

ATTO AZIENDALE
Istituto Romagnolo per lo Studio dei Tumori "Dino Amadori"
IRST S.r.l. IRCCS

Approvato CdA 28 marzo 2023

SOMMARIO

TITOLO I - GENERALITÀ E PRINCIPI	4
Art. 1 DENOMINAZIONE, SEDE, PERSONALITÀ GIURIDICA, LOGO, PATRIMONIO E FONTI DI FINANZIAMENTO	4
1.1 Denominazione ufficiale dell'ente	4
1.2 Sede	4
1.3 Personalità giuridica, assetto istituzionale e riconoscimento IRCCS	4
1.4 Logo	5
1.5 Patrimonio e fonti di finanziamento	5
Art. 2 MISSION	6
2.1 Programmazione sanitaria e rapporti con la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria	6
2.2 Valori e principi	6
Art. 3 VISION	7
Art. 4 PRINCIPI GUIDA ORGANIZZATIVI	7
4.1 Governo clinico – assistenziale.	7
4.2 Innovazione, ricerca e trasferimento tecnologico	7
4.3 La delega e l'attribuzione di responsabilità e poteri	8
4.4 La salute e sicurezza degli operatori	8
4.5 Le politiche degli investimenti strutturali	8
4.6 Accreditazioni e certificazioni	8
4.7 Rapporto tra IRST IRCCS e l'Azienda USL della Romagna - Forma di collaborazione	8
TITOLO II - ASSETTO ISTITUZIONALE	9
Art. 5 ORGANI	9
5.1 L'Assemblea dei Soci	9
5.2 Il Consiglio di Amministrazione	9
5.3 Il Direttore Generale	9
5.4 Il Direttore Scientifico	10
5.5 Il Collegio Sindacale	10
Art. 6 LA DIREZIONE E LA MACROSTRUTTURA ORGANIZZATIVA	10
6.1 La Direzione Strategica	10
6.2 Il Direttore Sanitario	10
6.3 La Direzione Infermieristica e Tecnica	11
6.4 La Direzione Tecnica di Farmacia	11
6.5 La Funzione Amministrativa e il Coordinatore Amministrativo	12
6.6 L'area degli Uffici di Staff	12
Art. 7 GLI ORGANISMI CONSULTIVI	12
7.1 Il Comitato Tecnico Scientifico (CTS)	12
7.2 Il Collegio di Direzione	12
Art. 8 GLI ORGANISMI DI VERIFICA – OdV, OAV	13
TITOLO III – LA RICERCA	13
Art. 9 QUADRO ISTITUZIONALE E PRINCIPI DI FUNZIONAMENTO	13
9.1 Linee di Ricerca	14
Art. 10 STRUMENTI PROFESSIONALI E TECNOLOGICI PER IL GOVERNO DELLA RICERCA	14
10.1 Comitato Medico Scientifico (CMS)	14
Art. 11 IL COMITATO ETICO IRST IRCCS – AUSL	14
Art. 12 ATTIVITÀ DI SPERIMENTAZIONE CLINICA	15
12.1 Obiettivi e promotori	15
12.2 La gestione delle sperimentazioni nel contesto della rete oncologica	15
Art. 13 RAPPORTI CON PARTNER INDUSTRIALI PER LA TRASFERIBILITÀ DELLA RICERCA – TECHNOLOGY TRANSFER, TUTELA DELLA PROPRIETÀ INTELLETTUALE, CONDOTTA SCIENTIFICA SCORRETTA (DA TENERE)	15

TITOLO IV - LE STRUTTURE ORGANIZZATIVE AZIENDALI E GLI STRUMENTI DI GESTIONE	16
Art. 14 ARTICOLAZIONE E DESCRIZIONE DELLA STRUTTURA ORGANIZZATIVA	16
14.1 <i>Articolazione delle strutture</i>	16
14.1.1 <i>I Dipartimenti e i Programmi</i>	16
<i>Il Direttore di Dipartimento e il Responsabile del Programma</i>	16
<i>Il Comitato di Dipartimento</i>	16
14.1.2 <i>Le Unità Operative</i>	16
Art. 15 TIPOLOGIA DEGLI INCARICHI DIRIGENZIALI, CONFERIMENTO E ASSEGNAZIONE	17
Art. 16 VALUTAZIONE DEL PERSONALE E DEI DIRIGENTI	17
Art. 17 RAPPORTI CON UNIVERSITÀ	17
TITOLO V - RISORSE UMANE	18
Art. 18 LA GESTIONE CONTRATTUALE E LE MODALITÀ DI RECLUTAMENTO DEL PERSONALE	18
Art. 19 ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE	18
Art. 20 RAPPORTI CON LE ORGANIZZAZIONI SINDACALI	18
TITOLO VI - FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO SCIENTIFICO	19
Art. 21 FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO SCIENTIFICO	19
TITOLO VII - CONTROLLO ECONOMICO-ORGANIZZATIVO E RELATIVA STRUTTURAZIONE	19
Art. 22 IL SISTEMA DI PIANIFICAZIONE STRATEGICA E PROGRAMMAZIONE	19
Art. 23 IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE E BUDGETING	19
23.1 <i>Oggetto della programmazione e del controllo</i>	19
23.2 <i>Processo di programmazione e controllo: milestones e attori</i>	20
Art. 24 LA RETRIBUZIONE DI RISULTATO E IL SISTEMA PREMIANTE	20
TITOLO VIII – LA PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI	20
Art. 25 STRUMENTI PER LA TUTELA E LA VERIFICA DEGLI IMPEGNI	20
Art. 26 COMITATO CONSULTIVO MISTO (CCM)	21
Art. 27 AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE	21
TITOLO IX – RAPPORTI CON IL TERZO SETTORE	21
Art. 28 COLLABORAZIONE CON PAESI IN VIA DI SVILUPPO	21
Art. 29 RAPPORTI CON IL VOLONTARIATO	21
TITOLO X – NORMA FINALE E DI RINVIO	22
Art. 30 NORME TRANSITORIE E RINVIO AD ATTI E DOCUMENTI COLLEGATI	22

TITOLO I - GENERALITÀ E PRINCIPI

Art. 1 DENOMINAZIONE, SEDE, PERSONALITÀ GIURIDICA, LOGO, PATRIMONIO E FONTI DI FINANZIAMENTO

1.1 Denominazione ufficiale dell'ente

La denominazione ufficiale dell'Ente è Istituto Romagnolo per lo Studio dei Tumori "Dino Amadori" (IRST) – S.r.l. IRCCS (di seguito IRST).

1.2 Sede

L'IRST ha sede legale presso l'ex ospedale CIVILE di Meldola, via Piero Maroncelli, 40 – Meldola – FC. Ha sede operativa presso lo stesso Ospedale Civile di Meldola, nonché presso altre strutture quali il Day Hospital Oncologico presso l'Ospedale Morgagni – Pierantoni di Forlì, il Servizio di Onco-ematologia presso l'Ospedale Bufalini di Cesena, la Radioterapia presso l'Ospedale Santa Maria delle Croci di Ravenna. Altre sedi operative potranno essere attivate a seguito accordi con l'AUSL della Romagna e altri Enti (secondo le modalità definite dall'Art.2 dello statuto).

1.3 Personalità giuridica, assetto istituzionale e riconoscimento IRCCS

L'IRST è stato costituito in data il 15 luglio 2000, con la partecipazione, ai sensi e per gli effetti dell'art.9-bis del D.Lgs 502 del 1992, del Comune di Meldola, delle ex Aziende USL di Forlì, Cesena, Ravenna, e Rimini (oggi Azienda Usl della Romagna) e di soggetti privati operanti in ambito "no profit": Istituto Oncologico Romagnolo, Fondazione Cassa dei Risparmi di Forlì, Fondazione Cassa di Risparmio di Cesena, Fondazione Cassa di Risparmio di Ravenna, Fondazione Cassa di Risparmio e Banca del Monte di Lugo, Fondazione Banca del Monte e Cassa di Risparmio di Faenza, successivamente sono entrate nella compagine societaria la Regione Emilia-Romagna, l'Università degli studi di Bologna e la Fondazione Cassa di Risparmio di Imola.

L'IRST di Meldola è stato riconosciuto Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) con decreto del Ministero della Sanità in data 8 marzo 2012, nella disciplina "Terapie avanzate nell'ambito dell'oncologia medica", e con gestione anche delle attività di radioterapia, di laboratorio biologico, di degenza ordinaria e day hospital di oncologia ed ematologia, con ambulatori clinici, nelle sedi di Meldola, Forlì e Cesena.

L'IRST, ai sensi del D.Lgs n. 288/2003¹, come modificato e integrato dal D.Lgs n. 200 del 23/12/2022 "Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico", dell'art. 10 delle leggi regionali n.29 del 2004² e n.22 del 2013³ è Ente parte integrante del Servizio Sanitario Nazionale e della Regione Emilia Romagna nel cui ambito svolge funzioni di alta qualificazione relativamente alle attività di assistenza e di ricerca nel settore oncologico ed emato-oncologico.

Ai sensi del D.Lgs N. 100 del 16/06/2017 IRST IRCCS srl e ai sensi della Delibera Regionale n. 2160 del 22/11/2019 è una società a prevalente capitale pubblico che persegue attività di interesse generale ed ha come oggetto sociale l'attività di ricovero e cura nel settore oncologico ed emato-oncologico, oltre che di ricerca e formazione nell'ambito medico, infermieristico e tecnico, riabilitativo e farmaceutico.

