

CENTRO
NEUROLESI
**BONINO
PULEJO**
IRCCS MESSINA

Regolamento di Organizzazione
e Funzionamento
giugno 2016

PREMESSA

TITOLO I – GLI ELEMENTI IDENTIFICATIVI DELL'IRCCS “CENTRO NEUROLESI BONINO PULEJO”

Articolo 1 (Ragione sociale, sede, riferimenti fiscali, logo, sito web e patrimonio)

Articolo 2 (Finanziamenti)

Articolo 3 (La Mission istituzionale)

Articolo 4 (L'attività di ricerca)

Articolo 5 (L'attività assistenziale)

TITOLO II - L'ISTITUTO E GLI INTERLOCUTORI ESTERNI

Articolo 6 (Relazioni con gli enti istituzionali e con la società civile)

Articolo 7 (La rete regionale dei servizi sanitari)

Articolo 8 (La collaborazione con le Università ed, in particolare, con l'Università di Messina)

TITOLO III – I PRINCIPI ISPIRATORI DELLA GESTIONE

Articolo 9 (L'unitarietà della gestione)

Articolo 10 (L'orientamento ai bisogni dell'utenza e il miglioramento dei processi clinico-assistenziali)

Articolo 11 (L'integrazione con la rete ospedaliera e territoriale)

Articolo 12 (Il governo clinico)

Articolo 13 (La ricerca traslazionale, l'innovazione gestionale e tecnologica)

Articolo 14 (La rilevanza delle risorse umane)

Articolo 15 (Le relazioni sindacali)

Articolo 16 (La responsabilizzazione gestionale)

Articolo 17 (La trasparenza e la semplificazione dell'azione amministrativa)

Articolo 18 (Le deleghe e i poteri)

TITOLO IV – L'ASSETTO ISTITUZIONALE

Capo I - Gli Organi dell'Istituto

Articolo 19 (Organi dell'I.R.C.C.S.)

Articolo 20 (Il Consiglio di Indirizzo e Verifica)

Articolo 21 (Il Direttore Generale)

Articolo 22 (Il Direttore Scientifico)

Articolo 23 (Il Collegio Sindacale)

Capo II - La Direzione Generale dell'Istituto

Articolo 24 (Il Direttore Generale)

Articolo 25 (Il Direttore Sanitario)

Articolo 26 (Il Direttore Amministrativo)

Capo III - Gli Organismi Collegiali

Articolo 27 (Il Collegio di Direzione)

Articolo 28 (Il Consiglio dei Sanitari)

Articolo 29 (Il Comitato tecnico scientifico)

Articolo 30 (Il Comitato Etico)

Articolo 31 - Organismo per il benessere animale

Articolo 31 (Il Comitato Consultivo)

Articolo 32 (I Collegi Tecnici)

TITOLO V – LA RICERCA

Articolo 33 (La ricerca)

Articolo 34 (Le sinergie tra Ricerca, Assistenza Clinica e Formazione)

Articolo 35 (Personale per la ricerca)

Articolo 36 (Il Dipartimento ricerca e innovazione tecnologica)

Articolo 37 (Le linee di ricerca)

Articolo 38 (L'integrazione tra ricerca, innovazione, didattica e formazione)

Articolo 39 (Regolamento di funzionamento della Ricerca Scientifica)

TITOLO VI - LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

Articolo 40 (Il modello organizzativo)

Articolo 41 (L'articolazione Dipartimentale)

Articolo 42 (Le Strutture Complesse)

Articolo 43 (Le Strutture semplici)

Articolo 44 (Gli incarichi professionali)

Articolo 45 (Le Funzioni di Staff)

Articolo 46 (La Struttura Tecnico Amministrativa)

Articolo 47 (L'organizzazione delle attività delle professioni)

Articolo 48 (Programmi e Gruppi di Progetto)

TITOLO VII - GLI INCARICHI DIRIGENZIALI E LE POSIZIONI ORGANIZZATIVE

Articolo 49 (Gli incarichi dirigenziali)

Articolo 50 (Le posizioni organizzative)

TITOLO VIII - I SISTEMI E GLI STRUMENTI DI GESTIONE E DI CONTROLLO

Articolo 51 (La pianificazione strategica)

Articolo 52 (La programmazione e controllo e i sistemi informativi di governo)

Articolo 53 (Sistema di budgeting)

Articolo 54 (Il sistema di valutazione permanente e verifica sul raggiungimento degli obiettivi)

Articolo 55 (L'Organismo Indipendente di Valutazione)

Articolo 56 (Vigilanza)

Articolo 57 (Le procedure di acquisto e la gestione degli appalti)

Articolo 58 (La gestione della qualità e del rischio clinico)

Articolo 59 (Le rilevazioni contabili)

Articolo 60 (Stato giuridico ed economico del personale e specifiche modalità di reclutamento personale)

Articolo 61 (Il controllo interno di regolarità amministrativa, contabile e gestionale)

Articolo 62 (La libera professione intramuraria)

TITOLO IX – NORME FINALI E DI RINVIO

Articolo 63 (Atti regolamentari)

Articolo 64 (Norma finale e di rinvio)

ALLEGATO

Struttura organizzativa e funzionigramma

PREMESSA

Il presente Regolamento di Organizzazione e Funzionamento, ed allegato Funzionigramma, viene adottato ai sensi e per gli effetti dell'articolo 7 della legge Regionale n.18 del 4 dicembre 2008, in conformità ai principi stabiliti dal decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288 e successive modifiche ed integrazioni, dall'Atto d'intesa dell'1 luglio 2004 "Organizzazione, gestione e funzionamento degli I.R.C.C.S. non trasformati in fondazioni" emanato dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano e pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana n. 173 del 26 luglio 2004, dalla L.R. n.5 del 14/04/2009 di riordino del SSR, e tenendo conto delle linee guida regionali di cui al D.A. dell'Assessorato alla Salute n. 0736/10 del 11/03/2010.

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

Il principio generale è quello di definire con chiarezza i livelli di responsabilità nell'allocazione e gestione delle risorse secondo criteri di efficacia, efficienza ed economicità e nel rispetto dell'autonomia clinica, perseguendo il miglioramento continuo delle prestazioni erogate e delle attività di ricerca.

Il modello operativo, cui l'Istituto fa riferimento, è quello della programmazione negoziata attraverso lo strumento di definizione degli obiettivi e verifica del raggiungimento degli stessi rappresentato dal processo di budget.

TITOLO I – ELEMENTI IDENTIFICATIVI DELL'IRCCS “CENTRO NEUROLESI BONINO PULEJO”

Articolo 1 (Ragione sociale, sede, riferimenti fiscali, logo, sito web e patrimonio)

1. L'IRCCS “Centro Neurolesi Bonino Pulejo”, di seguito denominato Istituto, è stato riconosciuto Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico dotato di personalità giuridica di Diritto Pubblico con D.M. 4 Marzo 2006, e denominato Istituto “Centro Neurolesi Bonino Pulejo” con D.M. del 4 Aprile 2006, ed è tuttora confermato in forza del superamento delle periodiche verifiche ministeriali.

2. L'Istituto costituisce ente a rilevanza nazionale, dotato di personalità giuridica di diritto pubblico con autonomia amministrativa, patrimoniale e contabile, il cui assetto istituzionale, organizzativo e gestionale è disciplinato dalla L.R. n.18 del 4 dicembre 2008 in attuazione del D.lgs. di riordino degli IRCCS n. 288/2003 e dalle altre leggi nazionali e regionali in materia di finanziamento, contabilità e organizzazione delle aziende sanitarie.

3. Le Sedi dell'Istituto sono a Messina, Via Provinciale Palermo – C.da Casazza, (sede Legale - P.I. 02733700831) e Presidio Ospedaliero Piemonte, Viale Europa.

Il Legale Rappresentante dell'Istituto è il Direttore Generale pro-tempore.

4. Il logo dell'Istituto è quello raffigurato in calce, declinato in verticale ed orizzontale:



Nessun altro Logo 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 a iniziative e progetti specifici che coinvolgono l'Istituto.

5. Il sito web dell'Istituto è: <https://www.irccsme.it>

6. Ai sensi dell'art. 7 della L. n.288/03, il patrimonio dell'Istituto è costituito da:

- a) i beni mobili e immobili di proprietà;
- b) i conferimenti degli eventuali partecipanti;
- c) i lasciti, le donazioni, le eredità e le erogazioni di qualsiasi genere, che siano accettati dagli Organi

competenti.

7. Per effetto di quanto previsto dall'art.8 della Legge Regionale n. 18/08, e fermo restando quanto disposto dagli articoli 7 e 10 del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288, al patrimonio, ai finanziamenti, alla gestione contabile e patrimoniale nonché all'attività contrattuale ed ai controlli dell'Istituto si applicano le norme statali e regionali vigenti in materia per le Aziende Sanitarie Regionali.

8. L'Istituto dispone del proprio patrimonio secondo il regime della proprietà privata, ferme restando le disposizioni di cui all'articolo 830, secondo comma, del codice civile.

9. A norma dell'articolo 5, comma 2, del D.Lgs. n.502/92 come modificato dal D.Lgs. n.229/1999, gli atti di trasferimento a terzi di diritti reali su immobili sono assoggettati a previa autorizzazione della Regione.

10. I beni mobili e immobili che l'Istituto utilizza per il perseguimento dei propri fini istituzionali costituiscono patrimonio indisponibile dell'Istituto, e sono soggetti alla disciplina dell'articolo 828, secondo comma, del codice civile.

11. L'Istituto riconosce la valenza strategica del patrimonio quale strumento di potenziamento e di qualificazione strutturale e tecnologica dell'offerta di servizio e, in questa prospettiva, si riserva iniziative di investimento anche mediante processi di alienazione del patrimonio da reddito e di trasferimento di diritti reali alle condizioni di cui ai commi precedenti.

12. L'Istituto organizza la propria struttura mediante centri di costo in grado di programmare e rendicontare la gestione economica, amministrativa e delle risorse umane e strumentali. Le disposizioni specifiche sull'attività contabile e finanziaria dell'Istituto sono contenute in appositi regolamenti adottati dal Direttore Generale, nel rispetto delle disposizioni normative vigenti e di quanto altresì previsto nel Titolo VIII del presente Regolamento ed allegato Funzionigramma.

Articolo 2 (Finanziamenti)

1. L'Istituto è finanziato in applicazione delle disposizioni nazionali e regionali nonché delle previsioni contenute negli eventuali atti di intesa fra Stato e Regione al fine del perseguimento dell'integrazione tra le politiche di assistenza sanitaria e di ricerca, mediante intese di programma pluriennali per stabilire:

- a) la programmazione degli obiettivi e dell'attività di ricerca e la relativa copertura finanziaria;
- b) l'attività di assistenza sanitaria coerente con la programmazione sanitaria regionale, funzionale all'attività di ricerca;
- c) il sistema tariffario e il correlato finanziamento dell'attività assistenziale che consideri la connessione tra ricerca e assistenza nell'attività svolta dall'Istituto;
- d) la programmazione degli investimenti e la relativa copertura finanziaria;
- e) ogni altro oggetto che, congiuntamente, le parti ritengano di sottoporre a intesa.

2. Costituiscono ricavi dell'Istituto:

-
- a) i proventi derivanti dall'esercizio delle attività istituzionali ed eventuali specifici finanziamenti pubblici e privati;
 - b) i frutti e le rendite generati dai beni non direttamente utilizzati per l'assolvimento delle finalità istituzionali;
 - c) i proventi derivanti dall'esercizio delle attività strumentali di cui all'articolo 3, comma 4, del presente Regolamento ed allegato Funzionigramma;
 - d) i lasciti, le donazioni, le eredità e le erogazioni di qualsiasi genere che siano accettati dagli organi competenti e non imputati a patrimonio.

3. È fatto divieto di utilizzare i finanziamenti destinati alla ricerca scientifica per fini diversi.

4. L'Istituto può inoltre beneficiare degli accordi promossi dalla Regione con le altre regioni nelle quali hanno sede gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, per il coordinamento dell'attività di ricerca corrente e finalizzata svolta dall'Istituto stesso, nonché la collaborazione con lo Stato.

5. L'esercizio finanziario ha inizio il 1° gennaio e termina il 31 dicembre di ciascun anno. Il bilancio deve essere certificato dagli organismi preposti (Collegio Sindacale, Società di Revisione).

Articolo 3 (La Mission istituzionale)

1. L'Istituto svolge la propria attività - che è incentrata sulla ricerca clinica traslazionale - nel campo delle "Neuroscienze nell'ambito della prevenzione, del recupero e trattamento delle gravi neurolesioni acquisite" sulla base di programmi annuali e pluriennali che pianificano l'attività di ricerca e di assistenza secondo un principio di stretto collegamento tra la Direzione Scientifica e la Direzione Generale, perseguendo secondo standard d'eccellenza condivisi con la direzione Sanitaria e la Direzione Amministrativa per una loro piena attuazione - finalità di ricerca nel campo biomedico ed in quello dell'organizzazione dei servizi sanitari, di innovazione nei modelli d'assistenza e di trasferimento delle conoscenze, unitamente a prestazioni di sanitarie di alto livello. In particolare, l'Istituto pianifica l'attività di ricerca coerentemente con il programma di ricerca sanitaria di cui all'art. 12-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e s.m.i. e con gli atti di programmazione regionale in materia, privilegiando i progetti eseguibili in rete e quelli sui quali possono aggregarsi più enti, anche al fine di evitare duplicazioni di attività e dispersione dei finanziamenti.

La Commissione di Valutazione del Ministero della Salute sulla sussistenza dei requisiti di cui all'art. 13 – comma 3 del D.lgs 288/2003 s.m.i. per la conferma del carattere scientifico dell'IRCCS Centro Neurolesi "Bonino-Pulejo", nel Verbale redatto in data 7 Luglio 2015, ha espressamente evidenziato l'opportunità, *"al fine di esprimere a pieno le potenzialità dell'Istituto"*, di *"un ampliamento dell'area di riconoscimento, non più limitata esclusivamente alle sole neurolesioni, ma con una mission estesa più in generale alle Neuroscienze, superando il limite relativo alla riabilitazione ed allargando il settore anche all'area delle acuzie"*.

In tale percorso la Regione Siciliana ha adottato la Legge 9 ottobre 2015, n. 24, recante *"Modifiche alla*

legge regionale 14 aprile 2009, n. 5. Accorpamento dell'ospedale Piemonte all'I.R.C.C.S. Centro Neurolesi «Bonino Pulejo» di Messina”, ed il successivo Decreto attuativo recante le linee guida per lo stesso accorpamento.

Con l’emanazione della citata normativa e del correlato Decreto, in sede di prima attuazione sono state assegnate all’Istituto le Unità Operative di Medicina interna e d’urgenza, Chirurgia Generale e d’urgenza, Cardiologia con UTIC, Ortopedia e Traumatologia, Rianimazione, Riabilitazione ed annesso Pronto Soccorso, **Patologia Clinica, Radiologia, Emoteca e Reparto Hanseniani.**

Ciò ha consentito, come auspicato dalla Commissione Ministeriale, un assoluto ampliamento e completamento della *mission* dell’Istituto che oggi si declina dal settore dell’emergenza urgenza per poi percorrere tutti i vari step necessari per giungere alle diverse fasi di riabilitazione, alla successiva fase di dimissioni protette, fino all’erogazione degli avviati servizi di teleassistenza domiciliare e di telemedicina.

2. I volumi e le tipologie dell’attività assistenziale sono definiti mediante appositi accordi con la Regione da stipularsi secondo le norme nazionali e regionali vigenti, tenendo conto delle peculiarità delle attività svolte dall’Istituto. Detti accordi costituiscono riferimento per l’attività di indirizzo e programmazione.

3. In particolare, l’Istituto persegue la propria Mission attraverso le seguenti azioni:

- agire in coerenza con la programmazione regionale e/o con gli atti di indirizzo e coordinamento generali emanati dalla Regione Siciliana e nel rispetto dei principi di informazione, concertazione e consultazione previsti dai contratti collettivi di lavoro sanità e dagli accordi collettivi di categoria;
- definire in modo chiaro, condiviso, adeguato ed efficiente gli assetti organizzativi, le responsabilità e i relativi contenuti anche alla luce della legge regionale n. 5 del 14 aprile 2009 “Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale”;
- gestire le risorse che gli sono affidate adottando criteri di efficacia, di efficienza ed equità favorendo la partecipazione degli operatori sanitari e delle persone nella definizione delle scelte e nella valutazione dei risultati;
- concorrere, in collaborazione con altri soggetti, istituzionali e non, per la promozione, il mantenimento e lo sviluppo dello stato di salute della propria popolazione di riferimento;
- definire il livello qualitativo e quantitativo dei propri servizi previo un continuo monitoraggio dei bisogni sanitari del territorio e degli utenti;
- modellare la propria attività a criteri di appropriatezza clinica e organizzativa;
- **integrare l’offerta sanitaria con lo sviluppo di percorsi assistenziali e di presa in carico dalla fase dell’emergenza in sinergia con le centrali operative 118 di riferimento territoriale fino alla fase di recupero e riabilitazione;**
- favorire la gestione integrata di attività socio-sanitarie attraverso reti di servizi socio-sanitari e di specifici percorsi clinico-assistenziali per la presa in carico di patologie croniche;

-
- coordinare l'attività di ricerca traslazionale con le prestazioni assistenziali assicurando l'applicazione diretta delle innovazioni su queste ultime;
 - definire e sviluppare interventi e programmi per la riduzione del rischio clinico;
 - promuovere lo sviluppo permanente di attività di formazione e di ricerca, integrate con gli interventi per la promozione della salute, indispensabili per garantire la costante innovazione del sistema.

4. L'Istituto potrà esercitare attività diverse da quelle istituzionali, purché compatibili con le finalità di cui al presente per le quali potrà 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 comunitaria. I proventi derivati dalle attività di cui al presente comma, devono essere destinati in misura prevalente all'attività di ricerca e di qualificazione del personale. In nessun caso eventuali perdite dei predetti soggetti possono essere poste a carico della gestione dell'Istituto.

Articolo 4 (L'attività di ricerca)

1. La ricerca traslazionale rappresenta l'elemento qualificante su cui è incentrata la missione dell'Istituto, come previsto dal D. Lgs. n.288/03, di riordino degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere scientifico.

2. Essa 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 dei particolari e prioritari obiettivi, biomedici e sanitari, individuati dal Piano Sanitario Regionale e dal Piano Sanitario Nazionale. Ulteriore impegno è previsto nell'elaborazione di indicatori di esito e nella valutazione del follow-up dei risultati ottenuti nell'ambito dell'attività di ricerca. Le linee su cui si basa l'attività di ricerca corrente dell'Istituto sono ridefinite ogni triennio 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 su commissione o sponsorizzate.

3. L'Istituto, può, ai sensi dell'art. 8 del D. Lgs. n. 288/03, attuare delle misure idonee di collegamento e sinergia con altre strutture di ricerca e di assistenza sanitaria, con l'Università, con istituti di riabilitazione, etc, avvalendosi, in particolare delle Reti di cui all'articolo 43 della legge 3 del 16 gennaio 2003, all'interno delle quali attuare comuni progetti di ricerca, praticare comuni protocolli di assistenza, operare la circolazione delle conoscenze con l'obiettivo di garantire al paziente le migliori condizioni assistenziali e le terapie più avanzate, nonché le ricerche pertinenti.

4. In linea con le strategie delineate a livello nazionale e regionale, l'Istituto si impegna anche ad una valutazione delle ricadute cliniche della ricerca sviluppata e ad individuare indicatori di outcome e metodologie di misurazione dei risultati conseguiti a distanza di tempo, derivanti dall'applicazione di

metodiche innovative in campo clinico, in costante coordinamento con le attività assistenziali prestate dal Centro.

5. L'Istituto è impegnato altresì nello sviluppo di progetti di ricerca a potenziale ricaduta industriale e trasferimento tecnologico dei risultati della stessa.

Articolo 5 (L'attività assistenziale)

1. Nell'ambito del Servizio sanitario regionale, per come delineato dalla legge regionale del 14 aprile 2009 n. 5 "Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale", nonché nei successivi atti della Regione Siciliana riguardanti l'organizzazione sanitaria fra i quali i Decreti dell'Assessorato della Salute sul "Riordino, rifunzionalizzazione e riconversione della rete ospedaliera e territoriale", "Le linee guida sulla riorganizzazione dell'attività territoriale" ed il "Piano Regionale della Riabilitazione" di cui al D.A. 26 ottobre 2012, l'Istituto assicura l'erogazione delle prestazioni essenziali ed appropriate, lo sviluppo dei sistemi di qualità, la massima accessibilità ai servizi delle persone, l'equità delle prestazioni, il raccordo istituzionale con gli Enti Locali, il collegamento con le altre organizzazioni sanitarie e di volontariato, nonché l'ottimizzazione e l'integrazione delle risorse e delle risposte assistenziali.

2. L'Istituto è orientato sia alla gestione delle patologie ad alta complessità attraverso l'utilizzo di un approccio multidisciplinare ed il coinvolgimento di tutti gli operatori, sia alla definizione ed applicazione di modelli ed apposite procedure volte al miglioramento dei percorsi diagnostico terapeutici, integrando tutte le attività con la ricerca effettuata all'interno dell'Istituto. A tal fine l'Istituto:

- **garantisce le prestazioni di emergenza urgenza attraverso la corretta gestione del Pronto Soccorso;**
- garantisce la salvaguardia della salute delle persone approntando direttamente servizi e prestazioni o acquisendo le prestazioni dalle Aziende Ospedaliere e dalle strutture accreditate, dando la dovuta importanza alle problematiche dei soggetti fragili e cronici;
- garantisce la prevenzione e la riabilitazione e la sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro promuovendo la salute dei lavoratori;
- garantisce altresì equità, solidarietà, riduzione delle disuguaglianze nell'accessibilità e fruibilità dei servizi per la salute, anche attraverso percorsi che limitino il ricorso inappropriato alla ospedalizzazione sviluppando la territorializzazione diffusa degli altri servizi e dei meccanismi che tendono, laddove possibile, alla domiciliarizzazione delle cure, alla facilitazione e allo snellimento dell'accesso amministrativo alle prestazioni.

3. L'Istituto organizza il livello quali-quantitativo dei propri servizi sulla base di un costante monitoraggio dei bisogni sanitari degli utenti, ponendo particolare attenzione alle determinanti socio economiche della salute e sviluppando un'azione capace di ridurre nel tempo le differenze che esse generano nello stato di salute della popolazione medesima; persegue obiettivi di promozione della salute

anche mediante azioni di educazione alla salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita, tutela della salute collettiva.

4. L'Istituto promuove la definizione e l'utilizzo di percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali come strumento di governo clinico e di continuità della presa in carico del paziente. I percorsi già ad oggi utilizzati sono stati prioritariamente individuati tenendo conto delle aree di assistenza distinte tra presa in carico delle gravi cerebro lesioni e riabilitazione. Appare imprescindibile un loro ulteriore sviluppo, accompagnato per la necessaria verifica, alla definizione d'indicatori di processo, risultato ed esito, capaci d'incentivare comportamenti professionali adeguati e di rendere conto delle attività svolte agli utenti e altri attori coinvolti.

5. Particolare importanza nel governo delle attività assistenziali avrà inoltre l'implementazione e/o la revisione delle Procedure/Istruzioni Operative dell'Istituto che delineeranno le linee di indirizzo dell'Istituto medesimo, nel rispetto dell'autonomia gestionale e decisionale della professione sanitaria, cui far riferimento per le attività oggetto della specifica Procedura/Istruzione Operativa.

TITOLO II - L'ISTITUTO E GLI INTERLOCUTORI ESTERNI

Articolo 6 (Relazioni con gli enti istituzionali e con la società civile)

1. L'Istituto in tutti i processi di pianificazione e gestione favorisce la collaborazione con le altre aziende sanitarie e i soggetti preposti direttamente o indirettamente alla tutela della salute delle persone a livello nazionale e internazionale. L'Istituto promuove lo scambio di informazioni e buone prassi con altre realtà e organismi nazionali e internazionali per costruire reti di collaborazione, e la partecipazione a progetti e bandi di ricerca multicentrici.

2. L'Istituto è orientato a sviluppare un modello sinergico di rete al fine di realizzare e sviluppare iniziative, progetti ed interventi volti all'ottimizzazione delle attività nell'ambito dei servizi Sanitari Regionali, attraverso il confronto dei piani di lavoro per l'individuazione dei diversi possibili livelli di collaborazione con altre aziende anche al fine di acquisire informazioni e valutazioni per la condivisione delle tecniche sanitarie in atto impiegate e per i processi sanitari utilizzati. Tale attività è anche finalizzata all'individuazione delle tecnologie e degli interventi sanitari, da affrontare in modo collaborativo, al fine di evitare eventuali duplicazioni, con l'implementazione e l'adozione a livello regionale, di interventi sanitari e tecnologie già esistenti a livello nazionale ed internazionale.

3. Coerentemente con i principi ispiratori che regolano i servizi alla persona da parte dell'Istituto, l'informazione e i processi partecipati con il coinvolgimento degli stakeholders e l'utilizzo di metodologie come il report sulla sostenibilità - con particolare riferimento alla trasparenza sugli impatti sanitari, sociali, ambientali ed economici - rappresentano un cardine dell'agire organizzativo

dell'Istituto.

4. L'Istituto promuove lo sviluppo delle attività legate alla comunicazione mediante scelte organizzative e strategiche che influiscono positivamente sulla visibilità e sull'immagine dell'Istituto e coinvolgono trasversalmente tutto il processo produttivo, anche attraverso azioni di comunicazione interna.
5. Possono collaborare con l'Istituto volontari e rappresentanti delle Associazioni di volontariato il cui accesso, all'interno della struttura, è disciplinato da un apposito Regolamento che stabilisce le modalità per assicurare una piena e responsabile presenza di tali soggetti all'interno dell'I.R.C.C.S. ed una loro attività coerente con l'obiettivo di contribuire a facilitare l'operatività dell'Istituto.
6. Presso l'Istituto è costituito, senza alcun onere aggiuntivo, il Comitato Consultivo di cui all'art. 9 comma 8 della legge regionale n.5/09, con le attribuzioni meglio specificate all'art. 31 del presente Regolamento ed allegato Funzionigramma.
7. Le Associazioni di Volontariato accreditate - firmatarie di un protocollo d'intesa - svolgono a titolo gratuito le proprie attività nell'ambito di programmi concordati, purché funzionali alle necessità ed agli obiettivi dell'Istituto.

