



I
IRCCS INRCA

**Piano integrato di
attività e
organizzazione
(PIAO) 2022-2024**

Sommario

Sommario	1
Titolo I: PREMESSA	1
Titolo II: IL PERCORSO PROCEDURALE	2
Titolo III: L'INRCA	2
SEZIONE 1: DESCRIZIONE DELL'INRCA	2
Introduzione sugli IRCCS	2
L'istituzione dell'INRCA	2
Valori	4
ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO	6
Il contesto esterno di riferimento	6
Invecchiamento della popolazione	7
Multiregionalità	9
Le specificità dell'IRCCS	9
Ricerca scientifica	10
Attività assistenziale	10
ANALISI DEL CONTESTO INTERNO	11
Dati di attività 2021	11
Assistenza ospedaliera	11
Presidi marchigiani INRCA	12
Presidio Casatenovo INRCA	15
Presidio Cosenza INRCA	17
Assistenza territoriale	18
La consistenza di personale al 31 dicembre 2021	19
Il quadro economico	21
La certificazione di qualità	25
SEZIONE 2: VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	26
VALORE PUBBLICO	26
Valore pubblico INRCA	26
PERFORMANCE	28
Il sistema di valutazione della Performance di INRCA	28
Reporting e Analisi degli scostamenti	31
L'Istituto della revisione del Budget	31

Gli obiettivi di performance per l'anno 2022	32
La strategia e le dimensioni delle performance	32
La dimensione strategica dell'Istituto e l'albero della Performance.....	32
La dimensione strategico-operativa dell'Istituto.....	34
La dimensione della performance organizzativa	35
In ambito scientifico	35
In ambito Clinico Assistenziale.....	36
Nell'ambito dei Processi Interni Di Supporto	38
La dimensione della Performance Individuale	39
IL SISTEMA DELLE COERENZE.....	39
La coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio.....	39
La coerenza con il Piano Triennale per la Trasparenza e la Prevenzione della Corruzione	40
La coerenza con i percorsi di semplificazione, digitalizzazione e piena accessibilità	41
La coerenza con il Piano Triennale per le azioni Positive e la valutazione Partecipativa ...	43
Le fasi ed i soggetti del processo della Performance	47
Fasi e Tempi del Budget 2022.....	47
ANTICORRUZIONE.....	47
IL SISTEMA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE DELL'ISTITUTO	47
ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO E DEL CONTESTO INTERNO	48
VALUTAZIONE DEL RISCHIO E MISURE SPECIFICHE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE ..	50
LE MISURE DI CARATTERE GENERALE ATTE A PREVENIRE IL RISCHIO DI CORRUZIONE	51
Inconferibilità di incarichi e funzioni In presenza di condanna	51
Inconferibilità e incompatibilità di incarichi dirigenziali.....	52
Conflitto di interesse in attività e incarichi istituzionali	53
Conflitto di interesse in incarichi extra-istituzionali	53
Patti di integrità negli affidamenti e segnalazione di influenze illecite.....	53
Rotazione del personale	54
Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro – il c.d. ""pantouflage""	54
Le segnalazioni di illeciti – procedura e tutele	55
Formazione e informazione.....	55
Trasparenza	56
Accesso civico	57
Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile.....	58
SEZIONE 3: ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO.....	104
ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA.....	104
L'articolazione aziendale	104
Il nostro assetto organizzativo apicale	104