L'attuale composizione societaria risulta così articolata:

¹ Decreto Legislativo 16 ottobre 2003, n. 288 "Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, a norma dell'articolo 42, comma 1, della legge 16 gennaio 2003, n. 3"

² Legge Regionale n.29/2004 "Norme generali sull'organizzazione e il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale"

³ Legge Regionale n.22 del 21 novembre 2013 "Misure di adeguamento degli assetti istituzionali in materia sanitaria. Istituzione dell'Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna. Partecipazione della Regione Emilia Romagna all'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico "Istituto Scientifico Romagnolo per lo Studio e la Cura dei Tumori" s.r.l.

Componente pubblica: 74,62%	
Regione Emilia Romagna	35,00%
Azienda USL della Romagna	33,40%
Università degli studi di Bologna	5,00%
Comune di Meldola	1,22%
Componente privata: 25,38%	
Istituto Oncologico Romagnolo	12,65%
Fondazione Cassa dei Risparmi di Forlì	6,08%
Fondazione Cassa di Risparmio di Cesena	1,08%
Fondazione Cassa di Risparmio di Ravenna	3,04%
Fondazione Cassa di Risparmio e Banca del Monte di Lugo	0,52%
Fondazione Cassa di Risparmio di Imola	2,00%
Fondazione Banca del Monte e Cassa di Risparmio di Faenza	0,01%

Ai sensi dello Statuto, l'eventuale utile derivante dall'attività istituzionale viene reinvestito in altre attività istituzionali, di assistenza e ricerca, in coerenza con quanto previsto dalla programmazione sanitaria regionale, secondo le determinazioni dell'assemblea dei soci.

L'organizzazione ed il funzionamento dell'Istituto sono disciplinati dal codice civile per quanto attiene al funzionamento della struttura societaria e, relativamente all'organizzazione ed al funzionamento delle attività, dalle disposizioni contenute nel decreto legislativo 288/2003, così come modificato e integrato dal D.Lgs 200/2022 del 23/12/2022 "Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico", dalla normativa regionale (in particolare dalla L.R. 29/2004, e L.R. 22/2013), e da connesse deliberazioni regionali, nonché dalle disposizioni statali e regionali che contengono i principi ed i criteri organizzativi sanciti per le Aziende Sanitarie della Regione Emilia Romagna, in quanto compatibili.

1.4 *Logo*

Le caratteristiche del marchio IRST S.r.l. sono stabilite dal documento definito "Linea Grafica IRST". Il marchio IRST è rappresentato come da immagine che segue:

1.5 *Patrimonio e fonti di finanziamento*

Il patrimonio dell'Istituto, fermo restando quanto previsto dall'art. 7 del decreto legislativo 16 ottobre 2003 n. 288, è costituito da tutti i beni mobili e immobili a esso appartenenti come risulta dal libro cespiti. I beni immobili facenti parte del patrimonio disponibile sono gestiti nell'ottica della salvaguardia, della valorizzazione e migliore redditività dei medesimi e possono essere oggetto di alienazione a titolo oneroso nel rispetto della normativa vigente.

Le fonti di finanziamento dell'Istituto vedono affiancare ai ricavi da prestazioni sanitarie i finanziamenti dell'area Ricerca, collegati a indicatori di produzione scientifica e di efficienza. Inoltre per sua mission l'IRST IRCCS ha l'obiettivo di sviluppare la capacità di attrarre finanziamenti sia da soggetti dell'imprenditoria privata sia pubblici,

tipicamente attraverso bandi competitivi, lo sviluppo di politiche di fund raising, la partecipazione alla raccolta del 5x1.000.

A tal proposito supporto allo sviluppo dei rapporti con l'imprenditoria privata è l'Ufficio Trasferimento Tecnologico.

Art. 2 MISSION

IRST IRCCS, soggetto pienamente integrato nel Sistema Sanitario Regionale, collocato nel territorio dell'AUSL della Romagna, ha come mission istituzionale il trattamento delle patologie oncologiche, promuove e governa la ricerca oncologica quale strumento di conoscenza e motore di eccellenza, innovazione e progresso, promuove l'attività didattica assicurando ai professionisti in formazione lo sviluppo di conoscenze specialistiche di eccellenza in ambito oncologico. Attraverso l'integrazione tra le funzioni di ricerca, assistenza e formazione, valore di riferimento per garantire l'innovazione del sistema, IRST persegue la continuità di cura e l'efficienza organizzativa, e fornisce il supporto scientifico nell'ambito del processo assistenziale, con l'obiettivo di migliorare i percorsi organizzativi e offrire prestazioni appropriate rispetto al fabbisogno di salute correlato anche al processo evolutivo dei bisogni di carattere socio-culturale e psicologico.

Con questo scopo, in collaborazione con l'AUSL della Romagna, si impegna a realizzare la rete oncologica della Romagna secondo il modello del Comprehensive Cancer Care Network individuando il modello organizzativo e le modalità applicative di carattere funzionale e gestionale più idonee a garantire l'integrazione ed il coordinamento tra i nodi della rete. La rete oncologica punta ad identificare percorsi diagnostico-terapeutici delle malattie neoplastiche, condivisi e predefiniti, lungo i quali il paziente riceve, in sequenza preordinata, una serie di prestazioni specialistiche diagnostiche e/o terapeutiche multidisciplinari, in stretto raccordo funzionale all'interno della rete valorizzando anche l'apporto del volontariato.

In accordo con le linee programmatiche regionali, l'IRCCS di Meldola, per le condizioni istituzionali e la diffusione dei servizi nel territorio di riferimento, in accordo con l'AUSL della Romagna assumerà forme di gestione integrata delle attività più strettamente connesse alla casistica oncologica e di orientamento professionale per quelle non gestite direttamente, allo scopo di sviluppare la rete oncologica della Romagna.

2.1 Programmazione sanitaria e rapporti con la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria

Per le attività di periodica programmazione, verifica e rendicontazione delle attività e dei costi IRST assume come riferimento le strategie, la programmazione e gli indirizzi definiti dalla Regione Emilia-Romagna.

L'Istituto partecipa alla programmazione sanitaria pluriennale territoriale (PAL) in ambito oncologico di concerto con l'AUSL della Romagna, e opera per soddisfare i bisogni oncologici e le aspettative dei cittadini del territorio, garantendo le attività di analisi epidemiologiche descrittive analitiche, molecolari e valutative, diagnostica strumentale, caratterizzazione biomolecolare e biofunzionale dei tumori, programmi ed attività multidisciplinari di ricerca, formazione, trattamento e cura.

L'IRST partecipa ai lavori della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (CTSS), relativamente agli ambiti di competenza e ne assume gli orientamenti strategici.

L'IRST partecipa al "Comprehensive Cancer Care Network" insieme con l'AUSL della Romagna, prevedendo un assetto organizzativo come da delibere della CTSS del 20/12/2020 e 19/12/2022 e successive modifiche e integrazioni.

2.2 Valori e principi

Nell'erogazione dei servizi, l'IRST tiene fede alla propria responsabilità sociale nei confronti dei pazienti e del territorio, mantenendo sempre al centro di ogni azione e progetto la sicurezza e il rispetto della persona, attenendosi ai valori e principi fondamentali del Sistema Sanitario Nazionale:

- **Universalità ed Equità:** tutte le persone hanno pari dignità e opportunità d'accesso ai servizi offerti dall'IRST a prescindere da età, sesso, credo religioso, idee politiche, provenienza, abilità fisiche, condizione sociale ed economica;
- **Appropriatezza e Imparzialità:** comportamenti e scelte di medici e personale IRST devono sempre rispettare i criteri di equità, obiettività e giustizia;

- Continuità e Affidabilità: l'Istituto, in collaborazione con l'AUSL della Romagna, assicura la regolare e continua erogazione dei servizi offerti, oltre alla loro costante opera di adeguamento a quelle che sono le esigenze espresse dagli utenti;
- Partecipazione e trasparenza: la partecipazione del cittadino allo svolgimento e al controllo del servizio è garantita attraverso i suoi rappresentanti che partecipano al Comitato Consultivo Misto, il diritto di accesso alle informazioni su procedure, risorse, risultati, con la possibilità dell'utente di proporre suggerimenti ed osservazioni;
- Efficienza, efficacia ed economicità: nel rispetto della sostenibilità economica e delle risorse disponibili, l'IRST persegue il progressivo e continuo miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia dei servizi offerti, adottando soluzioni tecnologiche ed organizzative sempre più funzionali ai propri obiettivi e al principio di prossimità.

Tali valori e principi sono assunti nel "Codice Etico Comportamentale" adottato dal CdA IRST.

Art. 3 VISION

L'IRST IRCCS intende agire per contrastare le patologie oncologiche ed emato-oncologiche e contribuire al miglioramento dei risultati di salute della popolazione di riferimento in termini di sopravvivenza, mortalità e soddisfazione dei pazienti, e integrare le proprie specifiche competenze e vocazioni con quelle dell'AUSL della Romagna.

Persegue l'obiettivo della prossimità delle cure al paziente oncologico, secondo i più alti standard di eccellenza, attraverso il progetto comune di costituzione del Comprehensive Cancer Care Network della Romagna, allineato con le indicazioni di riferimento della Presidenza del Consiglio dei Ministri, all'interno della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, riguardo la programmazione ed attuazione delle reti oncologiche, indicato nel documento "Guida per la costituzione delle reti oncologiche regionali", recepito dalla Delibera Regionale N. 2316 del 27/12/2022 "Istituzione della rete oncologica ed emato-oncologica della Regione Emilia-Romagna e approvazione delle relative linee di indirizzo".