Articolo 7 (La rete regionale dei servizi sanitari)

1. Nella propria attività assistenziale l'Istituto assume come riferimento le strategie, la programmazione, gli indirizzi e i vincoli definiti dalla Regione Siciliana. Il Servizio Sanitario Regionale costituisce un sistema unitario nell'ambito del quale si integrano in rete i servizi e le attività delle Aziende Sanitarie e dell'Istituto, come declinate dagli strumenti previsti dalla normativa e dagli atti di programmazione regionale.
2. L'Istituto individua nell'integrazione fra gli interventi di natura sociale e le attività sanitarie un valore primario ed un principio fondamentale di organizzazione e di funzionamento dei servizi nella convinzione che essa rappresenti un fattore fondamentale per la qualificazione dell'offerta.
3. Attraverso l'integrazione socio-sanitaria l'Istituto tende a realizzare:
 - una maggiore efficacia assistenziale, consentendo di rispondere a bisogni complessi attraverso processi assistenziali multiprofessionali e interdisciplinari, favorendo un uso più efficiente delle risorse umane mediante il superamento di settorialità, disuguaglianze, frammentazione di interventi o inutili ridondanze;
 - un approccio integrato, al fine di ridurre il disagio delle persone superando la logica delle prestazioni assicurate con figure singole, sanitarie o sociali, e favorendo, invece, una erogazione unitaria e coordinata a cura di équipes sociosanitarie che incidono sulla qualità della vita e supportano l'effettiva fruibilità dei servizi;
 - condizioni operative unitarie fra figure professionali diverse, sanitarie e sociali, sia in area pubblica che provenienti dal terzo settore, per la unicità gestionale dei fattori organizzativi e delle risorse per la

produzione dei servizi sociosanitari, la regolazione del funzionamento delle reti socio-sanitarie nelle loro diverse afferenze e il raggiungimento della massima efficacia nell'affrontare bisogni di natura multiproblematica.

4. Sulla base degli indirizzi definiti dagli atti di programmazione regionale, l'Istituto opera in rete con le altre aziende sanitarie al fine di garantire, anche attraverso il sistema telematico, il collegamento e il coordinamento delle funzioni socio-sanitarie ed assistenziali per assicurare all'utente l'appropriatezza dell'intero percorso di accoglienza, presa in carico, cura e dimissione, anche protetta.

Articolo 8 (La collaborazione con le Università ed in particolare, con l'Università di Messina)

1. Quale ulteriore sede in cui si realizza la collaborazione tra Regione e Università degli Studi di Messina per le attività di ricerca e di didattica e della creazione di percorsi integrati in specifici settori, l'Istituto promuove l'integrazione tra le attività assistenziali e di ricerca e le funzioni di didattica, nell'ambito della programmazione sanitaria, così come definita a livello regionale e nazionale.

2. I rapporti sono regolati da specifica Convenzione, avente ad oggetto, nel rispetto di quanto stabilito dai protocolli di intesa tra la Regione e le Università regionali, le forme di integrazione delle attività assistenziali e di ricerca con le funzioni di didattica.

3. L'accordo attuativo disciplina in particolare l'organizzazione e il funzionamento dei rapporti tra l'Università e l'Istituto con particolare riferimento all'individuazione delle strutture essenziali per la didattica, la disciplina del personale universitario, la partecipazione del personale del SSN all'attività di didattica pre e post laurea.

4. L'Istituto persegue analoghe modalità di collaborazione anche con altre Università e Enti di Ricerca in tema di alta formazione e ricerca scientifica.

5. Tali collaborazioni sono regolate da specifiche "Convenzioni" basate sullo schema tipo di convenzione approvato dal Direttore Generale e dal Direttore Scientifico, che recepisce le direttive stabilite dal Ministero della Salute in ambito di collaborazioni scientifiche tra gli IRCCS e altri Enti di Ricerca.

TITOLO III – I PRINCIPI ISPIRATORI DELLA GESTIONE

Articolo 9 (L'unitarietà della gestione)

1. L'Istituto impronta la propria gestione in maniera unitaria, in quanto legata alle finalità e agli obiettivi di ricerca ed assistenziali che intende perseguire, e si articola in ambiti e funzioni distinti tra loro interrelati e integrati al fine di definire la programmazione, organizzare le attività, realizzare le azioni previste e verificare i risultati raggiunti.

2. La gestione delle attività si attua attraverso l'assetto organizzativo. In considerazione dei continui mutamenti del contesto ambientale ed epidemiologico in cui opera, delle risorse tecnologiche e degli altri fattori di trasformazione, l'Istituto modifica il suo assetto organizzativo, adattandolo anche rispetto ai cambiamenti intervenuti, nel tempo, nelle finalità e negli obiettivi da perseguire. L'organizzazione, comunque, rimane strettamente correlata alle risorse finanziarie ed umane di cui l'Istituto dispone e può disporre secondo le normative vigenti.

3. La gestione dell'Istituto si ispira ai seguenti principi fondamentali:

- la flessibilità organizzativa attraverso l'individuazione di entità organizzative temporanee o permanenti, generate dall'aggregazione di risorse provenienti dalle strutture organizzative dell'Istituto, con il compito di realizzare piani o programmi specifici dell'Istituto, di affrontare sistematicamente problematiche afferenti a gruppi omogenei di utenti individuati per problemi di salute o per altre caratteristiche del target e, infine, per affrontare criticità dell'Istituto anche di carattere contingente;
- l'integrazione intesa quale raccordo sistematico tra le numerose articolazioni dell'Istituto, e tra soggetti che si occupano del complessivo processo di ricerca traslazionale e di assistenza sanitaria;
- il decentramento inteso come allocazione delle decisioni e delle conseguenti responsabilità nella sede più prossima a quella in cui si registrano in concreto le conseguenze della decisione stessa;
- la distinzione tra funzioni di pianificazione strategica poste in capo alla Direzione Generale, le funzioni di ricerca, poste in capo alla Direzione Scientifica, e la responsabilità gestionale sulla produzione di competenza dei vari livelli organizzativi;
- la chiarezza, ossia la precisa definizione delle finalità della tecnostruttura, delle funzioni di supporto e della linea produttiva, condizioni necessarie per una piena responsabilizzazione verso i risultati da ottenere;
- l'orientamento al dinamismo inteso come promozione e sviluppo della flessibilità, dell'innovatività, della creatività e della gestione del cambiamento organizzativo;
- l'economicità intesa come ricerca delle soluzioni in grado di minimizzare i costi di produzione e di coordinamento dell'organizzazione. La ricerca dell'economicità si concretizza anche attraverso l'individuazione di soluzioni organizzative capaci di rendere condivise, tra più articolazioni dell'Istituto, le risorse strutturali e il patrimonio tecnologico e professionale dell'Istituto e nella realizzazione di soluzioni improntate ad un principio di essenzialità e non ridondanza, in una visione che abbia a riferimento la massima integrazione tra risorse umane e tecnologiche utilizzate nell'ambito della ricerca e quelle utilizzate nell'ambito dell'assistenza;
- la trasparenza, intesa come rappresentazione chiara di tutti gli accadimenti e l'accessibilità della documentazione per i soggetti legittimati dalla legge.

Articolo 10 (L'orientamento ai bisogni dell'utenza e il miglioramento dei processi clinico-assistenziali)

1. Obiettivo prioritario dell'Istituto è quello di orientare i propri servizi al soddisfacimento dei bisogni dell'utenza. Questi si configurano già nella fase che precede l'instaurazione del rapporto diretto clinico-assistenziale e possono essere individuati in un'informazione esaustiva e chiara sulle sedi e modalità di erogazione delle prestazioni, in un accesso semplificato ai servizi sanitari ed una fruizione degli stessi con tempi di attesa contenuti.
2. Il miglioramento della fase successiva, quella propriamente clinico-assistenziale, si fonda poi soprattutto sulla revisione continua dei processi diagnostico-terapeutici effettuata sulla scorta delle evidenze della letteratura scientifica in modo da assicurare i migliori possibili risultati di salute.
3. L'Istituto garantisce, inoltre, il diritto delle persone ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore ai sensi della l. n.38 del 15/03/2010.

Articolo 11 (L'integrazione con la rete ospedaliera e territoriale)

1. L'integrazione tra l'Istituto e la rete ospedaliera e territoriale si attua attraverso attività concordate e condivise tra i diversi interlocutori presenti nell'ambito territoriale di afferenza, in primo luogo la ASP di Messina. L'obiettivo è sintetizzabile nell'organizzazione di un sistema a rete, all'interno del quale individuare processi assistenziali integrati e coerenti con la politica sanitaria regionale, che superino le impostazioni verticali monodisciplinari per assumere quella dei processi trasversali funzionali, privilegiando sempre la mobilità nella rete delle risorse rispetto a quella dei pazienti, considerazione questa assolutamente necessaria per l'Istituto tenendo conto della tipologia prevalente di assistiti.
2. L'Istituto, attraverso l'integrazione con la rete ospedaliera e territoriale assicura:
 - la multidisciplinarietà delle diverse fasi del percorso clinico-assistenziale e riabilitativo compresa l'attività di prevenzione, il trattamento della cronicità e delle patologie a lungo decorso, la personalizzazione dell'assistenza primaria, farmaceutica e specialistica, nonché la continuità assistenziale;
 - l'ottimizzazione del criterio dell'appropriatezza e della spesa sanitaria con riduzione dei ricoveri impropri;
 - la riduzione delle liste d'attesa;
 - le dimissioni protette per pazienti ricoverati e dimessi con problemi di autosufficienza, da inserire nel circuito delle cure domiciliari o, ove necessario, residenziali;
 - le dimissioni "facilitate", in particolare dei pazienti cronici e dei pazienti post-acuzie con patologie severe, attraverso il collegamento pre dimissione con la rete territoriale di assistenza di riferimento del paziente.
3. Lo strumento prioritario per l'integrazione Istituto - territorio è rappresentato dalla definizione dei

percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali ai fini della continuità assistenziale.

Articolo 12 (Il governo clinico)

1. Il Governo Clinico rappresenta una strategia mediante la quale l'Istituto sanitario si rende responsabile del miglioramento continuo della qualità dei servizi e del raggiungimento-mantenimento di elevati standard assistenziali, stimolando la creazione di un ambiente che favorisca l'eccellenza professionale.
2. L'Istituto persegue l'obiettivo istituzionale di tutela della salute sulla base dei principi di appropriatezza, di qualità e di sicurezza delle prestazioni erogate garantendo la sostenibilità economica della propria azione e tutti i soggetti appartenenti all'Istituto sono chiamati a definire delle priorità di azione rispetto al soddisfacimento dei bisogni di salute nei limiti delle compatibilità economiche definite.
3. Nel quadro di detti principi, l'Istituto enfatizza, quindi, un modello di responsabilizzazione diffusa attraverso l'implementazione di un sistema di governo clinico che rappresenta l'approccio fondamentale allo sviluppo, alla gestione e alla valutazione della qualità complessiva dei servizi offerti. L'Istituto, coerentemente con tale impostazione, adotta azioni volte alla riduzione/controllo del rischio assistenziale e alla diffusione di buone pratiche cliniche ed assistenziali, perseguendo il continuo miglioramento delle condizioni di sicurezza del cittadino e favorendo la partecipazione degli operatori all'elaborazione delle strategie gestionali, all'organizzazione e gestione del sistema qualità dei servizi e dell'appropriatezza delle prestazioni. Adotta, inoltre, concreti provvedimenti atti a favorire il tempestivo trasferimento dell'attività di ricerca nella pratica clinica.

Articolo 13 (La ricerca traslazionale, l'innovazione gestionale e tecnologica)

1. L'Istituto riconosce il tema del governo della ricerca traslazionale e dei processi di adozione e valutazione delle innovazioni come parte fondamentale dell'esercizio del governo clinico e fissa, tra gli obiettivi prioritari, la massima integrazione tra l'attività di ricerca sperimentale e la pratica clinica al fine di migliorare la qualità dell'assistenza ai pazienti, lo sviluppo di nuovi approcci diagnostici e terapeutici, migliorare la capacità di recepire le innovazioni tecnologiche di provata efficacia, analizzandone il possibile impatto e sostenendo l'innovazione organizzativa come l'espressione della capacità di capire le trasformazioni del contesto e anticiparne ove possibile le necessità.

Articolo 14 (La rilevanza delle risorse umane)

1. Le risorse umane che lavorano nell'Istituto rappresentano l'elemento fondamentale e distintivo del suo patrimonio. L'Istituto s'impegna costantemente ad offrire un contesto organizzativo capace di riconoscere, utilizzare, ricompensare e valorizzare adeguatamente le competenze e le potenzialità dei

propri collaboratori. Al contempo chiede loro un contributo leale, pieno e responsabile nel perseguimento della Missione dell'Istituto, un'assunzione delle responsabilità connesse al proprio ruolo, un impegno costante per migliorare i propri livelli di professionalità e la qualità dei contributi offerti dall'Istituto. L'Istituto considera l'organizzazione dei turni di lavoro funzionale ad offrire le prestazioni nel modo migliore per soddisfare le esigenze degli utenti e minimizzare i costi sociali.

2. L'Istituto mira ad acquisire la collaborazione di professionisti e operatori fortemente qualificati e a sviluppare le capacità delle risorse umane per mettere a disposizione della persona un sistema di competenze in grado di tutelare al meglio i diritti e bisogni di benessere della persona.

3. L'Istituto, riconoscendo il significato strategico e di valore delle risorse professionali preposte sia alla ricerca che all'assistenza, oltre che promuovere e tutelare forme di valorizzazione del proprio personale favorendo la partecipazione consultiva, propositiva e decisionale negli ambiti di competenza riconosciuta, favorisce la predisposizione di indagini periodiche sul clima organizzativo in tutte le sue configurazioni al fine di valutare la soddisfazione professionale e predisporre forme di aggiornamento e formazione più consone alle esigenze di gratificazione dei suoi operatori. È prevista inoltre la valutazione sulla base di parametri scientifici analoghi a quelli utilizzati da altri Enti di valutazione (p.es. ANVUR) dell'attività del personale addetto ad attività assistenziali che viene coinvolto nella Ricerca, vista la priorità della stessa ed i risvolti anche economici e di fund-raising (ricerca corrente, ricerca finalizzata, 5x1000 etc.) che tale attività ha in ragione della connessione con la totalità delle attività assistenziali erogate dall'Istituto. A tal fine il processo di valorizzazione del personale ed il suo coinvolgimento nelle attività di Ricerca si sviluppa nel rispetto della normativa del D.Lgs. 502/92 e s.m.i., della normativa regionale, dei CC.CC.NN.LL., del Decreto Legislativo n.150/2009 (Riforma Brunetta) e riguarda tutte le componenti professionali operanti nell'Istituto, si concretizza mediante progetti e programmi specifici definiti dall'Istituto e realizzati prioritariamente all'interno della stessa, valutando il ricorso a forme di incentivazione economica a valere di risorse finanziate o dedicate in favore del personale dell'area assistenziale che fattivamente collabora allo sviluppo di attività di ricerca.

Articolo 15 (Le relazioni sindacali)

1. Il sistema delle relazioni sindacali è strutturato in modo funzionale all'obiettivo di contemperare l'interesse al miglioramento delle condizioni di lavoro, alla crescita professionale dei dipendenti e alla valorizzazione delle singole professionalità con l'esigenza dell'Istituto di incrementare e mantenere elevate l'efficacia e l'efficienza dei servizi erogati alla collettività.

2. L'Istituto si atterrà a quanto previsto dalle leggi in materia e stabilisce un sistema di relazioni sindacali che si articola su modelli relazionali specifici, tra i quali la contrattazione collettiva integrativa, la concertazione, la consultazione e l'informazione che rappresentano gli istituti attraverso cui si realizzano i principi della partecipazione, della trasparenza e della correttezza dei comportamenti.

Articolo 16 (La responsabilizzazione gestionale)

1. Alle strutture organizzative dell'Istituto sono preposti dirigenti a cui vengono assegnate le relative aree di responsabilizzazione gestionale e le corrispondenti funzioni dirigenziali.
2. Costituisce compito della dirigenza l'attuazione degli obiettivi e dei programmi stabiliti dalla Direzione Generale dell'Istituto, dalla Direzione Scientifica e dal Consiglio di Indirizzo e Verifica, e la formulazione di proposte nei confronti dei superiori livelli direzionali.
3. Spetta in particolare ai dirigenti lo svolgimento delle seguenti funzioni o attività:
 - a) direzione, coordinamento, organizzazione e gestione delle strutture organizzative professionali o funzionali cui siano preposti e predisposizione dei programmi di lavoro delle strutture medesime, secondo i principi di flessibilità ai fini del conseguimento degli obiettivi programmati attraverso l'uso razionale delle risorse;
 - b) svolgimento di attività di elaborazione, consulenza, studio o ricerca ovvero di funzioni ispettive e di controllo ovvero, ancora, svolgimento di attività di natura tecnico professionale;
 - c) responsabilizzazione del personale ai fini del raggiungimento dei risultati ed adozione degli atti datoriali di gestione organizzativa del personale che non comportano modifiche di posizione funzionale dello stesso;
 - d) armonizzazione degli orari di servizio per il miglior soddisfacimento delle esigenze dell'utenza;
 - e) controllo dell'insieme delle attività delle strutture organizzative cui sono preposti ai fini della valutazione dei risultati conseguiti;
 - f) partecipazione alle procedure informative nonché di verifica e controllo delle prestazioni e della gestione.

Articolo 17 (La trasparenza e la semplificazione dell'azione amministrativa)

1. L'attività amministrativa dell'Istituto, in ottemperanza alle vigenti disposizioni di legge nazionali e regionali in materia di trasparenza e semplificazione amministrativa (L. n.241/90 e s.m.i.), si conforma ai criteri e principi di cui al D.Lgs. 14 marzo 2013 n. 33 (Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni) e della Legge 6 novembre 2012 n. 190 (Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione). E' obbligo dell'IRCCS dotarsi di un Codice Etico comportamentale.

Articolo 18 (Le deleghe e i poteri)

1. Il Direttore Generale può delegare con riferimento ad ambiti settoriali di attività, ovvero all'adozione di singoli atti di diritto privato o di diritto pubblico le proprie funzioni al Direttore Scientifico, al

Direttore Amministrativo, al Direttore Sanitario, nonché ai Responsabili delle articolazioni complesse sanitarie ed amministrative.

2. La delega relativa all'attività sia di diritto pubblico che di diritto privato è conferita per iscritto nei modi e nelle forme rapportate alla tipologia di attività delegata e di essa deve darsi idonea pubblicità mediante pubblicazione in copia conforme nell'Albo dell'Istituto.

3. La revoca delle deleghe conferite deve aver luogo nelle stesse forme seguite per il loro conferimento, dovendosi quindi osservare anche le identiche modalità di adozione, pubblicazione e conservazione degli atti.

4. 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. Nel caso di inerzia del soggetto delegato il Direttore Generale può adottare direttamente l'atto di diritto privato o il provvedimento ovvero delegarne ulteriormente l'adozione ad altro incaricato, previa comunicazione al delegato rimasto inerte e fatti salvi gli ulteriori provvedimenti conseguenti.

5. 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. In ogni caso il Direttore Generale, si riserva la facoltà di recesso, ai sensi dell'art. 1373 c.c., nei contratti conclusi dal delegato.

6. Nell'esercizio della funzione tecnico-amministrativa di cui al combinato disposto dal comma 2 dell'art.4 e dall'art.17 del D. Lgs. N.165/01 e, come tali, ai Responsabili delegati, spetta ogni potere di firma tutti su tutti i provvedimenti afferenti le dirette competenze istituzionalmente assegnate a rilevanza interna ed esterna.

7. L'attività delegata non è soggetta a controllo preventivo e diventa esecutiva nelle forme di legge.

8. I Dirigenti sono responsabili del risultato dell'attività svolta dagli uffici ai quali sono preposti, della realizzazione dei programmi e dei progetti loro affidati in relazione agli obiettivi, dei rendimenti e dei risultati della gestione finanziaria, tecnica ed amministrativa, incluse le decisioni organizzative e di gestione del personale.

9. Gli atti del Direttore Scientifico, del Direttore Amministrativo, del Direttore Sanitario, e degli altri Dirigenti aventi titolo alla delega si distinguono in atti delegati ed atti di propria competenza.

10. Tali atti debbono risultare improntati al rispetto dei seguenti principi:

- rispetto della normativa generale e specifica;
- rispetto degli obiettivi generali dell'Istituto;

-
- rispetto della trasparenza, esaustività e chiarezza espositiva, motivazione e decisione;
 - rispetto dei limiti di compatibilità finanziaria e dei criteri di armonizzazione, coerenza e coordinazione nel caso di adempimenti integrati con altre articolazioni organizzative;
 - rapidità delle procedure e comunque rispetto dei termini previsti dalla legge per la conclusione dei procedimenti e per l'assunzione delle decisioni;
 - coinvolgimento e responsabilizzazione degli operatori;
 - valorizzazione dei momenti di comunicazione/informazione nei confronti dei destinatari dei provvedimenti e degli operatori interessati all'adozione degli stessi;
 - individuazione del responsabile del procedimento;
 - massima attenzione alla razionalizzazione e contenimento delle spese ed alla corretta ed economica gestione di tutte le risorse e, per quanto riguarda l'acquisizione di beni e servizi;
 - continuo raccordo e collaborazione con il competente settore amministrativo, al fine di una costante verifica dei prezzi rapportata alle condizioni del mercato.

11. Gli atti di cui al comma 10, che vengono assunti su precisa delega del Direttore Generale e che assumono la dizione di Determinazione - atto delegato - pur essendo ispirati alla libertà della forma e quindi assunti in forma scritta svincolata da schemi prefissati devono:

- a) essere datati e numerati progressivamente e riportati, quanto ad estremi ed oggetto, in un apposito registro da tenersi presso ogni struttura delegata;
- b) essere pubblicati per quindici giorni consecutivi a far data, di norma, dal primo giorno festivo successivo alla sottoscrizione;
- c) essere immediatamente esecutivi;
- d) essere sottoscritti dal Dirigente della Struttura e dall'unità di supporto amministrativo assegnata alla struttura;

12. 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.

13. Le determinazioni dirigenziali vengono assunte in forma scritta svincolata da schemi prefissati e comunque nel rispetto delle norme procedurali in materia ed, in particolare, di quanto previsto dalle Leggi n.241/1990 e s.m.i. e L.R. n.10/91 e s.m.i..

TITOLO IV – L'ASSETTO ISTITUZIONALE

Capo I - Gli Organi dell'Istituto

Articolo 19 (Organi dell'I.R.C.C.S.)

1. Sono organi dell'Istituto, ai sensi della L.R. 18 del 2008:

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

Articolo 20 (Il Consiglio di Indirizzo e Verifica)

1. Il Consiglio di Indirizzo e Verifica è composto da cinque componenti nominati con decreto del Presidente della Regione e scelti tra soggetti di provata competenza ed onorabilità, di cui due designati dal Presidente della Regione su proposta dell'Assessore Reg.le per la Sanità, due designati dal Ministro della Salute ed uno, con funzioni di presidente, designato dal Ministro della Salute, d'intesa con il Presidente della Regione. Il Presidente del Consiglio di Indirizzo e Verifica può nominare tra i consiglieri un vicepresidente cui conferire specifiche deleghe.

2. Il Consiglio di Indirizzo e Verifica dura in carica cinque anni, salvo revoca per giusta causa ed i suoi componenti possono essere rinominati. Qualora nel corso del mandato venga a cessare per qualsiasi motivo un componente, il soggetto che lo aveva nominato provvederà senza indugio alla sua sostituzione con altro soggetto per il residuo periodo del mandato degli altri consiglieri in carica.

3., Il Consiglio di Indirizzo e Verifica ha il compito di:

- a) definire gli indirizzi strategici dell'Istituto, approvare i programmi annuali e pluriennali di attività e verificarne l'attuazione;
- b) esprimere parere preventivo obbligatorio al Direttore Generale sul bilancio preventivo e il bilancio di esercizio, sulle modifiche al Regolamento di Organizzazione e Funzionamento ed allegato Funzionigramma, sugli atti di alienazione del patrimonio e sui provvedimenti in materia di costituzione o partecipazione a società, consorzi, altri enti ed associazioni;
- c) svolgere le funzioni di verifica sulle attività dell'Istituto e sui risultati raggiunti rispetto agli indirizzi ed agli obiettivi predeterminati.

4. Il Consiglio di Indirizzo e Verifica esprime il proprio parere entro quarantacinque giorni dalla richiesta; in caso di silenzio, il parere si intende positivo.

5. Il Presidente del Consiglio di Indirizzo e Verifica cura, per quanto di competenza, le relazioni con enti, istituzioni, imprese pubbliche e private ed altri organismi, anche al fine di instaurare rapporti di collaborazione e sostegno delle iniziative dell'Istituto.

6. 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.

7. Il Consiglio di Indirizzo e Verifica si riunisce almeno una volta al mese, nonché ogni qualvolta se ne ravvisi l'opportunità o ad istanza di almeno uno dei suoi componenti. Le riunioni del Consiglio sono di norma tenute presso la sede dell'Istituto. 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. È richiesta la maggioranza di due terzi dei componenti del consiglio per ogni modificazione del livello e delle tipologie di servizi sanitari erogati in regime di accreditamento e per l'approvazione delle modifiche al Regolamento di Organizzazione e Funzionamento ed allegato Funzionigramma.

8. Alle riunioni del Consiglio partecipano, senza diritto di voto, il Direttore Generale, il Direttore Scientifico ed i componenti del collegio sindacale; possono altresì partecipare, senza diritto di voto, i soggetti di volta in volta invitati dal consiglio stesso.

9. L'incarico di componente del Consiglio di Indirizzo e Verifica prevede oltre, alle spese di viaggio, vitto e alloggio effettivamente sostenute e documentate nello svolgimento dell'incarico medesimo, che verranno rimborsate in misura pari a quella stabilita per i Dirigenti Generali dello Stato di livello C, un gettone di presenza quantificato in base a quanto previsto dalle normative vigenti.