Il nostro assetto organizzativo aziendale	106
ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE	121
Introduzione al lavoro agile	121
Contesto di applicazione.....	122
POLA.....	123
Salute Organizzativa.....	133
Salute Professionale.....	134
Salute Digitale	134
Salute Economico Finanziaria.....	135
Gli indicatori.....	135
Soggetti coinvolti nei processi d’implementazione del lavoro agile	136
PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE	138
PIANO TRIENNALE DEL FABBISOGNO DEL PERSONALE DELLA PIRAMIDE.....	140
LA STRATEGIA DI COPERTURA DEL FABBISOGNO	142
Assunzioni obbligatorie	142
Rapporti di lavoro a tempo indeterminato.....	142
Rapporti di lavoro a tempo determinato.....	143
Stabilizzazioni.....	143
Progressioni tra le aree del personale del comparto a tempo indeterminato (“verticali”)	143
La formazione del personale	144
Le priorità strategiche.....	146
Risorse interne ed esterne disponibili e/o ‘attivabili’ ai fini delle strategie formative	147
Misure volte ad incentivare l’accesso a percorsi di istruzione e qualificazione	147
Gli obiettivi e i risultati attesi.....	148
PIANO FORMATIVO 2022.....	148
FOCUS SPECIFICO SULLA FORMAZIONE DIGITALE.....	155
Alfabetizzazione digitale	155
Cybersicurezza	155
Utilizzo da parte dei dipendenti di processi digitalizzati	156
SEZIONE 4: MONITORAGGI.....	156

Titolo I: PREMESSA

Il D.L. 9 giugno 2021, n.80, convertito in Legge n.113 del 6 agosto 2021, ha introdotto nel nostro ordinamento il “Piano integrato di attività e organizzazione” (PIAO), che deve essere adottato dalle pubbliche amministrazioni con più di 50 dipendenti (escluse le scuole) e va presentato entro il 31 gennaio di ogni anno.

Il PIAO ha durata triennale e definisce gli strumenti e le fasi “per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell’attività e dell’organizzazione amministrativa, nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione” per migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso, nel rispetto del D.Lgs. 150/2009 e della Legge 190/2012.

Il PIAO ricomprende e declina in modo integrato e coordinato:

a) il **Piano della Performance**, che definisce gli obiettivi programmatici e strategici della performance dell’INRCA stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati della performance organizzativa;

b) il **Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT)**, che è finalizzato alla piena trasparenza dei risultati dell’attività e dell’organizzazione amministrativa nonché a raggiungere gli obiettivi in materia di prevenzione e contrasto alla corruzione, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia e in conformità agli indirizzi adottati dall’ANAC con il Piano nazionale anticorruzione;

c) il **Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA)**, che stabilisce le modalità di svolgimento dello *smart working* quale modalità alternativa allo svolgimento della prestazione lavorativa in presenza, ed in particolare le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell’efficacia e dell’efficienza dell’azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi, nonché della qualità dei servizi erogati;

d) il **Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP)** che, compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni specifiche per il di personale, definisce gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, prevedendo, oltre alle forme di reclutamento ordinario, la percentuale di posizioni disponibili nei limiti stabiliti dalla Legge destinata alle progressioni di carriera del personale, anche tra aree diverse, e le modalità di valorizzazione a tal fine dell’esperienza professionale maturata e dell’accrescimento culturale conseguito, assicurando adeguata informazione alle organizzazioni sindacali;

e) il **Piano della Formazione**, che individua gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati ai processi di pianificazione secondo le logiche del project management, all’implementazione delle competenze digitali applicate al settore sanitario, allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali e all’accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale, correlati all’ambito d’impiego e alla progressione di carriera. Dal Piano della Formazione sono esclusi, non essendo nel sistema ECM, i programmi di alfabetizzazione informatica comunque offerti dall’Istituto tramite la partecipazione al progetto Syllabus;

f) il **Piano Triennale delle Azioni Positive (PTAP)**, che dà attuazione alle disposizioni contenute nel D.Lgs.11 aprile 2006 n. 198 “Codice delle pari opportunità tra uomo e donna, a norma dell’art. 6 della L. 28 novembre 2005, n. 246” e contiene le iniziative programmate dall’INRCA volte alla rimozione degli

ostacoli che, di fatto, impediscono la piena realizzazione delle pari opportunità di lavoro e nel lavoro tra uomini e donne”.

Titolo II: IL PERCORSO PROCEDURALE

Il percorso procedurale di adozione del PIAO disciplinato dal D.L. 80/2021, convertito, con modificazioni, dalla Legge 6 agosto 2021, n. 113, prevedeva che entro centoventi giorni dalla sua entrata in vigore (8 ottobre 2021):

- con uno o più D.P.R., sarebbero stati individuati e abrogati gli adempimenti relativi ai piani assorbiti nel PIAO;

- sarebbe stato adottato, da parte del Dipartimento della funzione pubblica, un “PIAO tipo”, quale strumento di supporto per le P.A.