L'Istituto, considerando riferimento prioritario la dignità della persona umana, nel complesso degli aspetti biologici, psicofisici e relazionali, promuove la personalizzazione delle attività di diagnosi e cura. A tal fine esercita azione di indirizzo per il consolidamento dei percorsi diagnostico - terapeutici, orientati alle esigenze del cittadino e dei suoi familiari.

Art. 4 PRINCIPI GUIDA ORGANIZZATIVI

La configurazione organizzativa dell'Istituto, le sue dinamiche di funzionamento e di relazione si basano su alcuni principi guida che siano congruenti e funzionali ai valori dichiarati, nel pieno rispetto di quanto previsto dalla Legge Regionale n. 22/2013.

4.1 *Governo clinico – assistenziale.*

I principi e gli strumenti del governo clinico-assistenziale guidano l'agire di tutte le componenti professionali ed integrano le stesse con quelle del governo economico al fine di assicurare il miglioramento continuo dei servizi erogati e la salvaguardia di alti standard assistenziali da parte dei professionisti e dell'organizzazione.

4.2 *Innovazione, ricerca e trasferimento tecnologico*

IRST promuove, anche in integrazione con l'AUSL della Romagna, l'adozione degli strumenti di governance della ricerca e dell'innovazione; la promozione e la valorizzazione della ricerca spontanea e indipendente all'interno dei servizi, attraverso la diffusione delle conoscenze tecniche ed il supporto tecnico e metodologico ai professionisti nelle attività di ricerca; lo sviluppo di capacità di attrazione di finanziamenti dedicati alla ricerca, nel rispetto della trasparenza nelle procedure e delle indicazioni sull'assenza dei conflitti d'interesse. IRST si adopera affinché le risorse derivanti dalle sperimentazioni sponsorizzate siano utilizzate anche a supporto di coloro che promuovono ricerche non sponsorizzate (ricerca spontanea; orienta il proprio sviluppo sulla base di informazioni acquisite tramite la ricerca ed in

particolare individua nell'Health Technology Assessment la metodologia idonea per la valutazione d'impatto delle innovazioni tecnologiche. L'IRST mette in campo azioni volte a favorire il trasferimento tecnologico, veicolando verso le imprese (anche del territorio) i risultati della propria ricerca scientifica e tecnologica, e favorendo lo scambio di conoscenze tra gli attori di ricerca e l'applicazione di queste a fini utili per la collettività.

4.3 *La delega e l'attribuzione di responsabilità e poteri*

La pianificazione ciclica, l'assegnazione di responsabilità, poteri decisionali e compiti nel rispetto dei dettami contrattuali, attraverso gli strumenti della delega, e la verifica sistematica dei risultati e dei processi, rappresentano i veicoli principali della responsabilità di governo dei processi.

IRST disciplina con appositi atti la definizione dell'articolazione delle responsabilità, dei contenuti e dei poteri ai Dirigenti.

4.4 *La salute e sicurezza degli operatori*

IRST persegue nel rispetto delle normative vigenti il miglioramento delle condizioni di salute, benessere organizzativo e sicurezza negli ambienti di lavoro, e la diffusione tra gli operatori della cultura della sicurezza nel lavoro.

4.5 *Le politiche degli investimenti strutturali*

IRST promuove l'aumento dell'efficienza e la protezione del capitale investito nelle strutture, negli impianti e nelle attrezzature sanitarie, secondo una visione olistica di sostenibilità ambientale, sociale ed economica di lungo periodo.

4.6 *Accreditamenti e certificazioni*

IRST è impegnato nel mantenimento dei requisiti di Accredito Istituzionale (Delibera di Giunta della Regione Emilia-Romagna in materia di Autorizzazione ed Accredito n. 327 del 23 febbraio 2004 e ss.mm.ii). Le Direzioni inoltre stimolano e supportano le occasioni di confronto e verifica delle articolazioni dell'Istituto con partner e organismi di valutazione esterni, mantenendo la certificazione UNI EN ISO 9001:2015 e promuovendo opportunità di confronto "tra pari" su altri modelli di accredito all'eccellenza di tipo internazionale.

4.7 *Rapporto tra IRST IRCCS e l'Azienda USL della Romagna - Forma di collaborazione*

IRST è struttura fortemente integrata nel territorio della Romagna, e in grado di raccogliere le attenzioni di enti interessati allo sviluppo e al finanziamento della ricerca oncologica, anche in ambito territoriale. Tali caratteristiche, unitamente alle potenzialità offerte dalla tecnostruttura della ricerca, consentono di rendere disponibili sul territorio romagnolo strumenti all'avanguardia e virtuosi finalizzati alla completa presa in carico del paziente oncologico.

Il Programma Interaziendale "Comprehensive Cancer Care Network", approvato dalla CTSS in data 22/12/2020, formalizza la collaborazione tra IRST IRCCS e AUSL della Romagna in termini di gestione della rete ed è supportato da un meccanismo virtuoso di confronto volto a consolidare ed elevare gli standard professionali in tutti gli ambiti territoriali.

A tal proposito IRST e AUSL della Romagna assumono un assetto della governance del CCCN secondo quanto previsto dalla delibera della CTSS del 19/12/2022 e dagli atti di programmazione della Regione e partecipano congiuntamente alla redazione degli atti di programmazione sanitaria pluriennale approvati dalla CTSS e dalla Regione Emilia Romagna, per assicurare coerenza di intervento nello sviluppo della rete oncologica.

All'interno di tale cornice programmatoria, annualmente sono stipulati accordi tra IRST e AUSL della Romagna, dove sono declinati i contenuti e le forme di collaborazione e integrazione delle competenze e delle prestazioni erogate da entrambi, a copertura del fabbisogno di cura oncologica della popolazione del territorio romagnolo, nonché i criteri e le modalità di compensazione economica.

TITOLO II - ASSETTO ISTITUZIONALE

Art. 5 ORGANI

5.1 *L'Assemblea dei Soci*

Secondo lo Statuto all'Assemblea dei Soci spettano compiti di indirizzo, controllo e verifica strategici per il funzionamento dell'Istituto nell'interesse dei soci pubblici e privati e dei risultati raggiunti.

A questo fine l'Assemblea:

- determina annualmente gli indirizzi e gli obiettivi dell'azione societaria;
- approva i piani strategici annuali e pluriennali di attività dell'Istituto in coerenza con quanto definito dalla programmazione regionale;
- approva il bilancio e gli altri strumenti di programmazione economico-patrimoniale;
- svolge ogni altra funzione ad essa attribuita dal codice civile;
- nomina e revoca gli amministratori, ivi compreso il Presidente del Consiglio di Amministrazione;
- nomina i componenti del Consiglio Sindacale;
- è la sede per l'espressione e la ratifica delle intese tra i soci per le nomine degli altri organi dell'Istituto.

L'Assemblea è presieduta dal presidente del Consiglio di Amministrazione

5.2 *Il Consiglio di Amministrazione*

Secondo lo Statuto l'Istituto è amministrato da un Consiglio di Amministrazione composto da 5 membri nominati dai soci in conformità con quanto previsto nello statuto. Tutti i componenti del Consiglio devono essere in possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente e assicurare l'assenza di conflitti di interesse. Il Consiglio di Amministrazione svolge le funzioni di alta amministrazione e gestione nell'esclusivo interesse dell'Istituto e compie le operazioni necessarie all'attuazione e al raggiungimento dell'oggetto sociale. In particolare svolge funzioni di coordinamento strategico della gestione ordinaria e individua gli obiettivi strategici valevoli per le Direzioni dell'Istituto, nel rispetto degli indirizzi stabiliti dalla programmazione regionale e territoriale e delle prerogative dei Soci, verificandone l'attuazione. Valuta l'andamento della gestione e determina gli indirizzi dell'assetto organizzativo e della gestione economico finanziaria dell'Istituto. Nomina, su proposta del Direttore Generale, il Direttore Sanitario e individua, in coerenza con l'assetto organizzativo dell'Istituto, gli incarichi di direzione di struttura complessa da conferire e i relativi fabbisogni, secondo quanto stabilito da apposito regolamento approvato dal Consiglio di Amministrazione.

5.3 *Il Direttore Generale*

Secondo lo Statuto il Direttore Generale è nominato dal Consiglio di Amministrazione, su indicazione dei soci di parte pubblica, scelto fra soggetti esterni ai componenti del Consiglio di Amministrazione stesso; i requisiti per la nomina e la disciplina del rapporto di lavoro sono analoghi a quelli previsti per le Aziende sanitarie. Il Direttore Generale ha il compito di garantire il raccordo tra attività di assistenza e di ricerca, perseguendo gli obiettivi funzionali alla realizzazione del piano triennale delle linee di ricerca. Il luogo in cui avviene tale coordinamento è la Direzione Strategica. Al Direttore Generale sono affidate funzioni e compiti di gestione ordinaria e complessiva dell'Istituto ed è responsabile della gestione finanziaria, tecnica e amministrativa dell'Istituto, in attuazione degli indirizzi del Consiglio di Amministrazione. Definisce l'assetto organizzativo, gestisce la negoziazione e l'attribuzione dei budget annuali alle strutture produttive. In particolare al Direttore è affidato il potere di gestione ordinaria dell'Istituto in materia di produzione dei servizi assistenziali, amministrazione e gestione del personale, acquisizione di beni e servizi, governo economico e finanziario dell'Istituto, sicurezza aziendale e gestione del contenzioso, gestione delle strutture di supporto tecnico amministrativo e logistico.