Articolo 21 (Il Direttore Generale)

1. Il Direttore Generale è il Legale Rappresentante dell'Istituto ed è responsabile della gestione complessiva che si esercita attraverso la definizione dei programmi e degli obiettivi da attuare, nonché attraverso la verifica della rispondenza dei risultati di attività e di gestione rispetto agli indirizzi impartiti. Il Direttore generale si rapporta con il Direttore Scientifico al fine dell'ottimale integrazione dell'attività assistenziale e di formazione con l'attività scientifica, con particolare riguardo alla definizione degli obiettivi di dipartimento e di struttura, alla definizione di strutture, funzioni e posizioni ed alla valutazione dei dirigenti.

2. Il Direttore Generale esercita le funzioni direttamente o mediante delega secondo le modalità e nelle forme indicate nel presente Regolamento di Organizzazione e Funzionamento ed allegato Funzionigramma. Il Direttore Generale, altresì, esercita le proprie funzioni con atti di diritto privato o, nei casi previsti dalla legge, attraverso l'adozione di provvedimenti amministrativi. Tutti gli atti, contestualmente all'affissione all'albo, sono inviati in copia al Collegio Sindacale.

3. Gli atti di diritto privato sono retti dal principio della libertà di forma, nei limiti previsti dal codice civile, ed in particolare non richiedono motivazione, salvo che questa non sia prevista da specifiche disposizioni.

4. L'adozione degli atti amministrativi che costituiscono esplicazione di funzioni di governo dell'Istituto, ovvero di rilevante attività gestionale, sono riservati al Direttore Generale, che vi provvede mediante deliberazione, motivando i provvedimenti assunti in difformità dai pareri motivati rispettivamente resi dal Direttore Scientifico, dal Direttore Sanitario, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario.

5. Il Direttore Generale assicura la coerenza degli atti di gestione con gli indirizzi ed i programmi

stabiliti dal Consiglio di Indirizzo e Verifica e con la programmazione nazionale e regionale in materia di ricerca e di assistenza sanitaria. A tal fine, il Direttore Generale presenta periodicamente al Consiglio di Indirizzo e Verifica una relazione sulla gestione dell'Istituto.

6. Rientra fra le competenze del Direttore Generale l'adozione dei seguenti atti:

- a) l'adozione del Regolamento di Organizzazione e Funzionamento ed allegato Funzionigramma;
- b) la nomina del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario, nonché eventuale revoca, nel rispetto di quanto stabilito dall'articolo 3 bis, comma 8, del D. Lgs. 502/92 come modificato dal D. Lgs. 229/99. Fino all'emanazione delle disposizioni regionali di cui alla predetta normativa, il provvedimento di revoca può essere adottato nella ricorrenza di motivi idonei a determinare il venir meno del rapporto fiduciario;
- c) l'adozione di tutti gli atti relativi ai piani strategici pluriennali ed ai piani programmatici annuali di attività;
- d) l'adozione di tutti gli atti riguardanti la definizione di obiettivi, priorità, piani, programmi e direttive generali per l'azione amministrativa;
- e) l'adozione di tutti gli atti relativi alla programmazione economico-finanziaria e di bilancio, compresi quelli relativi alla gestione attraverso la metodologia della negoziazione per budget;
- f) l'attribuzione al Direttore Scientifico del budget per l'attività scientifica, la cui entità non può essere inferiore ai finanziamenti destinati all'Istituto per l'attività di ricerca e, complessivamente, all'ammontare dei conferimenti specificatamente destinati all'Istituto, in ragione del carattere scientifico dell'Istituto medesimo;
- g) l'attribuzione del budget ai responsabili delle Strutture operative dell'Istituto e sorvegliarne il monitoraggio e le verifiche;
- h) l'individuazione delle risorse umane, materiali ed economico-finanziarie da destinare alle diverse finalità e la loro ripartizione tra le strutture complesse;
- i) l'adozione dei provvedimenti di indizione e di approvazione degli atti di gara riguardanti l'acquisizione di beni, appalti di lavori e servizi per importi superiori alla c.d. soglia comunitaria;
- j) l'adozione di tutti gli atti aventi come oggetto la determinazione di tariffe, canoni ed analoghi oneri a carico di terzi;
- k) atti di conferimento di incarico, su designazione espressa dagli Organi Nazionali competenti:
 - del Direttore Scientifico;
 - dei componenti del Collegio Sindacale;
 - dei componenti del Consiglio di Indirizzo e Verifica;
- l) gli atti di nomina, di designazione, di sospensione, di decadenza riservati da specifiche disposizioni alla competenza del Direttore Generale;
- m) gli atti relativi al personale, concernenti:

-
- la nomina dei Direttori di Dipartimento, dei Direttori di Struttura complessa e dei Responsabili di Struttura semplice e la verifica degli stessi;
 - l'attribuzione o la definizione degli incarichi di collaborazione esterna e tutti gli incarichi di natura fiduciaria, gli incarichi di natura professionale, di consulenza, di studio e ricerca, ispettivi, di verifica e controllo;
 - la rideterminazione complessiva della dotazione organica;
 - l'adozione di contratti integrativi;
 - i provvedimenti di mobilità interna;
 - l'individuazione dell'ufficio competente per i procedimenti disciplinari;
 - la nomina dei componenti dei Collegi Tecnici e dell'Organismo Interno di Valutazione;
 - la individuazione dei collaboratori alle sue dirette dipendenze, nonché del Responsabile del servizio di prevenzione e protezione e del medico competente;
 - ogni altro atto concernente la scelta delle risorse umane;
- n) le costituzioni in giudizio e la nomina di difensori;
- o) l'attribuzione di incarichi a esperti, ai sensi delle disposizioni contemplate dal D.Lgs 165/01;
- p) l'adozione di regolamenti e di ogni altro atto inerente all'organizzazione, la gestione e il funzionamento generale dell'Istituto;
- q) convenzioni, mandati e procure, procure ad lites, delega relativa all'attività di diritto pubblico (art. 3, co. 5 D.A. 34715/01), arbitraggi.
7. Il Direttore Generale produce una relazione annuale, predisposta dai Direttori Sanitario e Amministrativo, nella quale si forniscono notizie e dati sul raggiungimento degli obiettivi di salute e sul funzionamento dei servizi, nonché sulla utilizzazione delle risorse assegnate, che viene trasmessa agli organismi di vigilanza e controllo.
8. Il Direttore Generale, nel rispetto dei principi generali dell'ordinamento, può annullare di ufficio e/o revocare i provvedimenti amministrativi illegittimi o inopportuni, nonché assumere, rispetto agli atti di diritto privato invalidi o non convenienti, le iniziative consentite dal Codice Civile.
9. Gli atti del Direttore Generale non aventi rilevanza esterna assumono il carattere di mere disposizioni interne. Le disposizioni interne non richiedono l'acquisizione di pareri e non sono sottoposte all'esame del Collegio Sindacale.
10. In caso di vacanza dell'ufficio si applica, in via analogica, il disposto dell'art. 20, c. 2, L.R. 05/2009. Pertanto, nei casi di assenza od impedimento del Direttore Generale, le sue funzioni sono svolte dal Direttore Amministrativo o da quello Sanitario su delega del Direttore Generale stesso, ovvero, in mancanza di delega, dal Direttore più anziano di età.
11. Partecipa, senza diritto di voto, alle riunioni del Consiglio di Indirizzo e Verifica

Articolo 22 (Il Direttore Scientifico)

1. Ferme restando le disposizioni normative statali e regionali vigenti in materia, il Direttore Scientifico è nominato dal Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, ora Ministro della Salute, sentito il Presidente della Regione, ai sensi del comma 4, art.3 della Legge Regionale n. 18/2008. Il Direttore Scientifico promuove, coordina e gestisce l'attività di ricerca scientifica clinica, sperimentale, d'innovazione tecnologica e di nuovi percorsi e modelli assistenziali dell'Istituto in coerenza con il Programma Nazionale di Ricerca di cui all'art. 12 bis del D.Lgs. 502 del 1992 e successive modifiche e con il Programma di Ricerca della Regione. Il Direttore Scientifico gestisce il relativo budget della ricerca pre-clinica e clinica, concordato annualmente con il Direttore Generale sulla base degli indirizzi del Consiglio di Indirizzo e Verifica.

2. Il Direttore Scientifico, presiede il Comitato Tecnico-Scientifico (CTS) ed esprime parere obbligatorio al Direttore Generale sulle determinazioni e sulle delibere inerenti le attività cliniche e di ricerca pre-clinica e clinica, le assunzioni e l'utilizzo del personale medico e sanitario non medico, come esplicitate di seguito nel presente paragrafo e nel successivo articolo relativo al CTS.

3. Il Direttore Scientifico è il responsabile della promozione, della programmazione e gestione dell'attività di ricerca, in coerenza con quanto previsto dall'art. 12 bis del D. Lgs. 502 del 1992 e successive modifiche, dal D.Lgs. 288 del 2003 e dalla L.R. 18/08. In questo ambito è deputato all'individuazione delle strutture e delle figure professionali che svolgono prevalentemente attività di ricerca e mantiene stretti rapporti con l'Università. Il Direttore Scientifico è delegato alla valutazione dell'attività scientifica sia delle Strutture che del singolo ricercatore, in collaborazione con il CTS. Svolge anche una funzione di attrazione fondi e di fundraising, per la ricerca clinica e preclinica, d'innovazione tecnologica e di nuovi percorsi e modelli assistenziali ed è responsabile della gestione dei finanziamenti della ricerca, dei quali negozia annualmente il budget con il Direttore Generale, sulla base del programma predisposto;

4. Inoltre il Direttore Scientifico:

- a) Partecipa, senza diritto di voto, al Consiglio di Indirizzo e Verifica;
- b) Partecipa di diritto al Collegio di Direzione, per il quale predispose un piano di lavoro annuale dettagliato per la ricerca traslazionale integrata all'assistenza, sulla base dei piani generali predisposti dalla Direzione Generale;
- c) Nomina i componenti del Comitato Tecnico-Scientifico;
- d) Presiede il Comitato Tecnico Scientifico;
- e) Partecipa di diritto al Comitato Etico dell'Istituto di cui all'art. 30 del presente Regolamento;
- f) Nomina ai sensi del D. Lgs. 26/2014 i componenti dell'Organismo per il Benessere Animale;
- g) Nomina uno o più Vice Direttori Scientifici scelti tra i migliori curricula identificati nell'ambito delle professionalità scientifiche, tecnologiche e/o sanitarie interne all'Istituto;

-
- h) Presiede, ex.art.11 comma 2 del D.Lgs. n.288/03, la commissione di cui al comma 2 dell'articolo 15-ter del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i.;
- i) Promuove e coordina le linee strategiche e programmatiche di ricerca organizzandone l'attività con particolare attenzione agli aspetti traslazionali e all'innovazione, ed identifica con la Direzione Amministrativa le risorse necessarie al suo espletamento;
- j) Promuove l'attività di collaborazione in rete;
- k) Gestisce il budget assegnato all'Istituto dal Ministero della Salute e da altri Enti Pubblici e privati nazionali ed internazionali per lo svolgimento dell'attività di ricerca e si correla con la Direzione Generale per la relazione dei conseguenti atti di bilancio;
- l) Promuove e coordina il monitoraggio e l'elaborazione dei dati in riferimento all'attività scientifica;
- m) Promuove e valuta la qualità delle pubblicazioni scientifiche prodotte dall'Istituto;
- n) Promuove e coordina le attività di trasferimento di conoscenze attraverso le pubblicazioni scientifiche, la partecipazione a convegni, congressi, gruppi di lavoro, la realizzazione di corsi di formazione e di aggiornamento, in coerenza con progetti e programmi di ricerca e con il piano della formazione adottato all'Istituto;
- o) Promuove e coordina le attività di trasferimento tecnologico, dei risultati della ricerca e di innovazione nella pratica clinica, al fine di favorire la migliore integrazione tra attività scientifica ed attività clinico-assistenziale;
- p) Intrattiene i necessari rapporti con il Ministero della Salute in riferimento all'attività scientifica;
- q) Relaziona annualmente al Consiglio di Indirizzo e Verifica sul raggiungimento degli obiettivi prefissati e sull'andamento dell'attività scientifica realizzata;
- r) Promuove e coordina l'attività di sviluppo della ricerca pre-clinica e clinica in coerenza con le linee strategiche di sviluppo programmate;
- s) Dirige i servizi di ricerca sperimentale e di ricerca clinica in coerenza con l'attività di ricerca dell'Istituto;
- t) Cura gli opportuni contatti con Enti ed Istituzioni affini, utili per l'espletamento dell'attività scientifica;
- u) E' garante dell'espletamento e dell'etica di esecuzione dell'attività di ricerca nel campo della salute pubblica e della disabilità e, di concerto con la Direzione Sanitaria, della medicina preventiva e riabilitativa;
- v) Propone l'acquisizione di apparecchiature ad alta tecnologia per lo svolgimento delle attività di ricerca scientifica;
- w) Identifica il fabbisogno di risorse umane e relativa qualificazione per l'area della ricerca scientifica, proponendo le procedure selettive delle diverse figure professionali dei profili sanitario, tecnico-professionale e amministrativo, e presiede le relative commissioni selettive;

-
- x) Esprime parere obbligatorio in ordine agli atti concernenti le attività cliniche e scientifiche nonché sulle assunzioni e sull'utilizzo del personale;
 - y) Dirige e coordina l'attività di didattica e di formazione scientifica per il personale dell'Istituto (fatto salvo quanto previsto alla lettera n. del successivo art.26), e promuove la collaborazione attiva dell'Istituto alle Scuole di Specialità, ai Dottorati di ricerca, ai Master universitari di 2° livello;
 - z) Promuove iniziative per l'organizzazione di convegni, congressi e corsi di aggiornamento;
 - aa) Esprime parere su comandi e congedi straordinari del personale del ruolo sanitario e di ricerca relativamente all'attività di ricerca e di aggiornamento tecnico-scientifico.

5. Il Direttore Scientifico è a capo della Direzione Scientifica, dalla quale dipendono le articolazioni e le linee di attività previste dall'allegato Funzionigramma, ivi comprese le funzioni dello Staff che opera trasversalmente a supporto dell'attività di ricerca scientifica.

6. La Direzione Scientifica è preposta alla promozione, programmazione, gestione e valutazione delle attività di ricerca dell'Istituto, integrandola negli obiettivi generali d'intesa con la Direzione Generale.

7. Nell'ottica di un'avanzata rimodulazione degli IRCCS, fondata su una logica di massima flessibilità e di stretta integrazione tra attività di ricerca scientifica ed attività clinico-assistenziale e che vede, allo stesso tempo, una interconnessione trasversale tra attività di fund raising, sperimentazione pre-clinica e clinica, innovazione tecnologica, traslationalità dei risultati della ricerca scientifica ed attività clinico-assistenziale, appropriatezza gestionale e nuovi modelli assistenziali, il Direttore Scientifico:

- a) Di concerto con la Direzione Sanitaria, promuove lo sviluppo di percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali per specifiche patologie la cui gestione coinvolge l'applicazione di processi di ricerca, l'implementazione di linee guida, la gestione di registri di malattia e banche dati;
- b) Concorre con la Direzione Sanitaria alla definizione della organizzazione sanitaria strutturale e funzionale dell'istituto avendo cura di assicurare la miglior integrazione tra attività di ricerca scientifica e di attività clinico-assistenziale;
- c) Partecipa assieme alla Direzione Sanitarie e Generale alla negoziazione del budget per le diverse strutture nell'ottica di integrare al massimo grado le funzioni clinico-assistenziali e di ricerca scientifica;
- d) Contribuisce alla proposta di criteri ed indicatori per la valutazione dei dirigenti medici e non medici anche sulla base della produttività scientifica.

8. La Direzione Scientifica svolge altresì funzioni di:

- a) integrazione e cura dei rapporti dell'attività di ricerca nelle reti regionali, nazionali ed internazionali e nei rapporti con gli enti pubblici e privati, anche commerciali, nell'ambito di ricerche Commissionate di sviluppo di brevetti;
- b) definizione dei piani triennali di ricerca corrente;
- c) nell'ambito della elaborazione del Bilancio di Missione, raccolta dati sulla produzione scientifica, nell'ambito dei progetti di ricerca svolti dall'Istituto (es: corrente, finalizzata U.E.);

-
- d) rendicontazione specifica dei progetti e la relazione annuale al Ministero della Salute, alla Regione ed agli organi dell'Istituto;
 - e) gestione della documentazione scientifica, comprese le biblioteche scientifiche, l'accesso a banche dati e la promozione di pubblicazioni su riviste specializzate;
 - f) promozione di studi clinici e sperimentali con il supporto di personale con professionalità adeguate, ad esempio research manager, data manager, statistici, interpreti, research nurse, ecc.;
 - g) concorso con la Direzione Sanitaria, allo sviluppo di percorsi diagnostico-terapeutico assistenziali per specifiche patologie la cui gestione coinvolge l'applicazione di processi di ricerca, alla implementazione di linee guida, alla gestione di registri di malattia e banche dati e tessuti;
 - h) promozione di attività nei confronti di eventuali partners interessati a finanziare progetti di ricerca clinico applicata e gestione dei relativi budget
 - i) collaborazione e supporto al Comitato Etico di cui all'art. 30 del presente Regolamento;
 - j) collaborazione e supporto alle attività formative e congressuali;
 - k) promozione del trasferimento tecnologico dei risultati della ricerca e dello sviluppo di brevetti.
8. Per quanto riguarda altre funzioni si rimanda anche ad eventuali indicazioni applicative della Legge n. 18/2008 e s.m.i. che potranno essere emanate dalla Regione.

Articolo 23 (Il Collegio Sindacale)

1. Secondo quanto previsto dal combinato disposto dall'art. 4 del decreto legislativo n. 288/03, il Collegio Sindacale:
- a) verifica l'amministrazione dell'Istituto sotto il profilo economico;
 - b) vigila sull'osservanza della legge;
 - d) 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;
 - e) riferisce all'Assessorato Regionale per la Salute, anche su richiesta di quest'ultima sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti se vi è il fondato sospetto di gravi irregolarità;
 - f) trasmette periodicamente una propria relazione sull'andamento dell'attività dell'Istituto al Consiglio di Indirizzo e Verifica;
 - g) svolge altre funzioni al medesimo attribuite dalla legge nazionale e regionale.
2. I componenti del Collegio Sindacale possono procedere ad atti di ispezione e controllo, anche individualmente.
3. Il Collegio Sindacale dura in carica tre anni, è nominato dal Direttore Generale ed è composto da tre membri di cui uno designato dall'Assessore Regionale per la Salute, uno dall'Assessore Regionale per il bilancio e le finanze ed uno dal Ministro delle finanze.
4. Il Presidente del Collegio Sindacale viene eletto dai sindaci all'atto della prima seduta.

5. 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.

6. Il compenso dei componenti del Collegio Sindacale è fissato secondo le modalità previste per i componenti dei Collegi Sindacali delle Aziende Sanitarie della Regione Siciliana.

CAPO II – LA DIREZIONE GENERALE DELL'ISTITUTO

Articolo 24 (La Direzione Generale dell'Istituto)

1. La Direzione Generale dell'Istituto è costituita dal Direttore Generale, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo.

2. La Direzione Generale dell'Istituto opera come momento di coordinamento che non incide sul livello decisionale che rimane in capo al Direttore Generale, salva la delega di funzioni.

3. I Direttori Amministrativo e Sanitario partecipano, unitamente al Direttore Generale, alla direzione dell'Istituto, assumono diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla loro competenza e concorrono, mediante proposte e pareri, alla formazione e alle decisioni del Direttore Generale.

4. Nell'ambito della Direzione Generale opera il Collegio di Direzione

Articolo 25 (Il Direttore Sanitario)

1. Il Direttore Generale si avvale della collaborazione di un Direttore Sanitario, all'uopo da lui scelto tra soggetti in possesso dei requisiti di cui all'art. 11 del decreto legislativo n. 288/03, nonché dei requisiti di legge occorrenti per l'esercizio delle funzioni di Direzione Medica di Presidio in relazione alle disposizioni di cui all'art.15, comma 13, lett. f.bis del D.L.n.95/12, convertito con L. n.135/12. L'incarico di Direttore Sanitario ha una durata non inferiore a tre anni e non superiore a cinque anni. Il Direttore Sanitario partecipa, unitamente al Direttore Generale che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'Istituto, assume dirette responsabilità delle funzioni attribuite alla sua competenza dalla legislazione vigente, e concorre con la formulazione di proposte e pareri alla formazione delle decisioni del Direttore Generale.

2. Il Direttore Sanitario è referente dei processi di "clinical governance", con riferimento sia alla qualità, che all'efficacia e all'efficienza tecnico-professionale, all'integrazione ed al coordinamento delle attività volte ad assicurare la qualità clinica delle prestazioni erogate, nonché il loro costante miglioramento. Egli è altresì responsabile della direzione igienico - organizzativa della struttura, assicurando il coordinamento e l'integrazione 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 251/00.

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

4. Egli è, altresì, responsabile del controllo dei "budget di attività" inerenti alle predette strutture, fermo restando che i responsabili delle stesse rispondono, in piena autonomia, delle attività prestate e dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi e risorse assegnati dal Direttore Generale stesso.

5. In particolare, il Direttore Sanitario:

- a) dirige i servizi sanitari dell'Istituto a fini organizzativi e igienico-sanitario, in conformità agli indirizzi generali di programmazione e alle disposizioni condivise d'intesa tra la Direzione Generale e la Direzione Scientifica, nonché nel rispetto delle competenze attribuite o delegate ad altri livelli dirigenziali. Svolge attività di indirizzo, coordinamento, supporto, verifica nei confronti dei responsabili dei servizi sanitari e promuove l'integrazione dei servizi stessi; nell'esercizio di tali funzioni è sovraordinato ai responsabili dei servizi sanitari;
- b) in relazione alle disposizioni di cui all'art.15, comma 13, lett. f.bis del D.L.n.95/12, convertito con L. n.135/12, esercita le funzioni e i compiti del dirigente medico di cui all'articolo 4, comma 9, del D.Lgs. n.502 e s.m.i.;
- c) valuta la domanda di assistenza sanitaria ed i bisogni di salute dell'utenza e fornisce parere obbligatorio in merito alla programmazione sanitaria dell'Istituto;
- d) fornisce parere obbligatorio al Direttore Generale sugli atti relativi alle materie di competenza;
- e) collabora allo svolgimento dell'insieme delle attività dell'Istituto;
- f) coordina l'attività delle articolazioni Complesse e Semplici dell'Istituto;
- g) formula proposte al Direttore Generale, per le parti di competenza, ai fini della elaborazione dei piani pluriennali, dei programmi annuali e dei progetti di attività, nonché per il conferimento degli incarichi dirigenziali di rilevanza sanitaria;
- h) stabilisce le strategie e gli indirizzi per l'adozione di provvedimenti straordinari con carattere d'urgenza;
- i) collabora al controllo di gestione, curando il sistema informativo sanitario e la verifica della qualità dei servizi sanitari e delle prestazioni erogate, pianificando l'allocazione delle risorse umane, avvalendosi in posizione di staff anche del servizio infermieristico e tecnico-sanitario, nonché pianificando l'allocazione delle risorse tecnico-strumentali nell'ambito dei servizi sanitari nel rispetto della programmazione sanitaria dell'Istituto;
- j) definisce i criteri organizzativi generali conseguenti agli obiettivi dell'Istituto fissati dal Direttore

Generale;

k) coadiuva il Direttore Generale nel mantenimento dei rapporti con il Direttore Scientifico, per il miglior coordinamento tra le attività di ricerca e quelle assistenziali;

l) esprime pareri sulle progettazioni edilizie dell'Istituto in merito agli aspetti igienico-sanitari e funzionali;

m) presiede il Consiglio dei Sanitari, ed il Comitato per il buon uso di sangue;

n) coadiuva il Direttore Generale nelle iniziative previste per la partecipazione e tutela dei diritti delle persone, in particolare adottando le misure necessarie per rimuovere i disservizi;

o) promuove l'attività di formazione, aggiornamento e riqualificazione del personale dei servizi sanitari al fine del perseguimento degli obiettivi dell'Istituto, d'intesa con il Dipartimento Scientifico Ricerca Innovazione Formazione e Tecnologia

p) predispose per il Direttore Generale la relazione annuale;

q) svolge ogni altra funzione, ivi compresa l'adozione di atti a rilevanza esterna, attribuitagli dalla legislazione vigente, dal presente atto, dai regolamenti dell'Istituto attuativi ovvero delegatagli, all'occorrenza, dal Direttore Generale.

6. Il Direttore Sanitario, di sua iniziativa per le materie formalmente delegate o su indicazione del Direttore Generale, può, in qualsiasi fase della pratica, avocare a sé la trattazione diretta di affari che rivestano particolare rilevanza nel contesto delle competenze dell'area sanitaria, adottando correlativamente tutti gli atti all'uopo necessari.

7. Il Direttore Sanitario può disporre di figure professionali che svolgono attività di segreteria e operano in stretto collegamento con le equivalenti figure a disposizione della Direzione Generale e amministrativa, nonché con le altre strutture di staff. In caso di assenza o impedimento del Direttore Sanitario, le sue funzioni sono avocate a sé dal Direttore Generale.

8. Sono posti alle dipendenze del Direttore Sanitario le strutture sanitarie così come indicate nel funzionigramma allegato al presente Regolamento ed allegato Funzionigramma.

9. Il Direttore Sanitario svolge ogni altra funzione, ivi compresa l'adozione di atti a rilevanza esterna, attribuitagli dalla legislazione vigente, dal presente atto e dai regolamenti attuativi, oltre a quelli per delega del Direttore Generale.