Il successivo D.L. del 30 dicembre 2021, n. 228 - Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi (c.d. Milleproroghe) – ha modificato il predetto percorso, disponendo che:

- limitatamente all’anno 2022, il termine di adozione del PIAO, fissato al 31 gennaio, è prorogato al 30 aprile 2022;

- sono differiti al 31 marzo 2022 i termini previsti per l’emanazione di uno o più decreti del Presidente della Repubblica per individuare e abrogare gli adempimenti relativi ai piani assorbiti da quello di cui al D.L. 80/2021 e per l’adozione, con Decreto Ministeriale, del “PIAO tipo”.

Titolo III: L’INRCA

SEZIONE 1: DESCRIZIONE DELL’INRCA

Introduzione sugli IRCCS

Gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico hanno natura giuridica diversa, pubblica o privata. Gli IRCCS pubblici sono enti pubblici a rilevanza nazionale sottoposti al controllo regionale e alla vigilanza del Ministero della salute. Al Ministro spetta la nomina del direttore scientifico degli IRCCS pubblici nell’ambito di una terna di candidati selezionata da una apposita commissione. Gli IRCCS di diritto pubblico, su istanza della Regione in cui l’Istituto ha la sede prevalente di attività clinica e di ricerca, possono essere trasformati in Fondazioni di rilievo nazionale, aperte alla partecipazione di soggetti pubblici e privati e sottoposte alla vigilanza del Ministero della salute e del Ministero dell’economia e delle finanze. Gli enti trasformati assumono la denominazione di Fondazione IRCCS. Gli Enti non trasformati in fondazione rivestono una connotazione assimilabile alle aziende ospedaliere. Gli IRCCS privati invece hanno una maggiore libertà di azione ed il controllo su di essi viene effettuato soltanto sulla valenza delle ricerche effettuate.

L’istituzione dell’INRCA

L’IRCCS-INRCA è un IRCCS pubblico non trasformato in fondazione.

L’origine dell’INRCA può essere fatta risalire al 1844, anno nel quale è stato istituito ad Ancona l’Ospizio dei Poveri per iniziativa della Congregazione dei Mercanti e degli Artisti con scopi di assistenza e

beneficenza, nell'ambito del vecchio ospedale della SS. Trinità e S. Anna, situato nei locali del Convento di S.Francesco alle Scale, legalizzato il 10 marzo 1871 da Vittorio Emanuele II.

Nel 1881, a seguito di una donazione della Provincia di Ancona, l'Istituto diveniva pubblico ed assumeva la denominazione di "Ospizio dei Poveri Vecchi e di Mendicizia Vittorio Emanuele II (V.E II)"

Negli anni intorno al 1920 l'Opera Pia Ospizio di Ancona veniva trasferita fuori città, nella località delle Grazie, presso la Villa Persichetti, in ambienti adeguati per ospitare anziani soli, indigenti, ma anche convalescenti e, spesso, malati cronici con disabilità invalidanti. Nel corso degli anni l'Ospizio si era progressivamente trasformato in un vero Gerontocomio, adeguato ai tempi, con un ampio sviluppo dell'assistenza socio-sanitaria (medici ed infermieri).

Con DPR del 26/8/1961, l'Opera Pia Ospizio dei Poveri Vecchi e di Mendicizia V.E.II, grazie ai suoi livelli organizzativi assistenziali, veniva denominata Istituto di Riposo e Cura per Anziani (IRCA) e, quindi, nel 1963, gli veniva riconosciuto il suo carattere nazionale (INRCA).