5.4 Il Direttore Scientifico

Il Direttore Scientifico è nominato dal Consiglio di Amministrazione, previa intesa tra soci pubblici e privati. I requisiti per la nomina e le modalità di svolgimento del rapporto di lavoro sono analoghi a quelli previsti per gli IRCCS pubblici e le aziende sanitarie. È dunque competente, in analogia con il ruolo per esso previsto dal D.Lgs n. 288/2003 come modificato e integrato dal D.Lgs n. 200 del 23/12/2022 "Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico", e dall'articolo 10 comma 2 della Legge della regione Emilia - Romagna n. 29/2004 e successive modifiche, alla promozione, coordinamento e gestione delle attività di ricerca scientifica dell'Istituto in coerenza con la programmazione regionale e statale in materia.

Secondo lo Statuto il Direttore Scientifico gestisce il budget della ricerca, concordato annualmente con il Direttore Generale sulla base degli indirizzi del Consiglio di Amministrazione. Presiede il Comitato Tecnico Scientifico ed esprime parere obbligatorio al Direttore sulle determinazioni inerenti le attività cliniche e scientifiche. In questo ambito è deputato all'individuazione delle strutture che svolgono prevalentemente ricerca. È delegato alla valutazione dell'attività scientifica sia delle strutture che del singolo ricercatore, in collaborazione con il Comitato Tecnico Scientifico. Presiede le commissioni concorsuali per la selezione del personale dirigente addetto alla ricerca e al supporto della ricerca. Partecipa ai sensi del regolamento aziendale alle commissioni valutatrici per la selezione dei Direttori di Struttura Complessa.

Il Direttore Scientifico dispone di una tecnostruttura amministrativa dedicata al supporto alla ricerca secondo quanto previsto nell'Assetto Organizzativo. Le restanti strutture amministrative non dedicate alla ricerca supportano il Direttore Scientifico per gli ambiti di competenza.

Al Direttore Scientifico afferisce il Programma Innovazione e Ricerca articolato secondo quanto previsto nell'Assetto Organizzativo.

5.5 Il Collegio Sindacale

Il Collegio Sindacale, costituito ai sensi dello Statuto, ha i doveri ed i poteri di cui agli artt. 2403 e 2403 bis c.c. Esercita inoltre il controllo contabile e tutte le funzioni di vigilanza sulla regolarità amministrativa e contabile previste dall'art. 10 L. Reg. Emilia Romagna 23.12.2004, n. 29. Al Collegio Sindacale si applicano le disposizioni di cui agli artt. 2406 e 2407 c.c.

La revisione legale dei conti sull'Istituto è esercitata da un revisore legale dei conti o da una società di revisione legale iscritti nell'apposito registro ai sensi del D.Lgs n. 39/2010.

Art. 6 LA DIREZIONE E LA MACROSTRUTTURA ORGANIZZATIVA

6.1 La Direzione Strategica

Il Direttore Generale, il Direttore Sanitario, il Direttore Scientifico, i Direttori di Dipartimento, i Responsabili di Programma, il Direttore Infermieristico e Tecnico e il Coordinatore Amministrativo costituiscono la Direzione Strategica dell'Istituto a cui partecipa il Direttore Scientifico Emerito.

La Direzione Strategica si avvale dei Direttori individuati e delle funzioni di Staff.

Alla Direzione Strategica su invito del Direttore Generale partecipa il Direttore del Dipartimento di Oncoematologia dell'AUSL della Romagna e il Responsabile Operativo del Programma CCCN al fine di perseguire piena integrazione all'interno del CCCN.

6.2 Il Direttore Sanitario

Il Direttore Sanitario contribuisce alla gestione della attività interne all'Istituto, concorrendo alla determinazione della pianificazione strategica, della programmazione sanitaria e del processo di budgeting, ivi compresa la valutazione della performance. Il Direttore Sanitario collabora con il Direttore Generale e il Direttore Scientifico nelle relazioni con enti esterni l'Istituto e su delega del Direttore Generale può presiedere alle relazioni con le OOSS come delegazione trattante.

Il Direttore Sanitario assicura il presidio del mantenimento di standard di eccellenza nell'attività clinica e assistenziale, attraverso l'organizzazione delle stesse sulla base dei principi della *clinical governance* e di garanzia di continuità assistenziale. A questo scopo sovrintende, oltre che all'igiene ospedaliera, alla gestione del rischio clinico, al sistema qualità, alla gestione tecnico-logistica e al *technology assessment*; è responsabile dell'individuazione ed attuazione dei percorsi clinico assistenziali nell'ottica dell'efficacia e dell'appropriatezza degli stessi, in collaborazione con l'AUSL della Romagna.

Rispetto alla gestione del personale dirigente sanitario il Direttore Sanitario ne definisce il fabbisogno quali-quantitativo necessario e, di concerto con i Responsabili di Unità Operativa, ne verifica l'organizzazione attraverso valutazione dei piani di lavoro e delle presenze, vigila sulla continuità dei livelli assistenziali, autorizza, organizza e vigila l'attività libero professionale intramoenia, collabora al processo di formulazione del fabbisogno formativo annuale e autorizza la partecipazione agli eventi.

Il Direttore Sanitario autorizza l'acquisto di beni e prestazioni sanitarie e assicura la gestione dei flussi informativi istituzionali, il supporto alla gestione del ciclo attivo e passivo, i controlli sanitari e di codifica.

Al Direttore Sanitario afferisce la Direzione Tecnica di Farmacia.

6.3 La Direzione Infermieristica e Tecnica

La Direzione Infermieristica e Tecnica (DIT) presiede alla funzione di governo aziendale dell'assistenza infermieristica e tecnico-sanitaria e assicura la direzione e la gestione delle risorse di propria competenza nel rispetto degli accordi sindacali e della necessità di integrazione multi professionale. Nel contesto del processo d'integrazione dell'Istituto nelle attività della rete oncologica, agisce in raccordo con la DIT dell'AUSL della Romagna per la definizione delle politiche e strategie aziendali relativamente:

- alla pianificazione, programmazione, reclutamento, allocazione, gestione e sviluppo professionale del personale di propria competenza, coniugando la valorizzazione degli specifici ambiti professionali con l'individuazione di modelli organizzativi ed assistenziali innovativi anche ad elevata autonomia tecnico-gestionale;
- alla promozione ed adozione degli strumenti del governo clinico;
- allo sviluppo della ricerca in ambito infermieristico e assistenziale.

6.4 La Direzione Tecnica di Farmacia

La Direzione Tecnica di Farmacia presiede alla funzione di pianificazione, programmazione e controllo della gestione tecnico-economica correlata ai farmaci ed ai dispositivi medici a supporto della Direzione Sanitaria per garantire l'efficienza, la qualità e la vigilanza dei processi correlati all'utilizzo dei beni sanitari utilizzati a livello di Istituto.

La Direzione Tecnica di Farmacia è deputata alla erogazione di farmaci e di terapie personalizzate alle Unità Operative e Servizi dell'IRST IRCCS, anche a scopo sperimentale, e di servizi collegati al loro impiego sicuro ed efficiente, trasformando i prodotti e i servizi specifici che riceve dal mercato o da altre farmacie in prodotti e servizi specifici orientati agli effettivi bisogni del paziente onco-ematologico e dell'organizzazione che lo ha in cura. Eroga inoltre allestimenti di farmaci oncologici utilizzati da alcune Unità Operative non oncologiche dell'AUSL della Romagna e dal privato accreditato secondo le autorizzazioni regionali.

Alla Direzione Tecnica di Farmacia confluiscono gerarchicamente il personale farmacista con delega alle attività di allestimento e controllo di qualità di radiofarmaci anche a scopo sperimentale per le UO di Medicina Nucleare terapia e Medicina Nucleare diagnostica.

Nel contesto del processo d'integrazione dell'Istituto nelle attività della rete oncologica, la Direzione Tecnica di Farmacia implementa e gestisce le attività ed i progetti correlati alla rete farmaceutica romagnola e alle reti regionali; partecipa inoltre alle attività di commissioni farmaceutiche territoriali e regionali.

6.5 La Funzione Amministrativa e il Coordinatore Amministrativo

La Direzione promuove l'integrazione con l'AUSL della Romagna per la gestione dei servizi amministrativi e tecnici di supporto al fine di determinare economie di scala.

La Direzione Strategica si avvale di servizi professionali e tecnici con funzioni di supporto generale all'Istituto, e di servizi finalizzati a supportare tutte quelle attività che necessitano di essere erogate accanto alle funzioni di produzione sanitaria e ricerca, la cui articolazione sarà definita nell'assetto organizzativo.

Nell'ottica del perseguire l'ottimizzazione dei processi organizzativo-gestionali e la facilitazione dei procedimenti operativi e decisionali la Direzione Strategica dell'Istituto può individuare tra i dirigenti responsabili un Coordinatore dell'area amministrativa con le seguenti funzioni:

- vigilanza sulla legittimità degli atti amministrativi dell'Istituto;
- predisposizione degli atti di rilievo istituzionale;
- formulazione di proposte e pareri alla Direzione Strategica, anche relativamente alle questioni di legittimità;
- coordinamento delle aree amministrative, ai fini dell'integrazione delle stesse e dell'uniformità dei processi di gestione delle procedure, fermo restando che i Responsabili delle stesse rispondono degli obiettivi e del budget assegnati.
- supporto giuridico e tecnico-economico ai fini dell'assunzione degli atti di competenza dei dirigenti.

Il Coordinatore dell'area amministrativa svolge ogni altra funzione, ivi compresa l'adozione di atti a rilevanza esterna, attribuitagli dal presente atto e dai regolamenti aziendali, oltre a quelli che gli può attribuire per delega il Direttore Generale.

6.6 L'area degli Uffici di Staff

La Direzione Strategica, al fine di perseguire gli obiettivi indicati nella mission aziendale, si avvale di Uffici di Staff che sono definiti nell'ambito dell'assetto organizzativo.