Articolo 26 (Il Direttore Amministrativo)

1. Il Direttore Generale si avvale della collaborazione di un Direttore Amministrativo, all'uopo da lui scelto tra soggetti in possesso dei requisiti di cui all'art. 11 del decreto legislativo n.288/2003. L'incarico di Direttore Amministrativo ha una durata non inferiore a tre anni e non superiore a cinque anni. Il Direttore Amministrativo partecipa, unitamente al Direttore Generale che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'Istituto, assume dirette responsabilità delle funzioni attribuite alla sua competenza dalle

legislazione vigente, e concorre con la formulazione di proposte e pareri alla formazione delle decisioni del Direttore Generale e del Direttore Scientifico;

2. Inoltre nell'ambito delle sue specifiche competenze:

- a) dirige e coordina l'attività delle strutture organizzative professionali e funzionali rientranti nelle aree funzionali amministrativa, professionale e tecnica dell'Istituto, in conformità agli indirizzi generali di programmazione e alle disposizioni condivise d'intesa tra la Direzione Generale e la Direzione Scientifica nonché nel rispetto delle competenze attribuite o delegate agli altri livelli dirigenziali;
- b) collabora allo svolgimento dell'insieme delle attività dell'Istituto;
- c) è responsabile della vigilanza sulla legittimità degli atti amministrativi dell'Istituto;
- d) è responsabile della predisposizione degli atti di rilievo istituzionale, fatto salvo quanto previsto dal D.Lgs. 288/03, dall'Accordo Stato-Regioni dell'1 Luglio 2004 e dalla Legge Regionale n. 18/2008, come prerogative del Direttore Scientifico;
- e) cura la relazione di accompagnamento al bilancio preventivo predisposto anche sulla base dei programmi approvati dal Direttore Scientifico ed al conto consuntivo da sottoporre all'approvazione del Direttore Generale;
- f) è preposto all'attivazione, alla gestione ed al controllo dei centri di costo, al controllo interno nonché alla programmazione, previa rilevazione del fabbisogno, dell'attività di aggiornamento e formazione per il personale dell'area amministrativa, tecnica e professionale non sanitario o di ricerca e comunque per attività non di competenza del Dipartimento Scientifico Ricerca Innovazione Formazione e Tecnologia;
- g) formula proposte al Direttore Generale ed al Direttore Scientifico al fine di rendere pienamente operative le decisioni programmatiche delle citate Direzioni;
- h) dirige i servizi amministrativi e li coordina ai fini dell'integrazione degli stessi e dell'uniformità dei processi di gestione delle procedure;
- i) collabora al funzionamento del sistema di programmazione e controllo della gestione globale dell'Istituto, assicurando le procedure di monitoraggio per quanto di competenza;
- j) concorda con il Direttore Generale la determinazione e assegnazione dei "budget di risorsa" ai responsabili delle strutture dell'Istituto, all'interno del piano programmatico predisposto d'intesa tra la Direzione Scientifica e la Direzione Generale;
- k) svolge ogni altra funzione ivi compresa l'adozione di atti a rilevanza esterna, attribuitagli dalla legislazione vigente, dal presente atto, dai regolamenti dell'Istituto attuativi ovvero delegatagli dal Direttore Generale, che non siano in contrasto con le prerogative della Direzione Scientifica riconosciute dal D. Lgs. 288/03 dall'Accordo Stato-Regioni dell' 1 Luglio 2004 e dalla Legge Regionale n. 18/2008;
- k) collabora con il Direttore Sanitario alla predisposizione della relazione annuale per il Direttore Generale.

-
3. Il Direttore Amministrativo, di sua iniziativa per le materie formalmente delegate o su indicazione del Direttore Generale, può, in qualsiasi fase della pratica, avocare a sé con provvedimento motivato la trattazione diretta di affari che rivestano particolare rilevanza nel contesto delle competenze dell'area non sanitaria, adottando correlativamente tutti gli atti all'uopo necessari, e nel rispetto delle prerogative della Direzione Scientifica riconosciute dal D. Lgs. 288/03 dall'Accordo Stato-Regioni dell' 1 Luglio 2004 e dalla Legge Regionale n. 18/2008
 4. Per lo svolgimento delle proprie funzioni e per quelle delegate dal Direttore Generale, il Direttore Amministrativo può disporre di figure professionali che svolgono attività di segreteria e operano in stretto collegamento con le equivalenti figure a disposizione della Direzione Generale, Scientifica e Sanitaria, nonché di altre strutture di staff o di singole figure professionali inquadrare all'interno delle stesse.
 5. Qualora se ne ravvisino motivatamente le condizioni, può avocare l'attività altrimenti delegata ai dirigenti delle strutture dell'area amministrativa.
 6. Il Direttore Amministrativo svolge ogni altra funzione, ivi compresa l'adozione di atti a rilevanza esterna, attribuitagli dalla legislazione vigente, dal presente atto e dai regolamenti dell'Istituto, oltre a quelli che gli può attribuire per delega il Direttore Generale nel rispetto delle prerogative riconosciute al Direttore Scientifico dal D. Lgs. 288/03 dall'Accordo Stato-Regioni dell'1 Luglio 2004 e dalla Legge Regionale n. 18/2008
 7. In caso di assenza o impedimento del Direttore Amministrativo, le funzioni sono esercitate da altro Direttore di Struttura amministrativa da egli designato.
 8. Per lo svolgimento delle proprie funzioni e per quelle delegate dal Direttore Generale, il Direttore Amministrativo è coadiuvato da una segreteria.
 9. Sono posti alle dipendenze del Direttore Amministrativo le strutture amministrative così come indicate nel funzionigramma allegato al presente Regolamento ed allegato Funzionigramma.

CAPO III - GLI ORGANISMI COLLEGIALI

Articolo 27 (Il Collegio di Direzione)

1. Il Direttore Generale si avvale per il governo delle attività cliniche, la programmazione e la valutazione delle attività sanitarie e di quelle ad alta integrazione sanitaria del Collegio di Direzione.
2. Il Collegio di Direzione partecipa alla definizione delle proposte riguardo l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi e delle attività di assistenza, di gestione del rischio, di ricerca ed innovazione e la valorizzazione delle risorse umane e professionali degli operatori
3. Il Collegio di Direzione esprime parere obbligatorio sulle modifiche al presente Regolamento ed

allegato Funzionigramma, nonché sulle attività di carattere strategico che incidono sull'organizzazione dei servizi e possono comportare rilevanti effetti sulla qualità e sicurezza dell'assistenza e partecipa alla fase di valutazione e validazione del programma di formazione con i dipartimenti e alla formulazione di proposte in materia di libera professione.

4. Il Collegio di Direzione partecipa alla fase di elaborazione del programma di gestione integrata del rischio e lo propone per la sua adozione alla Direzione Generale.

5. Il funzionamento del Collegio di Direzione è disciplinato da apposito regolamento elaborato dal Collegio stesso ed adottato dal Direttore Generale, sentito il parere delle Organizzazioni Sindacali.

6. Il Collegio di Direzione è presieduto dal Direttore Sanitario e composto da:

- i Direttori di Dipartimento;
- i Responsabili delle Linee di Ricerca definite nel Piano Strategico dell'Istituto;
- il Direttore Sanitario;
- il Direttore Amministrativo;
- una componente elettiva il cui numero e composizione sono definiti con apposito regolamento.

7. Al Collegio di Direzione possono inoltre essere invitati a partecipare, senza diritto di voto, esperti che, pur non essendo membri di diritto, si ritiene possano fornire un contributo alla trattazione di singoli argomenti. Alle riunioni del Collegio invitati partecipano di diritto il Direttore Generale e il Direttore Scientifico.

8. Il Collegio di Direzione deve essere convocato almeno tre volte all'anno, e comunque ogni qualvolta se ne ravvisi l'opportunità. È prevista una sua convocazione in concomitanza con l'approvazione delle linee guida inerenti il processo di budget ed in sede di valutazione dei risultati d'esercizio.

9. Per la validità della riunione devono essere presenti il 51% dei componenti del Collegio di Direzione.

10. L'attività di segreteria è assicurata dalla Unità operativa Affari Generali, che redige il verbale di ogni seduta che verrà portato all'approvazione nella seduta successiva.

11. Ogni atto in originale verrà, inoltre, custodito dalla Unità operativa Affari Generali stessa che curerà le comunicazioni e gli adempimenti connessi al funzionamento del Collegio.

Articolo 28 (Il Consiglio dei Sanitari)

1. Il Consiglio dei Sanitari è organismo elettivo dell'Istituto con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria, è presieduto dal Direttore Sanitario ed è rappresentativo delle diverse professionalità che operano nell'Istituto.

2. Il Consiglio dei Sanitari, ha funzioni di consulenza, tecnico-sanitaria, cui compete esprimere pareri obbligatori per le attività tecnico-sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo, e per gli investimenti ad

esse attinenti.

3. Il Consiglio dei Sanitari si esprime entro il termine di 10 giorni dal ricevimento degli atti o delle richieste di parere, in mancanza dell'espressione del parere nei termini, questo si intende positivo. Il Direttore Generale è tenuto a motivare gli atti assunti in difformità dal parere espresso dal Consiglio dei Sanitari per gli atti in cui tale parere è obbligatorio.

4. Le modalità di composizione del Consiglio dei Sanitari, dell'elezione dei componenti e del suo funzionamento, sono quelle previste dalla legislazione sanitaria regionale.

5. La composizione, le modalità di elezione ed il funzionamento del Consiglio sono disciplinate dalla Regione secondo gli indirizzi ex art. 3 comma 12 del decreto n. 502/1992 così come modificato dal D. Lgs. n.229/1999.

6. Il Consiglio fornisce parere obbligatorio al Direttore Generale per le attività tecnico-sanitarie anche sotto il profilo organizzativo, e per gli investimenti ad esse attinenti.

Articolo 29 (Il Comitato tecnico scientifico)

1. Il Comitato Tecnico Scientifico ha funzioni consultive e di supporto tecnico-scientifico all'attività clinica e di ricerca pre-clinica e clinica.

2 Il Comitato Tecnico Scientifico è nominato dal Direttore Scientifico ed è composto dal Direttore Scientifico che lo presiede, dal Direttore Sanitario e da altri sette componenti.

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

4. Il Comitato tecnico-scientifico viene informato dal Direttore Scientifico sull'attività dell'Istituto e formula pareri consultivi e proposte sui programmi e sugli obiettivi scientifici e di ricerca dello stesso, nonché, in via preventiva, sulle singole iniziative di carattere scientifico.

5. Ai componenti esterni del Comitato Tecnico-Scientifico spetta esclusivamente il rimborso delle spese sostenute e debitamente documentate per la partecipazione alle riunioni del Comitato secondo i criteri stabiliti dal Consiglio di Indirizzo e Verifica.

Articolo 30 (Il Comitato Etico)

1. Il Comitato Etico è un organismo indipendente che ha la responsabilità di garantire la tutela dei diritti, della sicurezza e del benessere dei soggetti in sperimentazione e di fornire pubblica garanzia di tale tutela. Il Comitato Etico si ispira al rispetto della vita umana così come indicato nelle Carte dei Diritti dell'Uomo, nei codici della deontologia medica nazionale e internazionale e in particolare nella revisione corrente della Dichiarazione di Helsinki e nella Convenzione di Oviedo.

E' istituito ai sensi del Decreto del Ministro della Salute dell'8 febbraio 2013 "*Criteri per la composizione e il funzionamento dei comitati etici*", ed attuato dal Decreto Assessoriale n. 1182 del 01 luglio 2015 – "*Istituzione di un comitato etico con competenza estesa agli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico della Regione Siciliana e parziale modifica del D.A. n. 1360/2013*", pubblicato sulla GURS n. 31 del 31/07/2015, che all'art. 1 cita che "*viene istituito un Comitato Etico con competenza estesa agli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico della Regione Siciliana Centro Neurolesi "Bonino-Pulejo" di Messina, "Oasi Maria SS" di Troina e "Istituto Mediterraneo per i Trapianti e Terapie ad Alta Specializzazione" (ISMETT) di Palermo denominato "Comitato Etico IRCCS Sicilia"*, allocato presso l'IRCCS di diritto pubblico Centro Neurolesi "Bonino-Pulejo", via Palermo S.S.113, C.da Casazza – Messina.

Il Comitato Etico IRCCS Sicilia prevede, ai sensi dell'art. 1 del DA n. 1182/2015, l'istituzione di Sezioni del Comitato Etico per ciascun IRCCS, denominate:

- Comitato Etico IRCCS Sicilia – Centro Neurolesi "Bonino-Pulejo" di Messina
- Comitato Etico IRCCS Sicilia – "Oasi Maria SS." Di Troina
- Comitato Etico IRCCS Sicilia – ISMETT di Palermo.

Il Comitato Etico IRCCS Sicilia detta le linee di indirizzo e svolge funzione di coordinamento tra le sue Sezioni.

2. Il Comitato Etico IRCCS Sicilia – Sezione Centro Neurolesi "Bonino-Pulejo" esprime pareri su protocolli di ricerca da condursi presso l'IRCCS Centro Neurolesi "Bonino-Pulejo" e favorisce lo sviluppo della sensibilità etica, con una prospettiva di pluralismo etico, ispirandosi ai principi stabiliti nei documenti nazionali, comunitari ed internazionali sulla buona pratica clinica e sulla sperimentazione.

3. Così come disposto dall'art. 2, comma 5, lettera g) del Decreto del Ministero della Salute dell'8 febbraio 2013, la composizione del Comitato Etico IRCCS prevede, quale componente di diritto, il Direttore Scientifico;

4. I protocolli di sperimentazione clinica sottoposti alla valutazione del Comitato Etico vengono preventivamente sottoposti a verifica del Direttore Scientifico, che ne valuta l'aderenza alla *mission* dell'Istituto a agli indirizzi del CTS.

Articolo 31 - Organismo per il benessere animale

L'Organismo per il Benessere Animale (OPBA) ha il compito valutare che le richieste di autorizzazione agli esperimenti sugli animali siano scientificamente corrette, metodologicamente appropriate e statisticamente congrue e che l'impiego degli animali sia insostituibile, in ottemperanza al Decreto Legislativo 26/2014. A tal fine l'OPBA dovrà:

- Verificare la correttezza formale delle dichiarazioni presentate e sottoscritte dai ricercatori;
- Valutare i progetti di ricerca ed esprimere un giudizio di approvazione, di non approvazione o d'integrazione;

-
- Provvedere al controllo di tutta la modulistica che il ricercatore è tenuto ad avanzare all' OPBA per la richiesta di valutazione del progetto sperimentale su richiesta del Ministero della Salute.

L'OPBA, inoltre, ha il compito di promuovere interventi intesi ad assicurare il rispetto delle norme di legge, migliorare l'animal care, la preparazione professionale nonché la tutela dei ricercatori nella sperimentazione animale. I progetti saranno valutati in base alla rilevanza scientifica, alla adeguatezza del protocollo, all'obiettivo proposto in termini di modello animale, al numero di animali utilizzati, alle condizioni sperimentali. Il Direttore Scientifico tutte le figure che compongono l'OPBA ai sensi del D. Lgs. 26/2014.

Articolo 32 - Il Comitato Consultivo

1. Il Comitato Consultivo, ai sensi della L.R. n.5/09, art.9 comma 8, esprime pareri non vincolanti e formula proposte al Direttore Generale in ordine agli atti di programmazione dell'Istituto, all'elaborazione dei Piani di educazione sanitaria, alla verifica della funzionalità dei servizi dell'Istituto nonché alla loro rispondenza alle finalità del Servizio sanitario regionale ed agli obiettivi previsti dai Piani sanitari nazionale e regionale, redigendo ogni anno una relazione sull'attività dell'Istituto.
2. Il Comitato formula altresì proposte su campagne di informazione sui diritti degli utenti, sulle attività di prevenzione ed educazione alla salute, sui requisiti e criteri di accesso ai servizi sanitari e sulle modalità di erogazione dei servizi medesimi. Collabora con l'Ufficio relazioni con il pubblico e comunicazione inserito all'interno dello Staff per rilevare il livello di soddisfazione dell'utente rispetto ai servizi sanitari e per verificare sistematicamente i reclami inoltrati dalle persone.
3. Il Comitato consultivo è composto da utenti e operatori dei servizi sanitari e socio-sanitari nell'ambito territoriale di riferimento.
4. Le modalità di costituzione, funzionamento, organizzazione, attribuzione dei compiti, articolazioni e composizione del Comitato Consultivo dell'Istituto è disciplinato da apposito regolamento adottato dal Direttore Generale in conformità al D.A. n.1019/10 ed alle norme regionali in materia, nonché alle loro eventuali modifiche.

Articolo 33 - I Collegi Tecnici

1. I Collegi Tecnici sono organi collegiali perfetti, le cui competenze sono quelle previste dai vigenti CC.CC.NN.LL., e ciascuno è composto da tre membri di cui uno con funzioni di presidente, formato esclusivamente da dirigenti in servizio presso pubbliche amministrazioni. Il numero dei Collegi Tecnici è stabilito con apposito provvedimento dal Direttore Generale, in relazione alle esigenze dell'Istituto.
2. La composizione del Collegio Tecnico (CT) 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;

- non può far parte dell'organismo collegiale chi ricopre cariche politiche e chi è rappresentante sindacale (responsabile e/o segretario dell'Istituto, provinciale, regionale e nazionale).

3. Il CT viene nominato dal Direttore Generale.

4. I componenti del CT, dei quali uno svolge le funzioni di presidente su designazione del Direttore Generale, vengono scelti prioritariamente tra i direttori di U.O.C. in servizio presso l'Istituto; in carenza di componenti in servizio presso l'Istituto e in possesso dei requisiti previsti, la scelta sarà effettuata tra i nominativi dei direttori di struttura complessa pubblicati nel ruolo nominativo regionale, previo contatto per acquisirne la disponibilità.

5. Contestualmente ai componenti titolari sono designati i componenti supplenti che intervengono in caso di assenza o di impedimento dei titolari, ovvero per incompatibilità rispetto al Dirigente la cui valutazione deve essere sottoposta alla verifica di regolarità della procedura.

6. Il CT si avvale del supporto di una struttura tecnica permanente per la misurazione della performance che cura, tra l'altro, gli adempimenti propedeutici procedurali ed infra-procedimentali necessari per la definizione delle attività di valutazione.

7. Le sedute del CT si svolgono presso i locali della Direzione Generale.

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

TITOLO V – LA RICERCA

Articolo 34 (La ricerca)

1. L'Istituto è sede di formazione scientifica nel settore delle neuroscienze. Al proprio interno l'Istituto sviluppa un sistema di gestione della formazione per i propri dipendenti attraverso la rete dei referenti in tutte le aree dell'Istituto.

2. Annualmente, l'Istituto approva un piano di formazione dell'Istituto i cui contenuti e la cui redazione sono formulati in base al regolamento redatto anche ai sensi del decreto 890/2002 e s.m.i. sull'accreditamento istituzionale in sanità ed in linea con gli obiettivi del Piano Strategico, approvato dal Direttore Generale e dal Consiglio di Indirizzo e Verifica. Nella redazione di tale piano occorre tenere presente l'attività formativa per gli operatori dell'area amministrativa la cui individuazione in termini di fabbisogno e priorità è delegata al Direttore Amministrativo.

Articolo 35 (Le sinergie tra Ricerca, Assistenza Clinica e Formazione)

1. Integrare la ricerca, l'assistenza e la formazione rappresenta non solo un obiettivo istituzionale, ma

soprattutto un valore di riferimento per garantire l'innovazione del sistema. Tale integrazione consente di sviluppare sinergie tra l'innovazione della scienza medica ed il miglioramento dei percorsi di cura all'interno dei quali è inserito il paziente. L'integrazione consente, inoltre, di offrire prestazioni appropriate rispetto al fabbisogno di salute ed organizzate rispetto al processo evolutivo dei bisogni di carattere socio-culturale e psicologico. Il valore prodotto dall'integrazione tra ricerca, assistenza e formazione rappresenta uno stimolo continuo al miglioramento della qualità dei servizi erogati all'utenza. La figura garante nei riguardi del Ministero della Salute in questo ambito è il Direttore Scientifico.

Articolo 36 (Personale per la ricerca)

1. Il personale amministrativo della ricerca è inserito all'interno dello staff di Direzione Scientifica, ed organizzativamente e funzionalmente è direttamente dipendente dal Direttore Scientifico. Il personale amministrativo della ricerca è appositamente reclutato sulla base di requisiti specifici di professionalità e competenze curriculari indicati di volta in volta dal Direttore Scientifico. Il personale amministrativo della ricerca si occuperà di tutte le problematiche amministrative e contabili oltre che della presa in carico delle procedure di assegnazione e gestione delle borse di studio e degli incarichi a ricercatori e collaboratori alla ricerca.

2. Può essere preposto alla gestione per gli aspetti amministrativi e contabili della ricerca corrente e finalizzata e per quella commissionata da terzi nonché per la gestione dell'assegnazione dei soggiorni di studio a medici stranieri, attività per le quali vige l'obbligo di rendicontazione alla Direzione Generale.

3. L'Istituto può altresì bandire concorsi per l'attribuzione di borse di studio e di ricerca per giovani diplomati, laureati e specializzati, onde consentire loro un periodo di formazione integrata nel campo delle cerebrolesioni, dell'organizzazione sanitaria, della ricerca di base, traslazionale, finalizzata, istituzionale e sperimentazioni gestionali.

4. Al personale della ricerca e della formazione, sanitario e non sanitario, nella fattispecie contrattisti, assegnisti, borsisti, dottorandi, specializzandi, tirocinanti e studenti vengono consentiti l'accesso e la permanenza, oltreché negli spazi espressamente destinati alla didattica e alla ricerca, anche in tutte le strutture assistenziali dell'Istituto, sotto la responsabilità del proprio tutor, individuato dal Direttore Scientifico. L'identificazione del predetto personale della ricerca deve essere effettuata mediante specifico tesserino personale di riconoscimento, rilasciato dall'Istituto. Detto personale:

- dispone di adeguati spazi fisici per esigenze di studio;
- accede a proprie spese alla mensa con modalità concordate con l'amministrazione dell'Istituto;
- utilizza strumentazioni e camici forniti dall'Istituto.

5. Sotto la guida e la responsabilità del proprio tutor, considerate le rispettive e peculiari finalità formative, il personale della ricerca potrà, inoltre, compiere atti diagnostici e terapeutici sia nelle

divisioni di degenza che negli ambulatori e nei servizi, ove ciò sia pertinente con il proprio settore di specializzazione. Altri Enti o Istituti di Ricerca, convenzionati con l'Istituto, possono inviare alla frequenza delle unità operative dell'Istituto, previo accordo tra le parti e per periodi definiti, il proprio personale di ricerca.

6. È consentito lo svolgimento di tirocini formativi presso le strutture dell'Istituto da parte di soggetti esterni alla struttura previa autorizzazione da parte del Direttore Generale su proposta del Direttore Scientifico, nel rispetto di normative e regolamenti in vigore.

7. L'Università per quel che riguarda i dottorandi, gli specializzandi, i tirocinanti e gli studenti, provvede alla copertura assicurativa per l'attività di didattica e di ricerca. L'Università, per quel che riguarda i dottorandi, gli specializzandi, i tirocinanti e gli studenti, provvede all'assicurazione, a norma di legge, contro le malattie e gli infortuni eventualmente occorsi durante il servizio presso l'Istituto.

8. Il personale, non universitario, che svolge attività di ricerca e di formazione, in servizio presso l'Istituto, assunto con contratti di collaborazione, assegni e/o borse di ricerca, provvede a proprie spese alla copertura assicurativa contro le malattie e gli infortuni eventualmente occorsi durante il servizio presso l'Istituto, sulla base di quanto previsto dalla vigente normativa.

9. L'Istituto provvede, a propria cura e spese, all'assicurazione sulla base dei massimali in uso, per la responsabilità civile connessa all'attività di ricerca svolta da tutto il personale in servizio presso l'Istituto inserito all'interno di linee o progetti di ricerca debitamente approvati dal Ministero della Salute e/o dal Comitato Etico.

Articolo 37 (Le linee di ricerca)

L'Istituto organizza la sua attività di ricerca su linee approvate dal Ministero della Salute attraverso la procedura di riconoscimento, e sottoposte a monitoraggio annuale ("Rendicontazione annuale della Ricerca Corrente") e verifica triennale. Gli obiettivi di ricerca dell'Istituto sono declinati, quindi, all'interno di queste linee su base triennale.

La Linea di ricerca ricomprende un insieme di attività che assicura unitarietà di percorsi clinico-scientifici traslazionali con riferimento ad aree di particolare interesse definite nei Piani Strategici dell'Istituto. All'interno dell'IRCCS è stata rilevata la necessità di inserire compiutamente nella organizzazione le linee di ricerca in modo da favorirne la operatività; per questo è stato pensato un modello organizzativo che colleghi le strutture di ricerca e quelle di assistenza e che individui modalità e sedi di coordinamento tra loro. In questo modello organizzativo, le linee di ricerca trasversali (che, come detto, cambiano mutando i programmi di ricerca) insieme alle linee gerarchiche verticali (rappresentate dalla filiera Direzione Generale, Dipartimenti, Strutture Complesse e Semplici Dipartimentali), vanno a costituire una struttura a matrice. Le Linee di Ricerca hanno una valenza prevalentemente funzionale.

Il Responsabile della Linea di Ricerca ha quindi il compito di indirizzare lo sviluppo dell'innovazione nell'attività di ricerca, promuovendo momenti collegiali di analisi e proponendo orientamenti in ordine all'attività scientifica.

Con la consapevolezza che la collaborazione tra ricercatori e istituzioni svolge da sempre, ma oggi in maniera sempre più importante, un ruolo fondamentale nello sviluppo delle conoscenze scientifiche in ambito medico, l'Istituto persegue la cooperazione e lo scambio di conoscenze con gli altri IRCCS e gli altri Centri di ricerca italiani ed internazionali, anche attraverso la partecipazione alle relative reti e ad altre forme di organizzazione della ricerca.

L'Istituto promuove inoltre la collaborazione con altri Enti pubblici e privati, sia su progetti finalizzati, sia attraverso lo sviluppo di partnership per programmi di ricerca a lungo termine.

Le attività di ricerca includono programmi di ricerca clinica, diagnostica-terapeutica, organizzativa, gestionale, di telemedicina e di costruzione di nuovi modelli e percorsi assistenziali nell'ambito della *mission* riconosciuta all'Istituto. Le attività di ricerca includono altresì lavori di ricerca preclinica e sperimentale mirati alla caratterizzazione dei meccanismi patogenetici delle diverse malattie neurologiche ed alla sperimentazione preclinica di nuovi approcci terapeutici e diagnostici.

Nell'ultimo anno, l'attenzione di alcuni ricercatori dell'Istituto si è rivolta in particolare alle patologie rare o ad alta complessità.

2. In questo modello organizzativo, le linee di ricerca trasversali (che, come detto, mutano mutando i programmi di ricerca) insieme alle linee gerarchiche verticali (rappresentate dalla filiera direzione generale, dipartimenti, Strutture Complesse e Semplici), vanno a costituire una struttura a matrice. Le Linee di Ricerca hanno una valenza prevalentemente funzionale.

