.08.2020. rep. Atti 127/CSR concernente il "Piano nazionale per la prevenzione (PNP) 2020-2025".
- Deliberazione 23 febbraio 2017, n. 221 con cui la Giunta Regionale ha approvato il modello organizzativo e principi generali di funzionamento della Rete Oncologica Pugliese (R.O.P.).
- Deliberazione 20 febbraio 2018, n. 192 con cui la Giunta Regionale ha preso atto della nomina dei coordinatori Operativi Dipartimentali, dei componenti della Consulta Oncologica Regionale, dei Componenti della Consulta oncologica regionale, dei componenti dei Gruppi di patologia interdisciplinari e dell'Unità di Coordinamento della Rete Oncologica Pugliese (R.O.P.).
- deliberazione di Giunta regionale n. 1603 del 13 settembre 2018 avente ad oggetto: "Parametri standard regionali per l'individuazione di strutture semplici e complesse, posizioni organizzative e coordinamenti per il personale delle Aziende ed Enti del S.S.R. ex art. 12, co. 1, lett. b) Patto per la Salute 2010-2012. Modifica Allegato 1 alla D.G.R. 3008/2012 in adeguamento alla rete ospedaliera ex R.R. n. 7/2017 s.m.i. e ai dati demografici ISTAT aggiornati al 1° gennaio 2017".
- Deliberazione di Giunta Regionale n. 1103 del 16/07/2020 avente ad oggetto: "Presa d'atto delle deliberazioni del Direttore Generale dell'A.Re.S.S. relativa alla individuazione dei Centri Hub e Spoke chirurgici della (ROP) e degli indicatori - Revisione identificazione Centri di Orientamento Oncologico (COro) della Rete Oncologica Pugliese (R.O.P.) e relativo regolamento. Istituzione Comitato Etico Unico Oncologico e l'Alto Comitato per la ricerca Oncologica".
- Deliberazione di Giunta Regionale n. 1104 del 16/07/2020 è stato approvato il documento avente ad oggetto: "Presa d'atto delle deliberazioni del Direttore Generale dell'A.Re.S.S. riferite ai PDTA regionali per Cr. Colon retto, Cr. Polmone, Cr. Prostata, Cr Neoplasie mammarie e Cr. Endometrio".
- Deliberazione della Giunta Regionale Pugliese 7 agosto 2020, n.1332 recante «Approvazione del Documento Tecnico "Organizzazione dei programmi di screening oncologici nella Regione Puglia"».
- Deliberazione 22 dicembre 2021, n. 2198 con cui la Giunta Regionale ha approvato il documento programmatico "Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025" in ottemperanza a quanto stabilito con l'Intesa Stato-Regione del 6 agosto n.131 del 06.08.2020, rep. Atti 127/CSR concernente il Piano nazionale per la prevenzione (PNP) 2020-2025."
- Deliberazione della Giunta Regionale 8 giugno 2022, n. 843 ad oggetto «Definizione dei criteri per l'erogazione di prestazioni specialistiche di secondo livello, previste dai programmi di screening oncologici, da parte delle Aziende Ospedaliero-Universitarie, degli I.R.C.C.S. pubblici della Puglia - Regolazione dei rapporti interaziendali - Approvazione schema-tipo».
- Piano Oncologico Nazionale - documento di pianificazione e indirizzo per la prevenzione e il contrasto del cancro 2023-2027 adottato il 26 gennaio 2023 con Intesa in Conferenza Stato-Regioni.

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E  
FUNZIONAMENTO

---

- Regolamenti regionali 22 novembre 2019, n. 23 e n. 14 del 20 agosto 2020, con i quali la Regione Puglia ha approvato il *“Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n° 70/2015 e delle Leggi di Stabilità 2016/2017”*.

**TITOLO I – GLI ELEMENTI IDENTIFICATIVI****Art. 1 Costituzione, sede legale, sito, logo**

L'Istituto è denominato "ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II", di seguito ITB (Istituto Tumori di Bari) ed è un **Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS)**.

Ai sensi dell'art. 2 del d.lgs. n. 288 del 16 ottobre 2003 è Istituto di diritto pubblico a rilevanza nazionale, non trasformato in fondazione, confermato con DM 27 febbraio 2006 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n.54/2006 e atti successivi, in ultimo confermato con decreto ministeriale 26 novembre 2018 nella specializzazione di "ONCOLOGIA".

L'Istituto trae origine dal Centro Tumori gestito dal Consorzio Provinciale per la lotta contro i tumori, istituito con Decreto Prefettizio del 19 gennaio 1933, n. 264243.

Senza interruzioni di continuità, tale Ente ha continuato a svolgere le sue funzioni fino al 20 maggio 1976, quando, con Decreto del Presidente della Regione Puglia n. 1058, è stato costituito come "Ente Ospedaliero" e definito Ospedale Provinciale Specializzato in Oncologia.

Con Decreto Interministeriale del 13 maggio 1985, l'Ospedale Provinciale specializzato in Oncologia è stato riconosciuto quale **Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico**.

L'assetto istituzionale, organizzativo e gestionale è disciplinato dalle leggi regionali n. 17/2017 e s.m.i. in attuazione del d.lgs. n. 288/2003 e s.m.i., nonché dalle leggi nazionali e regionali in materia di finanziamento, contabilità e organizzazione delle Aziende Sanitarie.

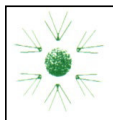
L'ITB è riconosciuto "Clinical Cancer Center (2015-2020)" dalla Organization of European Cancer Institutes (OECI), con Delibera n. 146 del 2015.

Relativamente ai centri regionali di riferimento regionale di patologia, si evidenzia che, come riportato nella DGR 23 febbraio 2017, n. 221 di costituzione della Rete Oncologica Pugliese (R.O.P.), l'ITB, già individuato dalla Regione come "Centro di Riferimento Oncologico Regionale", è sede dell'Unità di Coordinamento (UCoOR) cui compete il coordinamento e la gestione operativa delle attività e delle risorse finanziarie specificamente attribuite dalla Consulta Oncologica Regionale; è Hub della R.O.P. nell'ambito del sistema Hub & Spoke. È Centro Regionale per la Ricerca e la Cura dei Tumori rari riconosciuto con Deliberazione di Giunta Regionale n. 794 del 2 maggio 2019.

La **sede legale** dell'Istituto è in Viale Orazio Flacco 65 – 70124 BARI, dove sono collocate le proprie strutture amministrative, di assistenza e di ricerca. Previa stipula di accordi ad hoc, l'ITB può esercitare attività presso altre sedi.

L'**indirizzo del sito web** dell'Istituto è <https://www.sanita.puglia.it/web/irccs>

Il **logo** dell'Istituto è rappresentato dalla seguente immagine che rappresenta una cellula tumorale "aggredita dalla terapia"; il logo intende esprimere graficamente la mission aziendale:



REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E  
FUNZIONAMENTO

Nessun logo diverso da quello formalmente approvato può essere utilizzato nella documentazione ufficiale dell'Istituto. È possibile la compresenza, purché autorizzata, del logo di Agenzie o Aziende o Istituzioni nazionali o internazionali, nonché di eventuali sponsor pubblici e privati, purché connesse ad iniziative e progetti specifici che coinvolgono l'ITB.

Uniformando la propria veste grafica alle linee guida del progetto regionale Hospitality - sull'accoglienza nelle strutture sanitarie pugliesi - finalizzato alla creazione di una comune identità visiva, l'ITB adotta il logo regionale Puglia Salute:



## Art. 2 I finanziamenti

Il patrimonio dell'Istituto è costituito da tutti i beni mobili ed immobili ad esso appartenenti come risulta dal libro cespiti. I beni sono inventariati in patrimonio disponibile ed indisponibile.

La partita IVA dell'ITB è la seguente: 00727270720

L'ITB adotta la contabilità economico-patrimoniale secondo le modalità e i criteri stabiliti dalla normativa inerente alle aziende sanitarie regionali. L'ITB è finanziato sulla base delle disposizioni nazionali e regionali, nonché delle previsioni contenute negli eventuali atti di intesa tra Stato e Regione al fine del perseguimento dell'integrazione tra le politiche di assistenza sanitaria e di ricerca, mediante accordi di programma. L'ITB può inoltre beneficiare degli accordi promossi dalla Regione Puglia con altre Regioni, sulla base dei quali sia ritenuto rilevante il coordinamento dell'attività di ricerca corrente e finalizzata svolta dall'Istituto stesso, ovvero, il suo inserimento nelle attività previste dai predetti accordi. L'Istituto accetta inoltre donazioni liberali ed usufruisce dei benefici economici previsti dalla norma che disciplina il finanziamento del cosiddetto "5 x mille".

## Art. 3 La Mission istituzionale. La Vision.

L'ITB, in coerenza con le disposizioni di legge vigenti per gli IRCCS e negli ambiti disciplinari individuati in conformità alla programmazione nazionale e regionale, persegue le seguenti finalità:

- svolgere, nel rispetto delle vigenti disposizioni di legge e nell'ambito disciplinare individuato in sede di riconoscimento e in conformità alla programmazione nazionale e regionale, attività di assistenza sanitaria e di ricerca biomedica e sanitaria, di tipo clinico e traslazionale, promuovendo altresì l'innovazione e il trasferimento tecnologico;
- elaborare ed attuare, direttamente o in rapporto con altri enti, programmi di formazione professionale e di educazione sanitaria con riferimento agli ambiti istituzionali di attività e per il miglioramento e lo sviluppo delle stesse;
- sperimentare e verificare forme innovative di gestione e di organizzazione in campo sanitario, nel proprio ambito disciplinare;

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E  
FUNZIONAMENTO

- promuovere l'inserimento dell'Istituto nelle reti nazionali ed internazionali.

L'ITB opera in tre aree: clinica, ricerca e formazione. La sua missione è raggiungere e mantenere livelli di eccellenza nella prevenzione dei tumori e nella diagnosi, cura e riabilitazione delle persone affette da patologie neoplastiche, curando in via prioritaria la ricerca nei settori della epidemiologia, della eziologia, della trasformazione e progressione neoplastica e nel settore delle terapie sperimentali. Le attività dell'Istituto vengono svolte curando costantemente i principi dell'etica, della centralità della persona, dell'efficacia delle prestazioni assistenziali e della efficienza dei processi organizzativi.

Obiettivo strategico primario è il potenziamento della ricerca traslazionale volta al miglioramento delle diagnosi e delle terapie in campo oncologico con l'intento di promuovere la sinergia tra ricerca e assistenza. L'ITB individua la ricerca traslazionale come fondamento della propria azione, ponendo, quale obiettivo prioritario, la massima integrazione tra l'attività di ricerca sperimentale e la pratica clinica al fine di migliorare la qualità assistenziale e sviluppare nuovi approcci diagnostici e terapeutici. A tal fine orienta la sua azione al recepimento delle innovazioni tecnologiche, analizzandone il possibile impatto e sostenendo l'innovazione organizzativa come *modus operandi*.

Al fine di promuovere l'internazionalizzazione della Ricerca, l'ITB si pone come obiettivo la valorizzazione dell'attività dei Ricercatori, promuovendo un'attività di formazione specifica anche orientata alla capacità di predisporre proposte progettuali di respiro internazionale. In tale prospettiva promuove analisi comparative della propria performance rispetto alle equivalenti strutture nazionali ed internazionali utili a definire un sistema virtuoso di crescita esperienziale e professionale.

Elementi metodologici fondamentali sono l'approccio multidisciplinare alla patologia e la creazione di collegamento e sinergia con le reti nazionali e regionali. Sostiene collaborazioni e sinergie fra i diversi attori della ricerca (IRCCS, Università, Poli tecnologici) mirate all'innovazione e al trasferimento tecnologico. Per quanto concerne l'inserimento in rete, l'ITB partecipa alla rete interregionale AMORE – Alleanza mediterranea oncologica in Rete, con gli IRCCS Pascale di Napoli e CROB di Rionero in Vulture (PZ), partecipa alle attività della Rete Europea EURACAN, di Alleanza Contro il Cancro (ACC) ed è membro OECl.

L'ITB è integrato nel Servizio Sanitario Regionale quale **Centro di riferimento oncologico regionale** con il compito di garantire assistenza e ricerca in ambito oncologico e di coordinare le funzioni di ricerca e cura anche attraverso la definizione di Percorsi diagnostico terapeutici assistenziali per le patologie oncologiche, monitorandone l'efficacia e provvedendo al loro aggiornamento.

Sulla base di tali premesse l'ITB si candida a diventare centro d'eccellenza nella cura delle patologie oncologiche ponendo le basi per l'implementazione di un percorso di presa in carico del cittadino che affonda le sue radici nella prevenzione attraverso lo **screening territoriale** e si concretizza nell'avvio di percorsi di cura individualizzati e specialistici (medicina di precisione) che trovano nella ricerca la propria fonte di alimentazione e rinnovamento.

#### Art. 4 Strumenti

Per il raggiungimento della sua missione e delle finalità, in coerenza con le disposizioni di legge nazionali e regionali vigenti per gli IRCCS, l'Istituto può:



REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E  
FUNZIONAMENTO

- stipulare contratti, ivi comprese la locazione, l'assunzione in concessione o comodato o l'acquisto della proprietà o di altri diritti reali su immobili;
- amministrare, gestire e valorizzare i beni di cui abbia la disponibilità a qualunque titolo;
- acquisire da parte di soggetti pubblici e privati risorse finanziarie e beni da destinare allo svolgimento delle attività istituzionali;
- stipulare accordi, convenzioni e contratti con enti pubblici e soggetti privati, partecipare ad associazioni, consorzi, società, enti ed istituzioni, pubbliche e private, la cui attività sia rivolta al perseguimento di scopi coerenti con quello proprio;
- formalizzare convenzioni e/o protocolli d'intesa con Aziende Sanitarie, Aziende Ospedaliere Universitarie, per specifiche attività cliniche e di ricerca;
- svolgere ogni attività idonea ovvero di supporto al perseguimento delle finalità istituzionali.

**Art. 5 Funzioni di assistenza e di ricerca – Attività clinica e attività di ricerca.**

L'ITB svolge la propria attività assistenziale e di ricerca sulla base di programmi annuali e pluriennali che pianificano l'attività secondo un principio di stretto collegamento.

In tale contesto eroga prestazioni assistenziali riconosciute come L.E.A. dal Sistema Sanitario Nazionale e Regionale. I volumi e le tipologie dell'attività assistenziale sono definiti mediante appositi atti con la Regione da stipularsi secondo le norme vigenti, tenuto conto delle peculiarità delle attività svolte dall'Istituto, nell'ambito di documenti di programmazione economico-finanziaria della Regione Puglia. Detti accordi costituiscono riferimento per l'attività di indirizzo e programmazione del CIV – Consiglio di Indirizzo e Verifica.

L'ITB attua misure idonee di collegamento e sinergia con altre strutture di ricerca e di assistenza sanitaria, pubbliche e private, con le Università e con le Reti degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, con un beneficio in termini di competitività nazionale ed internazionale e per l'attuazione di progetti di ricerca e/o protocolli di assistenza condivisi con l'obiettivo di garantire al paziente le migliori condizioni assistenziali e terapeutiche.

Al fine di trasferire i risultati della ricerca in ambito industriale (**Trasferimento tecnologico**), l'ITB può stipulare accordi e convenzioni, costituire e/o partecipare a consorzi, società, con soggetti pubblici e privati secondo i criteri e le modalità di cui all'art. 8 del d.lgs. 288/2003 e s.m.i..

A tal proposito, promuove:

- l'individuazione di apposito Regolamento per l'adozione dei partner industriali con adeguate competenze tecnologiche e di ricerca;
- la predisposizione e l'aggiornamento periodico dell'Albo mediante procedura di evidenza pubblica in attuazione del principio di trasparenza e di pubblicità; con apposita procedura selettiva individua tra i soggetti inseriti nell'albo quelli in possesso di requisiti di qualificazione e competenze per la stipula dell'accordo. Per l'attuazione delle procedure di trasferimento tecnologico segue gli atti di indirizzo vigenti.

L'ITB può svolgere attività diverse da quelle istituzionali purché compatibili con le finalità di cui all'art. 1 del D.lgs. 288/2003, per le quali può stipulare accordi e convenzioni, costituire e/o partecipare a consorzi e società di persone o di capitali con soggetti pubblici e privati, scelti nel rispetto della normativa nazionale e

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E  
FUNZIONAMENTO

comunitaria. Destina i relativi proventi in misura prevalente alle attività di ricerca ed alla qualificazione del personale. In nessun caso eventuali perdite dei predetti soggetti possono essere poste a carico della gestione dell'ITB.

L'ITB programma l'attività di ricerca coerentemente con il programma di ricerca sanitaria di cui all'art. 12-bis del D.Lgs. 502/92 e s.m.i. e con gli atti di programmazione regionale in materia.

L'ITB si fa promotore della progettualità eseguibile in rete, attraverso l'aggregazione di più soggetti, anche al fine di razionalizzare le attività ed evitare dispersione di finanziamenti.

A tal proposito l'ITB partecipa alla rete AMORE, alla Rete di Alleanza Contro il Cancro (ACC) ed alla Rete Europea EURACAN, in cui sono compresi i sarcomi. EURACAN è una delle 24 reti che costituiscono le Reti di riferimento europee (ERN, European Reference Networks), reti virtuali concentrate su patologie rare o complesse, che mettono in collegamento gli operatori sanitari nei diversi Paesi europei per condividere conoscenza, esperienza, iniziative, risorse e consentire l'accesso alle cure più adeguate). La partecipazione al network OECI (Organisation of European Cancer Institute) consente all'ITB di promuovere la condivisione di modelli, evidenze e soluzioni cliniche sviluppando un sistema virtuoso di crescita professionale ed esperienziale. L'inscindibilità, la reciprocità e il continuum funzionale tra clinica e ricerca costituisce un plusvalore di indubbia positiva portata, la cui presenza simultanea riconosce all'Istituto la certificazione di Clinical Cancer Center, secondo quanto stabilito dall'Organizzazione degli Istituti del Cancro Europei (OECI). L'accreditamento internazionale conferma che l'Istituto rispetta gli standards internazionali in specifico per la multidisciplinarietà, la ricerca/innovazione e la qualità delle prestazioni assistenziali che caratterizzano la sua attività.

La partecipazione alle Reti promuove il progresso delle conoscenze e consente la sperimentazione di modelli di innovazione anche per potenziare la capacità operativa del Servizio sanitario nazionale e delle reti regionali; consente, inoltre, un rapido raggiungimento degli obiettivi oltre alla validazione dei risultati in vista del potenziale trasferimento al SSN.

L'ITB si colloca come polo oncologico di altissima specializzazione, privilegiando prestazioni ad alto tasso di complessità e di innovazione; in coerenza con la mission dell'Istituto e per motivazioni etiche, le prestazioni definite L.E.A. possono essere integrate da ulteriori prestazioni innovative, qualora riconosciute tali dal Comitato Etico dell'Istituto.

L'ITB adotta un modello di presa in carico globale del paziente oncologico, con approccio multi-professionale e multi-disciplinare, attraverso la condivisione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) adottati a livello aziendale e sottoposti a periodica revisione critica; in coerenza con tali principi, e disponendo di una adeguata logistica, adotta il modello organizzativo dell'assistenza basato sull'intensità delle cure.

L'ITB è HUB della Rete Oncologica Pugliese istituita ai sensi della D.G.R. Puglia n. 221 del 23 febbraio 2017. Dispone inoltre di una Biobanca istituzionale che riveste il ruolo di Biobanca Oncologica Pugliese, BIOBOP (Finanziamento FESR), è sede della Biobanca del Centro Trapianti Pugliese (convenzione con CTR), e coordina la Biobanca nazionale del Microbiota (Finanziamento PON). La tipologia del materiale conservato comprende campioni di tessuto patologico, sano e liquidi biologici provenienti da pazienti oncologici ed altre patologie umane ed animali; il numero di campioni conservati è di circa 40.000 (riferito al triennio 2019-2021); il numero di pazienti è circa 5000 (riferito al triennio 2019-2021); il numero di campioni raccolti

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E  
FUNZIONAMENTO

ogni anno è circa 8.000 (riferito al triennio 2019-2021) mentre il numero di campioni distribuiti ogni anno è di circa 4000 (riferito al triennio 2019-2021).

La Biobanca è istituzionalmente riconosciuta nel SSR con det. 1079 del 10/12/2009 dell'Area Politiche per lo Sviluppo, il Lavoro e l'Innovazione della Regione Puglia.

L'ITB assicura l'erogazione di prestazioni appropriate attraverso un monitoraggio costante dell'appropriatezza clinica; favorisce lo sviluppo di sistemi di qualità, la massima accessibilità ai servizi, l'equità delle prestazioni, il raccordo con gli Enti sanitari del territorio anche mediante stipula di accordi per l'erogazione di prestazioni specialistiche di II livello.

L'ITB è orientato alla gestione di patologie oncologiche ad alta complessità attraverso l'utilizzo di un approccio multidisciplinare che permea l'attività clinico-assistenziale. A tal fine istituisce **Team Multidisciplinari** per patologie d'organo specifiche che aggiorna costantemente includendo figure multiprofessionali allo scopo di garantire un approccio sistemico di presa in carico del paziente; opera collegamenti con altre organizzazioni sanitarie e di volontariato ottimizzando ed integrando le risorse disponibili e le risposte assistenziali.

Definisce ed attua procedure volte al miglioramento dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali integrando le pratiche cliniche con le attività di ricerca effettuate all'interno dell'Istituto. Tale pratica si pone come strumento di governo clinico imprescindibile e necessita di un costante monitoraggio ed aggiornamento attraverso la definizione di indicatori di processo, risultato ed esito finalizzati ad un'analisi e valutazione dei percorsi attuati. Il miglioramento dei processi clinico-assistenziali si fonda sulla revisione continua dei percorsi diagnostico terapeutici effettuata sulla scorta delle evidenze della letteratura scientifica in modo da assicurare i migliori risultati in termini di salute.

L'ITB organizza il livello quali-quantitativo dei propri servizi sulla base di un costante monitoraggio dei bisogni sanitari degli utenti, ponendo particolare attenzione alle determinanti legate alla mobilità intra ed extraregionale.

L'ITB garantisce, inoltre, il diritto all'accesso alle cure palliative ed alla terapia del dolore ai sensi della L. n. 38 del 15.03.2010 e s.m.i..

## TITOLO II – GLI ELEMENTI FONDANTI

### Art. 6 Organizzazione

L'Istituto organizza il proprio modello di attività con l'intento prioritario di tutelare il bene primario della salute, sia nel processo di lettura ed interpretazione dei bisogni, sia nel governo dei percorsi diagnostico-terapeutici e della più ampia ed aggiornata offerta di prestazioni nel campo dell'oncologia. Ferme restando le disposizioni normative vigenti in materia di IRCCS, L'ITB articola la propria organizzazione interna nel rispetto di quanto disciplinato in materia dalla Regione Puglia.

Le modalità di organizzazione, di gestione e di funzionamento si ispirano al principio di separazione delle funzioni di indirizzo e verifica, da quelle di gestione ed attuazione, nonché di salvaguardia delle specifiche esigenze finalizzate all'attività di ricerca ed alla partecipazione alle reti nazionali dei centri di eccellenza assistenziale. Il numero e la tipologia dei dipartimenti e delle unità operative complesse e semplici e semplici a valenza dipartimentale vengono definiti con apposito atto di organizzazione da sottoporre al CIV e all'Assessorato Regionale alla Salute. Nella definizione dell'assetto organizzativo il Direttore Generale valuta espressamente le esigenze connesse all'attività di ricerca. Su detta materia il Direttore generale acquisisce il parere obbligatorio del Direttore scientifico. Il rapporto di lavoro del personale dell'ITB è disciplinato dalle disposizioni di cui al d.lgs. 165/2001 e s.m.i. , dal d.lgs. 502/92 e s.m.i., nonché dai vigenti CCNL.

### Art. 7 La Ricerca

La ricerca permea e qualifica ogni atto svolto nell'Istituto. Ogni operatore all'interno dell'Istituto svolge contemporaneamente, in maniera indissolubile, attività di ricerca e di assistenza, sia pure con diversi valori percentuali; viene pertanto privilegiata la ricerca traslazionale; l'Istituto però destina risorse anche ad attività di ricerca di base.

La ricerca si distingue in corrente e finalizzata: è **ricerca corrente** l'attività di ricerca scientifica diretta a sviluppare la conoscenza nell'ambito della biomedicina e della sanità pubblica; è **ricerca finalizzata** quella attuata attraverso specifici progetti e diretta al raggiungimento di particolari e prioritari obiettivi, biomedici e sanitari, individuati dal Piano Sanitario Regionale e dal Piano Sanitario Nazionale.

Le linee su cui si basa l'attività di ricerca corrente sono definite ed approvate dal Ministero della Salute.

La ricerca finalizzata si sviluppa attraverso la partecipazione a bandi specifici, regionali, nazionali ed internazionali promossi da enti ed istituzioni pubbliche o private ed anche nell'effettuazione di ricerche sponsorizzate. Le pubblicazioni scientifiche rappresentano un obiettivo prioritario attestato anche dal trend positivo di crescita dell'IF come da schema seguente:

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E  
FUNZIONAMENTO

### Art. 8 Attività di Sperimentazione

Le attività di sperimentazione sono parte integrante della mission dell'ITB e sono orientate a rendere possibili progressi nelle conoscenze trasferibili all'assistenza e a garantire sempre maggiore efficacia nel campo della diagnostica e dei trattamenti terapeutici. Le attività di sperimentazione possono essere condotte nel campo della clinica, dell'assistenza e della gestione. L'Istituto ammette, nei limiti imposti dalla legge e nel rispetto delle norme in materia di anticorruzione e trasparenza, l'intervento di sponsor profit e no profit a sostegno di specifici programmi di sperimentazione. Ogni programma di sperimentazione clinica è preventivamente sottoposto alle valutazioni del Comitato Etico (D.M. 12/08/2006) oltre che del Direttore Scientifico. Al fine di disciplinare l'attività di sperimentazione clinica e degli studi osservazionali eseguiti presso le Unità operative e laboratori dell'Istituto è adottato apposito **Regolamento in materia di sperimentazioni** a cui si rinvia per una trattazione specifica.

### Art. 9 Prodotti della ricerca

L'ITB uniforma l'attività di ricerca e cura ai principi della correttezza, trasparenza, equità, responsabilità, affidabilità e completezza riconosciuti a livello nazionale ed internazionale. A tal fine l'ITB valuta le attività di ricerca condotte utilizzando indicatori di efficacia ed efficienza della qualità.

L'ITB adotta ed aggiorna periodicamente un **codice di condotta per l'integrità della ricerca** che disciplina prescrizioni comportamentali volte al corretto utilizzo delle risorse e al rispetto di regole di fair competition. Nel rispetto delle disposizioni vigenti in materia, l'ITB promuove lo sviluppo delle imprese start up e spin off in materia di ricerca biomedica e biotecnologica. A tal fine si dota di un "Regolamento di funzionamento per lo sviluppo delle imprese start up e spin off" che aggiorna con costanza e, comunque, ogni qual volta ne ravvisi la necessità.

### **Art. 10 Formazione e Didattica**

La formazione, promossa e gestita in Istituto ha lo scopo di sviluppare le risorse umane sul piano professionale e relazionale, promuovere l'integrazione organizzativa, migliorare la qualità e fornire un'immagine aziendale positiva. Attraverso apposite convenzioni l'ITB favorisce la realizzazione di percorsi di formazione ed eventi formativi specifici in coerenza con i propri fini istituzionali al fine di soddisfare bisogni formativi e promuovere il trasferimento delle conoscenze. L'Istituto è sede di didattica in ambito oncologico mediante collaborazioni stipulate con Università ed altre Istituzioni, sia con riferimento ai Corsi di Laurea che a Scuole di Specializzazione e di Formazione Universitaria.

### **Art. 11 Patrimonio e mezzi finanziari**

Fermo restando quanto previsto dall'art. 7 del d.lgs. 288/2003, il patrimonio dell'Istituto è costituito dai beni mobili ed immobili di proprietà, come risultanti a libro cespiti e da lasciti, donazioni, eredità ed erogazioni di qualsiasi genere che siano accettati dalla Direzione Generale. I beni mobili e immobili sono inventariati in patrimonio disponibile ed indisponibile. I beni immobili facenti parte del patrimonio disponibile sono gestiti nell'ottica della salvaguardia, della valorizzazione e migliore redditività dei medesimi e possono essere oggetto di alienazione a titolo oneroso nel rispetto della normativa vigente. Costituiscono ricavi dell'Istituto i proventi derivanti dall'esercizio delle attività istituzionali ed i finanziamenti pubblici e privati; i frutti e le rendite generati dai beni non direttamente utilizzati per l'assolvimento delle finalità istituzionali; i proventi derivanti dall'esercizio delle attività strumentali di cui all'art. 9 del d.lgs. 288/2003; i lasciti, le donazioni, le eredità e le erogazioni di qualsiasi genere che siano accettati dalla Direzione Generale e non imputati al patrimonio. È fatto divieto di utilizzare i finanziamenti ricevuti per l'attività di ricerca ad altri fini. L'attività assistenziale dell'ITB, realizzata ed attuata in coerenza con la programmazione sanitaria regionale, è finanziata dalla Regione Puglia in base ai volumi di attività predeterminati annualmente nel Documento di indirizzo economico – finanziario (DIEF), nonché sulla base degli atti di indirizzo regionale.

### **Art. 12 Esercizio finanziario**

Il bilancio di esercizio viene redatto esclusivamente con il sistema della contabilità economico-patrimoniale nel rispetto delle norme del codice civile e di ulteriori normative specifiche nazionali e regionali. L'Istituto si dota di contabilità analitica per centro di costo, coerente con gli atti di organizzazione vigenti, al fine di garantire la programmazione ed il monitoraggio della gestione economica.

Le disposizioni specifiche sull'attività contabile e finanziaria dell'ITB possono essere integrate da appositi Regolamenti adottati dal Direttore Generale nel rispetto delle disposizioni normative in vigore. L'esercizio finanziario ha inizio il 01 gennaio e termina il 31 dicembre di ciascun anno.