Art. 7 GLI ORGANISMI CONSULTIVI

7.1 Il Comitato Tecnico Scientifico (CTS)

Secondo lo Statuto l'Istituto istituisce un Comitato Tecnico Scientifico, in analogia con quanto previsto dalla normativa regionale vigente per il Consiglio di indirizzo e verifica degli IRCCS, con compiti di consulenza tecnica e scientifica della Società in ordine agli indirizzi di gestione ed organizzazione dell'attività di ricerca, con possibilità di formulare proposte e pareri a supporto delle competenze del Direttore Scientifico relativamente alle funzioni di ricerca ed assistenza e alle scelte strategiche e di indirizzo assunte dagli organi dell'Istituto. Il CTS, presieduto dal Direttore Scientifico, è composto da cinque membri scelti tra personalità scientifiche particolarmente esperte nel campo dello studio e della cura dei tumori esterne all'Istituto. Si applicano le disposizioni riportate nello statuto relativamente al funzionamento, alla convocazione, alle riunioni e alle delibere del Consiglio di Amministrazione.

7.2 Il Collegio di Direzione

Il Collegio di Direzione assicura la partecipazione decisionale ed organizzativa dei professionisti, orientandone lo sviluppo ai bisogni della popolazione, agli standard più avanzati di assistenza sanitaria, ricerca e innovazione, e all'implementazione degli strumenti del governo clinico; ha compiti di elaborazione e proposta nei confronti del Direttore Generale.

Esso formula proposte e pareri per l'elaborazione delle strategie aziendali, l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi, le attività di formazione, ricerca ed innovazione e gli strumenti per la valorizzazione e valutazione delle risorse professionali, per la gestione del rischio, nonché per l'organizzazione dell'attività libero professionale.

La composizione, il funzionamento e l'articolazione dei compiti del Collegio di Direzione sono definiti da apposito regolamento adottato dal Direttore Generale, su proposta del presidente del Collegio stesso, individuato nella figura del Direttore Sanitario.

In caso di decisioni del Direttore Generale assunte in difformità rispetto al parere obbligatorio espresso dal Collegio, il Direttore Generale esplicita, all'interno dell'atto deliberativo, le ragioni della diversa valutazione e le trasmette al Collegio stesso.

Art. 8 GLI ORGANISMI DI VERIFICA – OdV, OAV

Ai sensi del D. Lgs 8 giugno 2001, n. 231 è istituito l'**Organismo di Vigilanza (OdV)**, nominato dal Consiglio di Amministrazione con il compito di vigilare su funzionamento e osservanza del Modello di Organizzazione e di Gestione (MOG) di IRST Srl, e di curarne l'aggiornamento.

L'OdV ha natura pluripersonale. L'attuale composizione trova la sua giustificazione nell'esigenza di garantire l'effettiva indipendenza dell'OdV rispetto alla gerarchia aziendale, assicurando al contempo un collegamento costante con il CdA cui spetta, in definitiva, di assicurare l'efficace attuazione del MOG e l'effettivo aggiornamento. La durata in carica dei membri dell'OdV coincide con quella del CdA che l'ha nominato e i suoi membri possono essere rieletti.

L'**Organismo Aziendale di Valutazione (OAV)**, nominato dal CdA, è costituito ai sensi del D. Lgs 150 del 27/10/2009 per quanto applicabile dall'Istituto, dei contratti collettivi nazionali di lavoro e dei contratti integrativi aziendali. Esercita funzioni di verifica della correttezza metodologica dei processi di misurazione e valutazione dell'Istituto, in particolare per quanto attiene alla definizione delle performance attese e dei relativi indicatori, sia in termini complessivi sia con riferimento alle diverse unità operative ed ai singoli professionisti/operatori. Si occupa della valutazione di seconda istanza nei termini previsti dai contratti nazionali di lavoro (mentre la valutazione di prima istanza è svolta dalla Direzione aziendale e, a cascata, dai vari dirigenti). Verifica ed attesta l'assolvimento degli obblighi di trasparenza previsti dal D. Lgs 33/2013, promuovendone l'applicazione in collaborazione con il Responsabile della trasparenza.

TITOLO III – LA RICERCA

Art. 9 QUADRO ISTITUZIONALE E PRINCIPI DI FUNZIONAMENTO

IRST organizza e coordina:

- la ricerca e la sperimentazione oncologica nel territorio della Romagna;
- l'infrastruttura necessaria a supportare la promozione, conduzione e valutazione della ricerca e dell'assistenza oncologiche in Romagna;
- i trattamenti con tecnologie emergenti o innovative;
- la formazione continua in campo oncologico.

IRST, che dal 2022 ha assunto la Responsabilità del Programma Innovazione e Ricerca Interaziendale con l'AUSL della Romagna, assolve ad attività di governo della ricerca oncologica ed emato-oncologica nonché di supporto alla ricerca clinica non oncologica. Il modello di rete oncologica ed emato-oncologica della Romagna consente all'IRST di presentarsi e di interagire con i promotori di studi clinici come un'unica entità costituita da una struttura a rete i cui nodi sono rappresentati dall'IRST stesso e dalle Oncologie territoriali.

Il coordinamento scientifico in capo all'IRST garantisce equa accessibilità alle attività di ricerca di ogni nodo della rete oncologica ed emato-oncologica romagnola, salvaguardando le peculiarità di ciascun nodo e valorizzandone tutte le componenti professionali disponibili. A questo fine IRST garantisce il supporto metodologico dell'Unità di Biostatistica e Sperimentazioni Cliniche nella ideazione, pianificazione, stesura, controllo e monitoraggio in tutti gli ambiti di ricerca, anche non oncologica.

La maggior parte dei progetti dell'Istituto, coerentemente con la sua mission e la specifica disciplina scientifica di riconoscimento, riguarda ambiti di ricerca traslazionale in oncologia in campo sperimentale-biomedico. Parte di queste ricerche sono perseguite attraverso l'instaurazione e il consolidamento di importanti collaborazioni scientifiche con prestigiose istituzioni nazionali e internazionali.

IRST favorisce la condivisione dei risultati della ricerca propria e di altri attraverso la promozione della formazione in campo oncologico e professionale, organizzando e promuovendo eventi formativi e informativi, meet the professor,

pipeline con aziende farmaceutiche. Tali eventi sono proposti e promossi a tutti i professionisti dell'AUSL della Romagna.

9.1 *Linee di Ricerca*

Le linee di ricerca identificano gli indirizzi clinico-scientifici prevalenti dell'Istituto; esse sono individuate all'interno del Piano di ricerca triennale approvato dal Ministero della Salute, e possono essere suscettibili di modifiche in relazione ai futuri piani triennali nazionali. La Linea di ricerca ricomprende un insieme di attività che assicurano unitarietà dei percorsi clinico/scientifici traslazionali con riferimento ad aree di particolare interesse definite nei Piani Strategici d'Istituto.

Art. 10 **STRUMENTI PROFESSIONALI E TECNOLOGICI PER IL GOVERNO DELLA RICERCA**

L'Istituto, in linea con le caratteristiche e la mission istituzionali, orienta la propria organizzazione a sostegno della vocazione alla innovazione terapeutica avanzata, partecipando ad iniziative regionali, nazionali e internazionali. L'attività di ricerca e di trasferimento delle conoscenze è definita, indirizzata e coordinata dal Direttore Scientifico, in coerenza con gli obiettivi programmatici dell'Istituto e, sia tramite l'impegno diretto sia attraverso attività di supporto gestionale, amministrativo metodologico, tecnico e logistico, costituisce componente essenziale dell'attività di tutte le strutture, così come di tutti i professionisti dell'Istituto.

Per le sue attività il Direttore Scientifico si avvale della collaborazione di una **struttura scientifica**, che supporta la sua azione di governo, e presiede alla parte di indirizzo e di gestione per la promozione dell'area scientifica, con particolare riguardo agli aspetti traslazionali della ricerca. Attraverso le sue articolazioni funzionali la struttura scientifica di supporto assicura l'assolvimento delle funzioni che la normativa vigente affida al Direttore Scientifico. Per quanto riguarda gli aspetti operativi necessari al conseguimento dei propri obiettivi, la struttura scientifica di supporto integra le proprie funzioni con le competenze delle strutture afferenti all'Area Amministrativa.

A supporto della Direzione Scientifica sono presenti il Comitato Medico Scientifico e altre strutture che sono descritte nell'Assetto Organizzativo.

10.1 *Comitato Medico Scientifico (CMS)*

Il CMS, per lo svolgimento della sua attività istituzionale, ha adottato una metodologia di lavoro in grado di mettere a frutto le competenze di ciascun membro, al fine di rendere multidisciplinare e costruttiva la discussione. È un organismo presieduto dal Direttore Scientifico. In esso, in virtù dell'integrazione con l'AUSL della Romagna, sono rappresentate tutte le realtà oncologiche territoriali, e ha il compito principale di valutare ed approvare la ricerca scientifica in ambito oncologico ed emato-oncologico nel territorio della Romagna, assicurandone la coerenza con le finalità dell'Istituto, la qualità secondo parametri internazionalmente accettati, l'originalità e l'innovazione rispetto alla letteratura disponibile, la trasferibilità alla pratica assistenziale, nello spirito della massima condivisione all'interno della Rete Oncologica della Romagna. Il CMS è tenuto a dare risposte ben motivate a tutte le richieste di nuovi progetti di ricerca in quanto il suo parere è vincolante alla sottomissione, qualora necessaria, al Comitato Etico IRST IRCCS e AUSL della Romagna.