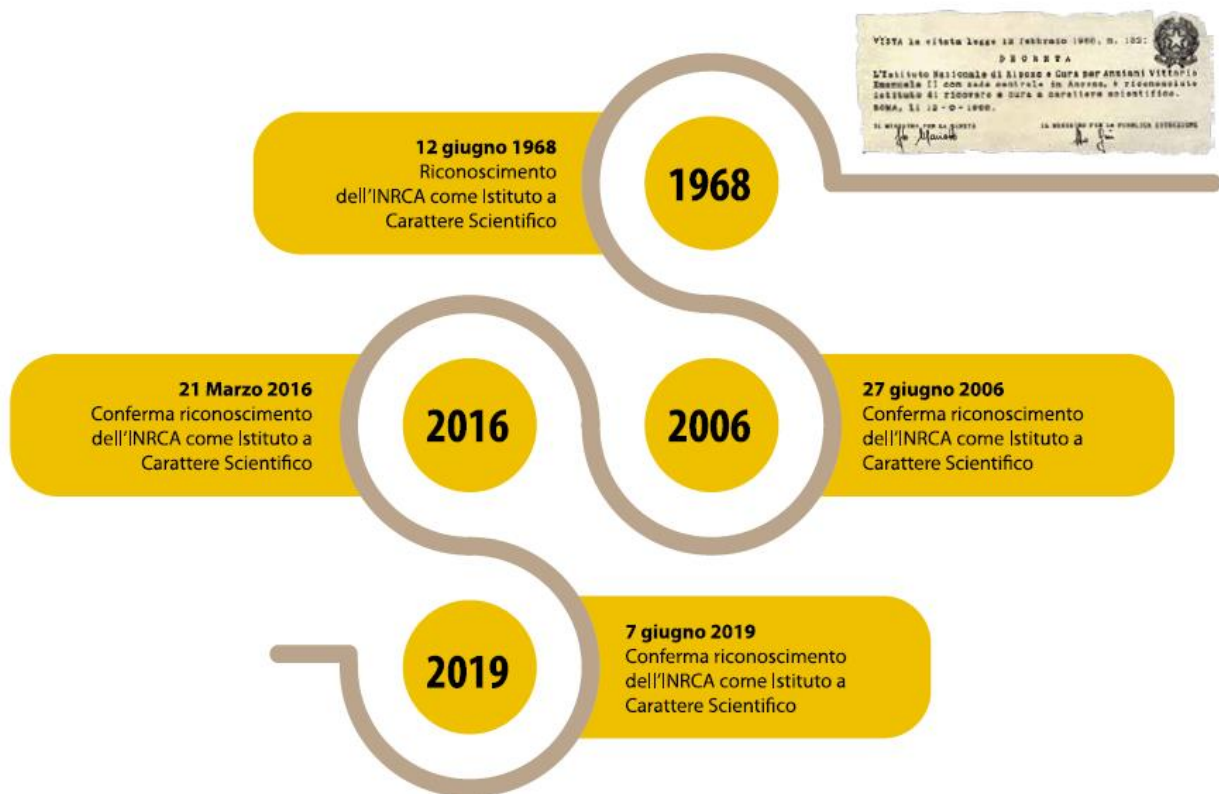
Nel 1968 l'INRCA viene definito l'Istituto di Ricerca a carattere scientifico (IRCCS) unico in Italia, specializzato sui problemi degli Anziani.

Il carattere scientifico è stato riconfermato, dagli organi competenti, negli anni successivi fino ad oggi, da ultimo con decreto del Ministero della Salute del 7 giugno 2019.

Tali riconoscimenti negli anni, sotto il profilo giuridico e scientifico, sono derivati dall'Impegno dimostrato dall'INRCA nelle sue attività assistenziali e di ricerca nel settore geriatrico e gerontologico.

Dall'Ospizio dei Poveri di Ancona, l'INRCA si è progressivamente esteso sul territorio nazionale, realizzando, in diverse Regioni d'Italia, strutture assistenziali e di ricerca all'avanguardia sui problemi della salute e socio-economici degli anziani. Non solo, in base alla propria esperienza accumulata negli anni, ha cercato di diffondere, nelle diverse parti d'Italia ove presente, dei modelli e dei protocolli assistenziali comuni per gli anziani fragili; ha raccolto, poi, e verificato i risultati degli studi praticati nella finalità di rendere sempre più manifesta, e rigorosamente scientifica, "la medicina dell'evidenza" nel settore della geriatria.