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E  
FUNZIONAMENTO**TITOLO III – GLI ORGANI DELL'ISTITUTO****Art. 13 Gli Organi**

Sono Organi dell'Istituto:

- Il Consiglio di Indirizzo e Verifica (CIV)
- Il Direttore Generale
- Il Direttore Scientifico
- Il Collegio Sindacale

L'ITB, in coerenza con gli indirizzi normativi nazionali e regionali, garantisce il coordinamento delle attività del Direttore generale e quelle del Direttore scientifico e al fine di assicurare l'integrazione dell'attività assistenziale e dell'attività di formazione con l'attività di ricerca per potenziarne l'efficacia nelle aree tematiche di afferenza. **A norma del comma 1-bis dell'art. 6 del d.lgs. 288/2003 introdotto dal d.lgs. 200/2022, l'ITB assicura che i componenti degli organi di governo siano in possesso di un diploma di laurea di cui all'ordinamento previgente al decreto ministeriale 3 novembre 1999 n. 509, ovvero laurea specialistica o magistrale e di comprovata esperienza e competenza in campo amministrativo, economico, finanziario, medico o biomedico, assicurando l'assenza di conflitti d'interesse.**

**Art. 14 Consiglio di Indirizzo e Verifica (CIV)**

- 1- A norma della L.R. n. 17/2017 e s.m.i., il Consiglio di indirizzo e verifica, nominato con deliberazione di Giunta regionale, è composto da tre componenti, dei quali uno designato dal Presidente della Regione, uno dal Ministro della salute, e un terzo, con funzioni di presidente, designato dal Presidente della Regione d'intesa con il Ministro della salute; dura in carica cinque anni, salvo revoca per giusta causa, e i suoi componenti possono essere rinominati solo una volta.
- 2- I componenti del Consiglio di indirizzo e verifica vengono scelti tra soggetti di provata competenza scientifica e onorabilità, per i quali non sussistano le cause di inconferibilità e incompatibilità di cui alla normativa vigente in materia.
- 3- Al presidente del C.I.V. spetta un trattamento economico pari al 25 per cento del trattamento economico del Direttore generale. Ai componenti del C.I.V. spetta un trattamento economico pari al 30 per cento del trattamento economico del presidente.

Qualora nel corso del mandato venga a cessare per qualsiasi motivo un componente, il soggetto che lo aveva nominato provvede senza indugio — previa designazione dell'organo di competenza — alla sua sostituzione con altro soggetto per il residuo periodo del mandato degli altri consiglieri in carica. Qualora venga a cessare la maggioranza dei componenti del Consiglio, l'organo è ricostituito con le modalità di cui ai punti 1, 2 e 3.

Il Consiglio di indirizzo e verifica svolge le seguenti funzioni:

- 4- definizione degli indirizzi strategici dell'istituto, approvazione dei programmi annuali e pluriennali di attività dell'istituto stesso e conseguente assegnazione al Direttore generale degli obiettivi annuali di salute e assistenziali, assicurando la coerenza dei predetti indirizzi, programmi e obiettivi con la programmazione sanitaria nazionale e regionale nonché con le risorse assegnate dallo Stato e dalle regioni;

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E  
FUNZIONAMENTO

- 5- verifica della corrispondenza delle attività svolte e dei risultati raggiunti dall'istituto rispetto agli indirizzi strategici, ai programmi annuali e pluriennali di attività e agli obiettivi predeterminati di cui al precedente punto. Il Consiglio relaziona annualmente, entro il 30 giugno, all'Assessore regionale alle politiche della salute in ordine alla predetta verifica. In caso di risultato negativo, il Consiglio riferisce al Presidente della Regione e al Ministro della salute, proponendo le misure da adottare;
- 6- espressione di parere preventivo obbligatorio — entro quarantacinque giorni dalla richiesta e da intendersi positivo in caso di silenzio — rispetto agli atti del Direttore generale relativi al bilancio preventivo e di esercizio, Regolamento di organizzazione e funzionamento, alienazione del patrimonio, costituzione o partecipazione a società, consorzi, altri enti ed associazioni;
- 7- nomina dei componenti del Comitato tecnico-scientifico, su proposta del Direttore scientifico.

Il presidente del Consiglio di indirizzo e verifica cura le relazioni con enti, istituzioni, imprese pubbliche e private e altri organismi, anche al fine di instaurare rapporti di collaborazione e sostegno delle iniziative dell'istituto.

In caso di assenza o impedimento temporaneo, il presidente è sostituito da un componente del Consiglio da lui espressamente delegato o, in assenza di delega, da quello più anziano di età.

Il Consiglio di indirizzo e verifica si riunisce almeno una volta al mese, nonché ogni qualvolta se ne ravvisi l'opportunità su istanza di almeno uno dei suoi componenti.

Il Consiglio, che stabilisce alla prima riunione le modalità del proprio funzionamento, si riunisce validamente con la presenza della maggioranza dei componenti e delibera a maggioranza dei presenti. In caso di parità prevale il voto del presidente. Alle riunioni del Consiglio partecipano, senza diritto di voto, il Direttore Generale, il Direttore Scientifico e i componenti del Collegio Sindacale; possono altresì partecipare, senza diritto di voto, i soggetti di volta in volta invitati dal Consiglio medesimo.

## **Art. 15 Il Direttore Generale**

Il Direttore generale, scelto tra soggetti in possesso dei requisiti di cui all'articolo 11, comma 3, del d.lgs. 288/2003 e che risultino inseriti nel vigente elenco dei candidati idonei alla nomina di Direttore generale delle aziende ed enti del Servizio sanitario regionale (S.S.R.), è nominato con provvedimento del Presidente della Regione, sentito il Ministro della salute.

Il rapporto di lavoro del Direttore Generale è esclusivo, ha durata non inferiore ai tre anni e non superiore ai cinque anni, ed è regolato da apposito contratto di diritto privato secondo lo schema approvato dalla Giunta regionale.

Al Direttore Generale sono attribuite funzioni di gestione ordinaria e straordinaria dell'istituto. In particolare:

- a) rappresenta l'istituto nei confronti di terzi e in giudizio;
- b) assicura la coerenza degli atti di gestione con gli indirizzi e i programmi stabiliti dal Consiglio di indirizzo e verifica nonché con la programmazione nazionale e regionale in materia di ricerca e di assistenza sanitaria;



REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E  
FUNZIONAMENTO

- c) nomina il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo, scegliendoli tra i soggetti in possesso dei requisiti di cui all'articolo 11, comma 3, del d.lgs. 288/2003 e inseriti nei vigenti albi regionali/nazionali di idonei alla nomina di Direttore Amministrativo e di Direttore Sanitario delle aziende ed enti del S.S.R.;
- d) nomina il Collegio sindacale;
- e) adotta, previa acquisizione del parere del C.I.V., il Regolamento di organizzazione e funzionamento dell'istituto sulla base dello schema-tipo allegato all'Intesa Stato-regioni del 1° luglio 2004 e lo trasmette per la relativa approvazione alla Regione e al Ministero della salute;
- f) adotta i bilanci di previsione annuale e pluriennale e di esercizio, gli atti e i provvedimenti di alienazione del patrimonio e di costituzione o partecipazione a società, consorzi, associazioni o altri enti.

All'atto della nomina, la Regione assegna al Direttore Generale gli obiettivi di mandato, la cui valutazione intermedia, ai sensi dell'articolo 3-bis, comma 6, del d.lgs. 502/1992 e secondo le modalità stabilite dalla Giunta regionale, determina la conferma o meno dell'incarico fino alla sua naturale scadenza. Al Direttore Generale, inoltre, sono assegnati annualmente dal Consiglio di indirizzo e verifica gli obiettivi di salute e assistenziali di cui all'articolo 4, comma 5, lettera a) della L.R. 17/2017, che sono sottoposti alla valutazione del medesimo Consiglio.

In caso di assenza o impedimento temporaneo del Direttore Generale le relative funzioni sono svolte dal Direttore Amministrativo o dal Direttore Sanitario su delega del Direttore Generale o, in mancanza di delega, dal Direttore più anziano per età. Ove l'assenza o l'impedimento si protragga oltre sei mesi si procede alla sostituzione. In caso di vacanza dell'ufficio, ove per comprovati motivi non si possa provvedere alla nomina del Direttore generale entro i sessanta giorni previsti dalla normativa di riferimento, si applicano le norme regionali in materia di commissariamento delle aziende sanitarie del S.S.R.

Al Direttore Generale si applicano le disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità vigenti per i direttori generali delle aziende sanitarie.

Il trattamento economico spettante al Direttore Generale è disciplinato dall'articolo 1, comma 5, del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 19 luglio 1995 n. 502 (Regolamento recante norme sul contratto del Direttore generale, del Direttore amministrativo e del Direttore sanitario delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere). Il trattamento economico integrativo è riconosciuto ed eventualmente quantificato dal C.I.V., previa valutazione dell'attività svolta e dei risultati raggiunti dal Direttore generale rispetto agli obiettivi annuali di salute e assistenziali di cui all' articolo 4, comma 5, lettere a) e b) della L.R. 17/2017.

Il Direttore Generale esercita tutti i poteri di gestione complessiva, coadiuvato dal Direttore sanitario e dal Direttore amministrativo, rapportandosi con il Direttore scientifico per quanto riguarda la ricerca e gli atti programmatori e gestionali a essa collegati. In particolare, il Direttore generale si rapporta con il Direttore Scientifico al fine della ottimale integrazione dell'attività assistenziale e di formazione con l'attività scientifica, con particolare riguardo alla definizione degli obiettivi aziendali di dipartimento e di struttura.

Il Direttore Generale uniforma le proprie azioni ai principi di imparzialità e trasparenza nel rispetto dei criteri di efficacia, di efficienza e di economicità della gestione.

Per lo svolgimento delle sue funzioni, il Direttore Generale si avvale delle strutture organizzative dell'Istituto e dei poteri organizzativi e gestionali attribuiti dalle leggi vigenti.

## Art. 16 Il Direttore Scientifico

Il Direttore Scientifico, nominato e revocato secondo le procedure di cui al decreto del Presidente della Repubblica 26 febbraio 2007 n. 42 (Regolamento recante disposizioni in materia di direttori scientifici degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico — IRCCS), promuove e coordina l'attività di ricerca

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E  
FUNZIONAMENTO

scientifica dell'istituto e gestisce il relativo budget, concordato annualmente con il Direttore Generale in relazione agli indirizzi del Consiglio di indirizzo e verifica, nonché, in coerenza con la programmazione nazionale e regionale.

A norma del comma 3 dell'art.11 del d.lgs. 288/2003 come modificato dal d.lgs. 200/2022, l'incarico di Direttore Scientifico comporta l'incompatibilità con qualsiasi altro rapporto di lavoro pubblico e privato, fatta salva l'attività di ricerca preclinica, clinica, traslazionale e di formazione, esercitata nell'interesse esclusivo dell'Istituto, senza ulteriore compenso.

L'incarico di natura esclusiva, è disciplinato da apposito contratto di lavoro di diritto privato. Al Direttore Scientifico si applicano le norme del d.lgs. 288/2003 e d.lgs. 502/92, nonché le disposizioni regionali vigenti.

L'ITB prevede che il Direttore Scientifico sia supportato da un'apposita struttura organizzativa al fine di consentire lo svolgimento delle attività scientifiche, ivi comprese le procedure di monitoraggio e rendicontazione economica, nonché dalle strutture amministrative dell'IRCCS affinché lo stesso possa concretamente definire le politiche e le strategie della ricerca, individuando il fabbisogno di risorse umane, strumentali e finanziarie da reperire, e decidendo come impiegarlo. Per una trattazione specifica delle articolazioni a supporto del Direttore Scientifico si rinvia alla sezione "Funzionigramma".

Il Direttore Scientifico **presiede il Comitato Tecnico Scientifico** ed esprime parere obbligatorio al Direttore Generale sugli atti inerenti alle attività cliniche e scientifiche, le assunzioni e l'utilizzo del personale medico e sanitario non medico. A norma del comma 2 dell'art.11 D.lgs. 288/2003, il Direttore Scientifico presiede la commissione di cui al comma 2 dell'articolo 15-ter del decreto legislativo n. 502/92.

In particolare, il Direttore Scientifico:

- predispone il Regolamento per le attività scientifiche al fine di disciplinare le procedure di raccordo tra l'attività di ricerca e l'attività assistenziale;
- promuove e coordina la diffusione degli studi scientifici, comprese le pubblicazioni e gli abstract, nel rispetto delle procedure previste;
- promuove e coordina i piani della ricerca clinica e sperimentale, attuando procedure di monitoraggio e rendicontazione degli stessi;
- individua i responsabili di ciascun programma e progetto di ricerca assegnando il relativo budget e verificandone l'impiego in stretta coordinazione con le strutture afferenti alla direzione amministrativa;
- valuta in via preventiva e autorizza le richieste di finanziamento per la realizzazione dei progetti di ricerca scientifica da parte dei ricercatori e delle strutture dell'Istituto;
- promuove e valuta la qualità delle pubblicazioni scientifiche prodotte dall'Istituto;
- gestisce il budget relativo alle attività di ricerca che viene annualmente concordato con il Direttore generale in relazione agli indirizzi strategici ed ai programmi annuali e pluriennali delle attività dell'Istituto;
- promuove e coordina le attività di trasferimento di conoscenze attraverso le pubblicazioni scientifiche, la partecipazione a convegni, congressi e gruppi di lavoro, la realizzazione di corsi di formazione e attività di aggiornamento, in coerenza con i progetti ed i programmi di ricerca e con il piano della formazione adottato dall'Istituto.
- si avvale del supporto di gruppi di ricerca definiti per ogni dipartimento dell'Istituto secondo il corrente organigramma della ricerca. L'ITB provvede all'aggiornamento annuale dei Gruppi di Ricerca in coerenza ai piani della ricerca clinica e sperimentale adottati.
- promuove e coordina le attività di trasferimento tecnologico e di innovazione nella pratica clinica;
- provvede agli adempimenti previsti dal Ministero della salute in riferimento all'attività scientifica;

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E  
FUNZIONAMENTO

- presenta annualmente, e comunque ogni qualvolta richiesto, una relazione generale sull'attività scientifica svolta dall'Istituto;
- promuove rapporti di collaborazione funzionali allo svolgimento della mission dell'Istituto con Ministeri, Regione, enti e istituzioni scientifiche pubbliche e private, agenzie internazionali, autorità sanitarie nazionali e internazionali, associazioni e fondazioni;
- concorre alla definizione dell'organizzazione strutturale e funzionale dell'Istituto avendo cura di assicurare l'integrazione tra attività clinico-assistenziale ed attività scientifica;
- partecipa alla definizione degli obiettivi annuali di ricerca da assegnare ai dipartimenti e strutture. A tal proposito propone criteri oggettivi per la valutazione della produttività scientifica del personale impiegato;
- promuove e concorre alla definizione delle attività di formazione inerenti alle linee e i programmi di ricerca.

**Art. 17 Collegio Sindacale**

Il Collegio Sindacale:

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

I componenti del Collegio Sindacale possono procedere ad atti di ispezione e controllo, anche individualmente, dandone preventiva informazione al Presidente del Collegio ed al Direttore Generale.

Il Collegio Sindacale, a norma della L.R. 17/2017 e s.m.i., in applicazione del d.lgs. 288/2003 e s.m.i., dura in carica tre anni ed è composto, fermo restando l'art. 16 della L. 196/2009, da 3 (tre) membri, di cui:

- 1 (uno) designato dal Presidente della Giunta Regionale;
- 1 (uno) designato dal Ministro della Salute;
- 1 (uno) designato dal Ministro dell'Economia e delle Finanze.

I componenti del Collegio Sindacale sono scelti tra gli iscritti nel registro dei revisori contabili istituito presso il Ministero della Giustizia, ovvero fra i funzionari del Ministero dell'economia e delle finanze che abbiano esercitato per almeno tre anni le funzioni di revisori dei conti o di componenti di Collegi Sindacali.

Il Direttore Generale nomina il Collegio Sindacale.

Il Collegio Sindacale nomina il proprio Presidente all'atto della prima seduta, che è convocata dal Direttore Generale.

Il Collegio è convocato dal Presidente.

Il Presidente del Collegio partecipa alle riunioni del CIV e, a tal uopo, deve essergli recapitato l'avviso di convocazione.

Gli emolumenti dei Sindaci sono stabiliti in analogia con quanto previsto per il medesimo incarico presso le Aziende Sanitarie e Ospedaliere della Regione Puglia.

Le spese di funzionamento del Collegio sono a carico dell'Istituto.

**TITOLO IV L'ORGANIZZAZIONE STRATEGICA****Art. 18 Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo**

Il Direttore Generale è coadiuvato, nell'esercizio delle sue funzioni, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario, nominati dallo stesso Direttore Generale tra i soggetti in possesso dei requisiti di cui all'articolo 11, comma 3, del d.lgs. 288/2003 e inseriti nei rispettivi albi regionali degli idonei alla nomina di Direttore amministrativo e di Direttore Sanitario delle aziende ed enti del S.S.R. Gli incarichi di Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario sono di natura autonoma, esclusivi e di durata non inferiore a tre anni e non superiore a cinque.

Alle figure di Direttore Sanitario e Amministrativo si applicano altresì le norme di cui all'art. 3-bis del d.lgs. 502/92.

Il **Direttore Sanitario** concorre al governo dell'Istituto e al processo di pianificazione e controllo delle attività anche attuando la "clinical governance", con riferimento sia alla qualità, che all'efficacia e all'efficienza tecnico-professionale, all'integrazione e al coordinamento delle attività volte ad assicurare la qualità clinica delle prestazioni erogate, nonché il loro costante miglioramento. In considerazione del fatto che l'ITB opera su un unico presidio, Il Direttore Sanitario assolve anche alle funzioni del Direttore Medico di Presidio ai sensi dell'art. 15, comma 13, lettera f/ bis del D.L. n. 95 del 6 luglio 2012, come integrato e modificato dalla Legge di Conversione n. 135 del 7 agosto 2012 e recepito quindi dall'articolo 3, comma 7 del D.lgs. 502/1992 s.m.i, e pertanto è altresì responsabile della direzione igienico-organizzativa della struttura, assicurando il coordinamento dei Dipartimenti e delle strutture operative dell'istituto, nonché promuovendo la valorizzazione delle professioni sanitarie, lo sviluppo della loro autonomia e responsabilizzazione, in coerenza con i principi disposti dalla legge 251/2000 e s.m.i.. Il Direttore Sanitario assicura il coordinamento del personale Sanitario operante nella struttura, l'efficienza e l'efficacia dei processi organizzativi di carattere sanitario interni all'Istituto e assicura la corretta comunicazione ai cittadini delle caratteristiche dei servizi erogati e dei dati clinici detenuti dall'Istituto.

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

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E  
FUNZIONAMENTO**TITOLO V – GLI ORGANISMI COLLEGIALI****Art. 19 Il Collegio di Direzione**

Il Collegio di Direzione è costituito ai sensi della L.R. 17/2017 e s.m.i., in applicazione del d.lgs. 502/92 e s.m.i., dura in carica tre anni, ed è composto da:

- Direttori di Dipartimento pro-tempore
- Dirigente responsabile del Risk Management/rischio clinico o equivalenti;
- Delegato dei Dirigenti delle professioni sanitarie;
- Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione del rischio o equivalenti.

Al Collegio potranno, di volta in volta, essere chiamati a partecipare altri professionisti dell'Istituto, in relazione alla specialità degli argomenti, senza diritto di voto.

Il Direttore Generale si avvale del Collegio di Direzione aziendale, per il governo delle attività cliniche, la programmazione e valutazione delle attività tecnico-sanitarie e di quelle ad alta integrazione sanitaria.

Il Collegio di Direzione concorre alla formulazione dei programmi di formazione, delle soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero-professionale intra-muraria e, a livello aziendale, dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici e di ricerca.

Il Direttore Generale si avvale del Collegio di Direzione per l'elaborazione dei programmi annuali e pluriennali dell'Istituto, nonché per l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi, anche in attuazione del modello dipartimentale e per l'utilizzazione delle risorse umane.

Il Collegio di Direzione formula pareri e proposte in ordine alle iniziative ed alle modalità per assicurare l'integrazione fra i diversi Dipartimenti/Aree, cliniche e di ricerca, e la necessaria uniformità di gestione, sia sanitaria che scientifica che amministrativa; esprime altresì parere sulla coerenza tra l'attività assistenziale e l'attività di ricerca ed innovazione.

Il Collegio di Direzione esprime parere obbligatorio sull'Atto di Organizzazione per la parte relativa all'organizzazione delle attività cliniche; partecipa alla definizione dei requisiti di appropriatezza e qualità delle prestazioni, nonché degli indicatori di risultato clinico-assistenziale e concorre alla conseguente valutazione interna dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi prefissati.

Il Collegio elegge nella seduta di insediamento il proprio presidente e il vicepresidente scegliendoli tra i componenti di diritto. Ai componenti del collegio non è corrisposto alcun emolumento.

**Art. 20 Il Comitato Tecnico Scientifico**

Il Comitato Tecnico Scientifico (CTS) è un organismo con funzioni consultive e di supporto tecnico-Scientifico all'attività clinico-scientifica e di ricerca. A norma della L.R. 17/2017, il CTS è presieduto dal Direttore Scientifico, vi partecipa di diritto il Direttore Sanitario ed è composto da altri otto componenti scelti dal CIV, su proposta del Direttore Scientifico, come di seguito riportato:

- Quattro (4) componenti scelti tra i responsabili di dipartimento;

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E  
FUNZIONAMENTO

- Un (1) componente scelto nell'ambito del personale medico dirigente;
- Un (1) componente scelto nell'ambito del personale delle professioni sanitarie con incarichi dirigenziali;
- Due (2) componenti esterni scelti tra esperti di comprovata competenza scientifica in ambito nazionale e internazionale.

Il CTS ha durata quinquennale. Qualora nel corso del mandato venga a cessare per qualsiasi motivo un componente del Comitato tecnico Scientifico, questo sarà sostituito da altro soggetto per il residuo periodo del mandato dei componenti in carica.

Il CTS si riunisce su convocazione del Presidente inviata a tutti i componenti. Gli argomenti posti all'ordine del giorno si ritengono approvati solo se, posti a votazione, hanno ottenuto il voto favorevole della maggioranza dei presenti. La partecipazione alle riunioni è obbligatoria e le assenze devono essere giustificate. Il protrarsi di assenze ingiustificate potrà determinare la decadenza dei componenti. Al termine delle riunioni i verbali degli incontri vengono trasmessi al Direttore Generale per le necessarie verifiche di compatibilità con gli indirizzi strategici. Il CTS viene informato dal Direttore Scientifico sull'attività dell'Istituto e formula pareri consultivi e proposte sui programmi e sugli obiettivi scientifici e di ricerca, nonché in via preventiva sulle singole iniziative di carattere scientifico.

### **Art. 21 Il Comitato Etico**

Il Comitato Etico per le sperimentazioni cliniche è un organismo indipendente che ha la responsabilità di garantire la tutela dei diritti, della sicurezza e del benessere dei soggetti inseriti nei protocolli sperimentali e di fornire pubblica garanzia di tale tutela. Il Comitato Etico indipendente opera in forza ed in adempimento del Decreto del Ministero della Salute dell'8 febbraio 2013 avente per oggetto "Criteri per la composizione e il funzionamento dei Comitati Etici".

L'indipendenza del Comitato Etico viene garantita:

- dalla mancanza di un rapporto subordinato gerarchico del Comitato stesso nei confronti della struttura dell'Istituto;
- dalla presenza di personale non dipendente dall'Istituto, ad eccezione di quello ex officio;
- dalla estraneità e dalla mancanza di conflitti di interesse dei votanti rispetto alla sperimentazione proposta;
- dalla mancanza di un legame di tipo economico tra i membri del Comitato e le aziende del settore farmaceutico.

Il Comitato Etico svolge una funzione consultiva in relazione a questioni etiche connesse alle attività scientifiche ed assistenziali, allo scopo di proteggere e di promuovere i valori della persona umana.

Può, inoltre, proporre autonome iniziative di formazione degli operatori sanitari dell'Istituto relativamente a temi in materia di bioetica.

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E  
FUNZIONAMENTO

Un numero non inferiore ad un terzo dei componenti totali del Comitato Etico deve essere non dipendente dell'Istituto stesso.

I componenti del Comitato Etico restano in carica tre anni; il mandato può essere rinnovato consecutivamente una sola volta, ad esclusione dei componenti ex-officio.

Il Comitato Etico, per le cui finalità, funzionamento, organizzazione e competenza territoriale si rimanda a quanto espressamente disposto dal già menzionato Decreto Ministeriale e dalle determinate in materia della Regione Puglia, è così composto:

- tre clinici;
- un medico di medicina Generale territoriale;
- un biostatistico;
- un farmacologo;
- un pediatra
- un farmacista del Servizio Sanitario Regionale;
- in relazione agli studi svolti nella propria sede, il Direttore Sanitario o un suo sostituto permanente, il Direttore Scientifico dell'IRCCS sede della sperimentazione;
- esperto in materia giuridica e assicurativa o medico legale;
- un esperto di bioetica;
- un rappresentante dell'area delle professioni sanitarie interessate alla sperimentazione;
- un rappresentante del volontariato o dell'associazionismo di tutela dei pazienti;
- un esperto in dispositivi medici;
- un ingegnere clinico o altra figura professionale qualificata, in relazione all'area medico-chirurgica oggetto dell'indagine con il dispositivo medico in studio;
- un esperto in nutrizione, in relazione allo studio di prodotti alimentari sull'uomo;
- un esperto clinico del settore, in relazione allo studio di nuove procedure tecniche, diagnostiche e terapeutiche, invasive e semi invasive;
- un esperto in genetica, in relazione allo studio di genetica.

Nei casi di valutazioni inerenti ad aree non coperte da propri componenti, il Comitato etico convoca, per specifiche consulenze, esperti esterni al Comitato stesso.

Per personale non dipendente si intende il personale che non abbia rapporti di lavoro a tempo pieno, parziale o di consulenza con questo Istituto.

Il Presidente è, di norma, esterno all'Istituto e viene eletto al suo interno secondo le procedure e con le modalità previste dal Regolamento di funzionamento del Comitato Etico stesso; il Presidente non può ricoprire tale carica per più di due mandati consecutivi.

Il Comitato Etico viene insediato dal Direttore Generale.

È dotato di un Ufficio di Segreteria tecnico-scientifica qualificata e il Dirigente responsabile dell'ufficio di segreteria è componente ex-officio del Comitato stesso.

Il Comitato deve adottare un Regolamento che definisca compiti, modalità di funzionamento e regole di comportamento.

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E  
FUNZIONAMENTO

Ai membri del Comitato Etico spetta un gettone di presenza la cui tariffa viene stabilita con delibera della Regione Puglia. La predetta tariffa è posta a carico del promotore delle sperimentazioni secondo quanto stabilito dal Regolamento del Comitato stesso.

Il Comitato:

- valuta sotto il profilo etico i programmi di sperimentazione scientifica e terapeutica da avviare nell'Istituto;
- fornisce pareri sulle questioni Etiche e di Bioetica ad esso sottoposte dal Direttore Generale, dal Direttore Scientifico o dal Consiglio di Indirizzo e Verifica;
- formula proposte sulle materie di propria competenza.

### **Art. 22 Comitato Consultivo Misto**

A fine di garantire la centralità del cittadino, quale titolare del diritto alla salute, nella definizione delle prestazioni sanitarie e nella fruizione dei servizi stessi ed assicurare la partecipazione dell'utente, singolo o tramite le associazioni di volontariato e di tutela dei diritti, alle fasi di programmazione delle attività, valutazione della qualità dei servizi e tutela dei diritti degli utenti, l'Azienda istituisce il Comitato Consultivo Misto, ai sensi dell'art. 14 del D. Lgs. n. 502/1992 e ss. mm. ii.

Il CCM, come previsto dalla Legge della Regione Puglia del 3 agosto 2006 "Principio di riordino del Servizio Sanitario Regionale" è composto da utenti e operatori di servizi socio-sanitari del territorio dell'Azienda.

L'attività del CCM è finalizzata a:

- contribuire alla programmazione delle attività dell'Azienda;
- contribuire all'elaborazione dei Piani Aziendali;
- verificare la funzionalità dei servizi, la loro rispondenza alle finalità del SSN e agli obiettivi dei Piani sanitari nazionali e regionali della salute.

Il CCM ha le seguenti funzioni:

- favorire la partecipazione degli utenti e delle forze sociali attraverso la promozione di campagne di informazione e di iniziative presso le comunità esistenti (scuole, attività produttive, circoli culturali, quartieri o frazioni), nonché attraverso l'organizzazione di dibattiti e incontri pubblici di sensibilizzazione;
- formulare proposte in ordine al programma di erogazione dei servizi, alle modalità di pubblicizzazione dei servizi erogati, ai programmi di indagine e di ricerca sui bisogni, di rispondenza dei servizi alle necessità degli utenti;
- curare la pubblicizzazione dei servizi in collaborazione con gli operatori al fine di:
  - collaborare alla programmazione dei piani di educazione sanitaria;
  - valutare annualmente, tramite una relazione, l'andamento complessivo dei servizi dell'Istituto.

La composizione, il funzionamento, le modalità di nomina, la decadenza, le sostituzioni e le incompatibilità dei componenti, i rapporti tra CCM e Istituto sono disciplinati da apposito regolamento adottato dal Direttore Generale.



REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E  
FUNZIONAMENTO**Art. 23 Collegio Tecnico**

Il Collegio Tecnico, a norma dell'art. 15 del D. Lgs. n. 502/1992 e ss. mm. ii. nonché ai sensi dell'art. 5 del D. Lgs. n. 517/1999, e ss. mm. ii., è l'organismo preposto alla verifica dell'attività professionali svolte dai dirigenti nonché alla verifica dei risultati raggiunti.