3. Il Responsabile della Linea di Ricerca ha quindi il compito di indirizzare lo sviluppo dell'innovazione nell'attività di ricerca, promuovendo momenti collegiali di analisi e proponendo orientamenti in ordine all'attività scientifica nell'ambito dei Dipartimenti. Luogo finale della discussione e della sintesi delle attività delle linee di ricerca e della loro integrazione con i dipartimenti è il Collegio di Direzione. Compito ulteriore del Responsabile della Linea di Ricerca è quella di rendicontare almeno annualmente al CTS i risultati della Linea di Ricerca e le prospettive per l'anno successivo.

4. I Responsabili di Linea di Ricerca dipendono dal Direttore Scientifico per gli indirizzi strategici in materia di ricerca ed hanno responsabilità di:

- favorire l'interdisciplinarietà e l'integrazione tra la ricerca di base e applicata e l'attività diagnostica-terapeutica-assistenziale;
- definire i percorsi e le procedure atti a valorizzare attività di ricerca avanzate in campo diagnostico, anche in termini assistenziali;
- coordinare le iniziative dei singoli Centri di Responsabilità anche con Centri di Eccellenza di altri Enti e Istituti di Ricerca, al fine di reperire finanziamenti su progetti inerenti la Linea di Ricerca;

-
- promuovere attività di aggiornamento sulle attività svolte, con programmi che coinvolgano anche specialisti esterni all'Istituto;
 - rendicontare l'attività di Ricerca inerente la Linea, secondo i tempi e le modalità definite dalla Direzione Scientifica;
 - proporre alla Direzione Scientifica nuove strategie per la valorizzazione delle attività di ricerca applicata;
 - valorizzare l'utilizzo coordinato della strumentazione, delle banche dati e delle casistiche inerenti la Linea di Ricerca;
 - individuare strumenti di incentivazione per favorire la realizzazione di prodotti della ricerca.

Articolo 38 (L'integrazione tra ricerca, innovazione, didattica e formazione)

1. Integrare la ricerca, l'assistenza e la formazione rappresenta non solo un obiettivo istituzionale, ma soprattutto un valore di riferimento per garantire rinnovazione del sistema. Tale integrazione consente di sviluppare sinergie tra l'innovazione della scienza medica ed il miglioramento dei percorsi di cura all'interno dei quali è inserito il paziente. L'integrazione consente, inoltre, di offrire prestazioni appropriate rispetto al fabbisogno di salute ed organizzate rispetto al processo evolutivo dei bisogni di carattere socio-culturale e psicologico. Il valore prodotto dall'integrazione tra ricerca, assistenza e formazione rappresenta uno stimolo continuo al miglioramento della qualità dei servizi erogati all'utenza.
2. A tal fine presso la direzione scientifica sono previste le figure del Research Nurse e Scientist Clinician nelle quali converge l'attività di ricerca traslazionale scientifica e di prestazione socio assistenziale.
3. Attraverso apposite convenzioni con altri Atenei potranno essere sviluppate apposite forme di collaborazione per la realizzazione di eventi formativi o di Corsi di Laurea, ai fini istituzionali.
4. In questo contesto favorisce il trasferimento delle conoscenze dai docenti ai discenti attraverso modelli organizzativi tradizionali ed innovativi con l'obiettivo di integrare la formazione con la ricerca e l'assistenza.
5. Al proprio interno l'Istituto sviluppa un sistema di gestione della formazione per i propri dipendenti attraverso la rete dei referenti in tutte le aree dell'Istituto prevedendo inoltre la valutazione dell'attività di Ricerca del personale.
6. Annualmente l'Istituto approva un piano di formazione i cui contenuti sono in linea con gli obiettivi del Piano Strategico, elaborando altresì appositi indicatori di valutazione specifici sia per l'attività formativa che per quella di ricerca.
7. L'Istituto, le strutture intermedie e i singoli professionisti devono favorire processi orientati all'incremento della ricerca finalizzata promossa da enti terzi (Ministero della Salute, Unione Europea,

ecc.) e della ricerca commissionata finanziata dall'industria, che può dar luogo anche a relazioni di partnership e sviluppo di brevetti.

8. L'Istituto incentiva l'integrazione e lo sviluppo della ricerca clinica applicata, anche attraverso forme specifiche di incentivazione che premino il merito anche in questo ambito, nonché il trasferimento tecnologico dei risultati della ricerca traslazionale.

9. L'Istituto:

- può partecipare a forme associative o societarie specificatamente dedicate a didattica e formazione;
- sviluppa sistemi innovativi di formazione (es. teledidattica);
- applica nuove forme di trasferimento di conoscenze e competenze attraverso la formazione on-work.

10. La necessità di mantenere un ruolo di leadership e di eccellenza nell'ambito delle malattie del sistema nervoso centrale richiede anche una particolare attenzione alla formazione permanente del personale per l'aggiornamento continuo delle conoscenze. In questa ottica l'Istituto si impegna anche a favorire gli scambi culturali nazionali ed internazionali per migliorare le conoscenze nei rispettivi ambiti di competenza.

Articolo 39 (Regolamento di funzionamento della Ricerca Scientifica)

1. Nel rispetto di quanto fissato nel presente Regolamento ed allegato Funzionigramma, la Direzione Scientifica si doterà di un regolamento di funzionamento della Ricerca Scientifica che regolerà nello specifico l'attività di ricerca dell'Istituto.

2. Il regolamento verrà adottato dal Direttore Generale su proposta del Direttore Scientifico.

TITOLO VI – LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

Articolo 40 (Il modello organizzativo)

1. L'Istituto persegue lo scopo istituzionale di promuovere ed attuare la ricerca mediante l'attività dei propri servizi di ricerca sperimentale e clinica, igienico - organizzativi ed amministrativo-contabili, ai quali sovrintendono, per le rispettive competenze, il Direttore Generale, il Direttore Scientifico, il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo.

2. L'articolazione interna, oltre alla direzione strategica prevista dal presente Regolamento ed allegato Funzionigramma, include:

- i dipartimenti;
- le strutture complesse;
- le strutture semplici a valenza dipartimentale;
- le strutture semplici di struttura complessa;
- incarichi di natura professionale anche di alta specializzazione;

- incarichi di natura professionale conferibili ai dirigenti con meno di cinque anni di anzianità (escluse borse di studio, volontariato e frequenza).

3. La dotazione dei dirigenti assegnati alle varie strutture è stabilita con apposito atto dell'Istituto.

4. La preposizione dei dirigenti terrà conto degli obiettivi assegnati alle strutture anche in considerazione dell'autonomia, della competenza specifica, della responsabilità, della complessità organizzativa e delle finalità richieste.

Articolo 41 (L'articolazione Dipartimentale)

1. L'Istituto, ai sensi dell'art. 2 comma 4 punto d) della L.R. n. 5/2009, recepisce il principio del superamento della frammentazione delle strutture organizzative attraverso processi di aggregazione in dipartimenti e di integrazione operativa e funzionale.

2. Il Dipartimenti favoriscono il rapido passaggio delle conoscenze e delle metodologie dall'ambito della ricerca alla pratica clinica nel rispetto delle professionalità acquisite dagli operatori. Per questo motivo è previsto all'interno dei Dipartimenti la compresenza sia di unità operative a prevalente attività clinica che a prevalente attività di ricerca.

3. La struttura dipartimentale adottata dall'Istituto risponde alle esigenze di un alto livello di integrazione tra ricerca e assistenza, tipica di un IRCCS **o similmente a come avviene all'interno delle strutture che abbiano componente ospedaliera e universitaria.**

Il Dipartimento si articola in:

- Comitato di Dipartimento;
- Direttore di Dipartimento.

4. Il Comitato è organismo collegiale consultivo e propositivo che coadiuva il Direttore del Dipartimento nelle sue funzioni.

Il Comitato ha il compito di avanzare osservazioni e proposte relativamente a:

- a) l'ottimizzazione di tutte le risorse disponibili (attrezzature, spazi, personale) sulla base degli indirizzi e dei criteri fissati dall'Azienda;
- b) la sperimentazione e l'adozione di modalità organizzative volte al miglioramento dell'efficienza e all'integrazione delle attività delle strutture del dipartimento;
- c) lo sviluppo delle attività preventive, di ricerca, di formazione, di studio e di verifica della qualità delle prestazioni;
- d) il miglioramento del livello di accessibilità e di trasparenza;
- e) l'approvazione dei protocolli operativi e delle procedure per l'attività svolta;
- f) la verifica della qualità delle prestazioni;
- g) esprime pareri su richiesta del Direttore del Dipartimento;

6. Il Comitato di Dipartimento è composto da:

-
- a) il Direttore di dipartimento, che lo presiede;
 - b) i responsabili delle strutture afferenti al dipartimento;
 - c) i rappresentanti dei dirigenti medici e non medici, in numero non inferiore ad una unità e non superiore al 25% dell'insieme dei responsabili delle strutture complesse e semplici del dipartimento;
 - d) i rappresentanti del personale infermieristico e/o tecnico in numero non inferiore ad una unità e non superiore al 25% dell'insieme dei responsabili delle strutture complesse e semplici del dipartimento.
 - e) Il comitato di dipartimento resta in carica per un periodo uguale a quello del direttore di Dipartimento.
 - f) Il comitato di Dipartimento è convocato dal Direttore del Dipartimento con cadenza trimestrale.
 - g) Per la validità delle sedute del Comitato di Dipartimento è necessaria la presenza del 51% dei suoi componenti.
 - h) Ad ogni seduta verrà redatto apposito verbale.

5. Il Direttore di dipartimento assume le funzioni di direzione e coordinamento delle attività dipartimentali. Il Direttore di dipartimento è scelto e nominato dal Direttore Generale tra i Dirigenti con incarico di Direzione delle strutture complesse aggregate al Dipartimento che hanno svolto cinque anni di attività di direzione di struttura complessa.

6. Per tutta la durata del mandato il Direttore di dipartimento rimane responsabile della struttura complessa cui è preposto in qualità di titolare.

7. Il Direttore di Dipartimento può essere sollevato dal proprio incarico prima della scadenza del mandato per gravi, motivate e comprovate inadempienze inerenti alla sua funzione o, più in generale, per il mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati,

8. In caso di temporanea assenza o impedimento del Direttore di Dipartimento, il Direttore generale nomina un suo sostituto scelto fra i dirigenti responsabili delle strutture complesse aggregate al dipartimento con le procedure previste dai vigenti contratti collettivi di lavoro.

9. Il Direttore di Dipartimento, oltre a quanto previsto per i dirigenti responsabili di struttura complessa, è destinatario delle seguenti attribuzioni e ne assume le conseguenti responsabilità:

- a) assicura il funzionamento del dipartimento sulla base del modello organizzativo e funzionale dell'Istituto, rispondendo alla direzione generale del perseguimento degli obiettivi assegnati al dipartimento stesso;
- b) predispone annualmente il piano delle attività e della utilizzazione delle risorse disponibili, negoziato con la Direzione generale nell'ambito della programmazione dell'Istituto. 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;
- c) partecipa alla contrattazione con la direzione generale per la definizione degli obiettivi dipartimentali e l'assegnazione del budget complessivo al dipartimento;

-
- d) promuove ed è responsabile, all'interno del dipartimento, delle verifiche periodiche sulla qualità secondo gli standard stabiliti;
- e) controlla l'aderenza dei comportamenti da parte dei dirigenti responsabili delle strutture o articolazioni interne al dipartimento con gli obiettivi ed indirizzi strategici nonché con gli indirizzi generali definiti dal Comitato di dipartimento in materia di gestione del personale, di piani di ricerca, di studio e di didattica;
- f) rappresenta il dipartimento nei rapporti con il Direttore Generale, con il Direttore Scientifico, con la Direzione Sanitaria e con la Direzione Amministrativa;
- g) convoca e presiede il Comitato di dipartimento.

Articolo 42 (Le Strutture Complesse)

1. Le Strutture Complesse (o Unità Operative Complesse) sono articolazioni dell'Istituto in cui si concentrano competenze professionali e risorse (umane, tecnologiche e strumentali), finalizzate allo svolgimento di funzioni di amministrazione, di programmazione, oppure di produzione di prestazioni e di servizi sanitari.

2. L'individuazione di una U.O.C. si fonda sui seguenti principi:

- strutture sanitarie con posti letto costituite dal Direttore e almeno altri quattro dirigenti con il principale impegno lavorativo nella stessa struttura;
- strutture sanitarie senza posti letto costituite dal Direttore con almeno tre dirigenti con il principale impegno lavorativo nella stessa struttura;
- strutture amministrative, tecniche e professionali costituite dal Direttore con almeno un dirigente con il principale impegno lavorativo nella stessa struttura;
- strategicità rispetto alla *mission istituzionale*;
- complessità e specializzazione delle materie o delle patologie trattate;
- livello di autonomia e responsabilità;
- rilevanza economica e autonomia delle risorse gestite;
- complessità e numerosità del sistema di relazioni intra ed extra-istituzionali;
- interdisciplinarietà.

In virtù di tale "complessità", queste strutture costituiscono centri di responsabilità all'interno del processo di budget.

4. Il Direttore di U.O.C. è un Dirigente Medico, Sanitario, Professionale, Tecnico o Amministrativo nominato dal Direttore Generale ai sensi della normativa vigente.

5. Il Direttore di U.O.C. assicura l'organizzazione e la direzione della U.O.C. al fine di garantire il conseguimento degli obiettivi definiti in sede di budget, attraverso la produzione di un'assistenza ad

elevato grado di efficacia, di efficienza e di qualità, la soddisfazione degli utenti, il costante adeguamento delle conoscenze e delle competenze professionali, la crescita e l'autonomia professionale dei membri dell'equipe.

6. Il Direttore di Unità Operativa risponde dell'andamento generale e dei risultati da essa conseguiti. Al Direttore compete:

- partecipare al processo di negoziazione del budget;
- garantire il perseguimento degli obiettivi richiesti all'Unità Operativa;
- garantire l'attuazione degli indirizzi organizzativi e tecnico-sanitari definiti in sede dipartimentale, rispondendone direttamente al Direttore del Dipartimento, ove presente;
- la responsabilità della realizzazione, per la parte di competenza, dei programmi di miglioramento continuo della qualità clinica promossi dal Dipartimento;
- partecipare all'attività propositiva e consultiva del Comitato di Dipartimento;
- promuovere la formazione permanente e l'aggiornamento tecnico scientifico dei professionisti.

Articolo 43 (Le Strutture semplici)

1. Strutture Semplici (o Unità Operative Semplici) sono contrassegnate da un sistema di produzione con significativo valore economico (sia in termini di tecnologie utilizzate che di risorse umane assegnate) che assicuri attività riconducibili ad una linea di produzione chiaramente individuabile.

2. Criteri per l'individuazione di una U.O.S. nell'ambito della struttura organizzativa dell'Istituto sono:

- dimensione produttiva definita e programmabile nell'ambito del processo di budget e rilevabile sulla base della contabilità analitica (se l'Unità eroga prestazioni sanitarie);
- omogeneità dei processi e delle funzioni gestite, definita e programmabile nell'ambito del processo di budget e rilevabile sulla base della contabilità analitica (laddove non vi sia erogazione di prestazioni sanitarie);
- responsabilità e autonomia gestionale di risorse umane, tecnologiche e/o finanziarie inerenti le attività dell'Unità;
- finalità e obiettivi coerenti con gli indirizzi strategici.

3. A seconda del livello sovraordinato da cui dipendono, le Strutture Semplici si suddividono in tre categorie:

a) Strutture Semplici articolazioni di Strutture Complesse: rispondono all'esigenza di suddividere dal punto di vista organizzativo la complessità tipica delle Strutture Complesse. Pertanto sono a tutti gli effetti unità presidiate da un dirigente che è responsabile delle risorse assegnate, dell'attività clinico-assistenziale, tecnica o amministrativa e di ricerca e del raggiungimento degli obiettivi assegnati direttamente dal Direttore della Struttura Complessa.

b) Strutture Semplici afferenti ad un Dipartimento: devono possedere i requisiti di cui al punto precedente, oltre ad un grado di autonomia da parte del responsabile particolarmente elevato e svolgere attività non riconducibile ad una sola Struttura Complessa. Tali Strutture fanno riferimento direttamente al Direttore di Dipartimento con il quale negoziano gli obiettivi e le risorse.

c) Strutture Semplici facenti capo direttamente alla Direzione dell'Istituto si caratterizzano per un elevato contenuto professionale e per la trasversalità delle funzioni svolte rispetto alle altre Strutture, ragion per cui non sono riconducibili a nessuna U.O.C. e Dipartimento. Queste fanno capo direttamente alla Direzione dell'Istituto, con la quale negoziano annualmente obiettivi e risorse.

4. La struttura semplice sanitaria è composta, in via di principio, dal dirigente responsabile e da almeno due dirigenti con prevalente impegno lavorativo nella stessa struttura. Nei casi in cui tale previsioni risultino comportare una dotazione umana sovrabbondante rispetto alle necessità pur ritenendo opportuno mantenere lo status di U.O.S., è possibile che il numero di operatori della dirigenza possa essere ridotto.

5. La struttura semplice amministrativa, tecnica professionale è composta dal dirigente responsabile, coadiuvato nel suo mandato da risorse umane adeguate alla complessità del mandato da ricoprire.

6. Il Dirigente Responsabile di Unità Operativa Semplice è nominato dal Direttore Generale su proposta non vincolante del Direttore di U.O.C. (o di Dipartimento), sentiti il Direttore Sanitario o Amministrativo, secondo competenza.

7. Al Dirigente è riconosciuta autonomia funzionale nei limiti concordati con il Direttore della U.O.C. (o del Dipartimento), limitatamente alle risorse assegnate. È compito del Dirigente:

- provvedere ad erogare le specifiche prestazioni diagnostiche terapeutiche (o tecnico amministrative) in coerenza con gli obiettivi dell'Unità Operativa (o del Dipartimento) di afferenza;
- collaborare con il Direttore di Unità Operativa nella definizione dei programmi di attività e nella realizzazione dei progetti assegnati, con assunzione diretta delle responsabilità dei procedimenti afferenti all'area, delegati dal Direttore dell'Unità Operativa o del Dipartimento;
- essere responsabile della realizzazione, per la parte di competenza, dei programmi di miglioramento continuo della qualità della Unità Operativa di appartenenza; promuovere le iniziative di formazione e aggiornamento dei collaboratori.

Articolo 44 (Gli incarichi professionali)

1. Gli incarichi professionali delineano la responsabilità professionale del dirigente in relazione a posizioni di autonomia e competenze tecnico - professionali produttive di prestazioni quali/quantitative complesse nell'ambito della disciplina e della struttura cui afferiscono. Tali incarichi sono conferiti a tutti i dirigenti che non sono riferimento per articolazioni funzionali.

Articolo 45 (Le Funzioni di Staff)

1. La funzione dello staff direzionale si associa a compiti caratterizzati da precisa specializzazione professionale, flessibilità organizzativa, orientamento ai risultati e capacità di innovazione. Ne consegue che l'organizzazione dello staff risponde alla logica della sinergia e della integrazione di tutte le componenti organizzative con la finalità precipua di supportare la Direzione Strategica e la Direzione Scientifica nelle decisioni programmatiche, gestionali e valutative.

2. Fanno parte dello Staff del Direttore Generale e dello Staff del Direttore Scientifico le strutture evidenziate rispettivamente nel Funzionigramma.

Il Direttore Generale può nominare il Coordinatore del proprio Staff tra i dirigenti inquadrati all'interno dello Staff.

Articolo 46 (L'organizzazione delle attività delle professioni)

1. Le attività di cui alla L.R. 15 febbraio 2010 n. 1, saranno svolte all'interno di strutture semplici e, in fase di prima applicazione, le stesse corrispondono ad un ambito funzionale di attività per come declinate dalla stessa L. R. n. 1/10 per la Dirigenza delle professioni sanitarie. **In sede di redazione della Pianta Organica Aziendale saranno individuate le unità operative tra quelle previste all'art.1 comma 1, lett. A – E, della L. R. n. 1/10.**

Articolo 47 (La Struttura Tecnico Amministrativa)

1. La struttura tecnico-amministrativa è coordinata dalla funzione gestionale del Direttore Amministrativo. L'Istituto intende superare lo schema della divisione dell'organizzazione delle attività per competenza implementando uno schema di organizzazione per processi, anche di tipo sovra-aziendale.

2. Le funzioni tecnico-amministrative sono poste alle dipendenze della Direzione Amministrativa e si articolano nelle strutture indicate nell'allegato funzionigramma.

Articolo 48 (Programmi e Gruppi di Progetto)

1. Al fine di sviluppare approcci omogenei nelle strutture operative, su argomenti relativi alla sicurezza ed alla qualità dell'assistenza, la direzione strategica può individuare specifici programmi. A tal fine la Direzione Strategica definisce gli obiettivi dei programmi e, per il loro perseguimento, individua gruppi di referenti clinico/assistenziali che si raccordano con le strutture operative, cui fanno capo le risorse.

2. Nel caso in cui l'Istituto sviluppi progetti particolari, potranno essere attivati gruppi di lavoro ad hoc, dotandoli di risorse proprie e affidandone la responsabilità a un dirigente o un dipendente del comparto. Carattere essenziale dei gruppi di progetto è la loro temporaneità, che riguarda anche gli incarichi associati alla responsabilità della loro conduzione.

TITOLO VII – GLI INCARICHI DIRIGENZIALI E LE POSIZIONI ORGANIZZATIVE

Articolo 49 (Gli incarichi dirigenziali)

1. Gli incarichi professionali si distinguono in professionali di base e di alta professionalità; quelli gestionali si distinguono per il riferimento a *strutture semplici e strutture complesse*.

2. Sono individuate quattro tipologie di incarichi, in armonia con quanto previsto dai vigenti contratti collettivi di lavoro:

- incarichi di direzione di struttura complessa;
- incarichi di direzione di struttura semplice;
- incarichi dirigenziali di natura professionale elevata;
- incarichi dirigenziali di natura professionale di base.

3. Le procedure per il conferimento degli incarichi dirigenziali nonché per la determinazione della graduazione delle funzioni dirigenziali sono disciplinate da appositi regolamenti, nel rispetto delle disposizioni di legge e delle norme contenute nei contratti collettivi di lavoro nonché delle linee di indirizzo dettate dall'Assessorato Regionale della Salute, finalizzati anche a valorizzare gli incarichi di natura professionale al fine di evitare la proliferazione delle strutture (complesse e semplici) ed evidenziare il contributo professionale dell'incarico nel garantire l'omogeneità e la qualità dei processi assistenziali.

4. In particolare, nel conferimento degli incarichi l'Istituto si ispira al principio di maturazione di un percorso di carriera interno. Lo sviluppo delle posizioni è determinato dalla proiezione dei dirigenti secondo investimenti formativi predefiniti dall'Istituto, nella coerenza generale tra graduazione delle posizioni, politica di formazione e sviluppo delle risorse umane. L'individuazione del "potenziale" e il monitoraggio delle performance individuali, il primo registrato dal sistema di valutazione delle posizioni, il secondo espresso dal Collegio Tecnico, sono i riferimenti prioritari degli sviluppi interni.

5. Gli incarichi dirigenziali sono volti a ricoprire le posizioni declinate nell'assetto organizzativo; l'Istituto ne predetermina la missione e le aree di responsabilità, in base agli obiettivi strategici individuati dalla Direzione ed avuto riguardo:

- a) della capacità dimostrata di management con particolare attenzione alla gestione delle risorse professionali, alla relazione con l'utenza, alla capacità di comunicazione e aggregazione intorno agli obiettivi istituzionali;
- b) della riconosciuta sensibilità alle strategie dell'umanizzazione e all'ascolto e tutela della persona - beneficiaria dei servizi;

c) dell'attenzione al proprio aggiornamento e sviluppo professionale documentato oltre che dalla partecipazione ad eventuali corsi previsti per la posizione, da attività di formazione, aggiornamento e stages di natura tecnica e gestionale;

d) del curriculum professionale sia tecnico che di tipo direzionale con le relative valutazioni di merito, ove esistenti.

6. In nessun caso l'assegnazione degli incarichi modifica le modalità di cessazione del rapporto di lavoro per compimento del limite massimo di età.

7. Con ciascun Dirigente viene stipulato apposito contratto individuale di lavoro, costitutivo del rapporto fra Istituto e Dirigente, e contenente i principi essenziali dettati dalla normativa contrattuale; in tale contratto vengono identificate le specifiche responsabilità, compiti ed obiettivi. Su tali attribuzioni vengono effettuate le verifiche previste dalle norme contrattuali e dal presente atto.

8. Gli incarichi dirigenziali sono conferibili anche a soggetti esterni, con rapporto di lavoro a tempo determinato con l'Istituto, secondo le modalità e nei limiti di cui agli artt. 15 septies e 15 octies del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i..

9. Non è consentito l'affidamento di un incarico di struttura complessa ovvero semplice che non sia articolazione interna di strutture complesse ai dirigenti che fruiscono del regime di lavoro ad impegno ridotto.

10. Le previsioni di cui ai precedenti commi 9 e 10 non si applicano ai dirigenti in distacco sindacale con prestazione lavorativa ridotta al 50% sulla base di quanto disposto dall'art.7 comma 4 del CCNL del 07/08/1998 e s.m.i..

Articolo 50 (Le posizioni organizzative)

1. Le posizioni organizzative istituite dai CCNL dell'Area Comparto, sia in ambito sanitario, sia in ambito tecnico/amministrativo, prevedono per operatori del comparto collocati almeno in categoria D, lo svolgimento di funzioni con assunzione diretta di elevata responsabilità. Tali posizioni/incarichi possono rivestire le seguenti finalità:

- Posizioni gerarchico - funzionali, collocate all'interno di articolazioni dell'Istituto con funzioni gestionali;

- Posizioni di processo, riconducibili alla gestione di funzioni rilevanti sia di carattere sanitario che di ambito tecnico/amministrativo, formativo, di comunicazione.

2. L'Istituto, tenuto conto della propria struttura organizzativa nonché delle esigenze di servizio, individua le posizioni organizzative sulla base delle risorse disponibili con specifico atto deliberativo, dandone preventiva comunicazione alle Organizzazioni Sindacali e alla R.S.U.