Si riporta di seguito uno schema riassuntivo della storia recente dell'IRCCS- INRCA



La *mission* dell'INRCA trova i propri riferimenti da un lato nell'essere Istituto di Ricerca e dall'altro nell'avere una forte connotazione specialistica in senso geriatrico e gerontologico. La dimensione multiregionale coniugata con l'unicità dell'Istituto e la vocazione geriatrica sono aspetti che rendono l'IRCCS INRCA differente da ogni altro Istituto di Ricovero e cura a carattere scientifico del panorama regionale e nazionale.

Valori

I valori fondamentali che contribuiscono a definire l'identità per le attività di cura e ricerca dell'IRCCS INRCA sono:

1. **la centralità della persona assistita:** rispetto del diritto di salute quale diritto fondamentale di ogni individuo secondo i principi di:
 - **eguaglianza:** garantire ad ogni persona di ricevere l'assistenza e le cure mediche più appropriate assicurando parità di trattamento
 - **imparzialità:** garantire a tutti i cittadini il rispetto dei principi di bioetica nella cura
 - **continuità:** assicurare la continuità e la regolarità delle cure
 - **riservatezza:** garantire agli utenti la riservatezza nel trattamento delle informazioni nel rispetto della Privacy

2. **il diritto di scelta e la partecipazione:** assicurare ad ogni utente la possibilità di decidere in ordine alla propria salute e garantendo la possibilità di esprimere la propria valutazione sulla qualità delle prestazioni
3. **la trasparenza e la comunicazione:** garantire la libera circolazione delle informazioni sulle prestazioni offerte, sulle procedure, sulle risorse e sui risultati
4. **l'efficienza e l'efficacia:** le attività vengono pianificate in modo da garantire la promozione della salute, evitare sprechi di risorse e migliorare l'efficienza delle prestazioni erogate, senza compromettere l'efficacia del servizio reso
5. **la qualità:** il miglioramento continuo della qualità dei servizi resi al cittadino
6. **la ricerca, l'innovazione e la formazione:** promuovere l'eccellenza e l'innovazione nel campo della ricerca sull'invecchiamento, guidata dai bisogni di salute della popolazione anziana. Assicurare lo sviluppo delle conoscenze e delle competenze professionali e culturali del personale

La nostra mission è di essere leader nell'assistenza agli anziani, fragili e non, con un approccio olistico ai problemi di salute, e nella ricerca biologica, domotica e molecolare in campo geriatrico e gerontologico. La nostra organizzazione è orientata alle persone ed è orientata alla qualità e sicurezza delle cure. In questa logica la nostra assistenza deve soddisfare le aspettative dell'utenza e la nostra ricerca le aspettative del mondo scientifico.

La particolare dimensione multi-regionale e la vocazione geriatrica rende l'Istituto unico nel panorama nazionale, differente da ogni altro IRCCS e/o azienda ospedaliera italiano.

Si segnala che nella Componente 2 della Missione 6 relativa alla Salute, concernente "Innovazione, Ricerca e Digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale" è prevista la revisione e l'aggiornamento dell'assetto regolamentare e giuridico degli IRCCS e delle politiche di ricerca del Ministero della Salute. L'obiettivo è quello di rafforzare ulteriormente il rapporto fra ricerca, innovazione e cure sanitarie, anche in considerazione dell'evoluzione che il SSN ha avuto dal 2003 e in parte anche a causa della Pandemia da COVID-19 (diverse relazioni tra Governo e Regioni, progressiva diversificazione dei SSR, transizione epidemiologica, processo di deospedalizzazione e consapevolezza di dover porre maggiore attenzione al territorio, ecc.) e i progressi della medicina, scientifici e tecnologici (scienze omiche, medicina personalizzata, robotica, Intelligenza Artificiale, ecc.) degli ultimi 15 anni, al fine di consentire agli IRCCS di rispondere alle nuove sfide del SSN.