Il Collegio Tecnico procede, per ognuna delle Aree di contrattazione della Dirigenza, alle verifiche stabilite dai rispettivi contratti collettivi nazionali di lavoro. Il Collegio è composto da tre membri, di cui uno con funzioni di presidente su designazione del Direttore Generale, ed è formato esclusivamente da dirigenti in servizio presso pubbliche amministrazioni. I componenti del CT vengono scelti tra i nominativi dei direttori di struttura complessa inseriti nel dataset dell'elenco nazionale dei direttori di struttura complessa del Ministero della Salute ([www.dati.salute.gov.it](http://www.dati.salute.gov.it)), alimentato direttamente dalle Regioni, previo contatto per acquisirne la disponibilità. La composizione del Collegio Tecnico è informata al principio dell'imparzialità e a tal fine non può fare parte dell'organismo collegiale chi è già chiamato in prima istanza a formulare la proposta di valutazione. I Collegi Tecnici svolgono, in particolare, le seguenti funzioni:

- verificano tutti Dirigenti, attraverso la valutazione dei risultati professionali raggiunti in termini di quantità e di qualità, nell'ambito degli obiettivi prefissati;
- valutano le prestazioni professionali, intese come l'insieme delle azioni svolte e dei risultati conseguiti nell'ambito delle responsabilità delle funzioni attribuite;
- pervengono ad una valutazione positiva o negativa sulla prestazione del Dirigente sottoposto a verifica, attraverso opportuni strumenti (indicatori e standard dirigenziali).

La verifica effettuata dai Collegi Tecnici, così come prevedono i contratti, è periodica e permanente e prevede:

- la valutazione, al termine dell'incarico, di tutti i Dirigenti;
- la valutazione, al termine del quinquennio, dei Dirigenti neo assunti.
- La verifica ha come effetto la conferma, la revoca, o il conferimento di altro incarico.

Le modalità di costituzione e funzionamento del CT sono stabilite da apposito atto regolamentare dell'Istituto, adottato dal Direttore Generale.

## TITOLO VI – LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

### Art. 24 Il modello organizzativo

L'Organizzazione dipartimentale, ai sensi dell'art. 17-bis del d.lgs. 502/1992 e s.m.i., è il modello ordinario di organizzazione e gestione operativa dell'ITB che recepisce il principio di superamento della frammentazione nell'ottica dell'aggregazione in dipartimenti e di integrazione operativa e funzionale.

L'organizzazione dell'ITB è articolata nelle seguenti Strutture Organizzative:

- Dipartimenti
- Strutture Complesse (S.C)
- Strutture Semplici a valenza dipartimentale (S.S.D.)
- Strutture Semplici (S.S.)
- Settori di ricerca

I **Dipartimenti** sono aggregazioni di Unità Operative omogenee, affini o complementari tra loro e collegabili sul piano operativo, che perseguono finalità interdipendenti e sono tra loro fortemente integrate, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità organizzativa, gestionale e professionale. Il Dipartimento assume un ruolo negoziale nei rapporti con la Direzione Strategica e con le strutture aziendali, consentendo risposte organiche, flessibili e tempestive.

Il Dipartimento ha come principale obiettivo quello di migliorare la pratica clinico-assistenziale e di ricerca, favorendo l'uniformità delle pratiche.

L'Organizzazione dipartimentale favorisce il rapido passaggio di conoscenze e metodologie dall'ambito della ricerca alla pratica clinica nel rispetto delle specificità delle strutture afferenti.

Il Dipartimento si articola in:

- Comitato di dipartimento
- Direttore di Dipartimento

Per gli aspetti legati alla modalità di istituzione ed organizzazione dei Dipartimenti si rinvia alla sezione del "FUNZIONIGRAMMA".

Il **Direttore del Dipartimento** viene selezionato nel rispetto delle norme vigenti e nominato dal Direttore Generale; deve essere necessariamente Direttore di struttura complessa e conserva la direzione della propria Struttura cui è preposto in qualità di titolare; dura in carica, di norma, **2 anni** ed è gerarchicamente sovra-ordinato ai direttori di Struttura Complessa ed ai Responsabili di Strutture Semplici a valenza dipartimentale.

I Dipartimenti previsti sono riportati nell'ORGANIGRAMMA.

Le **Strutture Complesse** (SC) sono articolazioni interne al Dipartimento con specifico riferimento specialistico e organizzativo di natura complessa. Al loro interno si concentrano competenze professionali e risorse (umane, tecnologiche e strumentali), finalizzate allo svolgimento di funzioni di amministrazione, di programmazione e/o produzione di prestazioni e servizi.

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E  
FUNZIONAMENTO

L'individuazione della SC si fonda sui seguenti punti:

- complessità e specializzazione delle materie o delle patologie trattate;
- strategicità rispetto alla mission istituzionale;
- adeguata dotazione di risorse tale da consentire l'osservanza delle disposizioni in tema di articolazione del lavoro;
- livello di autonomia e responsabilità;
- rilevanza economica e autonomia delle risorse gestite;
- complessità delle relazioni intra ed extra- istituzionali;

in virtù della loro complessità queste strutture costituiscono centri di responsabilità all'interno del processo di budget.

Il Direttore di SC è nominato dal Direttore Generale ai sensi della vigente normativa; assicura l'organizzazione e la direzione della SC al fine di garantire il conseguimento degli obiettivi definiti in sede di budget, assicurando un elevato livello di efficacia, efficienza e qualità dell'assistenza erogata, il costante adeguamento delle conoscenze e competenze professionali dei membri dell'equipe.

Il Direttore di SC risponde dell'andamento generale e dei risultati da essa conseguiti. In particolare, al Direttore compete:

- partecipare al processo di negoziazione del budget;
- garantire il perseguimento degli obiettivi di assistenza e di ricerca attribuiti all'Unità Operativa;
- garantire l'attuazione degli indirizzi organizzativi e tecnico-sanitari definiti in sede dipartimentale rispondendone al Direttore Gerarchicamente sovra ordinato;
- la responsabilità della realizzazione dei programmi di miglioramento della qualità clinica;
- la responsabilità di promuovere gli interventi di integrazione a livello dipartimentale tra ricerca ed assistenza;
- partecipare all'attività del Comitato di Dipartimento;
- promuovere l'aggiornamento e la formazione professionale e tecnico scientifica dei professionisti dell'equipe.

Le **Strutture Semplici a valenza Dipartimentale** (SSD) sono strutture che in un'ottica di supporto trasversale al processo produttivo vengono collocate gerarchicamente alle dipendenze del Direttore del Dipartimento e non di una struttura complessa e sono dirette da un dirigente responsabile. Alle SSD viene attribuito un budget operativo (obiettivi e risorse). La SSD, di norma, corrisponde ad un unico centro di costo.

Le **Strutture Semplici** sono strutture che non possiedono dimensioni operative o requisiti di complessità specificati per le strutture complesse e sono articolazioni delle strutture complesse di cui fanno parte. Alle SS viene riconosciuta dal Direttore della SC di afferenza una quantità definita di risorse e vengono assegnati obiettivi specifici nell'ambito del budget operativo (obiettivi e risorse) della SC di afferenza. Il responsabile della SS è titolare delle risorse e degli obiectti affidati alla SS, al cui conseguimento deve concorrere insieme agli obiettivi della SC. Al Responsabile di SS compete la valutazione individuale e la definizione dei risultati raggiunti. La SS, di norma, corrisponde ad un unico centro di costo.

Per il conferimento dell'incarico di dirigente responsabile di struttura semplice e semplice a valenza dipartimentale si applicano le disposizioni di cui al CCNL vigente.

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E  
FUNZIONAMENTO

È compito del dirigente responsabile di SS o SSD:

- provvedere ad erogare le prestazioni richieste (diagnostico-terapeutiche o tecnico-amministrative) in coerenza con gli obiettivi dell'UO di afferenza o del Dipartimento di afferenza;
- collaborare con il Direttore di SC (o del Dipartimento) nella definizione dei programmi di attività e nella realizzazione dei progetti assegnati, con assunzione diretta delle responsabilità dei procedimenti;
- promuovere l'aggiornamento e la formazione professionale e tecnico scientifica dei professionisti dell'equipe.

I **Settori di ricerca** sono articolazioni funzionali che riguardano aree di attività di norma affidate a professionisti, la cui autonomia tecnico-professionale si esercita nel rispetto dei protocolli operativi e delle direttive impartite dal Direttore Scientifico. I Settori di ricerca includono le Linee di ricerca come approvate nella Programmazione triennale.

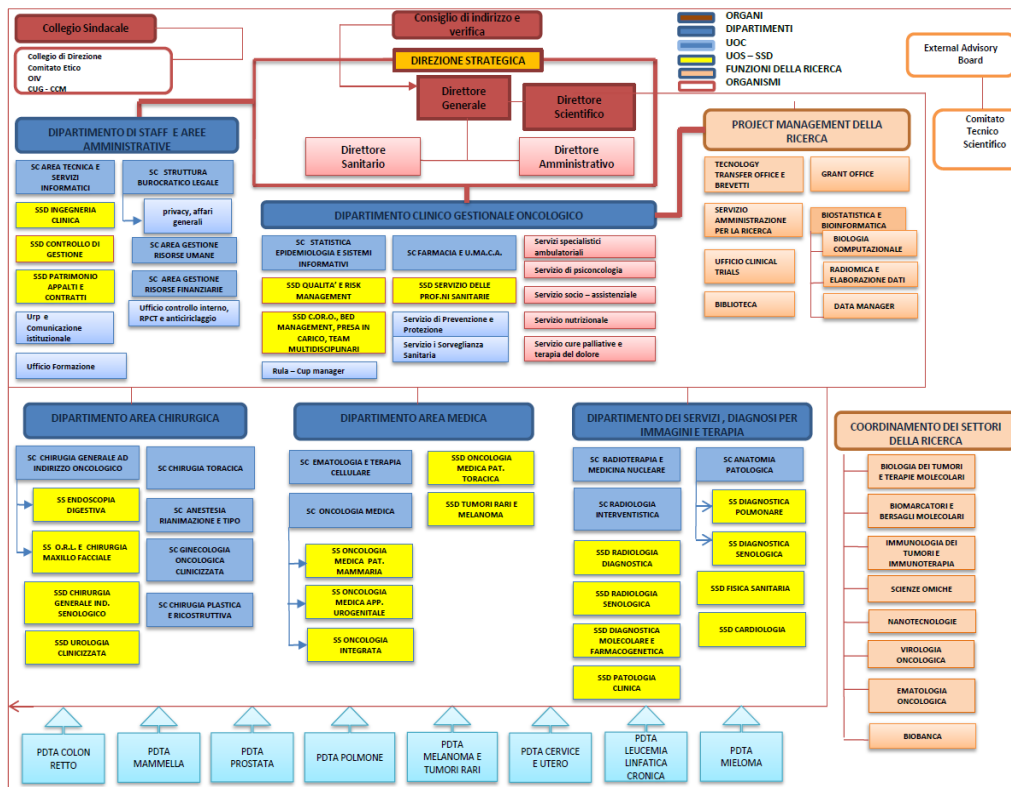
Al fine di supportare il Direttore Scientifico vengono individuate apposite articolazioni di amministrazione della ricerca.

Per gli aspetti funzionali si rinvia alla sezione denominata "Funzionigramma".

In un'ottica di realizzazione delle politiche di governo clinico, il Dipartimento offre l'architettura organizzativa che meglio risponde alle esigenze correlate alla complessità dei processi sanitari, alle innovazioni e al governo delle tecnologie, elementi che rendono indispensabile una forte integrazione tra professionalità e competenze, unico strumento che garantisce efficacia ed efficienza.

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E FUNZIONAMENTO

Le Strutture Organizzative dell'ITB sono, ad oggi, individuate secondo il seguente Organigramma:



L'ITB è presente nella rete ospedaliera regionale, con 179 posti letto per acuti ai sensi del vigente piano di riordino ospedaliero approvato con Deliberazione della Giunta Regionale 3 luglio 2023, n. 919 recante "Attuazione deliberazione di Giunta regionale n. 412 del 28/03/2023. Approvazione schema di Regolamento recante: "Modifica del Regolamento regionale n.14/2020 - Aggiornamento Rete ospedaliera ai sensi del D.M. n. 70/2015". Recupero mobilità passiva. Modifica D.G.R. n. 1439/2018."

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E  
FUNZIONAMENTO

---

Codice Disciplina Ospedaliera	Disciplina Ospedaliera	Posti letto da Piano di Riordino Ospedaliero (D.G.R. 3 luglio 2023 n. 919 – BURP n. 65/2023)
09	Chirurgia Generale	47
12	Chirurgia Plastica	10
13	Chirurgia Toracica	16
18	Ematologia	21
60	Lungodegenti	10
64	Oncologia	30
37	Ginecologia	16
38	Otorinolaringoiatria	10
49	Terapia Intensiva	7
43	Urologia	10
96	Terapia del Dolore	2
	<b>Totale</b>	<b>179</b>

I posti letto realmente funzionanti non superano quelli accreditati nel rispetto delle procedure vigenti e non possono essere, naturalmente, in numero superiore a quelli autorizzati con DGR.

Annualmente, anche al fine di elaborare correttamente i report di funzionalità, con deliberazione del DG viene definito il numero dei posti-letto attivi, che viene aggiornato tempestivamente anche sulla base delle esigenze epidemiologiche della popolazione di riferimento, della disponibilità della logistica e delle risorse umane e professionali e del rispetto dei criteri di appropriatezza. In tale ottica anche la qualificazione di posti-letto può essere variata nel rispetto del numero totale stabilito a livello regionale. Tale flessibilità risponde alla peculiarità del settore di assistenza che si caratterizza per adeguarsi continuamente alle esigenze assistenziali.

## TITOLO VII – I PRINCIPI E GLI STRUMENTI DELLA GESTIONE

### Art. 25 Unitarietà della gestione

L'ITB impronta la propria gestione in maniera unitaria, strettamente correlata alle finalità ed agli obiettivi di ricerca e di assistenza che intende perseguire, articolando le diverse funzioni in maniera integrata al fine di programmare, organizzare e realizzare le azioni previste e verificare i risultati raggiunti.

La gestione delle attività si attua attraverso l'**assetto organizzativo** che, in virtù dei continui mutamenti del contesto epidemiologico in cui opera, delle risorse strumentali e umane di cui dispone, e degli indirizzi di politica sanitaria, viene modificato ed adeguato ferme restando le finalità legate alla mission istituzionale.

Sono principi ispiratori della gestione:

- L'integrazione intesa quale raccordo tra le articolazioni dell'Istituto ed i soggetti che vi operano. Integrazione alla base della multi-professionalità nell'approccio clinico, propria dei Team multidisciplinari; integrazione tra ricerca ed assistenza alla base dell'approccio traslazionale;
- La flessibilità organizzativa che si pone alla base della gestione al fine di ridefinire e rideterminare i percorsi e le risorse a seconda delle necessità e criticità;
- L'economicità intesa come ricerca di soluzioni in grado di razionalizzare i costi ottenendo lo stesso beneficio clinico assistenziale e di ricerca; l'economicità si realizza anche attraverso l'individuazione di soluzioni capaci di condividere il patrimonio di risorse professionali e tecnologiche;
- La trasparenza come principio di accessibilità e chiara rappresentazione delle azioni.

### Art. 26 Orientamento ai bisogni dell'utenza

Obiettivo prioritario dell'Istituto è quello di orientare i propri servizi al soddisfacimento dei bisogni dell'utenza. L'ITB assicura la multidisciplinarietà delle diverse fasi del percorso clinico-assistenziale, e garantisce la continuità assistenziale mediante procedure di presa in carico del paziente multiprofessionali e trasversali.

A tal fine definisce ed istituisce Team multidisciplinari per patologia e PDTA oncologici che operano in maniera trasversale, coinvolgendo i Dipartimenti ospedalieri per specifica professionalità.

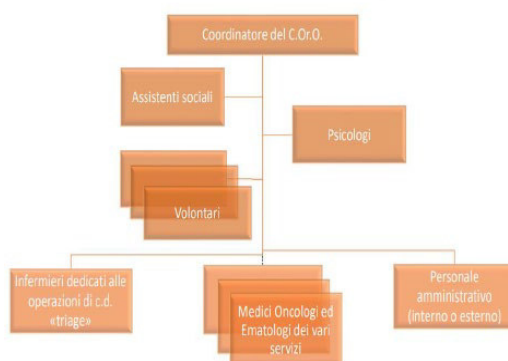
### Art. 27 L'integrazione con la rete ospedaliera regionale

L'integrazione con la rete ospedaliera regionale si attua mediante interventi ed attività concordate e condivise tra i diversi interlocutori presenti nella Rete Ospedaliera Regionale. L'ITB assicura la partecipazione alla Rete Ospedaliera Regionale anche attraverso la partecipazione alla **Rete Oncologica Pugliese - (R.O.P.)** istituita con DGR 23 febbraio 2017, n. 221, che individua l'ITB quale **sede dell'unità di coordinamento (UCoor) della ROP**, cui compete il coordinamento e la gestione operativa delle attività e delle risorse finanziarie specificamente attribuite dalla Consulta oncologica regionale – primo livello della

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E  
FUNZIONAMENTO

rete, che ne elabora gli obiettivi e valuta la corretta esecuzione dei programmi affidati all'Unità di coordinamento - ed ha il compito di orientare ed accreditare i principali percorsi diagnostico-terapeutici (PDTA) per tutte le strutture oncologiche regionali, di coordinare le attività dei Dipartimenti oncologici integrati per gruppi di patologia interdisciplinare, c.d. **Dionc**, rappresentanti il terzo livello della rete, di monitorare e verificare il funzionamento delle varie articolazioni della rete, in modo omogeneo e standardizzato a livello regionale. Nell'organizzazione del sistema a rete strutturato secondo il modello Hub & Spoke, l'ITB assolve la funzione di **Hub regionale**. I processi di presa in carico assistenziali sono integrati e coerenti con la politica sanitaria regionale. Si attuano mediante l'individuazione di punti di accesso identificati quali C.Or.O. – Centri di orientamento oncologico che utilizzano un approccio di presa in carico trasversale e multidisciplinare proprio di un sistema a rete.

Il C.Or.O. dell'Istituto è organizzato secondo il seguente modello organizzativo; tale organizzazione segue lo schema regionale di strutturazione dei Centri di orientamento oncologico, come di seguito indicato:



Il C.Or.O. dell'Istituto assolve ai seguenti compiti:

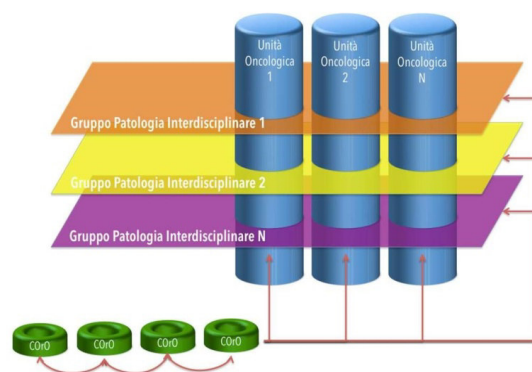
- informazione ed accoglienza;
- gestione medica della patologia oncologica sospetta e delle procedure per giungere alla diagnosi e/o completarla in maniera tempestiva;
- amministrativo – gestionali;
- di segnalazione e supporto;
- di comunicazione e divulgazione degli esiti.

L'ITB si caratterizza per la presenza di Unità Operative che concorrono ai Gruppi Interdisciplinari di Patologia, secondo lo schema di funzionamento definito dalla DGR n. 221/2017 di istituzione della Rete Oncologica Pugliese.



REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E  
FUNZIONAMENTO

Il Dipartimento Integrato Oncologico (DIOnc)



Il C.Or.O. dell'Istituto rappresenta pertanto, come nel caso di tutti gli altri C.Or.O. regionali, la porta di ingresso al percorso di cura oncologica:

- per pazienti con sospetta diagnosi da accertare;
- per pazienti con diagnosi già accertata, ma che richiedano il completamento dell'iter stadiativo propedeutico all'avvio della terapia.

Al C.Or.O. dell'Istituto spetta il compito di orientare e supportare l'ingresso dei pazienti nella Rete Oncologica Regionale, tenendo in chiaro conto la specifica missione territoriale che è affidata all'Istituto sia in termini di assistenza alla malattia oncologica, sia quale Centro di Riferimento Regionale dell'Oncologia, sia in quanto Istituto di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico.

Il C.Or.O. dell'Istituto si caratterizza per l'indirizzamento nell'assistenza:

- secondo gli standard regionali della Rete Oncologica Pugliese ai pazienti che il D.I.Onc. Barese segnala o che volontariamente pervengono alle Unità Oncologiche di Patologia;
- di più elevata qualificazione e specializzazione sia diagnostica che terapeutica che la stessa Rete Oncologica Pugliese affida al Centro di Riferimento (ad es. Diagnostica di Anatomia Patologica, Diagnostica Molecolare, Tumori rari, ecc.);
- mediante arruolamento nelle sperimentazioni secondo approcci innovativi nella diagnosi e terapia delle patologie tumorali ed onco-ematologiche.

Per disciplinare l'organizzazione ed il funzionamento del C.Or.O. l'ITB si dota di apposito "**Manuale delle procedure e funzionamento**".

Al fine di integrare le funzioni proprie del C.Or.O. con le attività clinico-assistenziali erogate dalle strutture ospedaliere viene istituita la funzione del **Bed Management** come strumento operativo per migliorare il patient flow.

Il Bed Management ha lo scopo di:

- assicurare il corretto setting di cure e assistenza
- centralizzare il controllo della risorsa posti letto
- sviluppare strategie per ottimizzare l'uso delle risorse logistiche, organizzative e di personale dedicate ai pazienti a maggior criticità/complessità.

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E  
FUNZIONAMENTO

Per una trattazione specifica delle attività e funzioni si rinvia alla sezione "Funzionigramma".

Nell'ambito della Rete Oncologica Pugliese (R.O.P.) l'ITB partecipa quale componente ai lavori del Tavolo Tecnico Regionale **Molecular Tumor Board** che si pone l'obiettivo di fornire indirizzi e supporto sia in riferimento alla governance del sistema che sugli aspetti clinici, al fine di promuovere la definizione di criteri condivisi e l'omogeneità delle procedure. In particolare si propone di valutare la necessità di un approfondimento genetico-molecolare e di interpretare l'esito di test molecolari complessi volti all'identificazione, nei tumori dei pazienti o in biopsie liquide, di alterazioni molecolari di varia natura (genomica, epigenomica, trascrittomica, proteomica, metabolica) che permettano di predire la vulnerabilità a terapia bersaglio molecolare ovvero a immunoterapie (alterazioni molecolari azionabili).

Attraverso l'integrazione con la rete ospedaliera regionale, l'ITB assicura la multidisciplinarietà delle fasi del percorso clinico-assistenziale, includendo anche azioni di prevenzione di II livello come sancito dal piano regionale di prevenzione, nonché la continuità assistenziale mediante individuazione di percorsi individualizzati a seconda delle esigenze clinico-assistenziali rilevate (P.D.T.A.)

In Recepimento dell'Accordo Stato - Regioni del 21 settembre 2017 per la realizzazione della Rete Nazionale dei Tumori Rari (RNTR) - (Rep. atti n. 158/CSR), con deliberazione di Giunta regionale n. 794 del 2/5/2019 l'ITB viene individuato quale **Centro Regionale per la Ricerca e la Cura dei Tumori Rari**.

È **Centro Regionale di Riferimento legittimato al rilascio del parere/autorizzazione per cure all'estero** ai sensi dell'art. 3 D.M. 3/11/1989 per le branche specialistiche di Oncologia Medica, Chirurgia Oncologica e Radioterapia.

Nel processo d'integrazione con la rete ospedaliera regionale, l'ITB assicura azioni finalizzate all'ottimizzazione dei criteri di appropriatezza e di contenimento della spesa sanitaria mediante la riduzione di ricoveri impropri e l'individuazione di setting di cura appropriati per le esigenze di cura. Nel sistema della rete regionale assistenziale l'ITB assicura:

- il contenimento delle liste di attesa mediante interventi finalizzati;
- le dimissioni protette per pazienti dimessi con l'inserimento nel sistema delle cure domiciliari e/o residenziali;
- la continuità assistenziale con percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali per patologie d'organo;
- L'erogazione di prestazioni di II livello nell'ambito dei programmi di screening regionali.

## Art. 28 Il governo clinico

L'ITB promuove la definizione e l'utilizzo di PDTA come strumento di governo clinico e di continuità della presa in carico del paziente. L'obiettivo di tutela della salute viene perseguito salvaguardando i principi di appropriatezza e qualità delle prestazioni erogate, nonché, di sicurezza, garantendo il principio di sostenibilità economica. L'ITB adotta azioni volte alla riduzione/controllo del rischio assistenziale, nonché alla diffusione di good practice cliniche ed assistenziali funzionali al miglioramento continuo della qualità dei servizi. Il monitoraggio e il miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure indirizzano le azioni clinico-assistenziali e di ricerca dell'Istituto.

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E  
FUNZIONAMENTO**Art. 29 La Trasparenza dell'azione amministrativa**

L'attività amministrativa dell'ITB, in ottemperanza alle vigenti disposizioni di legge in materia di trasparenza e semplificazione amministrativa, si conforma ai criteri e principi di cui al d.lgs. 33/2013 (*Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni*) e sm.i e della L.190/2012 (*Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione*).

Tenuto conto della specifica organizzazione aziendale, al fine di assicurare l'efficiente ed efficace azione amministrativa e di favorirne lo svolgimento corretto, si dota di un **codice etico di comportamento aziendale** che integra e specifica le previsioni del codice di comportamento dei pubblici dipendenti di cui al D.P.R. n. 62/2013, definendo i doveri minimi di diligenza, lealtà imparzialità e correttezza che i dipendenti sono tenuti ad osservare. A norma del comma 5 bis dell'art. 8 del d.lgs. 288/2003 introdotte dal d.lgs. 200/2022, l'ITB, dedica un'apposita sezione del codice di comportamento al **codice di condotta per l'integrità della ricerca** che disciplina prescrizioni comportamentali volte al corretto utilizzo delle risorse e al rispetto di regole di fair competition.

**Art. 30 Le risorse umane**

L'ITB promuove forme di valorizzazione del proprio personale riconoscendo il valore professionale come aspetto da potenziare e tutelare sia nell'ambito clinico che di ricerca.

Il rapporto e l'orario di lavoro, il trattamento giuridico ed economico del personale dell'Istituto sono sottoposti alla disciplina del d.lgs 502/1992 e s.m.i., del d.lgs. 165/2001 e s.m.i. e dei vigenti CCNL.

**- Funzioni proprie**

I dirigenti esercitano le proprie funzioni di attuazione e gestione degli atti di indirizzo e programmazione annuale delle attività e dei contratti, nell'ambito dell'autonomia che caratterizza il proprio ruolo professionale ed in relazione agli obiettivi di budget annualmente concordati.

Nell'ambito delle deleghe loro attribuite possono anche assumere obbligazioni in nome e per conto dell'Azienda. Nei limiti del proprio ruolo e delle deleghe ricevute, spetta, in particolare ai dirigenti, l'adozione di tutte le decisioni, atti e provvedimenti, compresi quelli che impegnano l'ITB verso l'esterno, nonché la gestione finanziaria, tecnica ed amministrativa mediante l'esercizio di autonome facoltà di spesa e di organizzazione delle risorse umane, strumentali e di controllo. Essi sono responsabili dell'attività e della gestione negli ambiti di competenza e dei relativi risultati.

In particolare, i dirigenti:

- danno attuazione agli obiettivi, ai piani, ai programmi, alle direttive generali per la gestione fissati dalla Direzione Generale nel rispetto delle priorità indicate;
- collaborano con la Direzione Aziendale, formulando proposte ed esprimendo pareri;
- dirigono o coordinano e controllano l'attività delle strutture delle quali hanno la responsabilità, anche mediante l'adozione di direttive, atti di indirizzo, linee guida o procedure;

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E  
FUNZIONAMENTO

- provvedono agli atti di gestione del personale, assegnato alla struttura, curandone l'orientamento al risultato anche attraverso l'attribuzione dei trattamenti economici accessori secondo quanto previsto dai contratti collettivi nazionali e integrativi di lavoro;
- provvedono alla gestione delle risorse finanziarie e strumentali assegnate alla struttura di pertinenza secondo criteri di flessibilità e uso razionale ed integrato delle risorse medesime;
- assicurano il controllo sull'attività delle articolazioni organizzative cui sono preposti ai fini della valutazione dei risultati conseguiti;
- assumono tutte le iniziative necessarie al fine di assicurare la semplificazione, la trasparenza e la responsabilizzazione delle procedure interne, sia di diritto pubblico che privato;
- curano la sicurezza sui luoghi di lavoro, per quanto di loro competenza.

L'adozione di atti e decisioni non ricompresi nelle funzioni di competenza costituisce fonte di responsabilità ai sensi della vigente normativa, anche contrattuale.

È fatto salvo il potere del Direttore Generale di annullamento in autotutela per motivi di legittimità degli atti amministrativi compiuti dai dirigenti. Tale potere sarà esercitabile entro un termine ragionevole, qualora sussistano le ragioni di interesse pubblico e tenendo conto degli interessi dei destinatari e dei contro interessati.

In caso di inerzia o ritardo nell'esercizio di funzioni proprie, il Direttore Generale fissa un termine entro il quale il dirigente deve adottare l'atto o il provvedimento contestualmente muovendo formale contestazione e, qualora l'inerzia o il ritardo permangano, dà incarico di provvedere ad altro dirigente.

#### - **Funzioni delegate**

Il Direttore Sanitario, il Direttore Amministrativo e i Dirigenti dell'Istituto svolgono tutti gli altri compiti e funzioni ad essi delegati dal Direttore Generale ai sensi della vigente disciplina di legge.

Tale delega è gratuita, deve risultare da atto pubblico e deve essere accettata dal delegato per iscritto con atto recante data certa anteriore allo svolgimento dei compiti e delle funzioni delegate; la delega deve attribuire al delegato tutti i poteri di organizzazione, gestione e controllo richiesti dalla specifica natura delle funzioni e dei compiti delegati e deve attribuire al delegato l'autonomia di spesa necessaria allo svolgimento delle funzioni e dei compiti delegati.