3. Le posizioni organizzative rappresentano articolazioni interne dell'assetto organizzativo definito dall'Istituto sulla base del proprio ordinamento e nel rispetto delle leggi regionali di organizzazione e

pertanto:

- non costituiscono posti di dotazione organica;

- sono modificabili per effetto di:

a) successiva diversa organizzazione interna;

b) diversa programmazione delle attività istituzionali;

c) riordino dei processi gestionali finalizzati al miglioramento dell'efficienza organizzativa e dell'efficacia erogativa nonché alla determinazione di eventuali aree di improduttività.

4. Le posizioni organizzative sono conferite con provvedimento del Direttore Generale, sentiti il Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo, ciascuno per il proprio ambito di competenza, che ne determina in via generale le finalità e le aree di responsabilità. Il dirigente dell'unità operativa di riferimento della posizione organizzativa stabilisce gli specifici compiti e gli ambiti di autonomia della posizione organizzativa.

5. Le procedure per il conferimento, la valutazione e la revoca degli incarichi relativi alle posizioni organizzative individuate dall'Istituto sono disciplinate da un apposito regolamento secondo quanto stabilito dal C.C.N.L. e tenuto conto delle linee guida dettate dall'Assessorato Regionale alla Salute.

6. Il conferimento degli incarichi riferiti alle posizioni organizzative di cui sopra ha luogo dopo che l'Istituto, con riferimento al proprio assetto organizzativo, ha formalizzato:

a) la graduazione delle funzioni cui correlare la relativa indennità di funzione;

b) l'ammontare del fondo previsto dai vigenti contratti collettivi di lavoro destinato al finanziamento di alcune componenti della retribuzione;

c) le risorse, in sede di contrattazione integrativa, individuate all'interno del fondo di cui alla lettera b) da destinare esclusivamente al finanziamento dell'indennità di funzione prevista per le posizioni organizzative.

7. Il conferimento di incarico relativo a posizione organizzativa non comporta per il dipendente che ne è titolare, né progressioni interne di carriera automatiche né differenze retributive tabellari salvo il diritto alla corresponsione dell'indennità di funzione dai vigenti contratti collettivi di lavoro rapportata alla natura ed alle caratteristiche dell'incarico stesso;

8. Al personale in part-time non può essere conferita una posizione organizzativa.

TITOLO VIII – I SISTEMI E GLI STRUMENTI DI GESTIONE E DI CONTROLLO

Articolo 51 (La pianificazione strategica)

1. L'organizzazione e le attività dell'Istituto sono improntate a criteri di efficacia, efficienza ed economicità, ai sensi dell'art.3 D.L.vo n.502/92 e successive modifiche ed integrazioni, e dell'art.6 del D.lgs. n.288/2003 e s.m.i..

2. La programmazione dell'Istituto è organizzata secondo piani attuativi, di durata triennale, e dagli strumenti di coordinamento e operativi connessi secondo quanto previsto dall'art.5 della L.R. 5/2009 ed è rivolta ad assicurare, nel rispetto degli obiettivi posti dagli atti di pianificazione nazionale e regionale, l'erogazione delle prestazioni essenziali ed appropriate concernenti le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, lo sviluppo e la gestione della qualità dell'Istituto, la massima accessibilità ai servizi per le persone, l'equità delle prestazioni erogate, l'integrazione interistituzionale.

3. Il raccordo istituzionale con gli enti locali viene potenziato da strumenti di pianificazione territoriale, e relativo monitoraggio, come i Piani Attuativi Locali ed i Piani di Zona, utili e necessari per garantire servizi socio-sanitari integrati e il coinvolgimento di tutti gli stakeholders presenti nel territorio.

4. La programmazione è sostenuta da un'attività di valutazione e controllo strategico che ha lo scopo di verificare l'effettiva attuazione delle scelte, contenute nelle direttive e negli altri atti di indirizzo formulati dalla direzione dell'Istituto. Tale attività consiste nell'analisi preventiva e successiva della congruenza e/o degli eventuali scostamenti tra gli obiettivi, le scelte operative effettuate e le risorse umane, finanziarie e materiali assegnate alle varie strutture, nonché nell'identificazione degli eventuali fattori ostativi, delle eventuali responsabilità per la mancata o parziale attuazione, dei possibili correttivi.

8. L'Istituto, ai sensi dell'art.3 comma 1-ter D. Lgs. n.502/92 e s.m.i., persegue le finalità di cui sopra utilizzando la propria capacità generale di diritto privato, salvo che nei casi in cui la legge espressamente le attribuisce poteri pubblicistici come tali da esercitare nelle forme tipiche del procedimento amministrativo.

9. Il Direttore Generale dell'Istituto produce una relazione annuale nella quale sono fornite notizie e dati sul raggiungimento degli obiettivi di salute e sul funzionamento dei servizi, nonché sull'utilizzazione delle risorse assegnate.

Articolo 52 (La programmazione e controllo e i sistemi informativi di governo)

1. L'Istituto assicura, attraverso il Controllo di Gestione, la misurazione e controllo dell'attività svolta dall'Istituto, attraverso le strutture che le sono proprie, nonché alla misurazione del soddisfacimento dei bisogni e delle aspettative del bacino di utenza.

2. Per realizzare questo scopo l'Istituto promuove lo sviluppo della contabilità analitica per Centri di Costo e di Responsabilità al fine di effettuare analisi comparative con riferimento ai costi sostenuti, alle attività svolte ed ai risultati raggiunti. In tal senso, pertanto, l'attività di controllo non riguarda esclusivamente il vertice strategico dell'Istituto ma investe, a cascata, la dirigenza titolare di strutture

Articolo 53 (Sistema di budgeting)

1. L'Istituto individua all'inizio di ogni anno una programmazione triennale relativa agli obiettivi da raggiungere nel medio termine, formulando contestualmente delle ipotesi relative all'anno in corso le

quali sono poste alla base del budget annuale. Nell'ottica di permettere la misurazione delle performance a livello di amministrazione, unità organizzative e singoli dipendenti, ogni anno gli obiettivi programmatici di esercizio sono integrati o rimodulati sulla base di ulteriori indicazioni assessoriali o di variazioni nelle priorità comunque individuate.

2. La formalizzazione degli obiettivi avviene ad inizio dell'anno sulla base di quanto previsto dal regolamento interno sul sistema di budgeting previsto dal decreto 890 del 2002 e s.m.i. in tema di accreditamento istituzionale. All'atto della formalizzazione degli obiettivi, saranno individuate le risorse assegnate per il raggiungimento degli stessi riferimento all'esercizio.

3. Le strutture destinatarie dell'assegnazione formale di risorse sono:

- I Dipartimenti;
- Le U.O. complesse;
- Le U.O. semplici.

4. L'attribuzione delle risorse si basa sul regolamento interno sul sistema di budgeting ed avviene al momento della sottoscrizione delle schede di budget. Al responsabile dell'articolazione assegnataria di obiettivi sono formalmente assegnate anche le risorse necessarie per il raggiungimento degli stessi. Resta inteso che, sulla base della revisione nella programmazione delle attività che si dovesse rendere necessaria in corso d'anno, tanto gli obiettivi quanto le risorse possono essere rimodulati in corso d'anno previa formalizzazione della modifica a quanto originariamente concordato, convocando i responsabili delle strutture interessate secondo la procedura prevista nel regolamento sul sistema di budgeting.

Articolo 54 (Il sistema di valutazione permanente e verifica sul raggiungimento degli obiettivi)

1. La gestione delle risorse umane dell'Istituto è una componente fondamentale per la garanzia del perseguimento della missione dell'Istituto di servizio alla persona. La gestione delle risorse umane è un processo che comprende pianificazione, reclutamento, selezione, assunzione, formazione e addestramento, valutazione della prestazione, valutazione del potenziale, amministrazione e retribuzione, comunicazione e clima organizzativo.

2. La valorizzazione delle risorse umane si articola in diversi strumenti e modalità orientati a creare consapevolezza, coinvolgere i professionisti e gli operatori, dare ad ognuno un ruolo preciso ed adeguato, definire il piano personale di sviluppo. In tale ambito la valutazione delle risorse umane è uno strumento e una modalità permanente di diagnosi organizzativa e di garanzia per l'organizzazione e il professionista e per il fruitore dei servizi di poter disporre di un servizio secondo standard e qualità dichiarati.

3. L'Istituto realizza una gestione "meritocratica" del personale a tutti i livelli, adottando sistemi di valutazione delle posizioni organizzative e delle prestazioni professionali equi e trasparenti. I fattori di

valutazione delle prestazioni fanno riferimento al raggiungimento dei risultati previsti in sede di programmazione e alle capacità professionali espresse, rispetto alle competenze previste per ricoprire il ruolo assegnato.

4. Annualmente l'Istituto effettua la valutazione secondo un ciclo di gestione delle performance in cui alla definizione e assegnazione degli obiettivi segua un monitoraggio in corso di esercizio, un'attività di misurazione e l'utilizzo di sistemi premianti.

5. Ciascun operatore svolge un ruolo specifico, implicitamente o esplicitamente definito, nei rapporti con altri operatori o soggetti interni e/o esterni all'Istituto che si concretizza nel:

- gestire processi dei quali si assumono le responsabilità dei risultati specifici
- svolgere compiti e funzioni di controllo nel gestire o partecipare ad iniziative di carattere progettuale
- sviluppare competenze e capacità professionali;
- assumere un comportamento coerente con la propria professionalità ed il ruolo assegnato nel rispetto delle direttive definite dal responsabile diretto.

6. La valutazione dei risultati conseguiti dai centri di responsabilità dell'Istituto è volta alla verifica della rispondenza degli stessi con gli obiettivi concordati, a comprendere le cause degli eventuali scostamenti e ad individuare i punti di forza e di debolezza allo scopo di supportare i processi di programmazione futuri.

7. La valutazione dei risultati, in questo caso, è anche utilizzata allo scopo di supportare il sistema premiante dell'Istituto nelle modalità e sulla base dei principi generali e dei criteri definiti dal D.Lgs. n. 150/2009, dalla normativa vigente, dai CCCCNNLL e degli accordi dell'Istituto.

8. L'Istituto, sulla base anche dei risultati del Controllo di gestione, valuta le prestazioni dei propri dirigenti, nonché i comportamenti relativi allo sviluppo delle risorse professionali, umane e organizzative ad essi assegnate. Tale processo valutativo tiene particolarmente conto dei risultati dell'attività e della gestione. Le modalità, la periodicità e gli effetti della valutazione dei dirigenti sono stabilite conformemente ai rispettivi contratti collettivi nazionali di lavoro.

9. L'Istituto si conforma altresì alla disciplina dettata dai titoli II e III, del D.Lgs n. 150/2009, nonché alla successiva disciplina regionale, riconoscendo che la misurazione e valutazione della performance sono volte al miglioramento della qualità dei servizi offerti, nonché alla crescita delle competenze professionali, attraverso la valorizzazione del merito e l'erogazione dei premi per il risultato, individuale ed organizzativo.

Articolo 55 (L'Organismo Indipendente di Valutazione)

Ai sensi dell'art.147 del Dlgs. n.267/2000 e s.m. e i. è nominato un Soggetto in qualità di Organismo indipendente di Valutazione in composizione monocratica.

Tale Organo ha le seguenti competenze:

-
- vigila sull'effettiva applicazione del modello organizzativo, verificando la coerenza tra i comportamenti teorici ed i comportamenti di fatto;
 - analizza l'adeguatezza del modello accertando la sua capacità di prevenire di fatto i comportamenti non voluti;
 - vigila circa il mantenimento dei requisiti di solidità e di funzionalità;
 - cura il necessario aggiornamento dinamico del Codice Etico.
 - presenta proposte di adeguamento del Codice Etico al Direttore Generale che a sua volta dovrà valutare la proposta e darne concreta attuazione, ove ritenuta congrua ed indifferibile;
 - verifica l'attuazione e l'effettiva funzionalità delle soluzioni proposte;
 - risolve i conflitti circa l'interpretazione del presente Codice;
 - monitora le iniziative per la diffusione e la conoscenza e del Codice Etico, a garanzia dello sviluppo delle attività di comunicazione e formazione etica;
 - predispose una relazione informativa (su base semestrale) per la Direzione Generale, in ordine alle attività di verifica e controllo compiute ed all'esito delle stesse;
 - trasmette la relazione di cui al punto precedente al Collegio dei Revisori.

Articolo 56 (Vigilanza)

1. L'Istituto è sottoposto alla vigilanza del Ministero della Salute e dell'Assessorato Reg.le alla Salute, che vi provvedono per le rispettive competenze secondo le modalità stabilite dalla normativa vigente.

Articolo 57 (Le procedure di acquisto e la gestione degli appalti)

1. L'Istituto provvede alla programmazione almeno annuale delle forniture di lavori e degli acquisti di beni e servizi, in modo da conseguire economie di gestione nello svolgimento della propria attività; le relative forniture non possono essere artificiosamente suddivise in più contratti tendenti a sottrarre all'applicazione della relativa disciplina. Nell'acquisizione delle forniture di lavori e degli acquisti di beni e servizi l'Istituto privilegia il ricorso, ricorrendone i presupposti, all'acquisto mediante piattaforma CONSIP, Mepa, a gare centralizzate, di bacino e regionali.

2. L'Istituto applica, nei rapporti finalizzati all'acquisizione di beni e servizi sotto soglia comunitaria, le procedure di cui al d.lgs. n. 50/2015, anche con riferimento al Regolamento per gli acquisti in economia adottato con D.A. n.1283/13, successivamente integrato con il D.A. n. 2080 del 5 novembre 2013, oltre alle successive modifiche ed integrazioni correlate all'entrata in vigore del subentrato d.lgs. n. 50/2016

4. Con apposito Regolamento, l'Istituto regola i criteri e le modalità di affido degli incarichi a Professionisti per progettazione, direzione lavori, coordinamento della sicurezza e collaudo, secondo i limiti di importo sanciti dal d.lgs. n. 50/2016, tenuto conto delle correlate direttive regionali e nazionali emanate.

Articolo 58 (La gestione della qualità e del rischio clinico)

1. Coerentemente alla recente normativa regionale (L.R. n.5/2009) e al Decreto Regionale Assessorato Sanità del 17/06/2002 (Direttive per l'accreditamento Istituzionale delle strutture Sanitarie nella Regione Siciliana), il miglioramento della qualità e l'adozione delle logiche e degli strumenti della Qualità Totale sono un obiettivo prioritario per l'Istituto. I principi fondamentali su cui tali azioni si fondano sono:

- l'adozione di una logica fondata anziché sull'erogazione della singola prestazione sulla consegna al cittadino/cliente di un prodotto/servizio che abbia, per quest'ultimo, valore e che rappresenta la tappa finale di un processo spesso complesso;
- la declinazione dei requisiti di qualità che connotano il prodotto/servizio, ossia gli standard specifici di prodotto che l'Istituto si impegna a garantire, configurando un sistema di garanzia o assicurazione della qualità e il monitoraggio degli standard di qualità attraverso un *set* di indicatori facilmente misurabili che diano evidenza al miglioramento;
- l'assunzione del metodo *P.D.C.A.* che si estrinseca nelle varie fasi della pianificazione (*plan*), dell'azione (*do*), della valutazione (*check*) e della realizzazione del processo migliorativo e della sua documentazione (*act*);
- l'utilizzo, in vari ambiti dell'Istituto, di metodologie progettuali che seguano logiche di sistema coerenti con le programmazioni fissate e sovraordinate;
- supporto metodologico per la progettazione e/o la gestione di interventi finanziati con fondi europei a gestione diretta ed indiretta, favorendo la partecipazione degli attori di processo e territoriali in tale ambito e in eventuali attività di ricerca e cooperazione internazionale;
- concorre allo sviluppo e all'attuazione di un sistema di coordinamento e monitoraggio delle attività progettuali al fine di garantirne coerenza, evitare ridondanze e sovrapposizione di interventi e garantire la qualità progettuale *ex ante* e, nella logica degli *audit* interni, in *itinere* ed *ex post*;
- la condivisione dei principi e delle metodologie di lavoro sopra esposte da parte dei professionisti dell'Istituto a partire dai responsabili delle varie strutture organizzative.

2. Il tema della sicurezza dei pazienti è una delle priorità dell'Istituto. Pertanto è intendimento dell'Istituto potenziare le seguenti aree:

- Migliorare la prevenzione e la promozione della salute e sicurezza degli operatori nelle strutture sanitarie, introducendo specifici progetti integrati fra i diversi soggetti coinvolti su tali problematiche;
- Migliorare la comunicazione su nuove conoscenze, strategie su prevenzione, protezione e sorveglianza sui rischi nel settore sanitario, con ogni strumento (best practice, istruzioni operative, strumenti informativi e formativi su tematiche critiche);

- Promuovere l'utilizzo del processo di valutazione preventiva dei progetti e di autorizzazione all'esercizio delle strutture sanitarie in modo integrato con gli altri percorsi di gestione del rischio, meno finalizzata ad aspetti formali e più concretamente legata ai rischi per gli operatori e i pazienti.

Articolo 59 (Le rilevazioni contabili)

1. L'Istituto effettua le rilevazioni contabili nel rispetto dei principi fondamentali e delle regole contabili del Sistema unico di contabilità economica introdotto a decorrere dall'esercizio 2002 nelle Aziende Sanitarie della Regione Siciliana, ai sensi dell'art. 31 della L.R. n. 8 del 17 marzo 2000 – così come modificato dall'art. 52 della L.R. n. 26 del 18 dicembre 2000 -, nonché della Circolare dell'Assessorato della Sanità n. 1037 del 19 dicembre 2000.

2. L'Istituto impronta, inoltre, la gestione contabile alle Direttive per la contabilità generale delle Aziende sanitarie di cui alla Circolare della Regione Siciliana, n. 7 del 2005, che, in attuazione all'art. 5, comma 5, del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i. e all'art. 53, comma 6 della L.R. n.17 del 28 Dicembre 2004, detta uniformi indirizzi contabili e linee guida per la predisposizione dei documenti contabili a livello regionale, dotandosi, in ottemperanza a quanto stabilito dal D.A. 3 maggio 2013, di un Piano dei centri di costo e di un Piano dei centri di responsabilità conformi alla struttura organizzativa aziendale, e che rispettino nella propria struttura il livello minimo di aggregazioni e di dettaglio richiesti nel Piano dei CRIL di cui all'articolo 1 del citato D.A.

3. L'Istituto cura, altresì, la predisposizione dei flussi economici e patrimoniali a rilevanza esterna e li rendiconta secondo i "Modelli di rilevazione introdotti con Decreto Ministero della Salute del 13 Novembre 2007, pubblicato sulla G.U.R.I. n. 289 del 13-12-2007, Suppl. Ordinario n.265.

4. L'Istituto, infine, si dota di un Piano dei conti dell'Istituto conforme al Piano dei conti regionale, di cui al D.D.G. n.2852/12 ed effettua la rilevazione dei componenti patrimoniali, economici e finanziari nel rispetto delle Linee Guida al Piano dei conti regionale.

5. Il Regolamento di contabilità, in conformità ai principi e alle disposizioni della vigente legislazione nazionale e regionale, disciplina:

a) la tenuta del libro delle deliberazioni del Direttore Generale;

b) la definizione del ciclo di bilancio, ed in particolare l'adozione del bilancio economico pluriennale di previsione nonché del bilancio preventivo economico annuale relativo all'esercizio successivo, da redigersi secondo uno schema stabilito con decreto interministeriale;

c) la redazione del bilancio di esercizio, secondo i principi di cui agli artt. 2423 e ss. C.C.;

d) la destinazione dell'eventuale avanzo e le modalità di copertura degli eventuali disavanzi di esercizio;

e) la definizione del sistema di budget, inteso quale insieme di documenti previsionali che, con riguardo all'esercizio o a periodi più circoscritti, definiscano gli obiettivi di gestione e le risorse disponibili per singole strutture organizzative e responsabilità operative, nonché per i Dipartimenti, i Distretti e i

Presidi Ospedalieri;

f) la tenuta di una contabilità analitica per centri di costo e responsabilità che consenta analisi comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati; in particolare, nella rilevazione dei costi di gestione la contabilità analitica deve consentire di verificare il livello di attuazione del budget, i costi, ricavi e risultati relativi a centri di responsabilità, aree di attività, servizi e singole strutture organizzative, nonché alla gestione di determinati beni e categorie di prestazioni;

g) la pubblicazione annuale dei risultati delle analisi dei costi, dei rendimenti e dei risultati per centri di costo e responsabilità;

h) il piano di valorizzazione del patrimonio immobiliare anche attraverso eventuali dismissioni e conferimenti.

Articolo 60 (Stato giuridico ed economico del personale e specifiche modalità di reclutamento personale)

1. Ai sensi dell'art.11, comma 2 del D.Lgs. n.288/03, il trattamento giuridico ed economico del personale è sottoposto alla disciplina del citato D.Lgs. n.502/92 e successive modificazioni, del D.Lgs. n.165/01 e successive modificazioni, nonché alla contrattazione collettiva nazionale di comparto. E' consentita l'assunzione diretta, di diritto privato a tempo determinato, per incarichi afferenti i progetti finalizzati di ricerca sulla base di specifici requisiti di natura professionale.

2. Le Commissioni di concorso per il reclutamento del personale dirigente a tempo indeterminato dovranno prevedere un rappresentante della Direzione Generale della Ricerca Sanitaria e Biomedica e della Vigilanza sugli Enti del Ministero della Salute, designato secondo quanto previsto dalla Nota 7 Agosto 1998 del Ministero della Sanità avente come oggetto le "Linee guida per l'adeguamento dei regolamenti organici degli IRCCS in materia di procedure concorsuali per il personale dirigente del S.S.N. appartenente al ruolo professionale, tecnico ed amministrativo come da D.P.R. n. 483 del 10 dicembre 1997".

Articolo 61 (Il controllo interno di regolarità amministrativa, contabile e gestionale)

1. Ai controlli di regolarità amministrativa e contabile provvedono gli organi appositamente previsti dall'articolo 3-ter del D. Lgs. 229/99 (Collegio Sindacale), ivi comprese le verifiche sui dipendenti di cui all'articolo 1, comma 62, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, e, nell'ambito delle competenze stabilite dalla vigente legislazione, i Servizi Ispettivi di Finanza della Ragioneria Generale dello Stato e quelli con competenze di carattere generale.

2. Le verifiche di regolarità amministrativa e contabile devono rispettare, in quanto applicabili alla pubblica amministrazione, i principi generali del codice civile.

3. Il controllo di regolarità amministrativa e contabile non comprende verifiche da effettuarsi in via

preventiva se non nei casi espressamente previsti dalla legge e fatto salvo, in ogni caso, e principio secondo cui le definitive determinazioni in ordine all'efficacia dell'atto sono adottate dall'organo amministrativo responsabile.

4. L'Istituto adotta un sistema di controllo articolato su analisi di minimizzazione dei costi, di costo-efficacia, di costo-beneficio, da svolgersi secondo la normativa vigente ed in sintonia con la "mission" dell'Istituto, garantendo altresì la migliore qualificazione possibile della performance assistenziale e la maggiore tutela possibile del bisogno dei cittadini utenti.

5. Ferma restando la competenza in materia di controllo riservata dalla normativa ad enti ed organismi esterni ed al Collegio Sindacale, l'Istituto garantisce l'attivazione del controllo interno.

Tale attività concerne i seguenti ambiti:

- valutazione dell'efficacia ed efficienza della gestione al fine di ottimizzare, anche mediante, tempestivi interventi di correzione, il rapporto tra costi e risultati (controllo di gestione);
- valutazione delle scelte compiute in sede di attuazione dei piani, programmi, in termini di congruenza tra risultati conseguiti ed obiettivi predefiniti (controllo strategico).

6. Il controllo interno deve essere organizzato in modo di monitorare il complessivo sistema di obiettivi e sotto-obiettivi per produrre informazioni che supportino il processo decisionale di coloro che hanno una responsabilità sui risultati clinico-assistenziali, di soddisfacimento delle esigenze dei pazienti e dei loro familiari ed economico-finanziari.

7. Ai fini del controllo di gestione, l'Istituto definisce, in apposito regolamento:

- la/e struttura/e responsabile/i della progettazione e della gestione del controllo di gestione;
- le strutture a livello delle quali si intende misurare l'efficacia, efficienza ed economicità, dell'azione amministrativa;
- le procedure di determinazione degli obiettivi gestionali e dei soggetti responsabili;
- l'insieme dei prodotti e delle finalità delle singole strutture;
- le modalità di rilevazione e ripartizione dei costi tra le strutture e di individuazione degli obiettivi per cui i costi sono sostenuti;
- gli indicatori specifici per misurare efficacia, efficienza ed economicità;
- la frequenza di rilevazione delle informazioni.

8. L'attività di valutazione e controllo strategico mira a verificare, in funzione dell'esercizio dei poteri di indirizzo e programmazione da parte dei competenti organi, l'effettiva attuazione delle scelte contenute nelle direttive e altri atti di indirizzo politico.

9. L'attività stessa consiste nell'analisi preventiva e successiva della congruenza e/o degli eventuali scostamenti tra le missioni affidate dalle norme, gli obiettivi operativi prescelti, le scelte operative effettuate e le risorse umane, finanziarie e materiali assegnate, nonché nell'identificazione degli eventuali fattori ostativi, delle eventuali responsabilità per la mancata o parziale attuazione, dei possibili rimedi.

10. Le strutture e i soggetti preposti all'attività di valutazione e controllo strategico riferiscono in via riservata al Direttore Generale, con apposite relazioni, sulle risultanze delle analisi effettuate. Essi di norma supportano il Direttore Generale anche per la valutazione dei dirigenti che rispondono direttamente al Direttore medesimo per il conseguimento degli obiettivi da questo assegnatigli.

Articolo 62 (La libera professione intramuraria)

1. Per attività libero-professionale intramuraria (A.L.P.I) della dirigenza medica, e sanitaria s'intende l'attività che detto personale, individualmente o in equipe, esercita fuori dell'impegno di servizio in regime ambulatoriale, nonché le prestazioni farmaceutiche, sia nelle strutture ospedaliere che territoriali, prioritariamente in favore e su libera scelta dell'assistito e con oneri a carico dello stesso o di assicurazioni o di fondi sanitari integrativi del S.S.N. di cui all'art. 9 del D. Lgs. 502/92 e s.mm.ii, e da svolgersi nel rispetto delle disposizioni normative e regolamentari tempo pe tempo vigenti.