Art. 11 **IL COMITATO ETICO della Romagna**

Il Comitato Etico della Romagna (C.E.Rom.) è un organismo indipendente, costituito a seguito del riordino e accorpamento dei Comitati Etici dell'Emilia-Romagna ai sensi della Delibera di Giunta Regionale n. 2327/2016 e della Delibera del Direttore Generale dell'AUSL della Romagna n. 579 del 29/12/2017. Il Comitato ha la responsabilità di garantire la tutela dei diritti, della sicurezza e del benessere delle persone che partecipano alle sperimentazioni, che si svolgono presso una qualsiasi articolazione organizzativa, pubblica e privata, nell'area di ricerca clinica, in conformità al riconoscimento ottenuto dalle istituzioni preposte, e fornisce pubblica garanzia di tale tutela.

Il Comitato è istituito nel rispetto dei requisiti previsti dalla normativa vigente, degli indirizzi regionali e su proposta della Direzione Generale dell'AUSL della Romagna e dell'IRST. È composto da membri esterni e interni all'IRST e all'AUSL della Romagna o alle istituzioni che se ne avvalgono.

L'istituzione, l'organizzazione e il funzionamento del Comitato Etico rispondono alle norme vigenti e a criteri di indipendenza.

Art. 12 ATTIVITÀ DI SPERIMENTAZIONE CLINICA

12.1 Obiettivi e promotori

Il Servizio Sanitario Regionale ha da tempo acquisito la consapevolezza della rilevanza delle attività di ricerca come elemento essenziale al proprio sviluppo strategico, individuandole tra le funzioni istituzionali proprie di tutte le Aziende Sanitarie, al pari della funzione assistenziale e della formazione con le quali devono integrarsi (LR 29 del 2004 e DGR 1006 del 2009). Le sperimentazioni cliniche rientrano nella mission delle aziende e ancora di più in quella di un IRCCS, consapevoli che la ricerca clinica non sia soltanto l'indispensabile premessa per assicurare ai pazienti futuri la possibilità di cure sempre più efficaci, ma sia d'aiuto alle organizzazioni sanitarie per aumentare l'efficacia dell'assistenza.

La ricerca clinica, in particolare quella sui farmaci, viene classificata in base alla tipologia del promotore in:

- ricerca clinica profit, promossa dalle aziende produttrici del farmaco con finalità commerciali;
- ricerca clinica accademica/no profit, promossa da ospedali, istituti di ricerca, associazioni o gruppi cooperativi.

12.2 La gestione delle sperimentazioni nel contesto della rete oncologica ed emato-oncologica

IRST riveste un ruolo importante nelle sperimentazioni promosse da aziende produttrici di nuove molecole, al fine di contribuire per rendere disponibili sul mercato nuove chance terapeutiche per i malati oncologici. Contestualmente IRST promuove la ricerca indipendente, finalizzata a migliorare le strategie assistenziali e i processi di cura dei pazienti, orientata ad aree che, nell'attuale organizzazione della ricerca farmacologica, sono destinate a rimanere marginali o di scarso interesse commerciale.

In quest'ottica IRST, in collaborazione con tutti i professionisti della rete oncologica ed emato-oncologica della Romagna, realizza studi mirati a fornire informazioni sulla efficacia comparativa di specifici farmaci (o loro classi) per specifiche patologie e/o specifiche popolazioni ad alta rilevanza epidemiologico-clinica ed assistenziale, per il miglioramento della qualità della salute dei pazienti e per il funzionamento del Servizio Sanitario Nazionale.

Art. 13 RAPPORTI CON PARTNER INDUSTRIALI PER LA TRASFERIBILITÀ DELLA RICERCA – TECHNOLOGY TRANSFER, TUTELA DELLA PROPRIETÀ INTELLETTUALE, CONDOTTA SCIENTIFICA SCORRETTA

In staff alla Direzione Scientifica IRST ha istituito l'Ufficio di Trasferimento Tecnologico (UTT) identificato nel 2022 spoke di primo livello dal Ministero della Salute, che:

- fornisce consulenza e supporto informativo al personale IRST nel processo di cessione della proprietà intellettuale;
- fornisce informazioni su possibilità di finanziamenti esterni e progetti di formazione regionali, nazionali, comunitarie e internazionali inerenti l'Innovazione e il Trasferimento Tecnologico;
- favorisce le attività di networking e sviluppo di partenariato con enti e istituzioni pubblici e privati;
- coadiuva l'intero processo di brevettazione, dalla fase di individuazione delle invenzioni suscettibili di protezione brevettuale alla finalizzazione delle domande di brevetto;
- sviluppa le attività di "Business Development" che mirino a creare ricadute finanziarie positive tramite accordi di "out-licensing" o vendita dei brevetti a soggetti esterni.

TITOLO IV - LE STRUTTURE ORGANIZZATIVE AZIENDALI E GLI STRUMENTI DI GESTIONE

Art. 14 ARTICOLAZIONE E DESCRIZIONE DELLA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

14.1 *Articolazione delle strutture*

14.1.1 *I Dipartimenti e i Programmi*

I Dipartimenti sono strutture organizzative complesse, con autonomia tecnico-professionale e gestionale sovra ordinate alle Unità Operative per gli aspetti gestionali o funzionali, costituiti da strutture omogenee interdipendenti affini o complementari che perseguono comuni finalità pur mantenendo propria autonomia e responsabilità in ordine agli aspetti clinico assistenziali ovvero di diagnostica e ricerca.

In particolare i dipartimenti sono preposti alla produzione dei servizi sanitari, delle prestazioni assistenziali, delle attività di ricerca e all'organizzazione e gestione delle risorse necessarie alla produzione degli stessi; garantiscono il governo clinico del sistema di produzione dei servizi sanitari assicurando la qualità tecnica delle prestazioni e dei servizi e sviluppando la partecipazione dei professionisti alle decisioni di carattere organizzativo e gestionale che influenzano la qualità dei servizi e il rendimento delle risorse disponibili.

Il programma è un complesso di attività che assicura in modo unitario la programmazione, l'organizzazione e la valutazione di processi organizzativi o di percorsi assistenziali, di norma multidisciplinari e multi professionali, relativi alla gestione di aree di particolare interesse, che richiedono competenze specifiche appartenenti a unità operative diverse, anche a livello interdipartimentale e interaziendale. Il programma è trasversale e crea sinergie e relazioni funzionali tra unità organizzative.

L'articolazione di Dipartimenti, Unità Operative e Programmi è descritta nell'assetto organizzativo, precisando che nell'ottica della realizzazione della rete oncologica della Romagna, l'Istituto può individuare, in accordo con l'AUSL della Romagna, Dipartimenti e/o Programmi a carattere interaziendale che aggregino Unità Operative appartenenti alle due Aziende, al fine di conseguire le migliori sinergie possibili.

Sono organismi del Dipartimento il Direttore di Dipartimento ed il Comitato di Dipartimento.

Il Direttore di Dipartimento e il Responsabile del Programma

Il Direttore di Dipartimento è un Direttore di Struttura Complessa di una delle Unità Operative afferenti al Dipartimento, responsabile dal punto di vista professionale in ordine al corretto utilizzo dei metodi e strumenti del governo clinico e dal punto di vista gestionale per quanto concerne l'utilizzo appropriato delle risorse assegnate.

Il Direttore di Dipartimento è nominato dal Consiglio di Amministrazione su proposta motivata del Direttore Generale e del Direttore Scientifico. A lui è conferito il mandato di realizzare il programma dipartimentale su base triennale, annualmente verificato relativamente allo stato di realizzazione.

Il Responsabile di Programma è un Direttore di Struttura Complessa di una delle Unità Operative afferenti al Programma che presidia e coordina linee di attività di particolare rilevanza strategica che devono garantire uniformità di approccio e integrazione organizzativa delle Unità Operative coinvolte.

Il Responsabile di Programma è nominato dal Consiglio di Amministrazione, su proposta motivata del Direttore Generale e del Direttore Scientifico.

Il Comitato di Dipartimento

Il Comitato di Dipartimento è l'organismo decisionale del dipartimento. Assicura la partecipazione degli operatori ai processi di programmazione delle attività e alla definizione dell'assetto organizzativo – gestionale del dipartimento. Modalità, cadenza temporale, composizione e le specifiche di funzionamento dei comitati sono disciplinate da apposito regolamento, adottato dal Direttore Generale.

14.1.2 *Le Unità Operative*

Le Unità Operative aggregano competenze professionali, risorse tecnologiche e finanziarie, espressamente finalizzate all'assolvimento di funzioni di produzione di prestazioni o servizi, di amministrazione o di supporto tecnico-logistico e di staff.

L'individuazione delle Unità Operative avviene sulla base della presenza e/o intensità di una serie di variabili quali la rilevanza strategica clinica, organizzativa ed economica dei processi svolti, il bacino d'utenza, i volumi prodotti ed il grado di autonomia e responsabilità nelle attività di organizzazione e gestione delle risorse assegnate alla struttura.

Si configurano quali articolazioni funzionali agli obiettivi di cura e ricerca propri dell'Istituto, costituite con riferimento alle specialità diagnostiche, terapeutiche, di ricerca.

Le Unità Operative possono essere Complesse, Semplici a valenza dipartimentale e Semplici in relazione all'intensità assunta dalle variabili citate e degli ambiti di autonomia e responsabilità alle stesse conferite dalla configurazione organizzativa aziendale che verrà formalizzata nell'assetto organizzativo.

Il Direttore di Unità Operativa Complessa, di Unità Semplice Dipartimentale, risponde direttamente al Direttore di Dipartimento.