Le deleghe possono essere revocate dal Direttore Generale in ogni momento nelle stesse forme seguite per il loro conferimento; la revoca non comporta il riconoscimento di indennizzo alcuno in capo al delegato. Il soggetto al quale sia stata conferita la delega non può, a sua volta, delegare le funzioni e i compiti delegati senza il consenso del delegante (Direttore Generale). Il soggetto delegato ha la piena responsabilità, a qualsiasi effetto interno ed esterno all'Istituto, degli atti compiuti, non essendo previste forme di controllo preventivo sugli atti medesimi né essendo previste forme di controllo successivo a carattere continuativo e sistematico, salva la possibilità per la Direzione Generale di effettuare controlli a campione anche in modo non formalizzato. Avverso gli atti amministrativi compiuti nell'esercizio della delega è ammesso ricorso al Direttore Generale dell'Istituto da proporsi entro 30 giorni dalla notificazione dell'atto ovvero, se anteriore, dalla sua pubblicazione; con il ricorso possono essere richiesti esclusivamente l'annullamento o la revoca

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E  
FUNZIONAMENTO

dell'atto. Avverso gli atti di natura privata compiuti dal delegato nell'esercizio della delega sono esperibili i rimedi previsti dal Codice civile e dalle leggi speciali.

Il Direttore Generale, nell'ambito dell'eventuale attività di controllo di cui al comma 4, può, nel rispetto dei principi generali dell'ordinamento, annullare d'ufficio e/o revocare i provvedimenti amministrativi illegittimi o inopportuni assunti dal delegato nonché può assumere rispetto agli atti gestionali di diritto privato invalidi o non convenienti assunti dai delegati le iniziative consentite dal Codice civile.

L'attività delegata non è soggetta a controllo preventivo e diventa esecutiva nelle forme di legge. L'adozione di atti eccedenti la delega costituisce fonte di responsabilità ai sensi della vigente disciplina.

La Determina comportante l'assunzione di costi dell'Istituto, prima della sua adozione deve essere corredata del visto di regolarità contabile attestante la compatibilità economico/finanziaria a cura del Servizio Economico - finanziario e Patrimoniale. Tale visto ha natura di controllo contabile.

#### - **Responsabilità dirigenziale**

Il Dirigente è responsabile del corretto svolgimento degli incarichi conferiti e risponde, in particolare, della realizzazione dei programmi e dei progetti affidati, del risultato della gestione finanziaria, tecnica ed amministrativa, delle decisioni organizzative, degli atti di gestione del personale e dell'attività svolta dalle strutture alle quali è preposto.

I risultati negativi dell'attività o della gestione, il mancato raggiungimento degli obiettivi o l'inosservanza di indirizzi e direttive generali, sia tecnico-professionali che operative, nonché l'inosservanza della normativa di cui al presente Regolamento ed ai successivi regolamenti, comportano per il dirigente interessato l'applicazione delle misure previste dalla vigente normativa, anche contrattuale.

L'ITB adotta i criteri generali, definiti nell'ambito della concertazione con le rappresentanze sindacali, per la valutazione delle attività, delle prestazioni e competenze organizzative dei dirigenti. Le procedure di valutazione sono improntate al principio di trasparenza dei criteri e dei risultati, di informazione adeguata e di partecipazione del valutato anche attraverso il contraddittorio. Le relative risultanze della valutazione annuale sono riportate nel fascicolo personale dei dirigenti interessati anche al fine delle verifiche previste dalla vigente normativa contrattuale per la conferma o attribuzione di nuovi incarichi.

Degli esiti della valutazione si tiene conto nelle successive decisioni di affidamento di incarichi di funzione dirigenziale perseguendo logiche meritocratiche. Allo scopo, le relative risultanze sono riportate nel fascicolo personale dei dirigenti interessati.

#### - **Disciplina del conferimento degli incarichi dirigenziali**

L'art. 15 ter del D. Lgs. n. 502/1992, e s.m.i. prevede l'attribuzione degli incarichi dirigenziali, secondo il principio di trasparenza, selettività e specializzazione.

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E  
FUNZIONAMENTO

L'attribuzione degli incarichi di direzione di struttura complessa è effettuata dal Direttore Generale secondo quanto stabilito dall'art. 15/ter, con. 2 del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. nonché a norma della disciplina in materia di IRCCS.

In tutti i casi, quale che sia il destinatario dell'incarico, l'oggetto, gli obiettivi e la durata del medesimo (fatta salva l'ipotesi di revoca), nonché il trattamento economico aggiuntivo sono negoziati e definiti dal Direttore Generale con l'interessato (ex art. 15 ter D.Lgs. 502/92 e s.m.i.) e formalizzati con atto scritto e motivato del Direttore Generale, controfirmato per accettazione dallo stesso interessato, che costituisce presupposto formale e sostanziale per l'attuazione del principio della contestabilità.

L'Azienda, nell'affidamento degli incarichi dirigenziali e nella revoca dei medesimi (fatte salve e riservate le indicazioni specifiche precedentemente indicate) si atterrà altresì ai seguenti criteri integrativi:

- capacità gestionali, con particolare riferimento ai rapporti con l'utenza, alla disponibilità collaborativa, alla integrazione professionale, alla comunicazione intra ed extra Aziendale, al possesso di tecniche di management;
- capacità di gestione delle risorse umane, finanziarie e professionali nella realizzazione degli obiettivi Aziendali in relazione dei risultati conseguiti;
- riconosciuta sensibilizzazione alle strategie della umanizzazione e di tutela dell'utenza;
- frequenza e superamento dei corsi di formazione manageriale ex art. 16 quinquies del D. Lgs. n. 502/1992 e ss. mm. ed ii. Per il conferimento degli incarichi di struttura complessa;
- partecipazione a corsi di aggiornamento professionale;
- tipologia e durata di incarichi precedentemente svolti;
- "curriculum" con particolare riguardo alla natura e durata delle funzioni svolte negli ultimi 5 anni, alle caratteristiche ed ai contenuti dell'attività svolta nonché al possesso di esperienze e di conoscenze correlate all'incarico da conferire.

Per quanto attiene alla disciplina delle "sostituzioni" e a quanto qui non riportato si fa esplicito rinvio ai rispettivi CCNL.

#### - **Valutazione dei dirigenti**

L'Azienda adotta un sistema di valutazione permanente di tutto il personale dirigente con le finalità e gli scopi definiti dalle norme e dai contratti di categoria.

Oggetto della valutazione sono gli aspetti gestionali, organizzativi e professionali connessi alle attività assistenziali e tenendo conto degli aspetti di ricerca e didattica che caratterizzano la mission/vision dell'ITB.

L'ITB definisce meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività svolta dai dirigenti, in relazione ai programmi ed obiettivi da perseguire correlati alle risorse umane, finanziarie e strumentali effettivamente disponibili, stabilendo le modalità con le quali si articolano i processi di valutazione.

La valutazione dei dirigenti è effettuata dall' Organismo Interno di Valutazione e dal Collegio Tecnico nei tempi e con le modalità di cui al CCNL.

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E  
FUNZIONAMENTO**- Valutazione dei risultati**

La valutazione dei risultati riguarda tutti i dipendenti ed ha ad oggetto la verifica del raggiungimento degli obiettivi generali ed individuali anche al fine dell'attribuzione della retribuzione di risultato.

Essa è effettuata dall'Organismo Indipendente di Valutazione nei tempi e con le modalità di cui al CCNL.

**- Atti di diritto privato e provvedimenti amministrativi**

Le attività gestionali sono esercitate di norma con atti di diritto privato ovvero con provvedimenti amministrativi nei casi previsti dalla legge.

Gli atti di diritto privato, che generalmente si manifestano mediante "determinazioni", rispettano le forme ed i contenuti previsti dal Codice civile e vengono espressamente motivati soltanto quando la motivazione è richiesta da specifiche disposizioni normative.

I contenuti delle determinazioni rispettano inoltre i principi generali dell'azione amministrativa e, in particolare, il principio di competenza, le attribuzioni di budget, e la delega attribuita dalla Direzione Strategica al dirigente che adotta l'atto, con precisazione preventiva ed espressa di contenuti e limiti finanziari entro i quali esercitare i poteri dirigenziali di determinazione.

I provvedimenti amministrativi, che generalmente si manifestano mediante "deliberazioni", osservano i principi generali dell'azione amministrativa di governo dell'Azienda e vengono adottati nel rispetto delle disposizioni che disciplinano tali azioni. In particolare, non possono essere delegate ad altri, e quindi rientrano nella responsabilità propria del Direttore Generale, gli atti riguardanti i contratti per importi superiori alla soglia comunitaria, gli atti di nomina, designazioni, sospensione, decadenza riservati dalla legge o dal presente Atto alla competenza diretta del Direttore Generale, l'attribuzione e definizione degli incarichi di collaborazione esterna, nonché ogni atto concernente la scelta delle risorse non assegnate per legge o per delega ad altrui competenze.

**Art. 31 Attività negoziale**

L'attività negoziale dell'Azienda è riferita ai principali processi organizzativi e gestionali.

È necessario distinguere:

- l'attività di negoziazione del budget connessa ai processi di pianificazione strategica e programmazione dell'attività aziendale, con implicazioni relative a decisioni chiave inerenti alle prestazioni, agli investimenti in capitale fisso e circolante, alle politiche di prezzo, all'allocazione delle risorse umane;
- l'attività di negoziazione finalizzata alle forniture di beni, servizi ed esecuzione di lavori.

### **La negoziazione del budget aziendale**

Il processo di budgeting è formulato dalla Direzione Strategica che determina, per grandi linee, l'assegnazione di risorse e obiettivi a ciascun Dipartimento e Struttura, sulla base dei risultati di gestione degli anni precedenti.

Questa prima fase è coerente con il Piano Programmatico, le indicazioni della programmazione regionale e locale, la previsione dei fondi disponibili e la consistenza dei progetti da attuare.

Sulla base di queste prime indicazioni, i responsabili dei Centri di Costo con il supporto dell'Unità Controllo di Gestione, formulano una proposta di budget.

Tale proposta è oggetto di contrattazione con la Direzione Strategica che conferma o stralcia le proposte indicate, in considerazione della compatibilità o meno con le risorse aziendali e le indicazioni programmatiche regionali e locali.

L'insieme dei budget approvati costituisce il Budget Generale dell'Azienda ed è parte integrante del Bilancio Economico Preventivo.

Con cadenza infra-annuale e in modo sistematico, vengono fornite informazioni sull'attività e sull'utilizzo delle risorse per monitorare che l'andamento della gestione sia in linea con gli obiettivi assegnati e per adottare, eventualmente, le misure correttive necessarie. Il ciclo di programmazione, controllo e processo di budgeting determina gli obiettivi individuali dei Dirigenti cui sono affidate risorse, e segue il percorso di negoziazione sancito per le proposte di budget.

### **La negoziazione degli acquisti**

La direzione generale intende perseguire gli obiettivi di razionalizzazione dell'impiego di risorse finanziarie, senza prescindere dalla razionalizzazione della politica degli acquisti. L'attuazione di una politica di contenimento dei costi non può prescindere dalla riorganizzazione dei processi di approvvigionamento di beni e servizi.

La revisione dei processi di approvvigionamento deve prevedere:

- l'implementazione di processi di pianificazione, programmazione e controllo degli acquisti di beni, servizi ed esecuzione di lavori, in coerenza con la pianificazione delle attività sanitarie che si intendono svolgere;
- la elaborazione di un regolamento che individui le singole fasi operative dei processi di acquisto, nel rispetto della normativa vigente, sia nazionale sia regionale;
- processi divisionali e dipartimentali per aree di competenze per lo studio preliminare dei fabbisogni di nuovi investimenti;
- istruttoria procedimentale per la verifica di compatibilità tecnico-finanziaria delle istanze dipartimentali, mercé l'utilizzo trasversale di specifiche funzioni e competenze mediche, tecniche, contabili - finanziarie e strategiche per istruire i processi per l'acquisizione di nuovi investimenti tecnologici e strutturali, mediante il ricorso a forme partecipative delle conferenze di servizi;
- l'implementazione di sistemi di approvvigionamento evoluti (ad esempio, internet based, gruppi di acquisto, ecc.).

Il processo di acquisto prevede, quindi, le seguenti fasi:



REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E  
FUNZIONAMENTO

- identificazione dei bisogni;
- determinazione dell'ambito specifico che soddisfa il bisogno;
- pianificazione dell'attività correlata alla soddisfazione del bisogno;
- definizione di tecniche specifiche e di meccanismi di valutazione delle offerte;
- individuazione dei potenziali fornitori sul mercato;
- gestione del contratto.

L'attività contrattuale dovrà essere distinta in:

- attività in regime pubblicistico, secondo le norme previste e regolate dal diritto pubblico;
- attività in regime privatistico, secondo le norme previste dall'art.3, comma 1-ter del D.Lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni, dal Codice civile, Libro V°, Titolo II e III, nonché dalle altre norme di diritto privato che regolano i contratti tra soggetti giuridici pubblici e privati.

### **Art. 32 Rapporti con le Organizzazioni Sindacali**

L'ITB riconosce l'importanza del ruolo dalle rappresentanze sindacali del personale e s'impegna, nel rispetto delle reciproche competenze e responsabilità, a coinvolgerle, mediante una comunicazione attenta e informata, al fine di perseguire gli obiettivi strategici e gestionali in coerenza con i contenuti della normativa contrattuale vigente. Gli strumenti operativi adottati sono la contrattazione integrativa aziendale, la consultazione e la concertazione in riferimento ai CC.NN.LL. vigenti.

### **Art. 33 L'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance (OIV)**

L'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance (OIV) è istituito ai sensi dell'art. 14 del d.lgs. 27 ottobre 2009, n. 150 e s.m.i..

L'OIV esercita le attività di controllo elencate all'art. 14 di tale Decreto e riferisce al Rappresentante legale dell'Istituto; le modalità di costituzione sono disciplinate dalla normativa vigente.

L'OIV supporta l'amministrazione sul piano metodologico e verifica la correttezza dei processi di misurazione, monitoraggio, valutazione e rendicontazione della performance organizzativa e individuale.

Verifica che l'amministrazione realizzi nell'ambito del ciclo della performance un'integrazione sostanziale tra programmazione economico-finanziaria e pianificazione strategico-gestionale. Promuove e attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità; verifica i risultati e le buone pratiche di promozione delle pari opportunità.

Quanto ai compiti degli OIV in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione si rimanda all'art. 1 della Legge 190/2012 così come modificato dal Decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97 (FOIA), al d.lgs.33/2013 e s.m.i., nonché agli indirizzi normativi espressi in materia.

### **Art. 34 CUG – Comitato Unico di Garanzia**

L'ITB, ai sensi e con le modalità previste dall'art. 57 del D.lgs. 165/2001 e s.m.i., costituisce al proprio interno, senza nuovi o maggiori oneri finanziari, il "Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni" di seguito denominato Comitato Unico di Garanzia (CUG). Il Comitato Unico di Garanzia è organismo dell'Istituto, svolge la propria funzione nei confronti di tutto il personale (dirigente e non dirigente) e si propone di ottimizzare la produttività e migliorare l'efficienza, nonché, di stimolare il senso di appartenenza collegato alla garanzia di un ambiente di lavoro rispettoso dei principi di pari opportunità, di benessere organizzativo e dal contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica per i lavoratori.

L'ITB, con il supporto del CUG, realizza azioni concrete che favoriscono le pari opportunità e prevengano e contrastino i fenomeni, di qualsiasi tipo, che possono costituire un ostacolo alla libera esplicazione personale di tutte le professionalità aziendali. L'organizzazione e il funzionamento del CUG è disciplinata da apposito Regolamento Aziendale.

Il Comitato Unico di Garanzia ha composizione paritetica ed è formato da un componente designato da ciascuna delle Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative a livello aziendale e da un pari numero di rappresentanti dell'Azienda. Il Presidente del Comitato Unico di Garanzia è designato dall'Istituto. Il Comitato Unico di Garanzia ha compiti propositivi, consultivi e di verifica.

### **Art. 35 Funzioni di controllo Interno**

Ai fini del riordino e potenziamento dei meccanismi e degli strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati delle attività svolte l'ITB assicura:

- Il controllo di regolarità amministrativa e contabile;
- Il controllo di gestione, con l'obiettivo di ottimizzare il rapporto tra costi e risultati anche mediante tempestivi interventi correttivi sull'efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa;
- La valutazione individuale e organizzativa;
- il controllo strategico direzionale, al fine di verificare l'attuazione delle scelte contenute nelle direttive di programmazione.

Il Controllo di Gestione fornisce gli elementi informativi su cui basare, annualmente, la contrattazione di budget, la cui regolamentazione analitica viene aggiornata tramite provvedimento deliberativo del Direttore Generale.

### **Art. 36 Libera professione**

L'ITB disciplina l'esercizio della libera professione attraverso l'adozione di Regolamento Aziendale al quale si rinvia per ciò che concerne gli aspetti organizzativi e disciplinari.

L'organizzazione dell'ALPI si ispira ai seguenti criteri:

- L'attività deve essere effettuata in modo da non confliggere con i fini istituzionali;

---

**REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E  
FUNZIONAMENTO**

---

- I cittadini devono essere sempre informati dalle strutture aziendali a ciò preposte (URP e Servizio Cup/Ticket) della possibilità di ottenere le prestazioni offerte sia in regime istituzionale che in regime libero professionale;
- I proventi della libera professione sono ripartiti tra il professionista e l'Istituto in modo da coprire i costi diretti ed indiretti che l'Istituto sostiene per erogare la prestazione;
- Nel rispetto della massima trasparenza ed accessibilità alla documentazione relativa all'attività istituzionale e all'attività libero professionale, l'ITB si impegna ad adottare i più aggiornati strumenti di monitoraggio delle liste di attesa.

**Art. 37 Atti Regolamentari**

Il Direttore Generale disciplina con atti regolamentari aziendali l'organizzazione ed il funzionamento interno delle varie posizioni funzionali adottando in particolare:

- Il Regolamento per la tenuta dell'inventario delle immobilizzazioni immateriali e materiali
- Il Regolamento del sistema di budget per lo svolgimento del controllo di gestione
- Il Regolamento per il conferimento degli incarichi
- Il Regolamento per il funzionamento dei Collegi Tecnici
- Il Regolamento per la graduazione delle funzioni
- Il Regolamento per le Sperimentazioni
- Il Regolamento per l'Attività Libero Professionale Intramuraria (ALPI)
- Il Regolamento per la determinazione degli incentivi e la premialità

Il Direttore Generale può disciplinare con atti regolamentari ogni aspetto dell'attività aziendale anche con riferimento all'applicazione degli Istituti contrattuali previsti nell'ambito dei vigenti CCNL, nonché, secondo disciplina regionale e nazionale.

## TITOLO VIII LA RICERCA

### Art. 38 La ricerca

L'Istituto organizza la sua attività di ricerca su linee approvate dal Ministero della Salute, sottoposte a monitoraggio annuale e verifica triennale. Al fine di favorire l'integrazione tra assistenza e ricerca, è stato individuato un modello organizzativo che collega le strutture operative a livello organizzativo alle **Linee di ricerca** che cambiano mutando i programmi di ricerca.

Il responsabile della Linea di ricerca ha quindi il compito di sviluppare l'attività di ricerca, promuovendo momenti di analisi e riflessione. Le attività svolte dai gruppi di ricerca sono oggetto di rendicontazione al Direttore Scientifico che ne diffonde informazione in sede di Comitato tecnico scientifico. Sono inoltre oggetto di discussione in sede di Collegio di direzione a significare l'integrazione delle linee di ricerca con i dipartimenti.

Le attività di ricerca includono programmi di ricerca clinica, diagnostico-terapeutica, organizzativo-gestionale.

I responsabili delle Linee di ricerca seguono gli indirizzi strategici impartiti dal Direttore scientifico ed hanno il compito di favorire l'integrazione tra ricerca e attività diagnostico-terapeutica; definire le procedure atte a valorizzare le attività di ricerca anche mediante collaborazioni con altri centri di eccellenza, enti ed istituzioni; promuovere l'aggiornamento e la formazione inerenti alla linea progettuale; coordinare le attività di rendicontazione, secondo i tempi e le modalità definite dalla direzione scientifica; favorire l'utilizzo coordinato delle banche dati e delle casistiche inerenti la linea di ricerca; farsi promotori nella ricerca di nuove strategie per la valorizzazione delle attività di ricerca applicata.

### Art. 39 Le sinergie tra Ricerca, Assistenza e Formazione

Integrare la ricerca, l'assistenza e la formazione rappresenta non solo la mission dell'ITB ma un fondamento del proprio sistema. L'integrazione consente di sviluppare sinergie tra ricerca, assistenza e formazione funzionali al miglioramento dei percorsi di cura. In questo processo sinergico il Direttore Scientifico assume un ruolo propositivo.

### Art. 40 Personale di ricerca

Il reclutamento del personale della ricerca sanitaria e di supporto della ricerca è disciplinato dalla L. n. 205/2017 e s.m.i. (c.d. Piramide della Ricerca). A norma del comma 2 dell'art. 10 del d.lgs. 200/2022, l'ITB definisce una quota riservata da destinare al personale della ricerca sanitaria, assunto con contratto di lavoro subordinato a tempo determinato, in misura non inferiore al 35%. L'ITB adotta apposito Regolamento per il conferimento di borse di studio e di ricerca che aggiorna periodicamente. Al personale

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E  
FUNZIONAMENTO

di ricerca ed in formazione, nella fattispecie contrattisti, assegnisti, borsisti, dottorandi, specializzandi, tirocinanti, vengono consentiti l'accesso presso gli ambienti dell'Istituto sotto la responsabilità del proprio tutor. Altri Enti o Istituti di ricerca, previo accordo convenzionale, possono inviare il proprio personale di ricerca. È consentito lo svolgimento di tirocini formativi presso le strutture dell'Istituto da parte di soggetti esterni alla struttura previa autorizzazione del Direttore Generale, su proposta del Direttore Scientifico e/o Sanitario.

**Art. 41 Linee di ricerca**

L'ITB organizza la sua attività di ricerca su linee approvate dal Ministero della Salute attraverso procedura di riconoscimento e sottoposte al monitoraggio annuale - Rendicontazione annuale della ricerca corrente- e verifica triennale. Gli obiettivi di ricerca dell'ITB sono declinati quindi all'interno di queste linee su base triennale.

Ogni linea di ricerca comprende attività che assicurano unitarietà dei percorsi clinico scientifici con riferimento a particolari aree di interesse definite strategicamente dall'Istituto.

Al fine di favorire le reciproche operatività le linee di ricerca sono compiutamente inserite nell'organizzazione; per questo è stato creato un **modello organizzativo che collega le strutture di ricerca a quelle di assistenza**. Le linee di ricerca, che variano con il variare dei programmi di ricerca, s'intersecano con le strutture organizzative.

Il responsabile della Linea di ricerca ha potere d'impulso delle attività correlate alla propria Linea progettuale, promuovendo l'innovazione nell'attività di ricerca, e momenti collegiali di analisi in ordine all'attività scientifica nell'ambito dei dipartimenti. Luogo di sintesi e di discussione delle attività delle Linee di ricerca e della loro integrazione con i Dipartimenti aziendali è il Collegio di Direzione. I Responsabili delle Linee di ricerca dipendono funzionalmente dal Direttore Scientifico per gli indirizzi strategici in materia di ricerca, in particolare hanno il compito di:

- Contribuire alla definizione ed implementazione dei percorsi e procedure atti a valorizzare attività di ricerca in campo diagnostico, attuando procedure in campo clinico ove previsto;
- favorire l'interdisciplinarietà e l'integrazione tra la ricerca e l'attività diagnostico-terapeutica e assistenziale;
- promuovere la ricerca di finanziamenti su progetti inerenti alla Linea di ricerca;
- promuovere iniziative di formazione ed aggiornamento inerenti alle attività svolte;
- rendicontare le attività della Linea di ricerca, secondo le modalità e la tempistica definite dalla Direzione Scientifica;
- farsi promotori dell'individuazione di strategie per valorizzare le attività di ricerca applicata;
- promuovere l'uso coordinato delle tecniche, strumentazioni e banche dati inerenti alla Linea di ricerca;
- individuare strumenti per favorire la realizzazione dei prodotti della ricerca;
- promuovere il trasferimento tecnologico dei risultati della ricerca e lo sviluppo dei brevetti.

L'ITB persegue la cooperazione e lo scambio di conoscenze con gli altri IRCCS e Centri di ricerca anche attraverso la partecipazione alle reti. Promuove, inoltre, come già detto, la collaborazione con altri Enti

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E  
FUNZIONAMENTO

pubblici e privati sia nell'ambito di progetti finalizzati che attraverso lo sviluppo di partnership per programmi strutturati a medio-lungo termine.

Le attività di ricerca includono programmi di ricerca clinica, con particolare riferimento alla medicina di precisione, diagnostico-terapeutica, organizzativo-gestionale e di scienze computazionali e di tecnologia artificiale per le applicazioni digitali riferite all'oncologia. Le attività di ricerca includono inoltre lavori di ricerca pre-clinica e sperimentale mirati all'individuazione di nuove conoscenze biologico-molecolari e nuove tecnologie funzionali ad un approccio olistico al paziente oncologico.

Per l'istituzione delle Linee di Ricerca L'ITB segue la Programmazione Triennale.

#### **Art. 42 L'integrazione tra ricerca e formazione**

L'integrazione tra ricerca e formazione si pone come ulteriore obiettivo istituzionale funzionale a garantire il rinnovamento del sistema nell'ottica del soddisfacimento dei bisogni formativi e di trasferimento delle conoscenze acquisite. In tale ottica l'ITB favorisce il trasferimento delle conoscenze secondo modelli didattici tradizionali ed innovativi con l'obiettivo di integrare la formazione con le attività di ricerca e di pratica clinica. Attraverso apposite convenzioni l'ITB favorisce la realizzazione di percorsi di formazione ed eventi formativi specifici in coerenza con i propri fini istituzionali.

L'ITB sviluppa un modello di gestione della formazione per i propri dipendenti attraverso i referenti delle Linee di ricerca prevedendo, inoltre, forme di valutazione dell'attività di ricerca del personale quale elemento valutativo ai fini della performance individuale.

Annualmente l'ITB approva un **Piano di formazione** i cui contenuti sono in linea con gli obiettivi strategici, elaborando contenuti specifici sia per l'attività clinica che per quella di ricerca. Sviluppa inoltre il trasferimento di conoscenze e competenze attraverso processi di formazione on-work. La necessità di mantenere una posizione di eccellenza nell'ambito della disciplina dell'oncologia impone una particolare attenzione alla formazione del personale per l'aggiornamento continuo delle conoscenze.

L'ITB incentiva le collaborazioni di ricerca che possono dar luogo a relazioni di partnership e lo sviluppo di brevetti. A tal fine, si dota di un **Regolamento sui Brevetti** coerente con le vigenti disposizioni normative in materia.

#### **Art. 43 Funzionamento della Ricerca Scientifica**

Nel rispetto di quanto fissato nel presente Regolamento, la Direzione Scientifica si dota di un apposito Regolamento che disciplina puntualmente le attività di ricerca e sperimentazione. Tale Regolamento è adottato dal Direttore Generale su proposta del Direttore Scientifico.

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E  
FUNZIONAMENTO**TITOLO IX – I RAPPORTI CON GLI INTERLOCUTORI ESTERNI****Art. 44 Le Relazioni con le Istituzioni e con la società civile**

L'ITB svolge l'attività di assistenza e ricerca nell'ambito degli indirizzi e della programmazione regionale e concorre alla realizzazione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza, conformemente a quanto stabilito dal SSN e SSR. Oltre ai rapporti inerenti la vigilanza, le nomine e le modalità di riconoscimento, mantiene con lo Stato e segnatamente con il Ministero della Salute, rapporti inerenti il coordinamento e il finanziamento dei programmi di ricerca corrente e finalizzata. A livello regionale inoltre, l'IRCCS favorisce la collaborazione con tutte le Aziende Sanitarie come parte integrante del Sistema Sanitario Regionale.

L'ITB favorisce in tutti i processi di pianificazione e gestione delle attività la collaborazione con le aziende ed Enti ed organizzazioni istituzionali a livello regionale, nazionale ed internazionale. Promuove a tal fine lo scambio di informazioni e la condivisione delle good practice con altre realtà ed organismi nazionali ed internazionali per costruire reti di collaborazione.

Coerentemente con i principi ispiratori che regolano i servizi rivolti all'utenza, l'ITB promuove l'informazione e la partecipazione degli stakeholders attraverso momenti di condivisione delle attività svolte e dei risultati raggiunti. A tal fine promuove lo sviluppo delle attività legate alla comunicazione che coinvolgono trasversalmente tutta l'attività e contribuiscono a rafforzare l'identità e l'immagine dell'Istituto.

L'ITB promuove la partecipazione di volontari ed associazioni di volontariato istituendo il Comitato Consultivo Misto, un organismo di partecipazione dei cittadini per il controllo della qualità dei servizi sanitari dal lato dell'utente.

**Art. 45 La collaborazione con le Università**

L'ITB promuove l'integrazione tra le attività assistenziali e di ricerca e le funzioni di didattica.

I rapporti sono regolati da apposite Convenzioni ed Accordi che disciplinano le forme di integrazione delle attività assistenziali e di ricerca con le funzioni di didattica. In particolare, si disciplinano i rapporti tra le Università e l'Istituto con particolare riferimento all'individuazione delle strutture essenziali per la didattica e alla disciplina della partecipazione del personale nelle attività di didattica pre e post-laurea.

L'ITB è sede di attività formativa e di ricerca per professori, ricercatori, specializzandi e studenti di tutti i corsi di laurea afferenti alla Scuola di Medicina dell'Università degli Studi di Bari, nonché centro di riferimento per attività formativa per numerose Università e centri formativi del territorio regionale e nazionale. A conferma dello stretto connubio tra attività clinica, di ricerca e didattica, l'ITB ha sottoscritto un protocollo d'intesa con l'Università degli Studi di Bari per la clinicizzazione della U.O. di Ginecologia Oncologica.