2. Il cittadino che, in piena e completa libertà di scelta, intende usufruire delle prestazioni in regime libero-professionale, è tenuto al pagamento delle tariffe stabilite, concordate a livello dell'Istituto e debitamente comunicate. Questi, al momento della richiesta della prestazione, deve essere messo a conoscenza della spesa che dovrà sostenere. Il preventivo, salvo esigenze straordinarie che si possono verificare durante la prestazione, conterrà elementi certi sugli oneri addebitabili.

3. L'esercizio della libera professione intramuraria non deve contrastare con l'incomprimibile diritto, riconosciuto a tutti i cittadini, di un eguale livello di assistenza. Pertanto, l'espletamento della relativa attività deve essere organizzato in modo da non influire negativamente sul pieno e completo assolvimento dei compiti d'istituto ed è subordinato all'impegno del personale interessato a garantire la piena funzionalità dei servizi.

4. Le modalità di erogazione delle attività libero professionali intramoenia sono stabilite da apposito regolamento dell'Istituto.

TITOLO IX – NORME FINALI E DI RINVIO

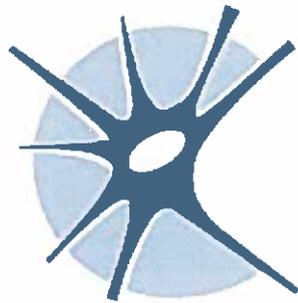
Articolo 63 (Atti regolamentari)

1. Il Direttore Generale può disciplinare con atti di diritto privato ogni altro aspetto dell'attività dell'Istituto, nonché particolari materie afferenti alla gestione organizzativa e la definizione degli indirizzi necessari alla attuazione della normativa contenuta nel presente atto, fermo restando il riferimento alle fonti normative nazionali e regionali in materia, per quanto non espressamente contemplato.

Articolo 64 (Norma finale e di rinvio)

1. Per quanto non previsto dal presente Regolamento ed allegato Funzionigramma, si applicano le disposizioni di cui al D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., L. Reg.le n.30/93, D. Lgs. n.288/03, D. Lgs n.165/2001, D.P.R.S. 11/05/2000, L. Reg.le n.18/2008 L. Reg.le n.5/09, e successive modifiche, integrazioni e circolari assessoriali, nonché ai CCNL vigenti nel tempo.

Regione Siciliana



CENTRO
NEUROLESI
**BONINO
PULEJO**
IRCCS MESSINA

*Regolamento di Organizzazione
e Funzionamento*

**STRUTTURA ORGANIZZATIVA E
FUNZIONIGRAMMA**

Il presente Funzionigramma definisce la strutturazione organizzativa dell'IRCCS Centro Neurolesi Bonino Pulejo nei suoi presidi, in Dipartimenti, Unità Operative Complesse, Unità Operative Semplici, funzioni di Staff e Linee di Attività.

Le Unità Operative, semplici e complesse, sono articolate e definite – per numero e tipologia – in funzione della dotazione di posti letto attribuita alla data di adozione del presente funzionigramma, così composta:

Decreto di attribuzione posti letto	G.C.A. Cod 75	SUB INTENSIVA NEUROLOGICA O UNITA' DI RISVEGLIO Cod 75	SUAP	DH	LUNGODEGENZA Cod 60	RIABILITAZIONE Cod 75/28/56	ACUTI	TOTALE
D.A. 21 Luglio 2006	96 ¹							96
D.A. 17 Aprile 2007	66	10 ²	20 ²					96
D.A. 11 Luglio 2013 E NOTA n.A.I.3 – S.4/95718 DEL 19/12/13		10 ⁴	20 ³					116
D.A. 23 Ottobre 2013 E NOTA n.A.I.3 – S.4/95718 DEL 19/12/13					16 ³			132
Decreto Rete Ospedaliera 14 gennaio 2015						115		155
D.D.G. 1171/2015				4 ⁴		111 ⁴		155
D.A 2 luglio 2015			-20 ⁵					135
Decreto Piemonte D.P.R.S 551/2016						31	53 ⁶	219
TOTALE POSTI LETTO ATTUALI								219

1 (di cui n.2 pl di Day Hospital)

2 (per trasformazione dell'originario contingente)

3 (assegnazione delocalizzati presso il P.O. di Mistretta)

4 (per trasformazione dell'originario contingente)

5 (decurtazione delocalizzati presso PO di Mistretta)

6 (di cui n. 4 pl riservati al Centro di Riferimenti per il Morbo di Hansen DA n.46 del 14/5/2015)

A seguito dell'approvazione del Decreto del 14 Giugno 2015 che ridetermina la Rete Ospedaliera Regionale, della legge n.24 del 2015 che ha accorpato all'IRCCS il presidio ospedaliero Piemonte e del relativo decreto attuativo DPRS 551/2016, le Unità Operative Complesse (U.O.C.) sono così rideterminate:

- U.O.C. Ortopedia e Traumatologia;
- U.O.C. Anestesia, Rianimazione Terapia del Dolore e Cure Palliative;
- U.O.C. Medicina e Chirurgia d'Accettazione ed Urgenza con O.B.I.;

-
- U.O.C. Diagnostica per immagini e neuroradiologia;
 - U.O.C. Neurovascolare;
 - U.O.C. Riabilitazione Neurologica Generale e Speciale (cod. 75 – 28 – 56);
 - U.O.C. Ricerca Clinica in Neuroscienze (cod. 75 – 28 – 56);
 - U.O.C. Servizi amministrativi

LE UNITA' OPERATIVE ALLE DIRETTE DIPENDENZE DELLE DIREZIONI DELL'ISTITUTO

Le Direzioni dell'Istituto, a supporto delle proprie attività, si avvalgono del supporto delle diverse articolazioni organizzative fondate sul principio della flessibilità e dell'integrazione tra le varie competenze e professionalità, e tali:

- Unità Operative ed articolazioni in Staff del Direttore Generale;
- Unità Operative e Linee di Attività poste alle dirette dipendenze del Direttore Scientifico;
- Unità Operative e Linee di Attività poste alle dirette dipendenze del Direttore Sanitario;
- Unità Operative e Funzioni poste alle dirette dipendenze del Direttore Amministrativo

1) STRUTTURE E FUNZIONI POSTE IN STAFF AL DIRETTORE GENERALE

Le strutture e le funzioni poste in Staff al Direttore Generale, di seguito indicate, svolgono attività di sviluppo e progettazione nell'ambito delle funzioni strategiche dell'Istituto e, in particolare, nei settori dell'organizzazione sanitaria e amministrativa, della comunicazione interna ed esterna, dell'innovazione gestionale, dell'ottimizzazione e valutazione sull'utilizzo delle risorse, del sistema di qualità dell'Istituto, del sistema informativo dell'Istituto, della programmazione e controllo di gestione, della prevenzione e protezione:

- Controllo di Gestione;
- Sistemi Informativi Aziendali;
- U.R.P. e Comunicazione;
- Ufficio Delibere;
- Qualità, Accredimento e Rischio Clinico;
- Affari Legali, Trasparenza e Anticorruzione;
- Servizio Prevenzione e Protezione.
- O.I.V.

1.1) Controllo di Gestione

Al Controllo di Gestione afferiscono le seguenti aree di attività:

a) Controllo di gestione, con il compito di:

- seguire lo sviluppo e la gestione del sistema di contabilità analitica, in modo da rendere disponibili informazioni riferite sia alle specifiche aree Dell'Istituto (costi, ricavi e rendimenti per distretto, presidio ospedaliero e dipartimento o per centro di responsabilità e di costo), sia alle specifiche prestazioni. Il sistema si deve articolare in modo tale da rispondere alle esigenze del controllo interno di tipo consuntivo, della pianificazione e programmazione economica dell'Istituto nonché degli organismi di controllo esterni, per cui necessita rilevare l'insieme dei prodotti e delle finalità delle singole strutture, utilizzando indicatori specifici per misurare efficacia, efficienza ed economicità;
- seguire le modalità di rilevazione e ripartizione dei costi tra le strutture e di individuazione degli obiettivi per cui i costi sono sostenuti;
- attivare e seguire annualmente il processo di formazione del budget, supportando i centri di responsabilità con le

informazioni necessarie alla formulazione delle previsioni di attività, di costo e di investimento;

- sviluppare un sistema di rapporti di gestione per comunicare periodicamente a ciascuno dei centri di responsabilità i risultati raggiunti e le informazioni rilevanti per le decisioni di rispettiva competenza;
- supportare l'attività di pianificazione e programmazione sviluppando analisi di convenienza economica in materia di nuovi progetti di investimento e di scelte alternative di impiego delle risorse (gestione in economia/appalto, concentrazione di servizi, ecc.).

b) Controllo strategico e valutazione dei dirigenti, con il compito di:

- verificare l'effettiva attuazione delle scelte, contenute nelle direttive e altri atti di indirizzo strategico della direzione generale. L'attività di controllo strategico consiste nell'analisi preventiva e successiva della congruenza e/o degli eventuali scostamenti tra gli obiettivi, le scelte operative effettuate e le risorse umane, finanziarie e materiali assegnate alle varie strutture, nonché nella identificazione degli eventuali fattori ostativi, delle eventuali responsabilità per la mancata o parziale attuazione, dei possibili rimedi.
- La valutazione ha lo scopo di verificare annualmente i risultati di gestione dei dirigenti di struttura ai quali sia stata affidata la gestione delle risorse, nonché i risultati raggiunti da tutti i dirigenti in relazione agli obiettivi affidati, ai fini dell'attribuzione della retribuzione di risultato; i giudizi definitivi conseguiti dai dirigenti sono parte integrante degli elementi di valutazione dell'Istituto per il conferimento, la conferma, il rinnovo o la revoca di qualsiasi incarico. In tale ambito, detta UO, cui si intestano le funzioni della Struttura Tecnica Permanente, ha il compito di curare gli adempimenti procedurali e infraprocedimentali necessari per la definizione dell'attività di valutazione da parte degli organismi preposti (OIV e Collegi tecnici).

1.2) Sistemi Informativi Aziendali

Al servizio Sistemi Informativi Aziendali le seguenti aree di attività:

- Supportare la gestione strategica, l'indirizzo e il controllo da parte della Direzione dell'Istituto, detto servizio effettua altresì attività registrate e coordinate dai sistemi informativi dell'Istituto, tra le quali:
- Flussi interni e statistiche dell'Istituto: attivazione di rilevazioni e produzione di statistiche interne vertenti sulla quantificazione e relativo monitoraggio delle varie tipologie di prestazioni erogate dalle strutture e soggetti dell'Istituto, con la relativa reportistica;
- Adempimenti amministrativi relativi all'organizzazione, controllo, razionalizzazione dell'attività del personale amministrativo;
- Gestione, raccolta, verifica, elaborazione e trasmissione agli Enti sovraordinati dei flussi informativi di pertinenza assessoriale e ministeriale, assicurando il continuo monitoraggio della tempistica di trasmissione e della congruità dei dati.

1.3) URP (Ufficio Relazioni con il Pubblico) e Comunicazione

Con l'entrata in vigore della legge del 7 giugno 2000, n. 150, l'emanazione del regolamento di attuazione del 21 settembre 2001, n. 422, le pubbliche amministrazioni dispongono di un nuovo indispensabile strumento per sviluppare le loro relazioni con i cittadini, potenziare e armonizzare i flussi di informazioni al loro interno e concorrere ad affermare il diritto dei cittadini ad un'efficace comunicazione. La comunicazione pubblica cessa di essere un segmento aggiuntivo e residuale dell'azione delle pubbliche amministrazioni, e ne diviene parte integrante, così come accade da decenni alle imprese che agiscono nel mercato dei prodotti e dei servizi. Lo sviluppo delle attività legate alla comunicazione sono in grado di determinare scelte organizzative e strategiche che influiscono positivamente sulla visibilità e sull'immagine Istituzionale e coinvolgono trasversalmente tutto il processo produttivo, attraverso azioni di comunicazione interna. All'URP e

Comunicazione afferiscono le seguenti aree di attività:

- Relazioni con il Pubblico
- Comunicazione
- Privacy

I compiti essenziali dell'URP sono i seguenti:

- illustrare e favorire la conoscenza delle disposizioni normative al fine di facilitarne l'applicazione;
- illustrare le attività dei servizi ed il loro funzionamento, anche curando il continuo aggiornamento della "Carta dei Servizi"
- agevolare l'accesso degli utenti ai servizi dell'Istituto, promuovendone la conoscenza;
- favorire i processi interni di semplificazione delle procedure e di modernizzazione degli apparati;
- 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 di disservizi, in una prospettiva di miglioramento continuo della qualità;
- organizzare e gestire il sito internet dell'Istituto nella forma e nei contenuti;
- garantire la reciproca informazione tra l'URP e le altre strutture dell'Istituto.

Inoltre, in ossequio al dettato del D.Lgs 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali", l'U.R.P. individua gli ambiti i cui intervenire per difendere e garantire la riservatezza dei dati personali di quanti si avvalgono dei servizi prestati dall'Istituto e di quanti prestano la loro attività lavorativa.

In particolare avvia:

- una attività di informazione/formazione del personale sulle problematiche della privacy;
- adotta misure minime di sicurezza;
- attiva procedure di auditing che possano verificare la pratica e la rispondenza delle procedure definite e delle misure adottate.

1.4) Ufficio Delibere

L'ufficio Delibere ha il compito di supportare l'attività deliberante dell'Istituto ed in particolare svolge le seguenti attività:

- recepimento e controllo formale delle proposte;
- assistenza all'adozione degli atti deliberativi;
- trattamento proposte di delibere non adottate;
- preparazione delibere per la pubblicazione e la consegna al Collegio Sindacale;
- trattamento atti deliberativi in fase di esecutività;
- trattamento atti deliberativi soggetti a controllo assessoriale;
- registrazione atti deliberativi nel libro ufficiale;
- sportello informativo su delibere e proposte;
- rilascio copie atti deliberativi.

1.5) Qualità, Accreditemento e Rischio Clinico

L'istituzione di tale funzione si basa sul D.Lgs 288/2003 relativo alla certificazione di qualità dei servizi secondo procedure internazionalmente riconosciute e sul D.A. 3181 del 23.12.2009. Tali discipline, passibili di ulteriori integrazioni, chiariscono il mandato e la ragion d'essere di tale articolazione, alla quale sono annesse le seguenti funzioni:

- presiede le attività di sviluppo e gestione della qualità. Essa fornisce supporto metodologico alle varie strutture

-
- dell'Istituto per il raggiungimento di quegli obiettivi, indicati dalla Direzione dell'Istituto, che possono più utilmente richiedere l'uso di strumenti e metodi propri di questo ambito;
- in un'ottica sistemica e di coinvolgimento organizzativo (anche di eventuali stakeholders esterni) si avvale di una rete di referenti in stretta relazione con i responsabili gerarchici della struttura organizzativa cui il referente appartiene, che hanno il compito di applicare e monitorare le azioni di miglioramento all'interno della struttura;
 - supporta le funzioni relative al Governo Clinico, alla Umanizzazione-Informazione, all'Innovazione Organizzativa, alla Progettazione, alla Ricerca e al Risk Management.
 - trasversalmente alle aree identificate e ad ambiti affini e metodologicamente coerenti, utilizza sistemi di monitoraggio e di audit interno che favoriscono la revisione costante dei processi, il controllo degli standard e l'assicurazione di qualità sulle prestazioni erogate, anche in relazione all'utilizzo di tecnologie sanitarie.
 - coordinare, sviluppare e presidiare il Programma dell'Istituto di Gestione Integrata del Rischio secondo quanto previsto dalla normativa nazionale e dalle linee di indirizzo regionali;
 - coordinare il CAGIR (Comitato dell'Istituto Gestione Integrata del Rischio), momento di integrazione tra tutte le funzioni che si occupano di gestione del rischio, e la rete dei referenti del Risk Management.

1.6) **Affari Legali, Trasparenza e Anticorruzione**

Affari Legali

- Promuove e coordina le attività legali, societarie dell'Istituto, seguendone l'esecuzione e l'evoluzione nel rispetto delle normative applicabili;
- si interessa delle problematiche relative agli atti societari, della contrattualistica aziendale ed eventuale contenzioso e pre-contenzioso, della consulenza legale interna, monitorando eventualmente e ove previsti, le attività dei consulenti legali esterni, cui vengono affidati i procedimenti giudiziari (vertenza di lavoro, richiesta di risarcimento del danno, chiamata di terzo in garanzia, etc...);
- prepara la documentazione ai fini dell'istruzione della causa, trasmettendola al legale incaricato della rappresentanza in giudizio;
- di concerto con il responsabile dell'Ufficio Appalti, prepara la fase istruttoria dei Bandi di Gara;
- si rapporta con il Direttore Generale, per l'aggiornamento della normativa regionale e nazionale, che possa interessare il settore di attività in cui opera l'Istituto;
- coordina le attività di gestione e garantisce il supporto necessario alle attività della Governance, del Collegio Sindacale, supportando il Vertice aziendale nell'assicurare l'adeguato presidio ed il necessario flusso informativo a supporto degli organi societari stessi;
- fornisce, per le parti di competenza, il supporto legale nelle fasi di negoziazione e gestione di rapporti contrattuali, in tutte le operazioni di particolare rilievo e, comunque, in tutti i casi in cui potrebbero sorgere rischi, anche potenziali, di lesione dei diritti e interessi dell'Istituto;
- fornisce il supporto legale al Vertice aziendale nella gestione delle operazioni straordinarie;
- predispose ed invia i comunicati nei confronti delle Amministrazioni esterne e del Sindacato
- Riferisce esclusivamente al Direttore Generale, nell'esercizio delle sue funzioni.

Trasparenza e Anticorruzione

Ai sensi dell'art. 1 comma 7 della legge n. 190/2012, viene nominato un RPC (Responsabile della Prevenzione e Corruzione). Tale nomina è preceduta da una verifica riguardante:

-
- l'assenza di condanne da parte dell'autorità giudiziaria per i reati previsti dal Titolo II - Capo I del Codice Penale, né per altri reati previsti dal codice penale;
 - l'assenza di provvedimenti disciplinari nell'ultimo triennio;
 - il comportamento integerrimo dimostrato nel corso degli incarichi precedentemente rivestiti.

Le funzioni ed i compiti del RPC, in coerenza con quanto previsto dalla legge n. 190/2012, comprendono:

- l'elaborazione della proposta di piano della prevenzione, che deve essere adottato dalla Governance dell'istituto;
- la definizione di procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione;
- la verifica dell'efficace attuazione ed osservanza del piano e la sua idoneità;
- la proposta di modifiche al piano in caso di accertamento di significative violazioni o di mutamenti dell'organizzazione;
- la verifica dell'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato, sensibile e vulnerabile al fenomeno corruttivo;
- l'individuazione del personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità;
- la predisposizione con cadenza annuale di una relazione recante i risultati dell'attività svolta, da inviare all'organo di indirizzo politico e da pubblicare sul sito web dell'amministrazione.

Inoltre ai sensi del D.Lgs. 39/2013 rientrano tra i compiti del RPC:

- la cura, anche attraverso le disposizioni del piano anticorruzione, che siano rispettate le disposizioni del citato decreto sull'inconferibilità e incompatibilità degli incarichi;
- la contestazione all'interessato dell'esistenza, ove provata, dell'insorgere delle situazioni di inconferibilità o incompatibilità di cui al citato Decreto;
- la segnalazione di casi di possibili violazioni delle disposizioni del citato Decreto all'Autorità nazionale anticorruzione, all'Autorità garante della concorrenza e del mercato ai fini dell'esercizio delle funzioni di cui alla legge 20 luglio 2004, n. 215, nonché alla Corte dei Conti, per l'accertamento di eventuali responsabilità amministrative.

Tra gli altri compiti del RPC, il cui svolgimento appare necessario per adempiere correttamente alle funzioni previste dalla normativa, rientrano:

- la progettazione annuale delle attività da svolgere nell'esercizio successivo per valutare il corretto funzionamento, l'idoneità e l'osservanza del PTPC;
- la ricezione delle informazioni e dei rapporti trasmessi dai referenti della prevenzione in merito al verificarsi di situazioni di rischio, all'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione, al manifestarsi di fatti di corruzione avvenuti o tentati e di qualsiasi altro evento che i referenti segnalano all'RPC;
- la ricezione delle segnalazioni da parte del personale dell'Istituto o di soggetti esterni nell'ambito del meccanismo del fenomeno del "whistleblowing";
- la ricezione della comunicazione in merito ad eventuali discriminazioni subite da parte del soggetto che ha segnato gli illeciti;
- lo svolgimento di un'analisi per comprendere le ragioni/cause in base alle quali si sono verificati eventuali scostamenti tra gli obiettivi fissati nel piano di prevenzione della corruzione ed i risultati conseguiti;
- l'individuazione delle misure correttive da inserire nel PTPC, anche in coordinamento con i referenti;
- riferisce di ogni attività al Direttore Generale.

1.7) Servizio Prevenzione e Protezione

I compiti assegnati al Servizio di Prevenzione e Protezione (S.P.P.) possono sintetizzarsi come segue:

garantire quanto previsto dal Testo Unico previsto dal D.Lgs. n. 81/08 e s.m.i.;

collaborare con il Datore di Lavoro (D.L.) nel perseguire il miglioramento delle condizioni di salute e sicurezza in tutte le aree dell'Istituto;

effettuare, per conto del D.L., l'analisi e la valutazione dei fattori di rischio presenti nei luoghi di lavoro per la sicurezza e la salute degli operatori, dipendenti e non;

elaborare sulla base della valutazione dei rischi un piano di interventi per la prevenzione e la protezione degli operatori presenti in tutti i settori lavorativi e inviarlo almeno annualmente - e comunque ad ogni richiesta di aggiornamento -, alla Direzione dell'Istituto per la programmazione e la realizzazione;

implementare il sistema gestionale della sicurezza e informare e formare sui rischi residui tutto il personale;

gestire i rapporti con il Patrimonio e Attività Tecniche, con l'Ingegneria Clinica e con il Risk Management per gli ambiti di competenza.

Il S.P.P. ha compiti di analisi, valutazione, proposta ed indirizzo, ma non di gestione tecnica e di decisione esecutiva, con un ruolo di consulente tecnico-scientifico del datore di lavoro. In sostanza la funzione del S.P.P. si esprime in una attività propedeutica alla gestione della prevenzione ma non nell'impegno operativo, nell'attivazione e/o gestione delle misure preventive che compete ad altri soggetti dell'Istituto. Quanto elaborato dal S.P.P. (misure preventive, indicazioni tecniche procedure, piani di formazione e informazione, pareri, ecc..) sarà assunto dal datore di lavoro e dalla dirigenza con la successiva adozione dei consequenziali provvedimenti.

1.8) OIV (Organismo Indipendente di Valutazione)

Ai sensi dell'art.147 del Dlgs. n.267/2000 nell'ambito della propria autonomia organizzativa e dell'adeguamento ai principi in materia di performance delle amministrazioni pubbliche contenuti nel D.Lgs. 27 ottobre 2009, n.150 ed in rapporto alle peculiarità della propria struttura, finalità, compiti, poteri e responsabilità dell'attività di misurazione e valutazione della performance organizzativa e individuale non può essere nominato nel ruolo di OIV, organo monocratico nell'ambito dell'organizzazione dell'Istituto, il soggetto che:

- è stato sottoposto a misure di prevenzione disposte dall'autorità giudiziaria (salvi gli effetti della riabilitazione);
- è stato condannato con sentenza passata in giudicato (salvi gli effetti della riabilitazione);
- a pena detentiva per uno dei reati previsti in materia bancaria, finanziaria e tributaria;
- a pena detentiva per uno dei reati previsti nel titolo XI del Libro V del Codice Civile e nel Regio Decreto n. 267 del 16/03/1942;
- alla reclusione per un tempo non inferiore a sei mesi per un delitto contro la Pubblica Amministrazione, il patrimonio, l'ordine pubblico e l'economia pubblica;
- alla reclusione per un tempo non inferiore ad un anno per qualunque delitto non colposo;
- si trovi in relazione di parentela con soggetti in posizione apicale nell'ambito delle gerarchie interne all'IRCCS.

Competenze dell'OIV

- vigila sull'effettiva applicazione del modello organizzativo, verificando la coerenza tra i comportamenti teorici ed i comportamenti di fatto;

-
- analizza l'adeguatezza del modello accertando la sua capacità di prevenire di fatto i comportamenti non voluti;
 - vigila circa il mantenimento dei requisiti di solidità e di funzionalità;
 - cura il necessario aggiornamento dinamico del Codice Etico.
 - presenta proposte di adeguamento del Codice Etico al Direttore Generale che a sua volta dovrà valutare la proposta e darne concreta attuazione, ove ritenuta congrua ed indifferibile;
 - verifica l'attuazione e l'effettiva funzionalità delle soluzioni proposte;
 - risolve i conflitti circa l'interpretazione del presente Codice;
 - monitora le iniziative per la diffusione e la conoscenza e del Codice Etico, a garanzia dello sviluppo delle attività di comunicazione e formazione etica;
 - predispone una relazione informativa (su base semestrale) per la Direzione Generale, in ordine alle attività di verifica e controllo compiute ed all'esito delle stesse;
 - trasmette la relazione di cui al punto precedente al Collegio dei Revisori.

Esercizio delle funzioni

- ha libero accesso a tutte le funzioni dell'Istituto, informato preventivamente il Direttore Generale, per ottenere tutte le informazioni necessarie allo svolgimento della sua attività;
- si avvale dell'ausilio di tutte le strutture dell'Istituto e non può avvalersi di consulenti esterni;
- dispone di mezzi tecnici che l'IRCCS mette a disposizione e di idonei locali per le riunioni che riterrà opportuno indire con il personale, per le audizioni ed ogni altra attività ritenuta necessaria, garantendo che le funzioni siano svolte con assoluta riservatezza e, quindi, nel pieno rispetto del D.lgs. 196/03 a tutela della Privacy dei soggetti coinvolti;
- dispone di una casella di posta elettronica certificata, il cui accesso sia riservato esclusivamente all'Organismo Interno di Valutazione, per garantire la segretezza delle informazioni sulla violazione del Codice Etico.
- Risponde del proprio operato al Direttore Generale.