Art. 15 TIPOLOGIA DEGLI INCARICHI DIRIGENZIALI, CONFERIMENTO E ASSEGNAZIONE

Secondo lo Statuto, a seguito dell'individuazione da parte del Consiglio di Amministrazione dei fabbisogni organizzativi, nonché dell'assetto organizzativo, lo stesso individua gli incarichi di direzione di struttura complessa, secondo gli specifici regolamenti.

Il conferimento degli incarichi avviene secondo la vigente normativa e i regolamenti approvati dal Consiglio di Amministrazione, in coerenza con l'assetto organizzativo interno.

I criteri e la tipologia degli incarichi dirigenziali sono specificati, previa concertazione con le Organizzazioni Sindacali di riferimento, in atti organizzativi coerenti con le norme contrattuali e gli indirizzi regionali in materia.

Per ciascuna funzione sono individuate, all'interno del regolamento organizzativo, la missione, le specifiche aree di responsabilità nonché le eventuali attribuzioni di competenze proprie. Tutti gli incarichi di funzione dirigenziale saranno attribuiti a termine, con facoltà di rinnovo secondo quanto indicato dalla normativa nazionale e dai rispettivi Contratti di Lavoro (Nazionale e Aziendale).

Art. 16 VALUTAZIONE DEL PERSONALE E DEI DIRIGENTI

IRST IRCCS attribuisce importanza strategica alla valutazione del personale, e recepisce le normative pubbliche in merito – da ultimo il D. Lgs 150/2009. Essa viene effettuata nel rispetto dello specifico regolamento d'Istituto. La valutazione si inserisce pienamente nel percorso aziendale di pianificazione, programmazione e verifica costante del raggiungimento degli obiettivi dell'Istituto, ovvero nel ciclo di gestione della performance⁴ ex D.Lgs 150/2009, e ne costituisce un elemento fondamentale. Pertanto l'Istituto adotta un modello di valutazione caratterizzato da:

- un forte legame con il processo di programmazione e budgeting
- una forte attitudine a incentivare nei professionisti l'allineamento e la condivisione con gli obiettivi dell'Istituto, promuovendo i comportamenti virtuosi attesi (c.d. correttezza strategica)
- la ricerca per quanto possibile di una valutazione fondata su elementi oggettivi e verificabili, riducendo gli ambiti di discrezionalità da parte dei valutatori di prima e seconda istanza;
- un equilibrio tra la partecipazione ai risultati e alle performance di struttura e il riconoscimento dell'apporto individuale conferito all'organizzazione;
- una forte integrazione con il sistema di gestione della qualità e con i sistemi di "ascolto" dei bisogni e delle istanze degli utenti e della popolazione servita;
- un confronto tra valutato e diretto responsabile al fine di individuare azioni correttive e correlati fabbisogni formativi.

Art. 17 RAPPORTI CON UNIVERSITÀ

Al fine di assolvere al proprio mandato di trasferimento delle conoscenze, nel quadro di un ampio disegno di formazione professionale avanzata, l'Istituto persegue la formalizzazione di rapporti con le Scuole di Specializzazione affini alle discipline in esso operanti in accordo con la Regione. Può svolgere attività di "Sede ulteriore e collegata" Universitaria secondo quanto previsto dal Protocollo di intesa tra la Regione Emilia-Romagna e le Università degli Studi di Bologna,

⁴ La performance si può intendere come il contributo che ciascun soggetto (definito come sistema, organizzazione, unità organizzativa, team, singolo individuo) apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi e alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'organizzazione è stata concepita.

Ferrara, Modena Reggio Emilia e Parma in attuazione dell'art. 9 della LR 23/12/2004 n. 29 assunta con DGR del 29/07/2016. Può inoltre sottoscrivere protocolli d'intesa/convenzioni con università italiane e straniere per avvalersi delle prestazioni di titolari di borse di studio o dottorandi di ricerca ed essere individuato come sede formativa, i cui oneri possono essere a totale carico del terzo contraente, o diversamente ripartiti anche a carico dell'IRST – secondo i contenuti degli accordi – al fine di realizzare le necessarie sinergie utili ad attuare comuni progetti di ricerca, a sviluppare protocolli di assistenza, a promuovere la circolazione delle conoscenze e delle professionalità.

Le strutture operative dell'Istituto possono essere dirette da un professore universitario, qualora scelto dopo espletamento di regolare procedura selettiva, previa stipula di convenzione con l'Università di appartenenza ai fini della conservazione dell'incarico accademico. Nell'Istituto possono altresì essere impiegati professori e ricercatori universitari ai sensi della normativa vigente.

Tale attività dovrà essere regolamentata da specifico atto convenzionale conforme agli accordi Università-Regione.

TITOLO V - RISORSE UMANE

Art. 18 LA GESTIONE CONTRATTUALE E LE MODALITÀ DI RECLUTAMENTO DEL PERSONALE

Il personale impiegato presso l'IRST si distingue in:

- Personale Dipendente
- Personale Comandato
- Collaboratori
- Personale in convenzione

Al personale dipendente, assunto con rapporto di lavoro di natura privatistica, vengono applicati i tre contratti collettivi aziendali che ricalcano i corrispondenti CCNL della sanità pubblica e per i quali si persegue una sostanziale equiparazione sia economica che normativa (ad eccezione degli istituti contrattuali di pertinenza esclusivamente pubblica non applicabili in relazione alla natura privatistica del personale).

Al personale dedicato all'area ricerca e alla tecnostuttura della ricerca è applicato l'integrativo del contratto collettivo aziendale dirigenza SPTA relativo alla ricerca e tecnostuttura (detto "Integrativo ricerca e tecnostuttura") al fine di collocare in un ambito contrattuale adeguato tale personale.

Al personale comandato si applicano gli istituti, sia giuridici sia economici, della sanità pubblica.

Secondo lo Statuto le modalità di reclutamento sono disciplinate da appositi regolamenti approvati dal CdA e redatti secondo i principi previsti per gli enti del SSN, al fine di ottenere dal Ministero della Sanità l'adeguamento all'ordinamento pubblico, secondo l'art. 15 undecies del D. Lgs. n. 502/1992.

Art. 19 ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE

Tale istituto viene disciplinato attraverso apposito regolamento, in coerenza con le disposizioni nazionali e regionali, e approvato dal Consiglio d'Amministrazione.

Art. 20 RAPPORTI CON LE ORGANIZZAZIONI SINDACALI

L'Istituto riconosce nelle forme di rappresentanza organizzata dei lavoratori un interlocutore fondamentale. Esso si impegna, quindi, a creare le condizioni per un confronto proficuo e trasparente con le rappresentanze sindacali, di categoria e confederali, al fine di ricercare l'equilibrio tra le attese e le aspirazioni degli operatori e le finalità dell'Istituto stesso, nel rispetto delle compatibilità organizzative anche attraverso meccanismi di concertazione in ambiti predefiniti, in ottemperanza della normativa vigente.

Pertanto, detto principio è ricompreso all'interno dei contratti di lavoro applicati in Istituto, mediante l'introduzione di specifici articoli contrattuali riguardanti l'attività sindacale.

TITOLO VI - FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO SCIENTIFICO

Art. 21 FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO SCIENTIFICO

L'Ufficio Formazione annualmente raccoglie ed analizza i bisogni formativi e predispone il Piano della Formazione Aziendale.

Gli obiettivi formativi riguardano il raggiungimento delle competenze riconosciute come indispensabili per esercitare adeguatamente i diversi ruoli all'interno dell'Istituto, e quindi migliorare la qualità del servizio erogato. Vengono tendenzialmente privilegiati interventi formativi che coinvolgono operatori di diverse discipline e professionalità diverse e complementari poiché, attraverso la condivisione di conoscenze ed esperienze tra i diversi ruoli professionali, risulta arricchito il patrimonio di competenza del gruppo, a supporto del modello organizzativo che promuove l'attività in equipe quale strumento di "garanzia di qualità" del servizio erogato.

Oltre alle forme tradizionali "in aula", è posta particolare attenzione alla formazione sul campo, modalità che permette di valorizzare le attività che si svolgono sul posto di lavoro e che sono strettamente legate a percorsi interni di innovazione scientifica, organizzativa o tecnologica, a progetti di definizione/ridefinizione di processi diagnostico assistenziali o terapeutici, a verifiche finalizzate a innescare percorsi di miglioramento, a studi o ricerche, a progetti di inserimento e affiancamento per neo-assunti e neo-assegnati.

A supporto dell'attività di ricerca è reso disponibile il Sistema BiblioSan, che si avvale della rete delle biblioteche degli Enti di ricerca biomedici italiani.

TITOLO VII - CONTROLLO ECONOMICO-ORGANIZZATIVO E RELATIVA STRUTTURAZIONE

Art. 22 IL SISTEMA DI PIANIFICAZIONE STRATEGICA E PROGRAMMAZIONE

Secondo lo Statuto il processo di programmazione e budget annuale, parte integrante del ciclo di gestione della performance, si sviluppa sulla base degli indirizzi strategici formulati - per ciascuna area di missione - dagli organi dell'IRST e in particolare dal Consiglio di Amministrazione. La formulazione organica degli indirizzi strategici su un orizzonte temporale pluriennale, e la loro corrispondente trasposizione economica, viene effettuata di norma mediante l'adozione da parte del Consiglio di Amministrazione del Piano Strategico triennale o Piano della performance. Il piano strategico triennale è redatto in parallelo e in coerenza con il PAL dell'AUSL della Romagna, e sottoposto ad approvazione della CTSS. L'operatività degli indirizzi è realizzata dalla Direzione Strategica, con declinazione in obiettivi operativi, progettualità, indicatori e target, secondo una struttura ad albero che declina gli obiettivi d'Istituto secondo il sistema delle responsabilità definito nel presente Atto aziendale.