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E  
FUNZIONAMENTO

---

**TITOLO X – VIGILANZA , NORME FINALI E DI RINVIO**

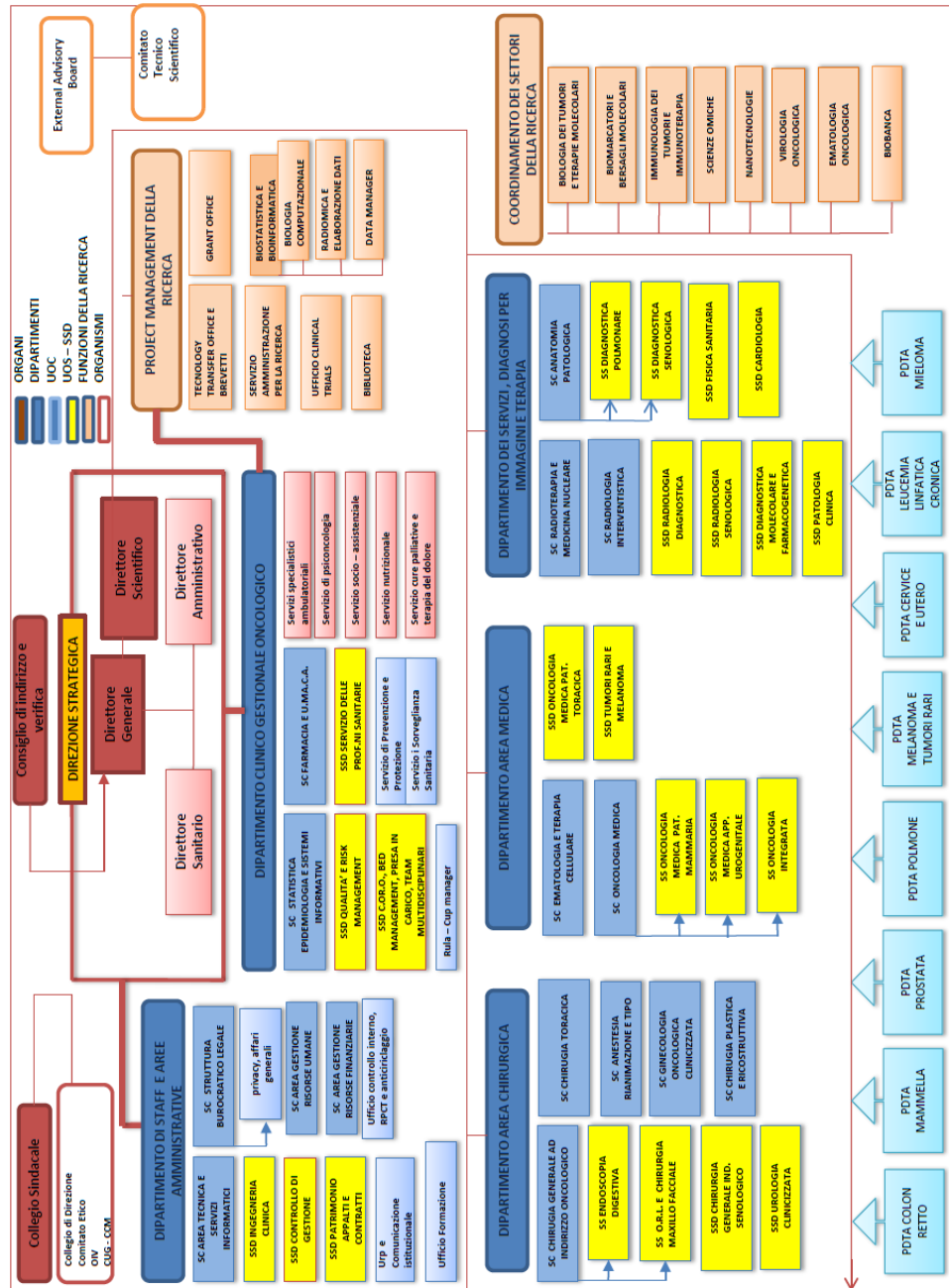
L'Istituto è sottoposto alla vigilanza del Ministero della Salute e dell'Assessorato Regionale alla Salute, che vi provvedono per le rispettive competenze secondo le modalità stabilite dalla normativa vigente. Per tutto quanto non disciplinato dal presente Regolamento si applicano le disposizioni di legge nazionali e regionali vigenti in materia.

L'Organigramma e il Funzionigramma riportano gli assetti organizzativo-funzionali di dettaglio. Eventuali modifiche relative a tali aspetti, che non innovino l'assetto e il funzionamento dell'ITB, saranno oggetto di Delibere del Direttore Generale e non comporteranno rielaborazioni del presente Regolamento.



REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E FUNZIONAMENTO

ORGANIGRAMMA



REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E  
FUNZIONAMENTO

---

## **FUNZIONIGRAMMA**

Il presente Funzionigramma definisce la strutturazione organizzativa dell'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" nei Dipartimenti, nelle Unità Operative Complesse, Semplici e a valenza dipartimentale, funzioni di staff e supporto, Linee di attività e Settori di ricerca.

Le Strutture, semplici e complesse, sono articolate, per numero e tipologia, in funzione della dotazione di posti letto attribuita con vigente Piano di riordino regionale adottato con Regolamento regionale n. 14/2020 e successiva D.G.R. n.919/2023 ed in ossequio ai parametri di cui alle DD.GG.RR. n. 1388/2011 e 3008/2012 e D.G.R. 1603/2018.

### **A - LE UNITA' OPERATIVE POSTE A SUPPORTO DELLE DIREZIONI DELL'ISTITUTO**

Le Direzioni dell'Istituto a sostegno delle proprie attività si avvalgono del supporto delle diverse articolazioni organizzative che integrano varie competenze e professionalità. I servizi e le strutture poste funzionalmente a supporto della Direzione Strategica fanno capo rispettivamente

- al Dipartimento di Staff e Aree Amministrative
- al Dipartimento Clinico Gestionale Oncologico

#### **A1 - Dipartimento di Staff e Aree Amministrative**

Le strutture e le funzioni poste funzionalmente a supporto della Direzione Strategica, di seguito elencate, svolgono attività nell'ambito delle funzioni strategiche dell'Istituto e, in particolare, nei settori dell'organizzazione amministrativa e tecnica, patrimonio-contabile, della comunicazione interna ed esterna, dell'innovazione gestionale, della valutazione e ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse, della formazione, della programmazione e controllo di gestione:

- Area Tecnica e Servizi informatici
- Area Gestione Risorse Finanziarie
- Area Gestione Risorse Umane
- Patrimonio Appalti e Contratti
- Controllo di Gestione
- URP e Comunicazione
- SBL, affari generali e Privacy
- Formazione
- Controllo Strategico, RPTC e antiriciclaggio

Per una trattazione specifica delle funzioni si rinvia alla sezione C4.

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E  
FUNZIONAMENTO**A 2 – Dipartimento Clinico Gestionale Oncologico**

I servizi e le Strutture che afferiscono al Dipartimento clinico gestionale oncologico svolgono attività nell'ambito delle funzioni assistenziali dell'Istituto, sia per quanto attiene il governo clinico e lo sviluppo innovativo dei modelli assistenziali per i pazienti oncologici, sia per quanto attiene i processi di monitoraggio e miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure. Il legame tra qualità dell'assistenza e sviluppo innovativo dei servizi è elemento fondante e caratterizzante del complesso delle Strutture che compongono il Dipartimento Clinico Gestionale Oncologico. La presenza del C.Or.O. - Centro di Orientamento Oncologico - pone l'accento sull'aspetto fondante del Dipartimento ovvero la centralizzazione dell'accoglienza e la presa in carico globale del paziente oncologico. La funzione di supporto e sviluppo dei PDTA e dei Team Multidisciplinari costituisce parte qualificante dell'attività delle strutture incidendo sulla qualità delle prestazioni erogate e sul funzionamento dei servizi.

Afferiscono al Dipartimento Clinico Gestionale Oncologico le seguenti Strutture, Servizi e funzioni:

- U.O. di Statistica ed Epidemiologia e sistemi informativi
- Servizio delle professioni sanitarie
- Servizio di Prevenzione e Protezione
- Servizio di Sorveglianza Sanitaria
- Risk Management e qualità
- C.Or.O Bed Management presa in carico e Team Multidisciplinari
- Farmacia Ospedaliera e U.Ma.C.A
- R.U.LA. / CUP MANAGER
- Il Project Management della Ricerca per gli
- Area Direzione Sanitaria di Presidio:
  - Servizio socio-assistenziale
  - Servizio nutrizionale
  - Servizio di psiconcologia
  - Servizi specialistici ambulatoriali
  - Servizio cure palliative e terapia del dolore

Per una trattazione specifica delle funzioni si rinvia alla sezione C5.

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E  
FUNZIONAMENTO**A 3- STRUTTURE E FUNZIONI POSTE A SUPPORTO DEL DIRETTORE SCIENTIFICO**

Il PROJECT MANAGEMENT DELLA RICERCA e i settori di ricerca coadiuvano il Direttore Scientifico nella promozione e gestione dell'attività di ricerca coerentemente con la Mission dell'Istituto, con ricadute in ambito clinico, tecnologico, formativo e scientifico, che consentono il raggiungimento degli standard di eccellenza nella disciplina oggetto di specializzazione.

**La Direzione Scientifica concorre con la Direzione Sanitaria alla definizione dell'organizzazione strutturale e funzionale avendo cura di assicurare la migliore integrazione tra attività di ricerca e attività clinico assistenziale.** A tal fine la Direzione Scientifica individua i **Responsabili Coordinatori della Ricerca**, uno per ciascun dipartimento aziendale, con il compito di raccordare e monitorare i gruppi di ricerca specifici dell'area dipartimentale.

Al fine di favorire l'implementazione di forme di collaborazione scientifica di respiro nazionale ed internazionale l'istituto individua un **External Advisory Board** con la funzione di fornire un supporto in ambiti di ricerca oncologica strategici anche per l'applicabilità a grant internazionali.

Inoltre, nell'ottica dell'integrazione delle attività di ricerca con le attività assistenziali e di formazione la Direzione Scientifica concorre di concerto alla Direzione Strategica e congiuntamente con l'Area Formazione alla definizione delle attività formative finalizzate al raggiungimento degli obiettivi qualificanti definiti in ambito formativo dal Ministero della Salute, favorendo in particolare:

- lo sviluppo di progetti formativi finalizzati alla ricerca;
- un numero congruo di ricercatori in formazione;
- la predisposizione di convenzioni con Poli Universitari, Corsi di Laurea, Scuole di Specializzazione, Dottorati di Ricerca al fine di favorire la formazione e la diffusione delle conoscenze;
- le attività di ECM come provider;
- l'organizzazione di eventi quali convegni, conferenze e manifestazioni rivolte alla comunità scientifica;
- la formazione del personale al fine di acquisire l'expertise necessario alla traslationalità della ricerca e della gestione clinica.

Tale integrazione ha come obiettivo l'incremento della qualità della ricerca sanitaria in un'ottica traslazionale.

Al fine di consentire la definizione delle politiche e delle strategie della ricerca, attraverso l'individuazione delle risorse umane, strumentali e finanziarie necessarie, nonché al fine di consentire il coordinamento delle attività di ricerca scientifica, il Direttore Scientifico viene supportato dal PROJECT MANAGEMENT DELLA RICERCA.

Il Responsabile del PROJECT MANAGEMENT DELLA RICERCA integra la propria attività con le Strutture Dipartimentali di Area amministrativa gestionale e clinica, gestendo in modo efficiente ed efficace l'economia legata alla ricerca con principi di project management e di attività di fundraising e collaborazioni con centri di ricerca, in modo da essere artefice di visioni del futuro dell'Istituto, garantendo la capacità di competere con i grandi enti internazionali.

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E  
FUNZIONAMENTO

---

➤ **PROJECT MANAGEMENT DELLA RICERCA**



Il PROJECT MANAGEMENT DELLA RICERCA è una funzione della **figura di Project manager della ricerca** che dipende funzionalmente dal Direttore Scientifico svolgendo attività dedicate al supporto dei processi di ricerca scientifica. Il Project management della ricerca coordina le attività di ricerca e sperimentazione, effettuando valutazione e validazione dei processi seguiti dalle strutture di ricerca sulla base degli obiettivi prefissati e degli standard definiti a livello ministeriale ed aziendale. Il Project manager della ricerca funge da interfaccia con le strutture e gli enti pubblici e privati coinvolti nei progetti, allo scopo di raccogliere i dati per la gestione amministrativa, contabile e per il trasferimento delle informazioni e dei risultati prodotti. A tal proposito, svolge funzioni di divulgazione scientifica delle informazioni relative ai progetti di ricerca. Supporta i professionisti nella produzione scientifica, nella progettazione e rendicontazione amministrativa e clinico sanitaria, attraverso competenze statistiche, scientifiche ed economiche.

Le articolazioni del PROJECT MANAGEMENT DELLA RICERCA sono le seguenti:

- *TECNOLOGY TRANSFER OFFICE E BREVETTI (TTO)*
- *GRANT OFFICE*
- *SERVIZIO - AMMINISTRAZIONE PER LA RICERCA*
- *BIBLIOTECA*
- *UFFICIO CLINICAL TRIALS*
- *BIOSTATISTICA E BIOINFORMATICA*

**TECNOLOGY TRANSFER OFFICE E BREVETTI (TTO)**

La mission, del Technology Transfer Office (DDG n.1049 del 16 dicembre 2019), è quella di favorire:

- il sostegno alle politiche di invenzione e di brevettazione dei risultati della ricerca;
- il potenziamento delle capacità dell'IRCCS di cedere e/o dare in licenza i brevetti;
- la promozione della valorizzazione in chiave economica dei risultati e delle competenze della ricerca scientifica e tecnologica;
- la promozione del trasferimento tecnologico e dei processi di sviluppo economico a livello locale e regionale;
- la diffusione di una cultura imprenditoriale della ricerca ed il sostegno alle iniziative di "spin-off".

---

**REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E  
FUNZIONAMENTO**

---

Gli obiettivi del Technology Transfer Office sono:

- gestire in modo appropriato i risultati della ricerca da un punto di vista sia legale che commerciale;
- tutelare la Proprietà Intellettuale;
- generare risorse aggiuntive per l'IRCCS;
- generare ricadute sull'assistenza sanitaria regionale e nazionale.

Le principali funzioni del Technology Transfer Office sono:

- gestione delle attività di trasferimento tecnologico anche mediante la formulazione dei documenti regolatori per lo scambio di materiali (Material Transfer Agreement), di collaborazione industriale, di "licensing" o di altre tipologie di accordi commerciali (Confidential Disclosure Agreement);
- gestione delle procedure di cessione interna dei brevetti;
- cooperazione con le funzioni preposte allo sviluppo continuo professionale per la materia di interesse;
- ricerca e proposta alla Direzione Scientifica e coordinamento per conto di questa della gestione di accordi con fondi "seed" o "business angel network";
- supporto alla Direzione Scientifica nella gestione dei contratti di ricerca conto terzi e consulenza e sulla gestione dei contratti di ricerca con l'industria;
- supporto alla possibile creazione di impresa "spin-off";
- supporto, laddove richiesto, nella gestione dei contratti di sperimentazione clinica, la ricerca e la gestione dei fondi per la ricerca, la diffusione di informazioni di bandi e brevetti.

**IL GRANT OFFICE**

Il Grant Office ha la funzione di identificare le opportunità di finanziamento, di supportare i responsabili scientifici in tutte le fasi di preparazione dei progetti di ricerca, monitoraggio e rendicontazione di budget.

In particolare, svolge le seguenti funzioni:

- fundraising in ambito di ricerca scientifica tecnologica e di formazione;
- attività di progettazione e supporto per la presentazione di progetti di ricerca;
- coordinamento della rendicontazione annuale della ricerca al Ministero della Salute;
- coordinamento dei progetti finanziati in ambito nazionale ed internazionale;
- analisi dei fabbisogni di risorse umane e strumentali per la ricerca scientifica;
- promozione ed attuazione del trasferimento tecnologico dei risultati della ricerca e dello sviluppo dei brevetti.

**SERVIZIO - AMMINISTRAZIONE PER LA RICERCA**

Il Servizio si occupa della gestione di tutte le procedure amministrative e contabili correlate ai finanziamenti ed all'innovazione tecnologica. In particolare:

- segue la gestione amministrativa delle borse di studio, di ricerca, degli incarichi assegnati, dei soggiorni di studio assegnati a medici stranieri e non, delle collaborazioni scientifiche.
- Gestisce gli aspetti amministrativo-contabili dei finanziamenti ricevuti per la ricerca corrente, la ricerca finalizzata e le ricerche commissionate da terzi.
- Gestisce le richieste per l'acquisizione di beni e servizi destinati alla ricerca e quelle riferite all'innovazione tecnologica dell'Istituto.

---

**REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E  
FUNZIONAMENTO**

---

- Propone e coordina la predisposizione di atti convenzionali per l'esecuzione di prestazioni nell'ambito di progetti di ricerca. Si occupa della rendicontazione amministrativo-contabile delle prestazioni rese e/o richieste nell'ambito della ricerca.
- Gestisce il sistema informativo della ricerca scientifica e dell'integrazione con i sistemi informativi aziendali al fine della rilevazione delle informazioni e dei dati. Si occupa delle trasmissioni dei flussi informativi ministeriali e regionali laddove richiesti e secondo modalità stabilite.

Il personale del predetto servizio dovrà essere reclutato secondo specifici requisiti stabiliti dal Direttore Scientifico sulla base di specifiche competenze.

**CLINICAL TRIALS OFFICE**

L'Ufficio Clinical Trials svolge funzioni di Pianificazione e gestione degli studi rispondendo agli standard definiti a livello scientifico, nel rispetto delle Good Clinical Practice e della normativa vigente. Fornisce il necessario supporto per la predisposizione, la revisione e la verifica di tutta la documentazione relativa ai protocolli di sperimentazione clinica. Cura i rapporti con la segreteria del Comitato Etico al fine della sottoposizione e successiva approvazione degli studi clinici proposti. Gestisce i rapporti con le Aziende Farmaceutiche, con gli Enti profit e no profit e con il Ministero della Salute nella gestione delle sperimentazioni cliniche. Supporta i Principal Investigator nelle relazioni con i servizi aziendali competenti per la progettazione e la conduzione degli studi clinici. Si dota di un Quality Team al fine di una verifica di qualità e conformità della documentazione sia in caso di studi no-profit che profit. A tal fine predispone delle procedure operative per le attività d'ufficio al fine di standardizzare i processi amministrativo-contabili e scientifici.

**BIBLIOTECA**

La biblioteca dell'Istituto svolge le sue funzioni a supporto dell'attività clinica, di ricerca e di formazione continua permanente di tutto il personale dell'Istituto ed è specializzata nell'ambito delle Scienze Biomediche.

Si occupa della catalogazione ed inventariazione della documentazione scientifica e progettuale, dell'attività di document delivery, della gestione dell'attività del sistema bibliosan. Il servizio offre inoltre supporto per le attività di valutazione delle pubblicazioni scientifiche secondo i criteri ministeriali, nonché di divulgazione e comunicazione interna.

Il servizio facilita l'accesso all'informazione medico-scientifica aggiornata e di qualità per supportare l'attività clinica e di ricerca. Inoltre, fornisce in tempi rapidi la documentazione scientifica di interesse e forma all'utilizzo di strumenti e risorse per la ricerca della letteratura di interesse.

Le risorse e gli strumenti della biblioteca a disposizione del personale dell'Istituto sono: l'accesso a banche dati bibliografiche di area biomedica come PubMed personalizzato Bibliosan, etc.; la possibilità di accesso a periodici elettronici dei maggiori editori scientifici internazionali come Elsevier, ecc.; l'accesso a risorse on line per il calcolo dei maggiori indicatori di performance dell'attività di ricerca quali il Journal Citation Reports, Web of Science, Incites, Scopus e Scival ed infine il servizio Nilde Utente che permette la richiesta di articoli non disponibili in formato elettronico o non posseduto dalla biblioteca Istituzionale.

**BIOSTATISTICA E BIOINFORMATICA**

Il laboratorio di bioinformatica e biostatistica si propone di offrire supporto metodologico-statistico e informatico nel collazionamento, gestione ed elaborazione dei dati biomedicali nelle diverse fasi della ricerca oncologica. Il team multidisciplinare costituito da matematici, fisici, statistici e bioinformatici,

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E  
FUNZIONAMENTO

---

coadiuva la ricerca scientifica e collabora attivamente con gli oncologi e clinici dell'Istituto per lo sviluppo delle diverse linee di ricerca in diversi setting clinici e patologie oncologiche. L'attività di ricerca è principalmente orientata all'analisi statistica di dati biomedicali di diversa natura, tra i quali clinici, omici, imaging, biologia molecolare, nonché studi traslazionali finalizzati alla definizione di modelli di medicina personalizzata mediante analisi di Big Data con tecniche di Intelligenza Artificiale.

Il Laboratorio di Biostatistica e Bioinformatica si divide nelle seguenti aree:

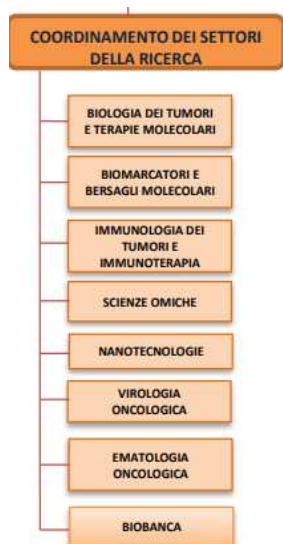
- *BIOLOGIA COMPUTAZIONALE*
- *RADIOMICA ED ELABORAZIONE DATI*
- *DATA MANAGER*

L'area di *BIOLOGIA COMPUTAZIONALE* si propone di definire nuovi biomarcatori prognostico/predittivi al fine di generare ipotesi omic-based per l'identificazione sia di target terapeutici innovativi che dei meccanismi di resistenza alle terapie attualmente utilizzate nella pratica clinica

L'area di *RADIOMICA ED ELABORAZIONE DATI* si occupa dello studio dei dati clinici, delle immagini radiologiche e di Digital Pathology finalizzata allo sviluppo di sistemi di supporto alle decisioni cliniche e terapeutiche mediante l'applicazione di tecniche innovative di intelligenza artificiale.

L'area di *DATA MANAGER* si occupa della gestione sistematica dei database clinici e del coordinamento delle varie fasi degli studi clinici, svolgendo un'attività di supporto, di facilitazione e di organizzazione nel coordinamento delle Sperimentazioni Cliniche dell'Istituto.

➤ **I SETTORI DI RICERCA**



Il Direttore Scientifico individua un **Coordinatore dei Settori di Ricerca**, che per suo conto si occupa di gestire e di coordinare le attività laboratoristiche e i ricercatori ad esse afferenti.



REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E  
FUNZIONAMENTO**COORDINAMENTO DEI SETTORI DI RICERCA**

Le attività del Coordinatore dei settori di Ricerca, in sinergia con le aree di Ricerca, sono:

- coordinare i ricercatori, facilitando le interazioni tra il personale dei vari Settori di Ricerca e le attività di Ricerca con lo scopo di ottimizzare i processi e i prodotti della Ricerca,
- occuparsi della mappatura delle risorse strumentali dedicate alla ricerca e della gestione degli strumenti in uso mediante programmazione delle manutenzioni ordinarie degli stessi.
- supportare i responsabili dei progetti nell'individuazione e nei processi di acquisizione di nuove strumentazioni ad alto impatto tecnologico e finalizzate a soddisfare i moderni standard di competitività internazionale.

**BIOLOGIA DEI TUMORI E TERAPIE MOLECOLARI**

Questo settore di Ricerca analizza e interpreta i processi cellulari alla base della cancerogenesi e progressione tumorale con l'obiettivo di identificare le basi molecolari dello sviluppo dei tumori e di sensibilità o resistenza ai farmaci antitumorali, che consentono di progettare trattamenti farmacologici mirati per la patologia in esame.

Nel Settore, i ricercatori sono coinvolti nello studio delle caratteristiche aberranti che caratterizzano i tumori, come alterazioni bioenergetiche, o aumentata capacità di proliferare o di evadere dal controllo del sistema immunitario; in dettaglio si approfondisce:

- la definizione dei meccanismi molecolari ed epigenetici che sono alla base dell'insorgenza e progressione del cancro;
- la capacità di riprogrammazione metabolica delle cellule tumorali correlata con il grado di invasività del tumore;
- la definizione dei protocolli per la generazione di modelli cellulari rappresentativi di varie patologie tumorali, siano essi linee cellulari primarie, short term-culture o patient-derived organoids (PDOs) utili a determinare la risposta al trattamento farmacologico e il ruolo del microambiente tumorale nella risposta ai farmaci, al fine di predire in tempi rapidi quali farmaci o combinazione di questi possano dare una risposta efficace nel singolo paziente (Medicina Personalizzata);
- la definizione dei meccanismi responsabili della resistenza ad approcci terapeutici anti-tumorali e dello sviluppo di metastasi
- lo sviluppo di innovative combinazioni di farmaci finalizzate all'ottimizzazione dei trattamenti e al superamento della resistenza farmacologica mediante la sperimentazione di nuovi/pre-esistenti principi attivi con attività antitumorale e la combinazione di diverse categorie di farmaci.

La ricerca viene condotta in collaborazione con gli altri Settori di Ricerca, con i gruppi di ricerca presenti dei Dipartimenti di Chirurgia, Oncologia Medica e dei Servizi e con centri di ricerca italiani ed esteri.

**BIOMARCATORI E BERSAGLI MOLECOLARI**

Questo settore di Ricerca, nel contesto della Medicina di Precisione, identifica marcatori tumorali per la prevenzione, la diagnosi precoce ed il monitoraggio dell'efficacia delle terapie e bersagli molecolari per il trattamento personalizzato dei tumori.

- I biomarcatori per la Medicina di Precisione sono analizzati in campioni di tessuto tumorale o ricercati in campioni di fluidi biologici come sangue, saliva, urine, liquido pleurico, ascite, liquido di lavaggio peritoneale con analisi di biopsia liquida. Le varie categorie di biomarcatori includono il DNA tumorale circolante, le vescicole extracellulari, le cellule dell'immunità, proteine tal quali o che hanno subito modificazioni post-traduzionali, citochine, ncRNA e tutti, quando differenzialmente espressi nei tumori rispetto ai sani, possono avere un ruolo nella diagnosi precoce o sono indicativi

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E  
FUNZIONAMENTO

della progressione tumorale (prognostici) o predire la risposta o la resistenza a farmaci antitumorali.

- Nuovi bersagli molecolari, come proteine di membrana, un processo enzimatico fondamentale all'interno della cellula, enzimi che servono a replicare il DNA, segnali di crescita, di proliferazione e di sopravvivenza cellulare, permettono lo sviluppo di nuovi approcci terapeutici che bloccano in maniera selettiva e specifica i meccanismi che consentono alle cellule tumorali di crescere e sopravvivere. Il target ideale è un bersaglio espresso soltanto nelle cellule tumorali ed in tutte le cellule tumorali e che sia indispensabile per la sopravvivenza della cellula tumorale. La sua identificazione è accelerata dall'enorme aumento di potenza delle tecnologie omiche per la caratterizzazione molecolare dei tumori.

La ricerca viene condotta in collaborazione con gli altri Settori di Ricerca, con i gruppi di ricerca presenti nei Dipartimenti di Chirurgia, Oncologia Medica e dei Servizi e con centri di ricerca italiani ed esteri.

**IMMUNOLOGIA DEI TUMORI E IMMUNOTERAPIA**

In questo Settore di ricerca si approfondisce lo studio delle interazioni esistenti tra sistema immunitario, nelle sue componenti innata e adattativa, ed i tumori al fine di individuare nuove soluzioni terapeutiche basate sulla stimolazione delle componenti effettrici del sistema immunitario responsabili della lotta ai tumori. Obiettivi di questo Settore sono:

- la caratterizzazione precisa e puntuale: dei meccanismi di regolazione genica nelle popolazioni linfocitarie coinvolte nella risposta immunitaria al fine di proporre soluzioni terapeutiche più efficienti, del ruolo dell'infiammazione e dell'immunità innata.
- l'identificazione di nuovi antigeni e marcatori tumorali.
- Lo studio dei meccanismi effettori dell'immunità antitumorale, di evasione dei tumori dalla immunosorveglianza.
- Nuovi approcci immunoterapici: dagli anticorpi monoclonali ai vaccini antitumorali.

La ricerca viene condotta in collaborazione con gli altri Settori di Ricerca, con i gruppi di ricerca presenti nei Dipartimenti di Chirurgia, Oncologia Medica e dei Servizi e con centri di ricerca italiani ed esteri.

**SCIENZE OMICHE**

Questo settore intende consolidare e sviluppare una solida pipeline di ricerca nella genomica, trascrittomica, metabolomica e proteomica, permettendo analisi su ampie coorti di pazienti, a livello di singola cellula e su diverse tipologie di campioni, come i fluidi corporei, con un elevato livello di sensibilità e specificità. Le scienze omiche permettono di investigare in maniera dettagliata processi biologici di grande complessità, siano essi genetici, cellulari e biochimici, che sono correlati con i fenotipi clinici delle neoplasie permettendo così l'identificazione delle differenze interindividuali. Queste tipologie di analisi sono possibili solo grazie all'introduzione di tecnologie come la Next Generation Sequencing (NGS) o la Spettrometria di Massa. L'enorme mole di informazioni sono successivamente gestite tramite la bioinformatica.

Notevole impulso è dato all'identificazione di marcatori genetici associati alla predisposizione e all'insorgenza di tumore, alla comprensione dei meccanismi molecolari alla base della regolazione trascrizionale ed epigenetica del cancro e alla identificazione di selettivi profili di proteine e modificazioni post-traduzionali, distintive della patologia e del singolo paziente che possono essere utilizzate per la prevenzione e la diagnosi precoce.

La ricerca viene condotta in collaborazione con gli altri Settori di Ricerca, con i gruppi di ricerca presenti nei Dipartimenti di Chirurgia, Oncologia Medica e dei Servizi e con centri di ricerca italiani ed esteri.

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E  
FUNZIONAMENTO**NANOTECNOLOGIE**

Questo settore di Ricerca si focalizza sull'utilizzo delle nanotecnologie in oncologia sia a scopi diagnostici che di terapia mirata. Questo sarà possibile attraverso lo sviluppo di

- nanoparticelle teranostiche capaci di effettuare contemporaneamente diagnosi e cura, come le nanoparticelle magnetiche che possono essere usate come agenti nella risonanza magnetica nucleare per aumentare il contrasto dell'immagine e consentire una migliore rivelazione del tumore;
- nanoparticelle per il drug delivery ossia per il trasporto di farmaci che, una volta raggiunta il tumore, possono essere rilasciati nel tempo, permettendo la somministrazione di una minor dose e un'azione più mirata rispetto ai classici trattamenti e quindi con minore tossicità;
- Nanoparticelle ibride composte da liposomi e membrane di cellule tumorali per ottimizzare il targeting alle cellule tumorali stesse.