I DIPARTIMENTI INTEGRATI ASSISTENZIALI SCIENTIFICI E TECNOLOGICI

L'IRCCS, al fine di favorire il raggiungimento delle finalità istituzionali d'integrazione fra ricerca scientifica ed assistenza e garantire la coerenza con la mission e l'area di riconoscimento, ha sviluppato un modello di Dipartimenti integrati che risponde alle esigenze d'integrazione tra ricerca scientifica ed assistenza tipiche di un IRCCS, nel rispetto di quanto previsto dagli artt. 2 e 8 del D. Lgs. 288/03 e in coerenza con il Programma Nazionale di Ricerca di cui all'art. 12 bis del D.Lgs. 502/92, con l'obiettivo di migliorare la qualità dell'assistenza ai pazienti, lo sviluppo di nuovi approcci diagnostici e terapeutici, la capacità di recepire le innovazioni tecnologiche di provata efficacia, sviluppare nuovi percorsi e modelli assistenziali.

Il modello dipartimentale segue il processo avviato dal Ministero della Salute di riorganizzazione degli IRCCS di Diritto Pubblico, in termini di rapporto tra Ricerca Scientifica ed Assistenza, in particolare del riconoscimento giuridico e legale del personale dedicato alla Ricerca che assumerà un ruolo qualificante per tutti i settori dell'Istituto e che si integrerà nei ruoli oggi previsti dal C.C.N.L.

Secondo tale riorganizzazione ministeriale, il personale verrà inquadrato con contratti a tempo determinato e con una progressione di carriera legata alla produttività scientifica, che sboccherà in ruoli del S.S.N. a tempo indeterminato.

I Dipartimenti Integrati Assistenziali Scientifici e Tecnologici sono così individuati:

- Area interdipartimentale di Alta tecnologia e modelli assistenziali in condivisione tra l'area Clinico-assistenziale e l'area della Ricerca.
- Dipartimento di Neuroscienze –Ricerca- Innovazione a prevalente attività scientifica;
- Dipartimento di Emergenza- Urgenza a prevalente attività clinica.

I Dipartimenti avranno al loro interno il Comitato di Dipartimento con compiti consultivi e propositivi per coadiuvare il Direttore del Dipartimento nelle sue funzioni, secondo quanto previsto nell'art. 41 del Regolamento.

2) AREA INTERDIPARTIMENTALE DI ALTA TECNOLOGIA E MODELLI ASSISTENZIALI

L'Area interdipartimentale di alta Tecnologia e Modelli Assistenziali è un dipartimento interaziendale all'interno del quale si sviluppa una rete collaborativa tra l'area di ricerca scientifica-sperimentale e l'area clinica dell'IRCCS che unisce strutture, tecnologie e capitale umano per potenziare le attività di ricerca e cura dell'IRCCS.

Caratteristica dell'area Interdipartimentale è la presenza di servizi direttamente collegati all'alta tecnologia, che consente l'immediata applicazione e traslazione sul paziente, ed è l'area deputata allo sviluppo di innovative soluzioni tecnologiche e la brevettazione dei prodotti della ricerca.

Altro fattore caratterizzante è lo sviluppo di nuovi modelli e percorsi assistenziali ed organizzativi, come previsto dal comma 4 art. 8 del D.Lgs. 288/03, quali la sperimentazione di reti aziendali che consentano, attraverso il concetto di comunità, l'integrazione e condivisione di competenze tecniche, professionali e tecnologiche e la migliore risposta ai bisogni della popolazione. Tale settore fortemente a carattere scientifico-sanitario, appare essere lo sbocco obbligato dell'evoluzione e integrazione fra sanità, ricerca scientifica, innovazione tecnologia, assistenza, nuovi modelli assistenziali rappresentando non più il futuro ma il presente della Sanità e della Ricerca Scientifica e Sanitaria.

L'Area interdipartimentale di alta Tecnologia e Modelli Assistenziali è declinata come di seguito elencato:

Laboratorio di Neuroimmagini ad alto campo (RMN 3 Tesla);

- Laboratorio CAREN: Computer Assisted Rehabilitation Environment;

- Laboratorio di Innovazioni Tecnologiche in Neuroriabilitazione: (Esoscheletri stazionari, overground ed indossabili, end-effectors, virtual reality);
- Laboratorio di Neurofisiologia Sperimentale: Near Infrared Spectroscopy; High Density Eeg; Laser evoked potentials;
- Laboratorio di Neurologia Sperimentale;
- Laboratorio di Genetica Molecolare: Next Generation Sequency;
- Laboratorio - Banking di Terapie Cellulari e Medicina Rigenerativa;
- Piattaforme Tecnologiche Assistenziali;
- Computer Aided Medicine;
- Reti Interaziendali;
- Modelli Assistenziali;

3) STRUTTURE E FUNZIONI POSTE ALLE DIRETTE DIPENDENZE DELLA DIREZIONE SCIENTIFICA

Le Unità operative e le Linee di attività alle dirette dipendenze della Direzione Scientifica svolgono attività di sviluppo della ricerca coerentemente con la Mission dell'Istituto con ricadute in ambito clinico, tecnologico, formativo e scientifico che consentono all'Istituto di mantenere gli standard di eccellenza nell'ambito delle Neuroscienze.

La Direzione Scientifica concorre con la Direzione Sanitaria alla definizione dell'organizzazione sanitaria e strutturale e funzionale dell'istituto avendo cura di assicurare la miglior integrazione tra attività di ricerca scientifica e di attività clinico-assistenziale

L'organizzazione del dipartimento segue quanto in fase di approvazione da parte del Ministero della Salute relativamente al modello organizzativo degli IRCCS e in particolare alla carriera del personale della Ricerca Scientifica ricadente negli IRCCS di Diritto Pubblico.

3.1) Staff della Direzione Scientifica

Il personale dello Staff, che svolge attività prevalentemente dedicate al supporto dei processi di ricerca scientifica, ha responsabilità di:

- garantire la necessaria diffusione di cultura e conoscenze scientifiche tra i professionisti interni al Centro Neurolesi attraverso la gestione della Biblioteca Scientifica;
- mettere a disposizione di professionisti esterni gli strumenti di conoscenza disponibili presso la Biblioteca stessa;
- garantire l'effettuazione di prestazioni di sperimentazione, valutazione, validazione in conto terzi, che supporta i professionisti impegnati in attività di ricerca e gestisce le interfacce tra l'Istituto e Aziende private in materia di ricerca commissionata, risultati della ricerca (brevetti e tutela del know-how);
- coordinare i Progetti finanziati dalla Commissione Europea nei quali il Centro Neurolesi è coinvolto, con responsabilità di:
- raccogliere i dati relativi ai Progetti Europei, facendoli confluire nella gestione amministrativa e contabile generale di Istituto;
- fungere da punto di riferimento per i professionisti per la divulgazione di informazioni relative a progetti di ricerca finanziati dall'Unione Europea e da altre Organizzazioni Internazionali e Nazionali;
- supportare i professionisti nello sviluppo della produzione scientifica, e la direzione scientifica nella progettazione e rendicontazione, attraverso competenze scientifiche, statistiche, di traduzione, ecc.

Lo Staff della Direzione Scientifica è articolato al suo interno per Linee di Attività, di seguito descritte:

3.2) Grant Office

Il Grant Office svolge funzioni di:

- Fundraising in ambito di ricerca scientifica, ricerca industriale e formazione;
- Attività di progettazione e supporto alla progettazione per la presentazione di progetti di ricerca;
- Coordinamento della rendicontazione annuale della ricerca al Ministero della Salute;
- Coordinamento dei progetti finanziati in ambito nazionale e comunitario;
- Coordinamento e gestione dei rapporti nell'ambito di progetti di cooperazione internazionale;
- Identificazione, su indicazione della Direzione Scientifica del fabbisogno di risorse umane e materiali per la ricerca scientifica;
- Promozione ed attuazione del trasferimento tecnologico dei risultati della ricerca e dello sviluppo dei brevetti;
- Promozione di attività nei confronti di eventuali partners interessati a finanziare progetti di ricerca.

3.3) SARS (Servizio Amministrativo Ricerca Scientifica)

Il Servizio Amministrativo per la Ricerca Scientifica si occupa della gestione di tutte le procedure amministrative e contabili connesse ai finanziamenti assegnati alla ricerca scientifica e all'innovazione tecnologica.

Nella fattispecie:

- Segue l'assegnazione e la gestione amministrativa delle borse di studio, degli incarichi a ricercatori e collaboratori alla ricerca, soggiorni di studio a medici stranieri, collaborazioni scientifiche.
- Gestisce, per gli aspetti amministrativi e contabili successivi all'assegnazione dei finanziamenti, la ricerca corrente, la ricerca finalizzata e quella commissionata da terzi.
- Gestisce le procedure di gara per acquisizione di beni servizi destinati alla ricerca, oltre alle altre procedure correlate all'innovazione ed al potenziamento tecnologico della struttura.
- Supporta le attività brevettuali e più in generale legate allo sfruttamento dei diritti anche attraverso il coordinamento dei professionisti.
- Gestisce il sistema informativo della Ricerca, anche con l'eventuale integrazione con i sistemi informativi contabili dell'Istituto.

Il personale del Servizio Amministrativo della Ricerca Scientifica e del Grant Office è inserito all'interno dello staff di Direzione Scientifica, ed organizzativamente e funzionalmente è direttamente dipendente dal Direttore Scientifico.

Il personale amministrativo della ricerca e del Grant Office dovrà essere appositamente reclutato sulla base di requisiti specifici che vengono indicati dal Direttore Scientifico sulla base di specifiche competenze.

3.4) Formazione e Didattica

La formazione rappresenta una leva per l'innovazione della cultura organizzativa e per la promozione di comportamenti organizzativi più appropriati. La formazione deve porre al centro non il singolo operatore avulso dal suo ambito di provenienza, ma quest'ultimo inserito nel proprio contesto di riferimento.

La formazione deve sapere rappresentare, in modo trasparente, condiviso e congruo con i fabbisogni dei diversi contesti, un'occasione per tutte le risorse umane, e conseguentemente deve divenire uno strumento strettamente integrato con precise strategie di sviluppo dell'Istituto, che miri, senza trascurare le istanze di miglioramento della professionalità dei singoli operatori, a muoversi in un'ottica di apprendimento organizzativo.

L'Istituto definisce annualmente attraverso la presente linea di attività un piano di formazione permanente e di aggiornamento per tutto il personale, tenendo conto anche dell'attività formativa individuata dal Direttore Amministrativo e predisporre un rapporto annuale sulle attività formative svolte e sulla loro efficacia con riguardo anche all'utilizzo dei finanziamenti.

La struttura organizzativa della formazione è composta dal Direttore Scientifico che ne è il responsabile, da un rappresentante della dirigenza sanitaria e uno delle professioni sanitarie, nominati dal Direttore Generale e un rappresentante dell'area Ricerca individuato dal Direttore Scientifico, ed orienta e promuove le proprie attività in ragione dei fattori qualificati come premianti in ambito formativo dal Ministero della Salute e tali:

- progetti formativi interni finalizzati alla ricerca;
- numero di ricercatori italiani e numero di ricercatori stranieri in formazione nel triennio;
- convenzioni con Università o altri enti per attività formative in Corsi di Laurea, Scuole di Specializzazione, Dottorati di Ricerca, Master, ecc.
- Attività di ECM come provider;
- Organizzazione diretta di manifestazioni rivolte alla comunità scientifica nazionale e/o internazionale.

Pertanto, le attività principali sono:

- formalizzazione della programmazione annuale dell'attività formativa;
- formalizzazione dei percorsi formativi individuali e individuazione delle risorse;
- mappatura dei fabbisogni formativi esplicitati dai dirigenti dei servizi e dalla tecnostruttura strategica e formalizzazione del conseguente piano di formazione e aggiornamento per le tre aree contrattuale
- elaborazione di programmi per ECM relativi al ruolo sanitario delle tre aree contrattuali;
- elaborazione di catalogo di programmi per offerte formative all'esterno;
- diffusione dell'informazione sui piani di formazione, sulla destinazione e sull'uso delle risorse, sulle regole, sulle procedure e sui criteri di selezione.
- Formazione del personale dell'IRCCS al fine di acquisire l'expertise necessario alla traslationalità della ricerca e della gestione del paziente e nell'applicazione di metodiche e tecniche innovative.

3.5) Clinical Trials Office

Il Clinical Trials Office svolge funzioni di:

- pianificazione e gestione degli studi clinici sponsorizzati, interni e di gruppo, rispondendo agli standard qualitativi più elevati sia dal punto di vista scientifico che regolatorio, nel rispetto delle Good Clinical Practice e della normativa vigente;
- supporto necessario per la preparazione, la revisione e la verifica di tutta la documentazione relativa ai protocolli di sperimentazione clinica (compresi emendamenti e modifiche) da sottoporre al Comitato Etico competente per l'Istituto per approvazione e successiva autorizzazione;
- d'interazione con Aziende Farmaceutiche, Enti no-Profit e con il Ministero della Salute nella gestione delle sperimentazioni cliniche;
- coinvolgimento dei Servizi competenti per la ricerca dell'Istituto, a costituire un Trial Team a supporto dello Sperimentatore Principale per la progettazione e conduzione di ogni studio clinico;
- Coordinamento di sponsors, monitors e sperimentatori locali: dall'inizio alla conclusione della sperimentazione;
- Formazione di personale per la progettazione e conduzione degli studi clinici;
- Preparazione e aggiornamento delle Procedure Operative Standard per l'attività dell'ufficio;

- Preparazione e aggiornamento delle Linee Guida Amministrative in collaborazione con gli uffici amministrativi;
- Preparazione ed aggiornamento delle Procedure per la Gestione dei Farmaci Sperimentali o in collaborazione con la Farmacia.
- Inserimento dei dati relativi agli studi clinici nell'Osservatorio del Ministero della Salute;
- Costruzione e aggiornamento di un database con i dati rilevanti delle sperimentazioni cliniche dell'Istituto e preparazione della relativa reportistica.
- Gestione archivio della documentazione.
- Sono previste le figure di Research Nurse e di Scientist Clinician che favoriscono il massimo flusso informativo e programmatico tra i laboratori e le attività assistenziali e gestiscono in movimento dei pazienti coinvolti in trials clinici.

3.6) Dipartimento Neuroscienze- Ricerca Scientifica -Innovazione

Il Dipartimento di Neuroscienze, Ricerca Scientifica, Innovazione, a prevalente attività scientifica, esprime l'applicazione in ambito sanitario delle ricadute traslazionali della ricerca scientifica, clinica, sperimentale e dell'innovazione tecnologica, quale integrazione tra attività scientifica e clinico-sanitario. Il dipartimento è articolato al suo interno per Unità Operative e Linee di Attività professionalizzanti, con o senza servizi sanitari, che fino all'approvazione delle nuove normative, non potranno che rispettare la legislazione attinente.

Per quanto attiene la realizzazione di laboratori di ricerca, innovazione ed alta tecnologia, nuovi percorsi sanitari e gestionali, che rientrano nell'ambito e nelle competenze scientifiche, spetta all'omonima Direzione coordinare e realizzare, ove necessario, insieme alla Direzione Sanitaria, proponendo alla Direzione Generale per la condivisione per le rispettive competenze.

Il modello organizzativo passa attraverso settori di ricerca omogenei per finalità e campo di indagine, prevalentemente orientato alla ricerca scientifica, clinica, sperimentale, dall'innovazione tecnologica e integrazione tra attività scientifica ed attività clinico-assistenziale, i cui risultati sono potenzialmente oggetto di trasferimento tecnologico.

Il dipartimento si declina nelle unità operative, servizi e linee di attività come di seguito elencato

- U.O.C. Riabilitazione Neurologica Generale e Speciale (cod. 75-28-56);
- U.O.C. Ricerca Clinica in Neuroscienze (cod. 75-28-56);
- Riabilitazione muscolo-scheletrica (cod. 56);
- Riabilitazione Cardio-Respiratoria (cod. 56);
- Neuroriabilitazione Generale e dei Disturbi Cronici di Coscienza (cod. 56/SUAP);
- Mielolesioni (cod. 28);
- Neuroriabilitazione robotica;
- Macchina Dipendente;
- Neuroriabilitazione Cognitiva e Comportamentale;
- Citologia;
- Riabilitazione sportiva;
- Neuroimmunologia e genetica molecolare;
- Diagnostica per immagini ad alto campo con tecnologie avanzate;
- Servizio di Telemedicina e Tecnologie Biomediche;
- Servizio di Neurobiostatistica e Neuroepidemiologia;
- Health Technology Assessment/ Horizon Scanning

-
- Medicina e Neurologia d'urgenza;
 - Emoteca;
 - Farmacia.

5) STRUTTURE E FUNZIONI POSTE ALLE DIRETTE DIPENDENZE DELLA DIREZIONE AMMINISTRATIVA

Le Unità operative e le funzioni alle dirette dipendenze del Direttore Amministrativo svolgono attività prevalente nell'ambito delle funzioni amministrative, ed il relativo funzionamento è ispirato al modello dipartimentale.

Dette Unità e funzioni rientrano nelle aree funzionali amministrativa, professionale e tecnica dell'Istituto, e costituiscono le articolazioni che svolgono compiti di standardizzazione di procedure amministrative o di supporto all'attività del Direttore Amministrativo.

Per lo svolgimento delle proprie funzioni e per quelle delegate dal Direttore Generale, il Direttore Amministrativo è coadiuvato da una segreteria.

Tali UU.OO. e funzioni sono:

- a) U.O.C. Servizi Amministrativi;
- b) Programmazione Bilancio e Patrimonio;
- c) Provveditorato-Servizi Tecnici e Facility Management;
- d) Affari Generali
- e) Risorse Umane

5.1) U.O.C. Servizi Amministrativi:

- L'U.O.C. Servizi Amministrativi opera in modo trasversale a favore di tutto l'IRCCS con lo scopo di coordinare e razionalizzare le attività dei servizi amministrativi.

All'interno dell'U.O.C. si declinano le seguenti unità e servizi:

5.2) Programmazione - Bilancio e Patrimonio Economico:

- predisporre il budget annuale e pluriennale;
- predisporre il bilancio di esercizio annuale ed il bilancio sociale;
- cura la contabilità generale ed analitica;
- cura gli adempimenti tributari e fiscali nonché i rapporti con il l'Istituto tesoriere;
- gestisce, sotto il profilo amministrativo, il patrimonio mobiliare ed immobiliare;
- acquisisce i cespiti e provvede alla regolare tenuta del correlato libro dell'inventario;
- provvede alla dismissione, alienazione e fuori uso dei cespiti previa verifica dell'apposita commissione;
- gestisce gli aspetti contabili connessi all'attività intramuraria.
- attribuisce formalmente la presa in carico dei cespiti alle U.O. di appartenenza.

5.3) Provveditorato - Servizi tecnici e Facility management:

- fornisce il proprio contributo alla Direzione Strategica per la definizione della programmazione degli acquisti affinché la stessa sia fortemente integrata con le decisioni della Direzione Generale e direttamente collegata con gli interventi di razionalizzazione della spesa. Le funzioni sono:

- a) acquisizione di beni e servizi;
- b) espletamento di gare ad evidenza pubblica;

4. LE STRUTTURE E LE LINEE DI ATTIVITÀ ALLE DIRETTE DIPENDENZE DELLA DIREZIONE SANITARIA

Le Unità operative e le Linee di attività alle dirette dipendenze del Direttore Sanitario svolgono attività nell'ambito delle funzioni assistenziali dell'Istituto. La Direzione Sanitaria, contribuisce nell'ambito dell'assistenza ospedaliera, al raggiungimento degli obiettivi del Direttore Generale

Operano alle dirette dipendenze del Direttore Sanitario:

- a) Direzione Medica di Presidio;
- b) Coordinamento attività infermieristica;
- c) Coordinamento attività tecnica;
- d) Ufficio Assistente Sociale

Le Linee di Attività

Le Linee di Attività presidiano funzioni assistenziali trasversali, comuni a tutta l'organizzazione, in cui i processi di lavoro sono organizzati nell'ottica della corretta erogazione delle prestazioni specialistiche anesthesiologiche, internistiche e cardiologiche alle articolazioni organizzative interne "clienti", nonché all'utenza esterna per specifiche prestazioni da rendersi in regime ambulatoriale.

I responsabili delle Linee di Attività operano sotto il coordinamento e la direzione del Direttore Sanitario, e concorrono al perseguimento degli obiettivi aziendali e di valorizzazione delle risorse professionali e tecnologiche a garanzia delle funzioni assistenziali.

Opera sotto il coordinamento logistico del Direttore Sanitario:

- a) Dipartimento di Emergenza-Urgenza;

4.1) IL DIPARTIMENTO DI EMERGENZA - URGENZA

Funzione del dipartimento Emergenza- Urgenza, a prevalente attività clinica, è assicurare l'assistenza sanitaria in situazioni di emergenza-urgenza che riguardano sia singole persone che si rivolgono al Pronto Soccorso direttamente o attraverso il 118, sia in casi di calamità che possono colpire contemporaneamente più persone.

Nell'ambito del Dipartimento sono presenti diverse unità operative e servizi la cui collaborazione nel rispetto dei principi di integrazione multidisciplinare e di appropriatezza delle cure è fondamentale per garantire la qualità globale dell'assistenza.

Il dipartimento di Emergenza-Urgenza a prevalente attività sanitaria si integra agli aspetti di ricerca ed è declinato come di seguito elencato:

- U.O.C. Ortopedia e Traumatologia;
- U.O.C. Anestesia, Rianimazione, Terapia del Dolore e Cure Palliative;
- U.O.C. Medicina e Chirurgia d'Accettazione ed Urgenza con O.B.I.;
- U.O.C. Diagnostica per immagini e neuroradiologia;
- U.O.C. Neurovascolare;
- Cardiologia con UTIC;
- Riabilitazione Neurovascolare post-acuta;
- Macchina-Dipendente;
- Patologia Clinica;
- Chirurgia Generale;

-
- c) esecuzione di acquisti secondo procedure ordinarie fino al limite consentito, volte a selezionare i fornitori per le varie categorie merceologiche di appartenenza dei beni o servizi;
- d) emissione degli ordinativi di acquisto ad esclusione di quelli relativi all'acquisto di beni farmaceutici (farmaci, materiale sanitario, specialistico, reagenti-ecc.);
- e) liquidazione dei documenti contabili.
- f) predisposizione degli atti e i documenti finalizzati alla verifica della fattibilità economica ed amministrativa degli acquisti, coordinando le attività di promozione degli accertamenti e le indagini preliminari idonei a consentire la verifica di detta fattibilità anche relativamente alle procedure di acquisto organizzate a livello di bacino;
- g) proposizione alla Direzione Generale il sistema di affidamento dell'intervento e cura le attività istruttorie dirette alla predisposizione dei bandi di gara relativi agli acquisti.
- h) svolgimento attività di controllo e vigilanza nella fase di esecuzione dei contratti, in coordinamento con il Responsabile dell'Esecuzione dei Contratti, anche al fine dell'applicazione delle penali, della risoluzione contrattuale e del ricorso a strumenti di risoluzione delle controversie, secondo quanto previsto dal Codice degli Appalti, nonché ai fini dello svolgimento delle attività di collaudo e verifica della conformità delle prestazioni eseguite con riferimento alle prescrizioni contrattuali;
- i) acquisizione in economia per i quali, ogni anno, con deliberazione del Direttore Generale, viene assegnato un budget di spesa di cui deve essere elaborata rendicontazione mensile alla Direzione Amministrativa. Per l'acquisto di beni e servizi in urgenza o nelle more della conclusione di una procedura di gara, verranno applicate le norme del regolamento per gli acquisti in economia adottato dall'Istituto.

- gestione di tutte le attività di manutenzione beni immobili e beni mobili di pertinenza;
- gestione contratti ed appalti di lavori e servizi e gestione degli approvvigionamenti;
- gestione interventi di emergenza;
- supervisione a servizi di manutenzione esternalizzati;
- consulenza tecnica alle strutture amministrative e sanitarie dell'Istituto e supporto a liberi professionisti nello svolgimento di incarichi affidati dall'Istituto.
- si occupa della pianificazione e programmazione di interventi da effettuarsi sul patrimonio dell'Istituto.
- predisporre il programma triennale degli interventi e l'elenco annuale dei lavori previsti dalla vigente normativa.

Nella fase di avvio della nuova organizzazione dell'Istituto, si ritiene necessario supportare il responsabile della struttura con i seguenti incarichi professionali della durata triennale, rinnovabili o sostituibili, alla scadenza, con altre figure professionali, e tali:

- Gestione impianti speciali innovativi ed Energy manager;
- Gestione infrastrutture di rete;
- Ingegneria Clinica.

Il Facility Management, con le seguenti funzioni:

- ha la responsabilità e la cura degli aspetti strutturali ed alberghieri dei presidi, con particolare riferimento ai servizi generali rivolti all'utenza ed inerenti la qualità delle prestazioni erogate
- svolge un'attività centrata sull'analisi della qualità percepita, mediante l'attivazione di sportelli di accoglienza, segnaletica, trasporti interni, qualità degli immobili, servizi alberghieri;
- opera in raccordo sinergico con i servizi tecnici, con le strutture dell'area infermieristica, tecnico sanitaria, tecnica e riabilitativa, Urp e Direzione Medica di Presidio.
- rientra nella competenza del Responsabile preposto la cura ed il controllo delle seguenti attività:
- Attività alberghiera;

-
- Ristorazione;
 - Sanificazione ambientale e spazi verdi;
 - Logistica e Magazzino ed attività economiche;
 - Lavanderia e Casermaggio;
 - Viabilità e Parcheggi;
 - Foresteria.

5.4) Risorse Umane

- cura lo stato giuridico, il trattamento economico e gli aspetti previdenziali e di quiescenza del personale dipendente;
- gestisce ed è responsabile delle attività di reclutamento delle risorse umane;
- gestisce ed è responsabile dei fondi economici del personale;
- cura gli adempimenti connessi alla valutazione del personale;

5.5) Affari Generali

predispone le convenzioni con i soggetti esterni;

- gestione atti deliberativi e determinazioni dirigenziali, accesso agli atti, archivio del personale e protocollo generale;
- gestione del contenzioso stragiudiziale e giudiziale;
- ogni altra competenza residuale non rientrante nelle specifiche competenze delle altre funzioni amministrative.