Art. 23 IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE E BUDGETING

23.1 Oggetto della programmazione e del controllo

Oggetto della programmazione è la *performance*, a livello di Istituto e di ciascuna struttura. La performance è multidimensionale e riguarda obiettivi di attività e progettuali, obiettivi di efficacia, efficienza e appropriatezza, di *outcome* clinico e assistenziale, di soddisfazione di pazienti e familiari, di innovazione e ricerca scientifica; per i gestori di budget trasversale, gli obiettivi riguardano anche il monitoraggio e il governo dei fattori produttivi e dei ricavi di afferenza. La definizione del livello di risorse assegnate determina la condizione condivisa per il raggiungimento degli obiettivi negoziati.

23.2 Processo di programmazione e controllo: milestones e attori

Il processo di programmazione e budgeting descritto in uno specifico documento, coinvolge tutte le componenti dell'Istituto.

Definiti gli indirizzi strategici da parte del Consiglio d'Amministrazione il processo è guidato nella prima fase dall'Area Ricerca, per esplicita opzione strategica dell'IRST IRCCS, coerentemente con il suo ruolo di *driver* di innovazione e qualità dell'assistenza, di crescita e attrattività, di reperimento di finanziamenti e risorse economiche. La negoziazione avviene tra il Responsabile della Unità Operativa e la Direzione Strategica IRST. A seguire il Responsabile di Struttura Complessa assegna ai propri collaboratori obiettivi individuali specifici.

A conclusione delle negoziazioni gli uffici Bilancio e Programmazione e controllo redigono su indirizzo della Direzione il Bilancio preventivo definitivo, collegato al documento di budget analitico per ordinatore, Centro di Responsabilità (CdR) e progetto.

L'andamento dell'attività e il grado di raggiungimento degli obiettivi negoziati sono monitorati costantemente in corso d'anno, al fine di implementare le azioni correttive eventualmente necessarie ovvero revisionare gli obiettivi in caso di modificazioni esogene del quadro di riferimento (secondo procedura). L'autovalutazione relativa agli obiettivi quantitativi è realizzata mediante la reportistica disponibile nel "portale budget" su intranet, costantemente aggiornata. Si prevedono inoltre momenti infrannuali di valutazione congiunta e strutturata (sistema di controllo e sistema qualità) tra CdR e Direzione sull'andamento della gestione e degli obiettivi.

Art. 24 LA RETRIBUZIONE DI RISULTATO E IL SISTEMA PREMIANTE

L'IRST IRCCS intende sviluppare al massimo grado tutti gli strumenti finalizzati a orientare gli sforzi dei professionisti e di tutto il personale verso il perseguimento degli obiettivi dati. Pertanto la retribuzione di risultato e il più ampio sistema premiante – compresi incarichi e progressioni di carriera – devono massimizzare la loro "correttezza strategica" (non formale), definita come attitudine effettiva e concreta a orientare le persone verso gli obiettivi aziendali; coerentemente, la quota di retribuzione collegata al risultato e i criteri della sua corresponsione devono essere laddove possibile omogenei per tutte le tipologie di personale IRST. La retribuzione di risultato è integralmente dipendente dalla percentuale di raggiungimento degli obiettivi.

È garantita, così come in tutti i processi valutativi, la partecipazione del valutato e la possibilità di accedere al contraddittorio e a una valutazione di seconda istanza.

TITOLO VIII – LA PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI

IRST pone la centralità della persona malata come cifra fondante della sua missione. Un obiettivo declinato non solo con l'offerta delle cure e dell'assistenza migliori ma anche attraverso azioni, pratiche e progetti che attengono il rispetto dei diritti della persona:

- l'informazione chiara, corretta e costante sullo stato di salute, sulle terapie proposte perché l'utente deve essere in grado di decidere consapevolmente della propria salute e qualità di vita;
- il rispetto della persona ovvero l'impegno costante al soddisfacimento dei bisogni di ogni utente, all'attenzione alle sue abitudini di vita, alla riservatezza, ai ritmi e sfera privata, alla riduzione al minimo dei tempi di attesa;
- il coinvolgimento del paziente grazie a precise pratiche d'ascolto e valutazione dei servizi offerti;
- l'importanza assegnata al rapporto umano tra paziente ed operatori IRST, qualsiasi titolo o ruolo essi ricoprano; tutti gli operatori sono tenuti ad essere imparziali e ad impegnarsi a realizzare un ambiente ospitale e familiare.

Punto di forza dell'Istituto è, inoltre, il rapporto di apertura con il territorio, in tutte le sue componenti: una reciproca permeabilità di idee, propositi, attenzioni e intenzioni che fa dell'IRST un riferimento e un volano di sviluppo.

Art. 25 STRUMENTI PER LA TUTELA E LA VERIFICA DEGLI IMPEGNI

Attraverso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico, IRST registra ed elabora le **segnalazioni degli utenti** (elogi, reclami e rilievi ovvero espressioni di disservizi/suggerimenti cui è data risoluzione pressoché immediata).

L'Istituto, attraverso l'URP è impegnato nella **rilevazione della qualità percepita** dagli utenti attraverso il regolare monitoraggio del loro grado di soddisfazione; tale strumento garantisce un riferimento per il continuo miglioramento dei servizi offerti dall'Istituto.

La **Carta dei Servizi IRST** è realizzata con il preciso intento di essere, per tutti gli utenti, non solo una "guida" ma come un vero e proprio "patto con i cittadini" attraverso la chiara esplicitazione da parte dell'IRST degli impegni assunti nei confronti della propria utenza. La Carta illustra le modalità attraverso le quali i cittadini possono facilmente accedere alle procedure di ascolto-reclamo.

L'istituto redige annualmente il **Bilancio Sociale** quale strumento di rendicontazione delle proprie attività nei confronti della società.

Art. 26 COMITATO CONSULTIVO MISTO (CCM)

I Comitati Consultivi Misti, istituiti nel 1994 dalla Regione Emilia-Romagna (Legge Regionale n. 19), sono lo strumento organizzativo privilegiato per la rilevazione e il miglioramento della qualità dei servizi da parte dei cittadini. Il Comitato Consultivo Misto (CCM) IRST rappresenta la voce dei cittadini all'interno dell'Istituto e lavora, secondo regolamento interno, in stretta connessione con l'Ufficio Relazioni con il Pubblico. È costituito da rappresentanti di associazioni di volontariato, rappresentanti dell'IRST, un rappresentante dei Medici di Medicina Generale e un rappresentante della Conferenza Sociale e Sanitaria Territoriale e si occupa di:

- assicurare i controlli di qualità dal lato della domanda, specie con riferimento ai percorsi di accesso ai servizi;
- promuovere l'utilizzo di indicatori di qualità dei servizi dal lato dell'utente, definiti a livello regionale;
- sperimentare indicatori di qualità dei servizi dal lato dell'utente, definiti a livello d'Istituto, che tengano conto della specificità di un IRCCS;
- formulare proposte di miglioramento conseguenti l'analisi dei disservizi segnalati dagli utenti;
- collaborare con l'Istituto nel processo di miglioramento della qualità della comunicazione con i cittadini.

Art. 27 AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE

L'Istituto esplica la propria attività nel rispetto del principio della trasparenza intesa come accessibilità totale delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività dell'Istituto, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche.

L'Istituto recepisce la normativa di cui il Decreto legislativo 14 marzo 2013 n. 33 recante disposizioni in materia di "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle Pubbliche Amministrazioni", nonché tutte le delibere di funzionamento presenti e future disposte dall'ANAC.

TITOLO IX – RAPPORTI CON IL TERZO SETTORE

Art. 28 COLLABORAZIONE CON PAESI IN VIA DI SVILUPPO

Gli assi portanti delle azioni e progettualità IRST sono i principi di Universalità ed Equità. Per tale motivo, al fine di sostenerne il progresso, l'Istituto incoraggia attività con Paesi in via di sviluppo. Tra questi, rilevante il rapporto biunivoco stabilito con il Bugando Medical Centre (BMC) di Mwanza in Tanzania. Sancita dal "Patto di Gemellaggio e Dichiarazione di Intenti" siglato il 13 maggio 2008, la cooperazione tra le due Istituzioni punta ad avviare numerose attività scientifiche e di formazione.

Art. 29 RAPPORTI CON IL VOLONTARIATO

In armonia con la mission, il principio costituzionale che valorizza l'autonoma iniziativa dei cittadini, singoli e associati per lo svolgimento di attività d'interesse generale, IRST mantiene tra i propri capisaldi il rapporto con il mondo del volontariato: la promozione della lotta alle patologie oncologiche e della crescita socio-culturale ha nell'associazionismo il proprio vettore d'elezione. Esemplare, in tal senso, la collaborazione esistente con l'Istituto Oncologico Romagnolo, ideatore, socio fondatore e finanziatore dell'IRST.

TITOLO X – NORMA FINALE E DI RINVIO

Art. 30 NORME TRANSITORIE E RINVIO AD ATTI E DOCUMENTI COLLEGATI

Come previsto dalla normativa vigente l'assetto organizzativo che comprende l'articolazione delle funzioni di governo, di produzione dei servizi sanitari, delle funzioni tecnico - amministrative, di supporto e di staff e relativi organigrammi già adottato sarà aggiornato in applicazione dei principi e dei criteri costitutivi del presente documento.

La programmazione attuativa e di conseguenza gli eventuali adattamenti organizzativi rispondenti alle indicazioni strategiche nazionali e regionali non richiederanno la modifica del presente documento.

Per quanto non espressamente previsto si applica la normativa nazionale e regionale che disciplina le materie trattate.