La ricerca viene condotta in collaborazione con gli altri Settori di Ricerca, con i gruppi di ricerca presenti nei Dipartimenti di Chirurgia, Oncologia Medica e dei Servizi e con centri di ricerca italiani ed esteri.

**VIROLOGIA ONCOLOGICA**

In questo settore di Ricerca si studiano le correlazioni tra i tumori e le infezioni virali dovute a virus come il papilloma virus umano (HPV), responsabile dei carcinomi della cervice uterina e coinvolto nella genesi di una parte dei carcinomi ano-genitali e orofaringei. Al fine di identificare e validare biomarcatori virali nei fluidi biologici si utilizzeranno algoritmi di diagnosi precoce di semplice esecuzione a basso costo per un uso diffuso nella routine clinica.

La ricerca viene condotta in collaborazione con gli altri Settori di Ricerca, con i gruppi di ricerca presenti nei Dipartimenti di Chirurgia, Oncologia Medica e dei Servizi e con centri di ricerca italiani ed esteri.

**EMATOLOGIA ONCOLOGICA**

In questo Settore di Ricerca si sviluppano progetti di ricerca traslazionale orientati principalmente alla identificazione di marcatori biologici prognostici e predittivi nelle patologie linfomatose aggressive e indolenti, mediante tecniche di bioinformatica, biologia cellulare e molecolare, applicate a casistiche interne all'Istituto ed esterne e progetti di ricerca di base orientata allo sviluppo di modelli preclinici di linfoma aggressivo a cellule B, mediante sistemi di coltura avanzata tridimensionale per lo studio della biologia linfomatosa e l'identificazione di nuovi bersagli terapeutici. Tale attività è fondata sulla messa a punto di protocolli di biologia cellulare e molecolare

La ricerca viene condotta in collaborazione con gli altri Settori di Ricerca, con i gruppi di ricerca presenti nei Dipartimenti di Chirurgia, Oncologia Medica e dei Servizi e con centri di ricerca italiani ed esteri.

**BIOBANCA**

La Biobanca si occupa della gestione della raccolta, crioconservazione ed utilizzo dei tessuti biologici di interesse oncologico, secondo criteri internazionalmente accettati, necessari per la ricerca e sviluppo di nuovi biomarcatori predittivi di rischio, diagnosi precoce, chemiosensibilità, tossicità, prognosi, e di nuovi farmaci/terapie in oncologia.

La Biobanca colleziona materiale biologico umano di varia natura (tessuti, sangue, ecc) di potenziale interesse per pratiche di tipo diagnostico e di ricerca. La capienza potenziale è di 5.000.000 di campioni

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E  
FUNZIONAMENTO

---

biologici crio-preservabili a  $-86\text{ }^{\circ}\text{C}$  e di 2.000.000 di campioni preservabili a  $-176$  in azoto liquido. Tutti i campioni sono correlati con la storia e la cartella clinica del paziente. Ciò pone la biobanca al centro di possibili net-work per studi di correlazione biologico-clinica da potersi effettuare su campioni in essa stoccati. La struttura possiede la certificazione ISO 9001:2015, è accreditata BBMRI Italia, coordina il Network delle Biobanche Oncologiche Pugliesi (BIOBOP) e partecipa al Network Europeo delle Biobanche (Biobanking and BioMolecular Resources Infrastructure, BBMRI.ERIC).

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E  
FUNZIONAMENTO**B - L'ORGANIZZAZIONE DIPARTIMENTALE – IL DIPARTIMENTO**

L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di organizzazione e gestione operativa delle attività delle Aziende sanitarie; il dipartimento è costituito da strutture omogenee, affini o complementari, che perseguono comuni finalità e sono tra loro interdipendenti, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità, nell'ambito di un modello gestionale e organizzativo comune, volto a fornire una risposta unitaria, efficace, efficiente, tempestiva e completa alle esigenze delle persone ammalate e della ricerca.

L'obiettivo prioritario è porre gli operatori sanitari ed i ricercatori nelle migliori condizioni per poter svolgere la propria attività, improntandola all'efficacia ed all'appropriatezza, realizzando la "Governance" dei percorsi clinici assistenziali per contrastare logiche meramente formaliste a favore di una visione sistemica

**FINALITÀ**

Il Dipartimento persegue le seguenti finalità:

- Utilizzazione ottimale ed integrata delle risorse umane e tecnologiche con oculata gestione degli spazi e delle apparecchiature disponibili allo scopo di dare massima efficacia alle prestazioni fornite e di razionalizzare i costi; vale il principio dell'interesse prioritario del paziente: gli operatori, laddove possibile, si spostano per raggiungere il paziente, evitando il più possibile disagi ai cittadini. Viene prevista un'utilizzazione "flessibile" ed equa delle risorse umane; la gestione dei posti-letto segue la stessa logica di flessibilità. Per quel che riguarda le attrezzature vale lo stesso criterio: viene definita la dotazione globale del dipartimento. In caso di necessità o per affrontare eventuali emergenze organizzative, il personale è tenuto, per periodi limitati di tempo, a prestare la propria opera anche in altre unità operative del Dipartimento, nei limiti previsti dai Contratti e dalle norme vigenti. Le disposizioni di servizio in merito sono di competenza del Direttore di dipartimento, sentito il Comitato di dipartimento, il quale, per quel che riguarda il personale tecnico-sanitario appartenente al Comparto deve preliminarmente concordare con il dirigente del Servizio delle Professioni Sanitarie tali assegnazioni.
- Coordinamento tra le attività assistenziali del dipartimento e l'attività extraospedaliera per una integrazione dei servizi del dipartimento stesso con il territorio e in particolare con i Medici di Medicina generale e con coloro che operano negli Hospice territorialmente competenti, garantendo la presa in carico globale del paziente.
- Promozione di iniziative volte ad umanizzare l'assistenza all'interno della struttura dipartimentale.
- Sviluppo di modelli organizzativi innovativi nella gestione delle risorse umane e professionali, favorendo il lavoro di equipe interdisciplinare e multi-professionale.
- Valutazione e verifica della qualità dell'assistenza prestata e rilevazione continua dei dati relativi all'attività svolta e suo miglioramento continuo.
- Organizzazione dell'attività libero-professionale.
- Gestione del budget assegnato mediante la definizione del piano annuale di attività, in cui vengono descritti gli obiettivi e le risorse necessarie al loro perseguimento.
- Organizzazione della formazione e dell'aggiornamento del personale operante nelle UU.OO., in stretta collaborazione con l'Ufficio Formazione dell'Istituto.

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E  
FUNZIONAMENTO**MODALITÀ DI ISTITUZIONE ED ORGANIZZAZIONE DEL DIPARTIMENTO**

Il Dipartimento è istituito con provvedimento del Direttore generale, sentito il Direttore Sanitario, il Direttore Amministrativo ed il Direttore Scientifico.

Il Dipartimento è costituito dalle seguenti articolazioni organizzative:

- Il Direttore di Dipartimento
- Il Comitato di Dipartimento

**IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO**

Il Direttore di Dipartimento è nominato dal D.G. tra i direttori delle strutture complesse, aggregate al dipartimento, e rimane titolare della struttura cui è preposto; nel corso della prima riunione del Comitato di dipartimento il Direttore indica altro dirigente di struttura complessa del dipartimento cui delega le proprie funzioni in caso di temporanea assenza o impedimento. Il Direttore del Dipartimento deve garantire una presenza in servizio congrua e adeguata allo svolgimento dei molteplici compiti a lui affidati. L'incarico ha durata biennale e può essere rinnovato. Il Direttore del Dipartimento può essere rimosso, prima della scadenza dell'incarico, dal Direttore Generale con provvedimento motivato, sulla base della normativa vigente, per ragioni organizzative, gestionali o disciplinari.

Il Direttore del Dipartimento:

- Assicura la funzionalità del Dipartimento e ha autonomia decisionale per quel che riguarda la soluzione dei problemi urgenti e la rappresentanza del Dipartimento nei confronti della Direzione Strategica e nei rapporti all'interno ed all'esterno dell'Istituto. Le decisioni relative alla programmazione generale dei turni di servizio, agli orari di servizio, alla assegnazione del personale, all'utilizzo delle attrezzature, ai piani di formazione, agli obiettivi da concordare nell'ambito della negoziazione di budget, e alla formazione di protocolli e linee-guida vengono prese a maggioranza nel Comitato di dipartimento.
- Verifica la conformità dei comportamenti ed i risultati con gli indirizzi forniti dal Direttore Generale dell'Azienda e le indicazioni del Comitato di dipartimento.
- Gestisce le risorse attribuite al Dipartimento secondo le indicazioni del comitato di dipartimento.
- Negozia il budget con la Direzione Generale e ne verifica costantemente la rispondenza agli obiettivi concordati.
- Convoca e presiede il Comitato di dipartimento: il Comitato deve essere convocato almeno una volta al mese; di ogni incontro deve essere redatto apposito verbale; tale verbale deve essere in ogni momento a disposizione della Direzione Generale.
- Predisporre annualmente, sulla base delle indicazioni fornite dal Comitato di dipartimento, il piano delle attività e dell'utilizzazione delle risorse disponibili, negoziato con la D.G., nell'ambito della programmazione aziendale; la programmazione delle attività dipartimentali, la loro realizzazione e le funzioni di monitoraggio e di verifica sono assicurate con la partecipazione attiva degli altri dirigenti e degli operatori assegnati al dipartimento; è compito del Direttore richiedere relazioni sulle attività svolte ai dirigenti assegnati.
- Sostiene lo sviluppo ed il buon funzionamento del Sistema Informativo aziendale e, in particolare, coordina il monitoraggio, la raccolta e la validazione dei dati e delle informazioni.
- È membro di diritto del Collegio di Direzione aziendale.

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E  
FUNZIONAMENTO**COMITATO DI DIPARTIMENTO**

Il Comitato di dipartimento rappresenta, unitamente al Direttore, l'organismo di direzione e coordinamento del dipartimento medesimo; è presieduto dal Direttore di dipartimento, dura in carica 4 anni, ed è composto, a regime:

1. dai direttori delle strutture complesse costituenti il dipartimento;
2. dai dirigenti delle strutture semplici a valenza dipartimentale, ove presenti;
3. da n. 2 dirigenti appartenenti al Dipartimento eletti da tutti i dirigenti che non sono membri di diritto del Comitato con votazione segreta tenuta nell'arco di quattro ore diurne, in giorno non festivo, con preavviso scritto di almeno 15 giorni;
4. dal Referente Coordinatore del personale (infermieristico e/o tecnico-sanitario e/o riabilitativo) del Dipartimento eletto da tutti i coordinatori appartenenti al comparto assegnati al dipartimento con votazione segreta tenuta nell'arco di quattro ore diurne, in giorno non festivo, con preavviso scritto di almeno 15 giorni.
5. da un rappresentante dell'area del comparto, appartenente al ruolo sanitario o tecnico eletto da tutti i dipendenti appartenenti al comparto assegnati al dipartimento con votazione segreta tenuta nell'arco di quattro ore diurne, in giorno non festivo, con preavviso scritto di almeno 15 giorni.
6. da n. 2 rappresentanti dell'area del comparto appartenenti al ruolo amministrativo e/o tecnico e/o professionale eletto da tutti i dipendenti appartenenti al comparto assegnati al dipartimento con votazione segreta tenuta nell'arco di quattro ore diurne, in giorno non festivo, con preavviso scritto di almeno 15 giorni, **solo nel caso** in cui non si possa procedere all'elezione dei componenti di cui ai precedenti punti 4 e 5.

In fase di avvio il Comitato è composto esclusivamente dai direttori di struttura complessa e dai dirigenti delle strutture semplici dipartimentali e ha l'obbligo, tra gli altri, di organizzare, entro 30 giorni, le opportune votazioni per completare la composizione del comitato stesso; una volta definito l'assetto, alla prima riunione utile vengono individuati i nominativi da proporre al Direttore generale per la scelta del Direttore di Dipartimento.

Le convocazioni del Comitato, con l'ordine del giorno, sono inviate per opportuna informazione al Direttore Sanitario che ha facoltà di partecipare alle riunioni o in prima persona o tramite un proprio delegato.

Il Comitato può essere convocato su richiesta di almeno 1/3 dei componenti; delibera con la maggioranza dei voti espressi; a parità di voto prevale il voto del Direttore di dipartimento.

Il Comitato di dipartimento esercita, di norma, decisioni nel rispetto delle direttive della D.G., i seguenti compiti:

- redige il Regolamento definitivo di dipartimento di intesa con il Direttore sanitario;
- definisce i criteri generali per la razionale utilizzazione del personale, degli spazi, delle attrezzature e delle risorse economiche in un'ottica volta al perseguimento dell'efficacia e dell'efficienza ed all'integrazione delle attività di competenza del Dipartimento;
- sottopone a costante verifica l'attività svolta individuando, di concerto con l'Unità Controllo di Gestione, opportuni indicatori che saranno utilizzati allo scopo di variare le modalità operative per andare incontro alle esigenze dell'utenza;
- definisce le linee-guida che dovranno essere seguite in ambito preventivo e assistenziale;
- coordina lo sviluppo delle attività cliniche, di ricerca applicata, di formazione, di studio e di verifica della qualità delle prestazioni;
- propone al D.G. i piani di aggiornamento e di qualificazione del personale e coordina le attività di didattica, di ricerca scientifica e di educazione sanitaria;

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E  
FUNZIONAMENTO

- opera con l'intento di raggiungere gli obiettivi concordati con la D.G., valutando, a cadenza mensile, il grado di scostamento rispetto agli stessi;
- stabilisce le priorità, in riferimento alle risorse disponibili ed alle attività da svolgere;
- individua sistemi di coordinamento ed integrazione delle attività ospedaliere con quelle territoriali;
- invia al D.G., alla fine di ogni anno, un resoconto tecnico-economico sulle attività svolte contenente una proposta di obiettivi da perseguire nell'anno successivo.

**STRUTTURE COMPLESSE E LIVELLI DI AUTONOMIA E RESPONSABILITÀ**

Il Dipartimento si configura come struttura sovraordinata rispetto a tutte le strutture che lo compongono, relativamente ai processi decisionali riguardanti la gestione delle risorse assegnate con particolare riferimento agli spazi, al personale ed alle attrezzature.

**Le strutture complesse** sono articolazioni interne al dipartimento con specifico riferimento specialistico e organizzativo di natura complessa (sulla base della specificità dei suoi compiti professionali e delle sue dimensioni operative). Il Direttore ha autonomia tecnico-professionale nel campo specifico di competenza, mentre per le patologie di confine, per gli aspetti organizzativi e gestionali l'autonomia è esercitata nell'ambito delle direttive stabilite dal Comitato di dipartimento.

Le strutture complesse sono soggette a rendicontazione analitica delle attività e dei costi.

I Direttori delle strutture complesse sono componenti di diritto del Comitato di Dipartimento.

**LE STRUTTURE SEMPLICI A VALENZA DIPARTIMENTALE, LE STRUTTURE SEMPLICI, GLI INCARICHI DI RESPONSABILITÀ DI PROGETTO, PROCESSO, PROGRAMMA, CENTRO DI RIFERIMENTO, GLI INCARICHI PROFESSIONALI.**

**Le strutture semplici a valenza dipartimentale** sono strutture che in un'ottica di supporto trasversale al processo produttivo vengono collocate gerarchicamente alle dipendenze del Direttore del Dipartimento e non di una struttura complessa.

Alle SSD viene attribuito un budget operativo (obiettivi e risorse), ma corrispondono di norma ad un unico centro di costo. Poiché l'individuazione di una UOSD può essere collegata a condizioni che non corrispondono alla sua complessità operativa, la pesatura di una UOSD può non essere superiore a quella di una UOS o di un Incarico di progetto.

**Le strutture semplici** sono strutture che non possiedono dimensioni operative o requisiti di complessità specificati per le strutture complesse e sono articolazioni delle strutture complesse di cui fanno parte.

Alle UOS viene riconosciuta dal Direttore della SC di afferenza una quantità definita di risorse e vengono assegnati obiettivi specifici nell'ambito del budget operativo (obiettivi e risorse) della SC di afferenza. Il responsabile della UOS è titolare delle risorse e degli obiettivi affidati alla UOS, il conseguimento dei quali deve concorrere insieme agli obiettivi della SC e alla valutazione individuale, alla definizione dei risultati raggiunti. La UOS corrisponde ad un unico centro di costo. Poiché la individuazione di una UOS è



REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E  
FUNZIONAMENTO

generalmente collegata alla sua complessità operativa la pesatura di una UOS può essere non inferiore a quella di una UOSD o di un Incarico di progetto.

**L'incarico di responsabilità di progetto, processo, programma, centro di riferimento** è costruito sulla base di uno specifico obiettivo di processo o di risultato. Questo tipo di incarico non è caratterizzato dalla specificità del ruolo professionale ma dall'impegno di coordinare, in base a protocolli concordati, su obiettivi di salute prioritari indicati dall'Istituto, competenze e ruoli professionali diversi. Un incarico di progetto si intende generalmente circoscritto dal punto di vista della durata che coincide con quella prevista per il completamento del progetto (3-5 anni). Le responsabilità di progetto derivano la loro complessità dalla dimensione organizzativa, a seconda del numero e dei livelli degli operatori e delle strutture da coinvolgere, dalla difficoltà degli obiettivi da raggiungere e dalla quantità di risorse presumibilmente impegnate. Il budget di progetto risulta dalla somma delle quote impegnate nel progetto dei budget affidati alle strutture che concorrono alla sua realizzazione. Il raggiungimento degli obiettivi di progetto concorre alla verifica di risultato del responsabile e delle strutture coinvolte.

**CONFERENZA DI DIPARTIMENTO**

Tutti i dirigenti assegnati al Dipartimento sono convocati almeno una volta all'anno dal Direttore di Dipartimento per discutere i punti critici dell'organizzazione.

**C - I DIPARTIMENTI AZIENDALI**

L'ITB istituisce i seguenti Dipartimenti:

- DIPARTIMENTO AREA CHIRURGICA
- DIPARTIMENTO AREA MEDICA
- DIPARTIMENTO DEI SERVIZI, DI DIAGNOSI PER IMMAGINI E TERAPIA
- DIPARTIMENTO DI STAFF E AREE AMMINISTRATIVE
- DIPARTIMENTO CLINICO GESTIONALE ONCOLOGICO

**C1 - DIPARTIMENTO DELL'AREA CHIRURGICA**

Il Dipartimento comprende Unità Operative che trattano le patologie oncologiche del distretto gastroenterologico, toracico, urologico, otorinolaringoiatrico, cervico-maxillo facciale, patologie senologiche, ginecologiche, assicurando attività chirurgiche di elezione in regime di ricovero ordinario, day surgery e attività specialistica ambulatoriale e di day service. L'attività chirurgica svolta assicura elevati standard qualitativi di cura garantendo, qualora indicato, la chirurgia conservativa, laparoscopica robotizzata, ricostruzione plastica e modalità di trattamento combinato.

E' istituito presso il Dipartimento dell'Area Chirurgica il **Team di ricerca** dedicato allo studio delle patologie oncologiche toraco-addominali, dei carcinomi del tratto genitale ovarico, delle tecniche laparoscopiche, di oncoplastica e di nutrizione e preabilitazione di chirurgia oncologica.

In particolare, il Team di ricerca si propone di uniformare e perfezionare i percorsi di valutazione perioperatoria attraverso l'applicazione in maniera retrospettiva di score di valutazione internazionali, al fine di valorizzare la complessità del paziente (fragilità, assetto nutrizionale, comorbidità, pregresse problematiche toraco-addominali) e attenzionare gli operatori sulla possibile comparsa postoperatoria di complicanze.

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E  
FUNZIONAMENTO

Il Team effettua inoltre studi sulla capacità di maturazione delle cellule staminali ovariche a seguito di scongelamento della corticale ovarica umana, sul ruolo della intelligenza artificiale nei percorsi diagnostico terapeutici, sul ruolo del microbiota vaginale e su alcuni aspetti innovativi della biologia del carcinoma ovarico, studi su Percorsi di Prehabilitation e Posthabilitation in ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) nonché nell'ambito delle patologie toraco-addominali.

SC Chirurgia Generale a indirizzo oncologico	Dip. Area Chirurgica
SS Otorinolaringoiatria e chirurgia cervico maxillo facciale	Dip. Area Chirurgica
SS Endoscopia Digestiva	Dip. Area Chirurgica
SSD Chirurgia Generale ad indirizzo senologico	Dip. Area Chirurgica
SC Chirurgia Plastica e ricostruttiva	Dip. Area Chirurgica
SC Ginecologia Oncologica Clinicizzata	Dip. Area Chirurgica
SSD Urologia	Dip. Area Chirurgica
SC Anestesia Rianimazione e TIPO	Dip. Area Chirurgica
SC Chirurgia Toracica	Dip. Area Chirurgica

**La Struttura di Ginecologia Chirurgica Oncologica Clinicizzata** svolge attività di diagnosi e cura delle patologie oncologiche ginecologiche, principalmente a carico di utero, ovaio, vulva e vagina. Svolge attività di diagnosi e terapia sia in regime ambulatoriale/Day service che in regime di ricovero ospedaliero ordinario e di day surgery. Si articola in una sezione di Day Surgery, in cui vengono effettuate procedure diagnostiche e/o terapeutiche minori, e nel reparto di degenza ordinaria in cui vengono ricoverate le pazienti sottoposte a interventi chirurgici complessi. Collabora con le Strutture del Dipartimento dei servizi, diagnosi per immagini e terapia e del Dipartimento di Area Medica con cui lavora in team multidisciplinari di patologia e secondo applicazione di Percorsi Diagnostici Terapeutici e Assistenziali formalizzati (PDTA). Oltre all'attività clinica, è impegnata in attività di formazione e ricerca, nonché in attività di screening di II livello per il tumore della cervice uterina.

**La Struttura di Chirurgia Generale ad indirizzo oncologico** svolge attività chirurgica per pazienti oncologici affetti da neoplasie dell'apparato gastroenterico, sia in regime di ricovero ordinario che in regime di Day Surgery, ambulatoriale e di day service. Si articola in un settore di degenza ordinaria in cui vengono ricoverati i pazienti sottoposti ad interventi complessi e in una sezione di Day Surgery, in cui vengono effettuate procedure diagnostiche e/o terapeutiche minori.

Questa unità operativa applica il Protocollo multidisciplinare ERAS per il recupero postoperatorio nei pazienti operati per neoplasie coloretali, con ritorno precoce degli stessi alle proprie attività lavorative sociali e familiari.

Collabora con le Strutture del Dipartimento dei servizi, diagnosi per immagini e terapia e del Dipartimento di Area Medica con cui lavora in team multidisciplinari di patologia e secondo applicazione di Percorsi Diagnostici Terapeutici e Assistenziali formalizzati (PDTA). In particolare sviluppa ed attua il PDTA del colon retto. Oltre all'attività clinica, è impegnata in attività di formazione e ricerca.

Al suo interno operano la struttura di Endoscopia digestiva e la struttura di ORL e Chirurgia Maxillo facciale.

- **La Struttura di Otorinolaringoiatria** svolge attività di diagnosi e cura delle patologie oncologiche del distretto testa-collo, della tiroide e delle paratiroidi. Svolge attività di diagnosi e terapia sia in regime ambulatoriale/Day service che in regime di ricovero ospedaliero ordinario e di day surgery. Si articola in una sezione di Day Surgery, in cui vengono effettuate procedure diagnostiche e/o

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E  
FUNZIONAMENTO

terapeutiche minori, e nel reparto di degenza ordinaria in cui vengono ricoverati i pazienti sottoposti a interventi chirurgici complessi.

Collabora con le Strutture del Dipartimento dei servizi, diagnosi per immagini e terapia e del Dipartimento di Area Medica con cui lavora in team multidisciplinari di patologia e secondo applicazione di Percorsi Diagnostici Terapeutici e Assistenziali formalizzati (PDTA).

Oltre all'attività clinica, è impegnata in attività di formazione e ricerca.

- **La Struttura di Endoscopia Digestiva** svolge attività di prevenzione, diagnosi e trattamento delle neoplasie gastrointestinali. Si articola all'interno della Struttura complessa di Chirurgia Generale in cui vengono ricoverati pazienti sottoposti a procedure diagnostiche e/o terapeutiche complesse, non trattabili in regime ambulatoriale. È coinvolta nel percorso di screening del tumore del colon-retto.

Collabora con le Strutture del Dipartimento dei servizi, diagnosi per immagini e terapia e Dipartimento di Area Medica con cui lavora in team multidisciplinari di patologia e secondo applicazione di Percorsi Diagnostici Terapeutici e Assistenziali formalizzati (PDTA). Oltre all'attività clinica, la struttura svolge attività di ricerca clinica e formazione.

**La Struttura di Urologia** svolge attività di diagnosi e cura delle patologie neoplastiche dell'apparato uro genitale. Svolge attività di diagnosi e terapia sia in regime ambulatoriale/Day service che in regime di ricovero ospedaliero ordinario e di day surgery. Si articola in una sezione di Day Surgery, in cui vengono effettuate procedure diagnostiche e/o terapeutiche minori, e nel reparto di degenza ordinaria in cui vengono ricoverati i pazienti sottoposti a interventi chirurgici complessi. Collabora con le Strutture del Dipartimento dei servizi, diagnosi per immagini e terapia e del Dipartimento di Area Medica con cui lavora in team multidisciplinari di patologia e secondo applicazione di Percorsi Diagnostici Terapeutici e Assistenziali formalizzati (PDTA).

Oltre all'attività clinica, è impegnata in attività di formazione e ricerca.

**La Struttura di Chirurgia Senologica** svolge attività chirurgica per pazienti affette da neoplasie della mammella, sia in regime di ricovero ordinario che in regime di Day Surgery ed ambulatoriale. Si articola in un settore di degenza ordinaria in cui vengono ricoverate le pazienti sottoposte ad interventi complessi, ed un settore ambulatoriale per la valutazione e trattamento delle pazienti con tumore mammario.

Collabora con le Strutture del Dipartimento dei servizi, diagnosi per immagini e terapia e del Dipartimento di Area Medica con cui lavora in team multidisciplinari di patologia.

La Struttura lavora strettamente con la Rete oncologica regionale, in particolare nella condivisione ed applicazione del Percorso Diagnostico Terapeutico e Assistenziale del tumore della mammella e della Breast Unit.

Oltre all'attività clinica, la Struttura svolge attività di ricerca clinica e formazione.

**La Struttura di Chirurgia Toracica** si occupa della diagnosi e trattamento di patologie chirurgiche toraciche, tumori del polmone e della pleura, tumori della parete toracica e tumori del mediastino. Si articola in un settore di degenza ordinaria in cui vengono ricoverati i pazienti sottoposti ad interventi complessi, ed effettua attività ambulatoriale/Day service per pazienti esterni e di consulenza per pazienti interni ed esterni.

Collabora con le Strutture del Dipartimento dei servizi, diagnosi per immagini e terapia e Dipartimento di Area Medica con cui lavora in team multidisciplinari di patologia e secondo applicazione di Percorsi Diagnostici Terapeutici e Assistenziali formalizzati (PDTA).

Oltre all'attività clinica, la struttura svolge attività di ricerca clinica e formazione.

**La Struttura di Chirurgia Plastica e Ricostruttiva** si occupa della diagnosi e trattamento dei tumori cutanei, dei tessuti molli, effettuando interventi di chirurgia ricostruttiva e microchirurgia.

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E  
FUNZIONAMENTO

Svolge attività di diagnosi e terapia sia in regime ambulatoriale/Day service che in regime di ricovero ospedaliero ordinario e di day surgery. Si articola in una sezione di Day Surgery, in cui vengono effettuate procedure diagnostiche e/o terapeutiche minori, e nel reparto di degenza ordinaria in cui vengono ricoverate le pazienti sottoposte a interventi chirurgici complessi. Collabora con le Strutture del Dipartimento dei servizi, diagnosi per immagini e terapia e Dipartimento di Area Medica con cui lavora in team multidisciplinari di patologia e secondo applicazione di Percorsi Diagnostici Terapeutici e Assistenziali formalizzati (PDTA). Oltre all'attività clinica, è impegnata in attività di formazione e ricerca, nonché nell'ambito delle attività della Breast Unit e della Rete Oncologica regionale.

**La Struttura di Anestesia Rianimazione e TIPO** si occupa delle attività anestesilogiche a supporto del plesso chirurgico, nonché delle attività di terapia intensiva post-operatoria. Svolge attività in regime ambulatoriale/Day service, gestisce le attività di cateteri venosi centrali ad inserzione periferica sia totalmente impiantabili (PiCC-Port) che non totalmente impiantabili (PiCC). Collabora con tutti i Dipartimenti con cui lavora in team multidisciplinari di patologia e secondo applicazione di Percorsi Diagnostici Terapeutici e Assistenziali formalizzati (PDTA). Svolge attività di terapia del dolore e cure palliative. Oltre all'attività clinica, la struttura svolge attività di ricerca clinica e formazione.

## C2 - DIPARTIMENTO DELL'AREA MEDICA

Il continuo e rapido evolvere della conoscenza impone che i malati siano seguiti da medici dedicati a specifiche patologie per garantire loro la costante appropriatezza delle decisioni.

Il dipartimento dell'Area Medica aggrega le strutture aziendali, con la finalità generale di ottimizzare i percorsi assistenziali e garantire l'approccio multidisciplinare e la continuità delle cure, con particolare riguardo alle patologie complesse, alle condizioni operative più critiche, alle relazioni problematiche di settori.

SC Oncologia medica	Dip. Area Medica
SS Oncologia Medica per la Pat. mammaria	Dip. Area Medica
SS Oncologia medica apparato uro-genitale	Dip. Area Medica
SS Oncologia integrata	Dip. Area Medica
SSD Tumori Rari e melanoma	Dip. Area Medica
SSD Oncologia Medica per la pat. toracica	Dip. Area Medica
SC Ematologia e Terapia Cellulare	Dip. Area Medica

Le Unità Operative del Dipartimento sono associate ad un **Team di ricerca** designato al raggiungimento di obiettivi di ricerca clinica e traslazionale. Da un lato, tutte le Unità cliniche perseguono obiettivi ricompresi in protocolli sperimentali profit e no profit che includono nuovi approcci di immunoterapia antineoplastica. In parallelo, il personale dei laboratori che affiancano le unità cliniche perseguono linee di ricerca rivolte principalmente alla identificazione di nuovi biomarcatori prognostici o predittivi di risposta alle nuove terapie personalizzate. Questo avviene grazie all'applicazione di modelli bioinformatici per lo studio delle caratteristiche genetico-molecolari nei singoli pazienti, di immagini isto-patologiche e strumentali ("radiomica"), così come attraverso studi "in vitro" e "in situ" di liquidi biologici e tessuti.

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E  
FUNZIONAMENTO

**La Struttura di Ematologia e terapia cellulare** svolge attività diagnostico-terapeutica in regime di ricovero ordinario ed in regime di Day Service ed ambulatoriale, procedure diagnostico/terapeutiche ad elevata complessità, terapie in infusione continua e/o in caso di pazienti critici. Si articola in: una Struttura di Degenza Ordinaria e diurna ed in una Struttura di Day Service in cui vengono seguiti i pazienti oncoematologici nelle fasi di diagnosi, stadiazione, trattamento e follow-up della patologia. È presente l'Unità trapianti.

Collabora con le Strutture del Dipartimento dei servizi, diagnosi per immagini e terapia e Dipartimento di Area Medica con cui lavora in team multidisciplinari di patologia e secondo applicazione di Percorsi Diagnostici Terapeutici e Assistenziali formalizzati (PDTA). Oltre all'attività clinica, la Struttura è impegnata in attività di formazione e ricerca.

**Laboratorio di Diagnostica Ematologica e Terapia Cellulare**

Il Laboratorio annesso alla U.O. di Ematologia Oncologica segue due aree distinte:

1. L'Area Diagnostica che si occupa
  - di supporto diagnostico di primo e secondo livello delle patologie ematologiche di interesse oncologico (emolinfopatie acute e croniche, disordini mieloproliferativi e discrasie plasmatiche, ecc) di pazienti afferenti alla sezione clinica della suddetta U.O.;
  - di sviluppo "in house" dei processi convenzionali e standardizzati di stoccaggio, scongelamento e manipolazione di cellule staminali autologhe utili per le procedure routinarie di trapianto.
2. L'Area di Ricerca che si occupa di:
  - attività di ricerca traslazionale orientata principalmente alla identificazione di marcatori biologici prognostici e predittivi nelle patologie linfomatose aggressive e indolenti, mediante tecniche di bioinformatica, biologia cellulare e molecolare, applicate a casistiche interne all'Istituto ed esterne;
  - attività di ricerca di base orientata allo sviluppo di modelli preclinici di linfoma aggressivo a cellule B, mediante sistemi di coltura avanzata tridimensionale per lo studio della biologia linfomatoza e l'identificazione di nuovi bersagli terapeutici. Tale attività è fondata sulla messa a punto di protocolli di biologia cellulare e molecolare.

**La Struttura di Oncologia medica** svolge attività diagnostico-terapeutica in regime di ricovero e in regime di Day Service/ambulatoriale, mediante l'utilizzo di metodiche multidisciplinari e con sviluppo di approcci innovativi volti alla presa in carico e cura dei pazienti affetti da patologie oncologiche.

Al suo interno operano strutture di oncologia medica declinate per patologia e percorso di cura specifico:

- La **Struttura di Oncologia medica per la patologia mammaria** che in aderenza alle Linee guida EUSOMA per l'approccio multidisciplinare alla patologia neoplastica della mammella svolge attività ambulatoriali per la diagnosi e cura oncologica. La Struttura coordina inoltre la Breast Unit Care che in coerenza ai criteri e requisiti di accreditamento regionale del Servizio Qu.O.T.A. dell'Agenzia Regionale Strategica per la Salute e il Sociale – A.Re.S.S., si dota di un proprio regolamento, di un piano qualità e di un PDTA della patologia oncologica della mammella.
- La **Struttura di Oncologia medica apparato uro-genitale** che mediante l'utilizzo di metodiche multidisciplinari e con sviluppo di approcci innovativi svolge attività ambulatoriali per la diagnosi e cura delle patologie oncologiche specifiche in stretta collaborazione con le Strutture di Chirurgia Ginecologica e Urologiche mediante attuazione ed applicazione dei PDTA della prostata e della cervice uterina.
- La **Struttura di Oncologia integrata** che mediante metodiche multidisciplinari e approcci innovativi svolge attività ambulatoriali per la diagnosi e cura delle patologie oncologiche in stretta collaborazione con la Struttura di Radiologia Interventistica.

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E  
FUNZIONAMENTO

**La Struttura di Oncologia medica per la patologia toracica** svolge attività diagnostico-terapeutica in regime di ricovero e di prevenzione primaria in regime di Day Service/ambulatoriale, dei tumori del polmone, della pleura e del timo. Effettua procedure diagnostiche complesse o di trattamenti in regime di stretto monitoraggio clinico-strumentale in regime di ricovero, mentre svolge attività ambulatoriale/day service per l'effettuazione di prestazioni diagnostiche e terapeutiche. La Struttura è inserita nell'ambito del programma nazionale Risp - Rete italiana di screening polmonare che garantisce percorsi di screening polmonare e desuefazione al fumo, con o senza farmaci. La struttura è infatti dotata del Centro per la Prevenzione e per la Cura del Tabagismo e delle Malattie Fumo-correlate, che svolge attività di valutazione clinico-funzionale e di supporto psicologica e psicoterapeutico. L'approccio terapeutico utilizzato si avvale di metodiche la cui azione antifumo è stata accertata da risultati scientifici.

**La Struttura Tumori rari e Melanoma** svolge attività diagnostico-terapeutica in regime ambulatoriale mediante l'utilizzo di metodiche multidisciplinari e con sviluppo di approcci innovativi volti alla presa in carico e cura dei pazienti affetti dalle seguenti principali patologie oncologiche:

- Melanoma
- Tumori cutanei non melanoma (carcinoma cutaneo a cellule squamose, carcinoma basocellulare; carcinoma a cellule di Merkel)
- Sarcomi tessuti molli (liposarcoma, leiomioma, sinovialsarcoma, tumori maligni delle guaine nervose periferiche, emangioma, angiosarcoma, tumore fibroso solitario, sarcoma epitelioidale, sarcoma alveolare delle parti molli, PEComa, istiocitoma fibroso maligno, rhabdomyosarcoma, tumore desmoplastico a cellule rotonde, dermatofibrosarcoma protuberans, ecc.)
- Tumori neuroendocrini
- Tumori stromali gastrointestinali (GIST)
- Osteosarcoma, condrosarcoma e Sarcoma di Ewing; Cordoma
- Fibromatosi aggressiva tipo desmoide
- Tumori ultrarari

La Struttura è riconosciuta quale Centro ERN (European Reference Network) per i Sarcomi dei Tessuti molli e, inoltre, quale Centro Regionale per la Ricerca e la cura dei tumori rari con Deliberazioni di Giunta Regionale n. 2243/2017 e n. 794/2019.

Tutte le **Strutture del Dipartimento di Area Medica** collaborano con le Strutture del Dipartimento dei servizi, diagnosi per immagini e terapia, del Dipartimento chirurgico e della Rete Oncologica Regionale, secondo condivisione ed applicazione di Percorsi Diagnostico Terapeutici e Assistenziali formalizzati. Sono presenti Team multidisciplinari di patologia che operano a livello trasversale. Oltre all'attività clinica, le Strutture svolgono attività di ricerca clinica e formazione.

### **C3 - DIPARTIMENTO DEI SERVIZI, DIAGNOSI PER IMMAGINI E TERAPIA**

La "mission" del Dipartimento è duplice: fornire accurate diagnosi isto-citopatologiche, molecolari, di laboratorio e per immagini con informazioni di valore diagnostico, prognostico, predittivo e terapeutico che possano essere utilizzate per la migliore gestione clinica dei pazienti, utilizzando sia tecniche convenzionali che innovative. Al Dipartimento afferiscono UU.OO. che si articolano con percorsi diagnostico terapeutici utilizzando la scienza delle immagini. In particolare, le metodiche terapeutiche vengono eseguite con modalità strumentale mini-invasiva (interventistica/endoscopica) e non invasiva (trattamenti radioterapici). Al Dipartimento afferiscono inoltre UU.OO. che effettuano valutazioni di "second opinion" sia su preparati

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E  
FUNZIONAMENTO

isto-citopatologici allestiti in altra sede, che per esigenze di natura diagnostica attraverso l'approccio per immagini. Si effettuano inoltre procedure con finalità sia diagnostiche che terapeutiche. Queste ultime vengono eseguite con modalità strumentale mininvasiva (interventistica/ endoscopica) e non invasiva (trattamenti radioterapici) a supporto delle aree ospedaliere medica e chirurgica anche per le determinazioni centralizzate dei parametri di biologia molecolare per utilizzo assistenziale.

Sono svolte attività diagnostiche sui campioni operatori e biotipici, di diagnostica molecolare, di citopatologia e di riscontro autoptico, indagini chimico-cliniche e microbiologiche.

Le attività che si svolgono presso il Dipartimento s'integrano, laddove possibile con quelle della BioBanca istituzionale dove avviene la raccolta sistematica di campioni biologici tissutali e di sangue relativi alle varie patologie oncologiche.

Il Dipartimento comprende dotazioni, risorse e strutture nelle quali varie figure professionali di discipline diverse operano con stretta interdisciplinarietà.

SC Anatomia Patologica	Dip. Dei Servizi, diagnosi per immagini e terapia
SS Diagnostica Polmonare	Dip. Dei Servizi, diagnosi per immagini e terapia
SS Diagnostica Senologica	Dip. Dei Servizi, diagnosi per immagini e terapia
SSD Diagnostica molecolare e farmacogenetica	Dip. Dei Servizi, diagnosi per immagini e terapia
SSD Cardiologia	Dip. Dei Servizi, diagnosi per immagini e terapia
SC Radioterapia e Medicina Nucleare	Dip. Dei Servizi, diagnosi per immagini e terapia
SC Radiologia Interventistica	Dip. Dei Servizi, diagnosi per immagini e terapia
SSD Radiologia Diagnostica	Dip. Dei Servizi, diagnosi per immagini e terapia
SSD Radiologia Senologica	Dip. Dei Servizi, diagnosi per immagini e terapia
SSD Fisica Sanitaria	Dip. Dei Servizi, diagnosi per immagini e terapia
SSD Patologia clinica	Dip. Dei Servizi, diagnosi per immagini e terapia

In stretta interazione con l'attività clinica a livello Dipartimentale l'attività di ricerca viene strutturata da un **Team di ricerca**. L'attività del team di ricerca afferente al Dipartimento per l'aspetto della diagnostica e terapia per immagini è orientata alla valutazione delle immagini biomedicali per rispondere ai principali unmet clinical need nelle diverse patologie oncologiche e alla definizione di interventi terapeutici mirati all'ottimizzazione dell'efficacia terapeutica. Le linee di ricerca attive hanno come fattore comune la definizione di modelli di medicina personalizzata, la definizione di interventi mini-invasivi che mettano in associazione i principi fisici della radiologia interventistica e trattamenti chimici propri dell'oncologia medica. La medicina personalizzata definisce un percorso di cura che consiste nella definizione di terapie su misura per ogni singolo paziente e trova una naturale evoluzione nello sviluppo di sistemi di supporto le decisioni cliniche, diagnostiche e terapeutiche. Analogamente, l'utilizzo di tecniche mini-invasive di oncologia interventistica, chirurgia e radioterapia basate su strumentazioni e device di ultima generazione consentono la definizione di interventi che combinano i principi fisici della radiologia con i trattamenti chimici propri dell'oncologia medica migliorando l'efficacia dei farmaci chemio-radio terapeutici.

Il team di ricerca istituito presso il dipartimento si occupa anche di studi finalizzati ad elaborare efficaci protocolli di prevenzione mediante la realizzazione di progetti volti a definire il rischio di complicanze

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E  
FUNZIONAMENTO

cardio-vascolari, percorsi di follow-up in pazienti sottoposti a terapia antitumorale, di diagnosi precoce mediante la individuazione di nuovi geni e varianti geniche, di incerto significato, che potrebbero essere correlati al rischio di insorgenza del cancro.

Sono inoltre attivi progetti che si propongono di individuare percorsi terapeutici personalizzati, mediante la scoperta di fattori predittivi di risposta ai farmaci nei fluidi biologici dei pazienti e lo sviluppo di modelli tumorali complessi, che possano essere impiegati nello *screening* farmacologico. Inoltre, mediante l'attuazione di progetti di biologia computazionale si intendono sviluppare *pipeline* bioinformatiche per l'analisi di dati generati dalle tecnologie omiche su larga scala, con lo scopo di individuare biomarcatori di prognosi, diagnosi e predizione della risposta terapeutica tumore-specifico.

**La Struttura di Anatomia Patologica** svolge attività di diagnostica istologica e citologica, intraoperatoria ed autoptica. Le attività sono sviluppate utilizzando strumentazioni ad alta tecnologia per la processazione dei tessuti e per la loro colorazione. Effettua analisi per la rilevazione di indicatori prognostici predittivi per patologie oncologiche ed analisi di biologia molecolare per la caratterizzazione di alcune patologie, compresi esami di ibridazione in situ in fluorescenza (FISH). Si articola in :

- una **Struttura** dedicata alla diagnostica della patologia oncologica mammaria (**Diagnostica Senologica**)
- ed una **Struttura** dedicata alla diagnostica della patologia oncologica polmonare (**Diagnostica Polmonare**).

La Struttura di Anatomia Patologica opera in contiguità con i Laboratori di Ricerca e il Laboratorio di Biologia molecolare, lavora strettamente con le Strutture dei Dipartimenti di Area Medica, Chirurgica e dei Servizi in un'ottica trasversale, secondo condivisione ed applicazione di Percorsi Diagnostici Terapeutici e Assistenziali formalizzati. Oltre all'attività clinica, la Struttura svolge attività di ricerca clinica e formazione.

**La Struttura di Radiologia Interventistica** opera trasversalmente collaborando con le strutture di Area Medica e Chirurgica eseguendo procedure diagnostiche e terapeutiche con un approccio di mini-invasività. Esegue inoltre procedure di diagnostica oncologica costituite dai prelievi biotici mediante tecniche di imaging, supportando, in un'ottica trasversale, le Strutture di Area Medica e Chirurgica.

Le Strutture radiologiche che effettuano attività ambulatoriali diagnostiche e staditive mediante metodiche radiologiche tradizionali ed innovative si articolano in:

- **Struttura di Radiologia Diagnostica**
- **Struttura di Radiologia Senologica**

Tali Strutture effettuano prestazioni ambulatoriali anche nell'ambito di screening per prestazioni di II livello. Per quest'ultimo aspetto sono coordinate da funzioni istituite presso il C.Or.O. aziendale.

Tutte le Strutture di Radiologia operano in collaborazione con le altre Strutture dei Dipartimenti e della rete oncologica pugliese, in particolare nella condivisione ed applicazione dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici e Assistenziale istituiti. Oltre all'attività clinica, le Strutture di Radiologia svolgono attività di ricerca clinica e formazione.

**La Struttura di Radioterapia** svolge attività di trattamento radioterapico delle patologie oncologiche. Si caratterizza per l'impiego di tecniche di irradiazione innovative e ad alta complessità.



REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E  
FUNZIONAMENTO

Al fine di potenziare l'offerta assistenziale per la quota di prestazioni oggetto di significativa mobilità passiva extra provinciale ed extra regionale, è in fase di istituzione il Servizio di Medicina Nucleare previa sua definizione nell'atto di programmazione regionale della Rete ospedaliera di prossimo aggiornamento. Il predetto servizio beneficerà della predisposizione, in condivisione con il Servizio di Radioterapia, di posti letto tecnici per garantire la degenza protetta.

**La Struttura di Fisica Sanitaria** oltre a garantire l'attività nel campo della radioprotezione, indirizzata alla prevenzione e protezione dai danni derivanti dall'utilizzo delle radiazioni ionizzanti e alla sorveglianza dosimetrica del personale esposto alle radiazioni, svolge un importante supporto alle attività della Radioterapia. In particolare, nel settore di Radioterapia, sono svolte attività di supporto alla gestione delle apparecchiature, ai piani di trattamento radioterapici, alla ottimizzazione dei trattamenti ed alle dosimetrie, all'applicazione di informatica e gestione delle immagini.

**La Struttura di Patologia Clinica comprende le seguenti aree diagnostiche e di ricerca:**

Chimica Clinica

Ematologia e Coagulazione

Immunoprotidologia

Microbiologia e Virologia

Marcatori Tumorali e Ormoni

Si avvale anche di un ambulatorio per terapia anticoagulante orale.

**La Struttura di Cardiologia** svolge attività ambulatoriale prevalentemente per pazienti oncologici sia in ambito ambulatoriale che di attività interna per pazienti degenti, in particolare esegue:

- consulenza cardioncologiche per pazienti da avviare a trattamenti antitumorali, in terapia o in follow up;
- esami strumentali non invasivi (ECG dinamico Holter, ABPM, test cardiovascolare da sforzo) e diagnostica ecografica cardiaca e vascolare.

**La Struttura di Diagnostica Molecolare e Farmacogenetica** offre servizi e soluzioni diagnostiche avanzate, con notevole impegno nella ricerca, per favorire e migliorare i processi diagnostici, sviluppando nuovi prodotti e processi nel settore biotecnologico con il focus sulla medicina di precisione. Sono impiegate metodologie di ultima generazione che permettono di costituire complessi profili diagnostico-predittivi basati su dati genomici, genetici ed epigenetici. Si occupa, inoltre, della caratterizzazione molecolare delle neoplasie ematologiche per migliorare la stratificazione dei pazienti e la prognosi, e definire nuovi bersagli terapeutici e vulnerabilità selettive ai farmaci.

La diagnostica è supportata da progetti di ricerca traslazionale svolti nello stesso laboratorio focalizzati all'identificazione di marcatori genetici ed epigenetici da utilizzare, dopo opportuna validazione, nella pratica clinica. In particolare, il laboratorio è impegnato nello studio di tali marcatori utili per la costruzione di network biologici in grado di classificare i tumori e predirne la sensibilità alle terapie validandoli anche su DNA circolante. Ciò è possibile anche grazie agli studi di bioinformatica condotti nello stesso laboratorio.

La struttura laboratoristica è inserita nel network italiano di bioinformatica e di genomica, partecipa ai controlli di qualità nazionali (AIOM, SIAPEC) ed internazionali (UK-NEQAS, EMQN, ERIC).

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E  
FUNZIONAMENTO

#### C4 - DIPARTIMENTO DI STAFF E AREE AMMINISTRATIVE

Il Dipartimento comprende Unità Operative che garantiscono l'espletamento delle funzioni amministrative, tecniche, giuridico-legali e patrimonio-contabili. Le strutture curano inoltre l'integrazione delle risorse professionali, finanziarie e tecnologiche e assicurano le attività trasversali a supporto dei Dipartimenti aziendali e delle articolazioni della Ricerca. In particolare, supportano il PROJECT MANAGEMENT DELLA RICERCA per gli aspetti di competenza.

SC Area Gestione Risorse Finanziarie	Dip. di Staff e Aree Amministrative
SSD Patrimonio Appalti e Contratti	Dip di Staff e Aree Amministrative
SC Area Gestione Risorse Umane	Dip. di Staff e Aree Amministrative
SC Area Gestione Tecnica e servizi informatici	Dip di Staff e Aree Amministrative
SSD Ingegneria Clinica	Dip di Staff e Aree Amministrative
SC Struttura Burocratica Legale – Affari Generali e Privacy	Dip di Staff e Aree Amministrative
SSD Controllo di gestione	Dip. di Staff e Aree Amministrative
URP e Comunicazione Istituzionale	Dip. di Staff e Aree Amministrative
Formazione	Dip. di Staff e Aree Amministrative

#### CONTROLLO DI GESTIONE

Il Controllo di Gestione risponde alle esigenze di monitoraggio dell'attività, supporto del processo di valutazione dell'efficienza e dell'efficacia delle articolazioni dipartimentali al fine di accertare che i comportamenti gestionali siano in linea con i programmi definiti. Supporta la Direzione Strategica nella formulazione ed articolazione degli obiettivi con la possibilità di valutare i risultati conseguiti sia durante la gestione, in modo da consentire l'attivazione di azioni correttive, che al suo termine.

L'Unità Controllo di Gestione svolge in particolare i seguenti compiti:

- supporta la Direzione Strategica nella programmazione e nel controllo interno, raccogliendo e analizzando i dati di gestione, mercé l'uso di adeguati indicatori processo di budget, al fine della verifica dei valori della produzione sia in termini di appropriatezza (avvalendosi della Unità di Statistica ed Epidemiologia) che di economicità. Effettua il controllo sulla spesa farmaceutica.
- Valuta la significatività degli scostamenti, l'efficienza nell'impiego delle risorse e la produttività dei fattori operativi impiegati.
- Redige periodici rapporti sulla gestione e sullo stato di avanzamento del budget; redige il rendiconto annuale che attua il sistematico confronto tra i dati di budget e di consuntivo, capace di porre in evidenza gli scostamenti nei costi, nei risultati e nei rendimenti a livello sia di centri di responsabilità sia delle fondamentali strutture dell'Azienda.
- Gestione del sistema di valutazione di tutto il personale.
- Elaborazione delle procedure per la Verifica-Valutazione di tutto il personale, secondo le linee generali concordate con le OO.SS. e i Regolamenti Aziendali nel rispetto del principio della "Partecipazione al Procedimento del Valutato".

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E  
FUNZIONAMENTO

- elaborazione dei modelli e protocolli utili alla Verifica-Valutazione di tutta la Dirigenza, nel rispetto del principio della "Partecipazione al Procedimento del Valutato" attraverso il metodo dell'autovalutazione.
- Supporto all'attività di concertazione dei criteri generali di valutazione.
- Definizione del sistema premiante.
- Supporto all'attività dei Collegi Tecnici (ex art. 15, comma 5, del D.Lgs. 229/99).
- Gestione e supporto all'attività di valutazione svolta dai Dirigenti delle Strutture Complesse rispetto ai Dirigenti addetti a tali strutture ed al personale del Comparto.
- Coordinamento della programmazione degli obiettivi e supporto alle procedure di budgeting, sviluppate in collaborazione con l'Unità Controllo di Gestione.
- Supporto allo sviluppo dell'organizzazione generale e strutturale dell'Azienda e al suo funzionamento, sancito dall'Atto di organizzazione aziendale.
- Collaborazione all'individuazione, pesatura e graduazione delle posizioni dirigenziali e delle posizioni organizzative del comparto.

Il controllo di gestione trae le informazioni essenzialmente dalla contabilità economico - patrimoniale, dalla contabilità analitica, dalla metodologia di budget e da altre parti del sistema informativo dell'Azienda Sanitaria ed effettua una rilevazione analitica degli scostamenti, mediante il confronto tra dati di budget e dati consuntivi, con riguardo ai volumi delle risorse complessivamente utilizzate, ai singoli fattori operativi impiegati e ai risultati ottenuti.

Al Controllo di Gestione sono trasmessi i provvedimenti e le direttive di carattere generale emanate dalla Direzione Strategica, i programmi e i progetti della stessa elaborati, gli obiettivi, gli obiettivi di rendimento e di risultato della gestione finanziaria, tecnica ed amministrativa, incluse le decisioni organizzative e di gestione personale. Svolge inoltre funzioni di supporto e di valutazione e redige il PIAO.

**CONTROLLO INTERNO, RPTC E ANTIRICICLAGGIO**

Supporta il Direttore Generale attraverso l'analisi degli scostamenti tra le missioni assegnate, gli obiettivi di mandato ed istituzionali, nonché quelli gestionali ed operativi assegnati dal Ministero della Salute, dalla Regione Puglia e dal CIV in materia di assistenza e di ricerca e le azioni esecutive del PIAO in termini di valutazione di appropriatezza della corretta allocazione ed uso di risorse umane finanziarie e strumentali, nonché nella identificazione degli eventuali fattori ostativi, di responsabilità e i possibili rimedi.

In particolare, si pone il compito di

- Verificare l'attuazione delle strategie aziendali
- Effettuare un controllo delle procedure amministrative finalizzato ad assicurare il profilo di coerenza tra gli obiettivi istituzionali e quelli di mandato.

L'Ufficio di Controllo Interno svolge funzioni di controllo strategico, occupandosi delle verifiche-valutazioni legate all'attuazione delle strategie aziendali, che vengono individuate attraverso macro-obiettivi e che attengono al rapporto tra l'Azienda e la Regione (e agli altri portatori di interessi, vedi il Ministero).

In particolare nell'espletamento delle funzioni di controllo strategico:

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E  
FUNZIONAMENTO

- cura la metodologia e gli strumenti per la Verifica–Valutazione che attiene al rapporto fiduciario tra Direzione Generale e Dirigenti, in particolare per quel che riguarda il Governo delle Macro Articolazioni, dove l'autonomia gestionale dei Direttori gioca un ruolo rilevante;
- la “Valutazione Strategica” è riferita ai Dirigenti che rispondono direttamente alla Direzione Generale ed è articolata in maniera coerente con i livelli del sistema delle responsabilità;
- la Verifica–Valutazione effettuata attiene il livello di realizzazione dei piani aziendali e delle linee di indirizzo;
- attività di ricerca di finanziamenti pubblici per progetti dedicati alla cura del cittadino e il miglioramento complessivo dell'azienda, individuando nella ricerca continua di fonti di finanziamento esterne, pubbliche e private, una importante e sempre più pregnante modalità alternativa e/o complementare del finanziamento con fondi di bilancio delle attività istituzionali;
- attività di aggiornamento normativo regionale e nazionale che possano determinare una incidenza organizzativa, funzionale, finanziaria e sul governo clinico dell'Azienda
- analisi dei contesti interni ed esterni per la continua verifica di coerenza tra obiettivi istituzionali e di mandato assegnati al Direttore Generale dalla Regione Puglia e di rispetto delle norme di derivazione nazionale di diretta applicazione;
- analisi economico finanziarie e redazione dei business plan relativi a nuovi ambiti di interesse del Policlinico, utilizzando la metodica SWOT.

Con riferimento alla attività di prevenzione della corruzione e tutela della trasparenza il responsabile del controllo strategico, RPCT e gestore antiriciclaggio cura l'obiettivo di rafforzare l'azione di vigilanza in materia di trasparenza, attraverso verifiche a campione, oltre a quelle già previste nell'ambito dei controlli successivi a cadenza quadrimestrale, ottimizzando l'efficacia dell'attività ispettiva al fine di fornire massimo ausilio alla successiva attività valutazione del personale dirigenziale, attraverso la fissazione di una o più verifiche mirate sulle sezioni dell'Amministrazione Trasparente.

Inoltre, a garanzia dell'obiettivo strategico anticorruzione pone in essere tutte le attività connesse alla definizione delle attività degli incaricati e dei referenti in attuazione del D.M. 25 settembre 2015, prevedendo, all'interno del PTPCT, le misure necessarie a garantire l'avvio delle attività antiriciclaggio all'interno dell'Ente, in ottemperanza alle recenti norme di settore.

Il Controllo Interno relaziona una volta all'anno, in forma riservata, direttamente al Direttore Generale, sui risultati di gestione complessivi dell'Azienda e suggerisce eventuali correttivi.

Il Controllo Interno dipende in via diretta ed esclusiva dal Direttore Generale.

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

Secondo quanto previsto dalla legge 7 giugno 2000, n. 150, l'URP svolge funzioni essenziali di informazione, accoglienza, tutela e partecipazione.

All'URP sono attribuite le seguenti funzioni:

- illustrare e favorire la conoscenza delle disposizioni normative al fine di facilitarne la conoscenza ed applicazione;

---

**REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E  
FUNZIONAMENTO**

---

- illustrare le attività dei servizi e delle strutture aziendali ed il loro funzionamento, curando l'aggiornamento della carta dei servizi;
- agevolare l'accesso degli utenti ai servizi dell'Istituto, promuovendone la conoscenza;
- favorire i processi interni di comunicazione e semplificazione delle procedure di accesso;
- attuare, mediante l'ascolto degli utenti e la comunicazione interna, i processi di verifica del gradimento dei servizi in termini di qualità percepita;
- gestire i reclami e le segnalazioni dei disservizi in una prospettiva di miglioramento della qualità dei servizi;
- gestire i rapporti con le associazioni di volontariato, di tutela dei diritti dei cittadini;
- organizzare e gestire il sito internet dell'Istituto attraverso l'aggiornamento dei contenuti e la relativa presentazione;
- gestire i rapporti con le associazioni facenti capo al Comitato Consultivo Misto per l'accoglimento delle istanze e delle proposte di miglioramento;
- gestire e coordinare la comunicazione intraaziendale ed istituzionale con gli Enti Esterni;
- supportare le attività di comunicazione per migliorare l'immagine istituzionale e la sua visibilità;
- promuovere iniziative di miglioramento organizzativo finalizzate alla semplificazione delle procedure di accesso ai servizi.

Al suddetto servizio confluisce l'attività di comunicazione istituzionale interna ed esterna (Ufficio Stampa) che ha il compito di favorire la circolazione delle informazioni legate alle scelte organizzative e strategiche aziendali che determinano ricadute sulla visibilità e sull'immagine istituzionale e coinvolgono trasversalmente tutto il processo produttivo attraverso azioni mirate di comunicazione.

**FORMAZIONE**

L'Ufficio promuove e coordina il processo di formazione aziendale a supporto delle attività cliniche e di ricerca in un'ottica trasversale di crescita e condivisione delle conoscenze. A tal fine predispose il Piano della Formazione annuale.

**STRUTTURA BUROCRATICO LEGALE**

La Struttura Burocratico Legale, autonoma ai sensi della legislazione professionale forense, sovrintende le funzioni di carattere amministrativo e legale. Rappresenta l'Azienda, su delega della Direzione Generale, in tutte le attività di carattere giuridico-legale. Elabora proposte, pareri e risposte da inviare ad uffici interni o a studi professionali, ditte e uffici esterni.

Assume il patrocinio processuale in tutte le controversie nelle quali l'Azienda è parte attiva o passiva. Supporta la Direzione Strategica nella formulazione di atti ufficiali (deliberazioni), finalizzati alla liquidazione delle spese legali e procedurali.

In particolare, partecipa in tutte le procedure di formazione delle linee strategiche della Direzione Generale ai fini della verifica di compatibilità con i principi normativi, di diritto e giurisprudenziali nonché ai fini della verifica della sussistenza dei requisiti di legalità e legittimità, formale e sostanziale, degli atti amministrativi

---

**REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E  
FUNZIONAMENTO**

---

di produzione, di gestione dei contratti (anche di lavoro, in tutte le loro forme) ed obbligazioni, di reclutamento, di acquisizione di beni e servizi, di lavori.

Coordina il Comitato di Valutazione dei Sinistri, curando tutti gli adempimenti previsti dalla Legge n. 24/2017.

**AFFARI GENERALI E PRIVACY**

È istituito presso la Struttura l'Ufficio Affari Generali e Privacy che ha la competenza della gestione degli atti deliberativi e determina, cura l'accesso agli atti e la gestione del protocollo generale. Cura, inoltre, le funzioni non rientranti nelle specifiche competenze delle altre strutture amministrative. Coordina l'istruttoria e la predisposizione degli atti convenzionali con soggetti esterni.

In ossequio al dettato normativo del d.lgs. 196/03, individua gli ambiti in cui intervenire per garantire la riservatezza dei dati personali in particolare:

- avvia un'attività di informazione e formazione sui temi della privacy;
- adotta misure di sicurezza, revisiona procedure già in essere e propone procedure ex novo;
- attiva procedure di auditing per la verifica della rispondenza dei criteri definiti e delle misure adottate.

**AREA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE**

L'Area Gestione Risorse Umane gestisce tutto il personale dipendente e con diverso rapporto contrattuale, sotto l'aspetto giuridico, economico, previdenziale ed amministrativo.

Assicura l'organizzazione, lo sviluppo ed il coordinamento delle politiche relative alle risorse umane secondo gli obiettivi strategici definiti dall'ITB in adesione agli indirizzi formulati in sede regionale / ministeriale; concorre alla definizione delle politiche di reclutamento, gestione, valorizzazione e sviluppo delle risorse umane e ne garantisce l'attuazione in coerenza con le strategie e la mission.

Fornisce supporto alla linea per la gestione e organizzazione del personale; collabora alla pianificazione e definizione del fabbisogno del personale; predispone il Bilancio Preventivo per la parte di competenza; gestisce il debito informativo; costituisce e gestisce i fondi contrattuali aziendali; collabora allo sviluppo e gestione di politiche retributive; tratta i rapporti con le organizzazioni sindacali; supporta la Direzione Strategica e l'attività dell'Organismo Interno di Valutazione.

Svolge le seguenti funzioni:

- Concorsi, Assunzioni e Gestione del ruolo: che gestisce le procedure concorsuali e selettive per il reclutamento del personale e le procedure per l'applicazione di forme di lavoro flessibili applicabili alla pubblica amministrazione; predispone i contratti individuali di lavoro; gestisce i rapporti di lavoro dalla instaurazione alla cessazione;
- Contrattazione e rapporti sindacali: che cura i rapporti con le Organizzazioni Sindacali sotto l'aspetto della convocazione delle delegazioni trattanti e relativa formazione degli ordini del giorno, della convocazione dei tavoli tecnici finalizzati alla redazione e proposizione di regolamenti

---

**REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E  
FUNZIONAMENTO**

---

aziendali devoluti alla contrattazione decentrata e rientranti in tale ambito nonché della calendarizzazione degli incontri secondo le incombenze stabilite dai C.C.N.L.

- **Trattamento giuridico:** che gestisce i processi relativi all'attribuzione degli incarichi e della valutazione del personale dirigenziale e del comparto, collaborando con l'Organismo Indipendente di Valutazione e, per quanto attiene lo sviluppo e crescita, orizzontale e verticale, delle risorse umane, garantisce l'allineamento delle strategie di gestione delle risorse umane alle strategie competitive aziendali;
- **Rilevazione presenze ed assenze:** che gestisce il programma di rilevazione informatizzata delle presenze-assenze dei dipendenti;
- **Trattamento economico,** che corrisponde gli emolumenti relativi al rapporto di lavoro e gestisce la procedura informatizzata degli stipendi. Cura, in collaborazione con l'Area Risorse Finanziarie e con il Controllo di Gestione, la costituzione, l'alimentazione e la modifica dei Fondi Contrattuali della Dirigenza e del Comparto, calendarizzando le scadenze obbligatorie a rilevanza interna ed esterna;
- **Previdenza:** che gestisce i procedimenti relativi al collocamento a riposo dei dipendenti, ai riscatti, ricongiunzioni, cause di servizio e di equo indennizzo fornendo anche assistenza di natura contributiva e pensionistica.
- **Nell'ambito delle attività dell'UPD** cura la tenuta di apposito e separato archivio dei procedimenti disciplinari. La costituzione ed il funzionamento dell'UPD è disciplinato da apposito regolamento interno.

**AREA GESTIONE DELLE RISORSE FINANZIARIE**

L'Area Gestione delle Risorse Finanziarie assolve ai seguenti compiti:

- provvede all'impostazione e alla redazione dei bilanci;
- provvede alla tenuta della contabilità, ivi compresi i rendiconti trimestrali e annuali e le denunce tributarie annuali;
- provvede alla raccolta e all'elaborazione dei dati relativi alle previsioni delle entrate;
- provvede agli adempimenti connessi agli impegni di spesa, assunti dalla Direzioni Operative e ne certifica la capienza negli stanziamenti di bilancio;
- predispone i mandati di pagamento e gli ordinativi di incasso;
- provvede alla tenuta delle scritture e dei libri contabili;
- cura i rapporti con il tesoriere dell'Azienda;
- svolge attività di studio, ricerca, documentazione ed elaborazione in materia di programmazione della spesa.

La Struttura cura:

- gli adempimenti fiscali;
- la tenuta della contabilità generale e analitica;
- la tenuta dei libri e registri obbligatori;
- gli aspetti utili per la certificazione di bilancio.;
- l'emissione delle fatture e dei documenti di incasso relativi alle prestazioni erogate;
- la fatturazione e contabilizzazione delle prestazioni attive;

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E  
FUNZIONAMENTO

- la registrazione e contabilizzazione dei ricavi;
- la tenuta dei conti corrente postale;
- la contabilizzazione dei proventi dei CUP aziendali;
- la gestione registri rilevanti ai fini Iva e relativi adempimenti;
- la gestione del recupero crediti;
- la registrazione, pagamento e archiviazione delle fatture e documenti di acquisto;
- la gestione di tutti i rapporti di carattere contabile con i fornitori di beni e servizi;
- la contabilizzazione degli stipendi e connessi adempimenti fiscali;
- la gestione dei rimborsi tickets;
- la tenuta rapporti con il tesoriere e vigilanza sulla corretta gestione del servizio di tesoreria;
- il controllo della situazione finanziaria aziendale;
- l'elaborazione dei budget e della reportistica di cassa e dell'esposizione verso i fornitori;
- la gestione delle anticipazioni ordinarie di cassa.

**AREA GESTIONE TECNICA E SERVIZI INFORMATICI**

L'Area Gestione Tecnica ha il compito di seguire il patrimonio, inteso come aree, strutture e impianti dell'azienda, di curarne il buono stato di conservazione e di funzionamento, di adeguarlo alle esigenze dell'attività istituzionale garantendo le condizioni microclimatiche ed impiantistiche necessarie nonché l'ottimizzazione, monitoraggio e risparmio dei consumi.

La Struttura è preposta alla gestione delle utenze serventi l'intero patrimonio aziendale (energia elettrica, gas metano, acqua, telefonia fissa e mobile), predispone gli atti di gara con relative delibere e conseguente gestione dei contratti e dei fornitori; gestisce la contabilizzazione del budget assegnato o finanziamento assegnato, conserva gli atti di proprietà, i contratti di affitto e comodato, tiene e aggiorna annualmente l'inventario dei beni immobili. Istruisce, avvia e conclude procedure tese alla fornitura di parti di ricambio ed accessoristica varia, materiali soggetti a usura, decadimento e consumo, nonché delle attività inerenti alle operazioni di collaudo/fuori uso delle apparecchiature ed attrezzature.

Svolge compiti di accertamento e controllo per verifiche periodiche dettate dal vigente regime giuridico nel campo prevenzionale per la sicurezza degli impianti e delle attrezzature in luoghi di vita e di lavoro in collaborazione con il Servizio di Prevenzione e Protezione e la Struttura Risk Management.

Tiene, inoltre, rapporti con altri Enti, quali Comune, A.S.L., VVFF, Regione, relativamente alle autorizzazioni, alle verifiche, ai finanziamenti.

In particolare, l'attività dell'Unità svolge le seguenti funzioni nelle aree di interesse di: manutenzione ordinaria e straordinaria delle strutture edilizie e degli impianti tecnologici e sicurezza impiantistica:

- cura la manutenzione ordinaria e straordinaria dei beni immobili e mobili, garantendo il corretto esercizio dell'impiantistica di servizio;
- provvede, in particolare, alle operazioni di stima, alle perizie tecniche, alla progettazione, alla direzione ed esecuzione di nuove costruzioni ed impianti;
- verifica e controllo di progetti, dallo studio di fattibilità al progetto esecutivo, attuazione e monitoraggio dell'esecuzione dei lavori;



---

**REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E  
FUNZIONAMENTO**

---

- espletamento incarichi di Responsabile del Procedimento in appalti di lavori pubblici;
- svolge attività di studio, ricerca, documentazione ed elaborazione in materia di adeguamento tecnologico degli impianti
- effettua verifiche periodiche per accertare la rispondenza alla normativa di prevenzione e sicurezza sui luoghi di lavoro e di vita;
- effettua l'attività di prevenzione finalizzata alla sicurezza globale dell'impiantistica nei luoghi di vita e di lavoro al fine dell'applicazione normativa vigente;
- svolge ogni altra attività prevista dalla normativa in materia di sicurezza impiantistica.

inoltre :

- cura la manutenzione delle apparecchiature medicali/ elettromedicali effettuando la verifica di rispondenza a norme vigenti in tema di funzionalità delle apparecchiature;
- partecipa con l'area gestione patrimonio alle attività istruttorie endoprocedimentali di redazione dei capitolati di gara per la fornitura di nuove apparecchiature e cura l'aggiornamento degli elenchi delle apparecchiature con relativi ordini di priorità di intervento.

**AREA GESTIONE DEL PATRIMONIO**

L'Area Gestione del Patrimonio assolve ai seguenti compiti:

- tiene e aggiorna annualmente l'inventario di beni mobili, con l'indicazione dei relativi consegnatari;
- cura gli adempimenti relativi all'acquisto e alla fornitura di beni e servizi, predispone i capitolati d'appalto, cura gli adempimenti conseguenti, procede alla redazione dei contratti;
- controlla la regolare esecuzione dei contratti;
- predispone il budget degli investimenti;
- svolge attività di studio, ricerca, documentazione ed elaborazioni in materia di acquisizione di beni e servizi;
- effettua i riscontri sulle forniture di beni e servizi e provvede alla predisposizione dei provvedimenti di liquidazione delle fatture.

Sono, altresì, di competenza dell'Area Patrimonio le procedure di acquisizione di apparecchiature e/o attrezzature a completamento (upgrade) ed aggiornamenti tecnologici, giacché destinatari di incremento di valore del cespite principale.

Si occupa delle seguenti aree di attività:

- acquisti beni durevoli e grandi apparecchiature
- appalti e contratti
- economato e magazzino economale, liquidazioni
- inventario beni mobili.

**INGEGNERIA CLINICA**

La struttura si occupa dell'aspetto gestionale e strategico delle apparecchiature elettromedicali. In particolare:

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E  
FUNZIONAMENTO

- collabora con la Direzione Aziendale per la valutazione delle richieste di apparecchiature (intese come sostituzioni o nuove introduzioni) utilizzando le metodiche tipiche dell'Health Technology Assessment;
- partecipa in modo fattivo e propositivo alle attività del gruppo aziendale di gestione del rischio clinico;
- esegue il “fuori uso” di apparecchiature obsolete e/o non più conformi alla normativa vigente e mantiene aggiornato l’inventario tecnico;
- collabora con altre Strutture aziendali per le problematiche che coinvolgono le apparecchiature elettromedicali e gli accessori oltre che per l’espletamento degli atti delle procedure di gara di propria competenza;
- Predisporre il piano annuale e triennale degli investimenti.

#### C5 - DIPARTIMENTO CLINICO GESTIONALE ONCOLOGICO

Il Dipartimento comprende Unità Operative che per le loro funzioni peculiari sono funzionalmente a supporto della Direzione Strategica per quanto attiene il governo clinico e lo sviluppo di modelli assistenziali per i pazienti oncologici. Supporta i processi di monitoraggio e miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure. Il legame tra qualità dell’assistenza e sviluppo innovativo dei servizi è elemento fondante e caratterizzante il Dipartimento.

SC Uose e Sistemi Informativi	Dip. Clinico Gestionale Oncologico
SSD Qualità e Risk Management	Dip. Clinico Gestionale Oncologico
SSD Servizio delle Prof.ni sanitarie	Dip. Clinico Gestionale Oncologico
SC Farmacia e Umaca	Dip Clinico Gestionale Oncologico
SSD C.Or.O bed-management, presa in carico e Team Multidisciplinari	Dip Clinico Gestionale Oncologico
Servizio di Prevenzione e Protezione	Dip Clinico Gestionale Oncologico
Servizio di Sorveglianza Sanitaria	Dip Clinico Gestionale Oncologico
Servizi Specialistici Ambulatoriali	Dip Clinico Gestionale Oncologico
Servizio di Psiconcologia	Dip Clinico Gestionale Oncologico
Servizio Socio Assistenziale	Dip Clinico Gestionale Oncologico
Servizio Nutrizionale	Dip Clinico Gestionale Oncologico
Servizio Cure Palliative e Terapia del dolore	Dip Clinico Gestionale Oncologico
R.U.LA. – Cup Manager	Dip Clinico Gestionale Oncologico

E' istituito presso il Dipartimento un **Team di ricerca** orientato all’implementazione di una piattaforma di raccolta del dato “Real-life” in RedCap per le patologie oncologiche ed ematologiche, finalizzato alla validazione di ipotesi scientifiche che richiedono ampie coorti di validazione. L’applicazione di tecnologie

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E  
FUNZIONAMENTO

basate su NLP (Natural Language Processing) e OCR (Optical Character Recognition) e i modelli matematici basati sugli endpoint clinici, mirano a fornire strumenti a fini prognostici. Le attività attuate dal Team di ricerca operano trasversalmente a supporto delle attività di ricerca dei differenti Dipartimenti aziendali.

**UOSE e SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI**

I Sistemi Informativi Aziendali fanno capo alla Struttura di Statistica ed Epidemiologia che afferisce al Dipartimento Clinico Gestionale Oncologico. Tale Struttura supporta la gestione strategica, l'indirizzo e il controllo da parte della Direzione dell'Istituto, effettuando attività di rilevazione dei dati statistici, epidemiologici e di controllo di appropriatezza tra le quali:

- Flussi informativi e statistiche: produzioni statistiche e reportistiche relative alla quantificazione ed il monitoraggio delle varie tipologie di prestazioni erogate dalle strutture aziendali;
- Adempimenti amministrativi relativi all'organizzazione al controllo ed alla razionalizzazione dei processi assistenziali;
- Gestione, raccolta, verifica, elaborazione e trasmissione agli Enti esterni sovraordinati dei flussi informativi di pertinenza assessoriale e ministeriale, assicurando il monitoraggio continuo della tempistica di trasmissione e della congruità dei dati;
- Analisi statistiche economiche delle attività assistenziali rese in regime di ricovero, ambulatoriale e in regime di attività libero professionale, a supporto delle attività di pianificazione strategica;
- Gestione dei flussi informativi regionali e ministeriali (EDOTTO, AGENAS, CUP-SGD, MEF);
- Controlli di appropriatezza secondo il modello regionale di analisi di appropriatezza organizzativa dei ricoveri ospedalieri (DGR 90/2019);
- Gestione procedura di controdeduzioni in mobilità extraregionale;
- Gestione delle procedure autorizzative per le abilitazioni prescrittive (ricettari SSN);
- Coordinamento delle attività del Sistema Informativo Regionale EDOTTO per il monitoraggio delle prestazioni di ricovero e ambulatoriali;
- Inoltre, fanno capo a tale Struttura le funzioni proprie del Sistema Cup Aziendale e del Sistema di Gestione dei ricoveri per i flussi che confluiscono nel portale regionale EDOTTO.

L'**Ufficio ALPI** si occupa in maniera trasversale della gestione dell'Attività Libero professionale Intramuraria (gestione e monitoraggio).

Il **RULA** (Responsabile Unico Aziendale Liste di Attese), ha funzioni di programmazione e monitoraggio del Piano delle Liste di attesa, vigilanza sulla appropriatezza della domanda e di analisi delle criticità inerenti all'applicazione del processo delle liste di attesa.

Il **CUP Manager** sovrintende le attività del CUP unico aziendale al quale affluiscono le prenotazioni ambulatoriali, con funzione organizzativa e di monitoraggio dei processi di prenotazione ed erogazione delle prestazioni sanitarie e di gestione dei sistemi informativi aziendali dedicati.

Il **SERVIZIO DELLE PROFESSIONI SANITARIE**, esercita funzioni di organizzazione e coordinamento del personale infermieristico, tecnico-sanitario, riabilitativo, della prevenzione. Il Servizio supporta la direzione e le strutture aziendali relativamente alle materie di propria competenza, e concorre alla gestione dell'azienda e alla formulazione delle decisioni strategiche, attraverso le conoscenze professionali e tecniche di cui dispone e le attività ed i processi di cui è titolare. Il SPS collabora con i Servizi Amministrativi

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E  
FUNZIONAMENTO

al fine di garantire i processi di natura amministrativa che sono interrelati con quelli caratteristici del Servizio.

**LA STRUTTURA C.OR.O BED-MANAGEMENT, PRESA IN CARICO E TEAM MULTIDICIPLINARI** svolge attività di accoglienza, orientamento e accompagnamento del paziente oncologico in tutto il percorso assistenziale. Il C.Or.O. dell'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" di Bari è una struttura operativa integrata nel Dipartimento Integrato Oncologico Barese (D.I.Onc. Barese). Il D.I.Onc. Barese è titolare della regia/coordinamento di tutte le attività oncologiche di area medica, chirurgica, territoriale e sociale che si svolgono nell'ambito territoriale della Provincia di Bari ha sede presso l'Istituto e comprende anche l'A.O.U. Policlinico Consorziato di Bari, la A.S.L. di Bari, l'IRCCS De Bellis di Castellana Grotte e l'Ente Ecclesiastico Miulli di Acquaviva delle Fonti. In perfetta coerenza con i compiti assegnati alle analoghe strutture di altri Ospedali ed Aziende Sanitarie, il C.Or.O. dell'Istituto assolve compiti di:

- informazione, accoglienza e presa in carico da garantire in tutto il percorso di cura;
- gestione medica della patologia oncologica sospetta e delle procedure per giungere alla diagnosi e/o completarla in maniera tempestiva;
- amministrativo – gestionali;
- di segnalazione e supporto;
- di comunicazione e divulgazione degli esiti.

Il C.Or.O. dell'Istituto si caratterizza pertanto per l'indirizzamento nell'assistenza:

- secondo gli standard regionali della Rete Oncologica Pugliese ai pazienti che il D.I.Onc. Barese segnala o che volontariamente pervengono alle Unità Oncologiche di Patologia;
- di più elevata qualificazione e specializzazione sia diagnostica che terapeutica che la stessa Rete Oncologica Pugliese affida al Centro di Riferimento (ad es. Diagnostica di Anatomia Patologica, Diagnostica Molecolare, Tumori rari, ecc.);
- mediante arruolamento nelle sperimentazioni secondo approcci innovativi nella diagnosi e terapia delle patologie tumorali ed onco-ematologiche.

La presa in carico del paziente non si esaurisce nel percorso di cura attivato all'interno della Struttura dell'ITB ma si protrae anche nell'individuazione di percorsi di assistenza esterni a garanzia del continuum di cura e dell'alleanza terapeutica medico/paziente.

Al fine di integrare le funzioni proprie del C.Or.O. con le attività clinico-assistenziali erogate dalle strutture ospedaliere viene istituita la funzione del **Bed Management** come strumento operativo per migliorare il patient flow.

Il Bed Management ha lo scopo di:

- assicurare il corretto setting di cure e assistenza
- centralizzare il controllo della risorsa posti letto
- sviluppare strategie per ottimizzare l'uso delle risorse logistiche, organizzative e di personale dedicate ai pazienti a maggior criticità/complessità.

Tale processo è regolato da un insieme di politiche, procedure e standard coerenti con l'allocazione delle dotazioni tra unità organizzative e attività cliniche e si integra con la rete assistenziale del territorio.

Il Bed Manager dovrà in particolare:

- gestire le problematiche relative ai ricoveri dei pazienti oncologici ed alla loro presa in carico ospedaliera;

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E  
FUNZIONAMENTO

- garantire la Riduzione dei tempi di attesa e dell'overcrowding (criticità assistenziali legate alla presenza contemporanea di un elevato numero di persone assistite in attesa del ricovero);
- gestire il percorso del paziente in ospedale con l'ausilio del personale medico ed infermieristico al fine di raggiungere il setting assistenziale adatto;
- gestire i flussi del paziente all'interno delle U.O.;
- provvedere al coordinamento della risorsa posto letto al fine di garantire un appropriato turn over dello stesso ed evitare ricoveri outliers;
- ottimizzare i percorsi di cura con una corretta logistica dei pazienti;
- garantire l'appropriatezza dell'uso dei posti letto per acuti e limitare il tasso di ricoveri inappropriati;
- implementare uno strumento di classificazione dei pazienti;
- implementare un protocollo interno allo scopo di programmare il percorso post dimissione del paziente.

La Struttura **C.Or.O**, coordina, mediante l'istituzione di apposite funzioni, le attività di screening di II e III livello come individuate dal Programma Regionale e Aziendale di Screening.

È inoltre sede del **Centro di studi Tumori eredo-familiari** che offre consulenze genetiche per predisposizione ereditaria e si occupa di rilevare l'eventuale presenza di alterazioni genetiche germinali per la valutazione del rischio familiare a cui corrisponde un percorso diagnostico preventivo dedicato.

**RISK MANAGEMENT E QUALITA'**

Tale struttura presiede le attività di sviluppo e gestione delle procedure relative al rischio clinico in ottemperanza alle disposizioni di cui alla Legge 24/2017, meglio nota come Legge Gelli-Bianco.

Fornisce supporto per la definizione, l'applicazione ed il monitoraggio continuo delle procedure aziendali in tema di rischio clinico; a tal fine coordina l'elaborazione di procedure aziendali implementando metodi e strumenti propri della materia.

In un'ottica di coinvolgimento trasversale supporta le strutture aziendali per l'applicazione ed il monitoraggio delle azioni di miglioramento e per lo sviluppo della qualità dei processi e delle procedure.

Supporta le funzioni relative al governo clinico, all'innovazione organizzativa, alla formazione ed alla ricerca. Utilizza sistemi di monitoraggio e audit interno che favoriscono la verifica, la revisione e l'aggiornamento dei processi, il controllo degli standard di sicurezza nell'ottica del miglioramento continuo della qualità dei servizi offerti dall'Istituto, anche in relazione all'utilizzo delle tecnologie sanitarie (in tale attività opera congiuntamente con i responsabili di Struttura).

Sviluppa, coordina e monitora il Piano aziendale del Rischio secondo gli indirizzi normativi nazionali e regionali.

**FARMACIA OSPEDALIERA E U.MA.C.A.**

La Struttura ha tra le sue principali funzioni la pianificazione, programmazione, controllo e coordinamento delle attività farmaceutiche relative all'assistenza farmaceutica, approvvigionamento e distribuzione di beni sanitari, farmacovigilanza e dispositivo-vigilanza, promozione dei valori di qualità ed appropriatezza clinica secondo i principi del governo clinico, preparazione di farmaci antitumorali, attività di informazione sull'uso e le caratteristiche dei farmaci e dei dispositivi medici. La Farmacia inoltre collabora alle attività di ricerca

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E  
FUNZIONAMENTO

clinica e ai percorsi relativi alla sperimentazione di farmaci e dispositivi medici. Nella U.Ma.C.A. allestisce i preparati a base di farmaci antitumorali, inclusi farmaci in sperimentazione clinica, verifica la qualità e la stabilità chimico-fisica dei preparati indipendentemente dai dati del produttore e supporta il personale infermieristico nelle fasi di somministrazione (durata, accessi venosi, reazioni avverse ai farmaci, ordine di infusione) e gestione dello stravasamento.

Inoltre, monitora l'appropriatezza prescrittiva, la spesa farmaceutica ospedaliera e dei dispositivi, trasmette la relazione periodica di cui alla l.r. 7/2022 ed effettua le verifiche delle giacenze di reparto e di magazzino, trasmettendo, all'esito, i relativi fabbisogni alla Struttura Patrimonio.

**SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE**

Tale Servizio si occupa delle attività di prevenzione e protezione ai sensi di quanto previsto dal D.Lgs n. 81/08 e s.m.i.. Collabora a tal fine con il Datore di Lavoro ai fini del monitoraggio e del miglioramento delle condizioni di salute e sicurezza in tutte le aree dell'Istituto. Per conto del Datore di Lavoro effettua l'analisi e la valutazione dei fattori di rischio presenti nei luoghi di lavoro per la sicurezza e la salute degli operatori. Elabora sulla base della valutazione dei rischi un piano di interventi per la prevenzione e la protezione degli operatori presenti in tutti i settori lavorativi. In tale attività collabora con il Servizio di Sorveglianza Sanitaria e con la struttura del Risk Management e qualità.

Si occupa d'implementare, di concerto con le Aree coinvolte, il sistema gestionale della sicurezza e informare e formare sui rischi tutto il personale. Gestisce i rapporti con l'Area Tecnica, l'Ingegneria Clinica e con il Risk Management per gli ambiti di competenza. Quanto elaborato dal Servizio di Prevenzione e Protezione viene assunto per l'adozione dei conseguenti provvedimenti di competenza.

**SERVIZIO DI SORVEGLIANZA SANITARIA**

Tale Servizio si occupa delle attività di prevenzione e protezione disciplinate dal D.Lgs n. 81/08 e s.m.i. per le materie di competenza. Il Servizio contribuisce al perseguimento della sicurezza e alla tutela dello stato di salute dei lavoratori dell'Istituto in relazione all'ambiente di lavoro, ai fattori di rischio professionale ed alle modalità di svolgimento dell'attività lavorativa. Collabora con il Servizio di Prevenzione e Protezione alla valutazione dei rischi e all'aggiornamento periodico.

**L'Area di Direzione Sanitaria di Presidio** coadiuva il Direttore Sanitario nelle sue funzioni, proprie e delegate, con particolare riferimento alle attività organizzative e igienico-sanitarie e include i seguenti Servizi.

- **Il Servizio Socio-assistenziale** svolge attività di aiuto, consulenza ed orientamento per gli utenti ed i loro familiari per affrontare le difficoltà legate alle diverse fasi della malattia (anche successive all'ospedalizzazione) e nella gestione di situazioni di particolare disagio sociale o per le quali si richieda un intervento socio-assistenziale. Gli interventi sono attuati anche tenendo conto del programma terapeutico volto ad una integrazione socio-sanitaria che permetta l'utilizzo di risorse personali e dei servizi (pubblici, privati, volontariato, hospice etc.). Opera di concerto con il C.Or.O. dell'Istituto per gli aspetti di propria competenza.
- **Il Servizio Nutrizionale** è orientato alla prevenzione e al trattamento della malnutrizione del paziente oncologico. Funge da riferimento per il ricoverato per gli aspetti relativi al vitto o per specifiche esigenze dietetiche. Nell'espletamento delle sue attività segue le principali linee guida nazionali e internazionali in materia.

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E  
FUNZIONAMENTO

- Il **Servizio di Psiconcologia** è finalizzato a gestire le complesse problematiche psicologiche ed emozionali che interessano la maggior parte dei pazienti promovendo la presa in carico delle problematiche comportamentali del paziente oncologico. In particolare, il Servizio si occupa:
  - della presa in carico del paziente oncologico ambulatoriale e degente che manifesta distress psicologico cancro-correlato;
  - del supporto psicologico delle famiglie mediante consulenza psicologica, percorsi di supporto e/o di psicoterapia.

Gli psicologi psicoterapeuti sono inoltre impegnati nelle attività del C.Or.O. (Centro di Orientamento Oncologico), dei Team multidisciplinari, in attività di formazione e di ricerca scientifica e di supporto e collaborazione con le Associazioni di volontariato del territorio.

Al Servizio fanno anche riferimento, per i tirocini curriculari post-laurea e per quelli di specializzazione, gli studenti di Università e scuole di specializzazione in psicoterapia. I professionisti del Servizio partecipano alla programmazione e realizzazione delle attività di psiconcologia promosse sul territorio regionale e nazionale dalla SIPO (Società italiana di Psiconcologia).
- Il **Servizio cure palliative e terapia del dolore** che eroga trattamenti rivolti a pazienti la cui malattia non risponde più a nessun intervento farmacologico o chirurgico. Le cure palliative mirano al controllo dei sintomi e del dolore mediante cure proporzionate e personalizzate, nel rispetto della dignità e della volontà del paziente.

Sono rivolte alle persone malate di qualsiasi età e non sono prerogativa della fase terminale della malattia; possono infatti affiancarsi alle terapie attive fin dalle fasi precoci della malattia cronico-degenerativa, controllando i sintomi e ponendosi a difesa e recupero della migliore qualità di vita possibile.

- **I Servizi Specialistici ambulatoriali** includono:
  - il Servizio di Medicina Fisica e Riabilitativa
  - il Servizio di Dermatologia
  - il Servizio di Neurologia
  - Il Servizio di Odontoiatria