All'interno dell'INRCA i singoli Presidi, pur mantenendo l'unicità della vocazione geriatrica, presentano assetti organizzativi unitari nella loro logica ma diversificati a seconda delle caratteristiche. In senso complessivo si possono osservare linee generali di riferimento che caratterizzano l'Istituto, quali:

1. **Il progressivo potenziamento della strategia collegata alla mission** centrato sullo studio e ricerca delle problematiche connesse all'invecchiamento della popolazione nei settori biomedico, clinico-assistenziale e socio-economico. Stante tale connotazione l'Istituto, quale IRCCS, svolge un'intensa attività di ricerca scientifica, multidisciplinare, organizzata in quattro linee di ricerca autorizzate dalla Commissione Tecnico Scientifica del Ministero della Salute.
2. **la forte azione di condivisione con i responsabili dei vari livelli delle nuove prospettive dell'Istituto** dal punto di vista istituzionale, organizzativo ed assistenziale facendo leva sulla capacità e sulla motivazione dei singoli chiamati a contribuire alla realizzazione di un percorso comune di concretezza e di prospettiva.
Tale aspetto assume una rilevanza ancora maggiore considerando le nuove logiche organizzative già descritte.

3. **la realizzazione di rinnovate e strette relazioni con gli stakeholders istituzionali (Regioni e Ministero)** senza la quale l'attività dell'Istituto rischia di decontestualizzarsi dal territorio in cui opera e di perdere così di efficacia.

La multiregionalità e contemporaneamente la necessità di relazionarsi con il livello ministeriale, insieme all'orientamento specifico verso la ricerca e cura dell'anziano, rendono l'Istituto unico nel suo genere all'interno del panorama degli IRCCS, pubblici e privati. Parimenti la promiscuità di interlocutori istituzionali, in un contesto di regionalizzazione spinta della sanità, rende sicuramente più complessa la gestione aziendale (anche in termini di assolvimento di adempimenti tecnico amministrativi) e sempre più necessaria ed ineluttabile un'impostazione sinergica e coerente con i diversi sistemi sanitari regionali ed i Ministeri di riferimento.

La volontà espressa di voler dare risposta ai bisogni del paziente anziano fragile allineata alla specificità della mission, prevede interventi di potenziamento di alcune aree e il progressivo aggiornamento/rimodulazione di altre da concordare con le singole Regioni anche al fine di mantenere ed essere in linea con le indicazioni dei diversi piani sanitari. Lo stato di avanzamento dei lavori è differente da Regione a Regione, anche a causa delle dinamiche politico-istituzionali interne a ciascuna di esse e su questo si ritornerà nei successivi capitoli dedicati ai diversi Presidi INRCA.

Le singole sedi e la struttura amministrativa dovranno sostenere l'implementazione e l'attivazione di processi di continuo miglioramento della qualità dell'assistenza con l'assunzione da parte di tutte le componenti del nuovo orientamento tendente alla ricerca di risultati di "sistema" collegati alla ricerca, sicuramente non settoriali o esclusivamente legati all'attività di un singolo operatore.

L'attività interdisciplinare integrata di tutti gli specialisti dell'Istituto rappresenta oggi un avanzato supporto per assicurare ai pazienti, evoluti profili di assistenza, nell'ottica di minimizzazione dei rischi e di massimizzazione dei risultati ottenibili in percorsi clinico-terapeutici, anche di tipo innovativo e sperimentale, di sempre maggiore incisività ed efficacia nella costante lotta per curare il cancro e per migliorare la qualità di vita. Il processo di umanizzazione e sicurezza delle attività assistenziali che l'Istituto ha implementato negli ultimi anni ha visto protagonisti tutti i professionisti sanitari in particolare modo gli infermieri che hanno sviluppato delle abilità specifiche nell'assistenza alle persone anziane fragili, dovute sia all'esperienza clinica maturata direttamente in campo, sia ai percorsi di formazione continua realizzati nell'ottica del miglioramento continuo della qualità assistenziale

L'Istituto assume il modello dipartimentale quale strumento organizzativo portante per raggiungere il massimo grado di flessibilità e di integrazione nell'attività aziendale. La peculiarità risiede nel fatto che ciascun dipartimento è costituito dall'aggregazione di unità operative assistenziali e di ricerca il cui obiettivo è la convergenza di competenze di varie unità operative per consentire la più stretta integrazione tra attività di ricerca scientifica e attività clinico-assistenziale.

ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO

Il contesto esterno di riferimento

Il particolare assetto dell'Istituto, la sua mission unica nel panorama nazionale fanno sì che il contesto esterno di riferimento superi le dinamiche tipiche di ogni azienda sanitaria che fanno riferimento a normative nazionali ed a interventi dello stakeholder regionale.

In questo scenario si possono identificare i seguenti determinanti:

- a) Invecchiamento della popolazione
- b) Multiregionalità
- c) Le specificità dell'IRCCS

- d) Ricerca scientifica
- e) Attività assistenziale

Invecchiamento della popolazione

Nel corso degli anni il continuo aumento della sopravvivenza nelle età più avanzate e il costante calo della fecondità stanno rendendo l'Italia uno dei paesi più vecchi al mondo.

L'Italia è uno dei paesi più vecchi al mondo, dato che emerge confrontando la quota di popolazione con oltre 65 anni nei paesi UE pari al 20% e la percentuale in Italia pari al 23%, dove oltre uno su 5 ha oltre 65 anni (dati Annuario Statistico Italiano 2020) e il 47,9% delle persone anziane di 65-74 anni si dice in buona salute, quota che scende al 33,4% tra gli ultra settantacinquenni, in crescita rispetto all'anno precedente.

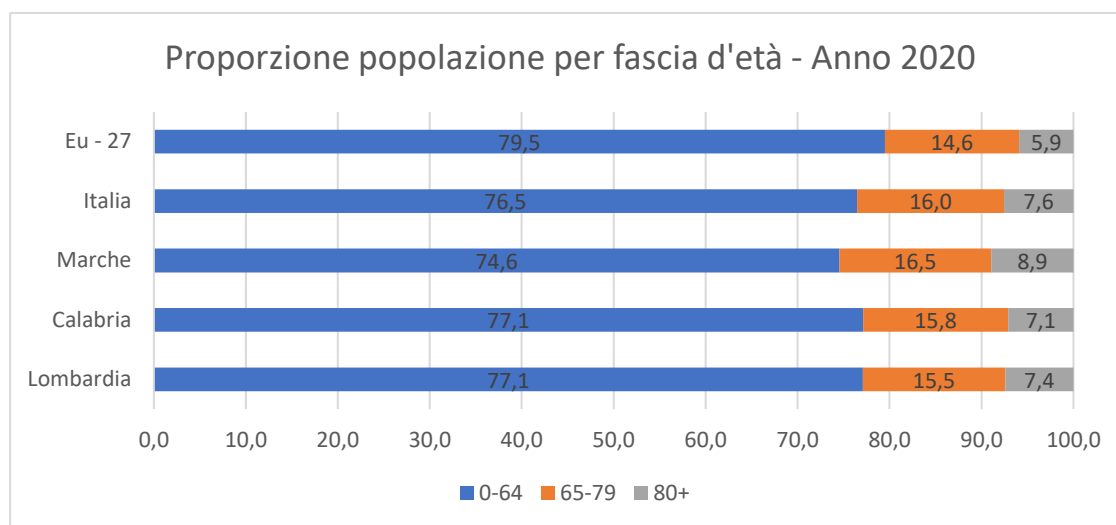


Figura 1 – Dati Eurostat anno 2020, Istat 2021.

Analizziamo nel dettaglio due indici:

- l'indice di vecchiaia, dato dal rapporto tra la popolazione di 65 anni e oltre e quella con meno di 15 anni, è l'indicatore che meglio sintetizza il grado di invecchiamento della popolazione; al 1° gennaio 2020 è pari al 178,4 per cento, ancora in crescita rispetto all'anno precedente (173,1 per cento);
- l'indice di dipendenza degli anziani, dato dal rapporto tra popolazione di 65 anni e più e la popolazione in età attiva (15-64 anni) è pari a 36,2, in crescita rispetto al precedente 35,7.

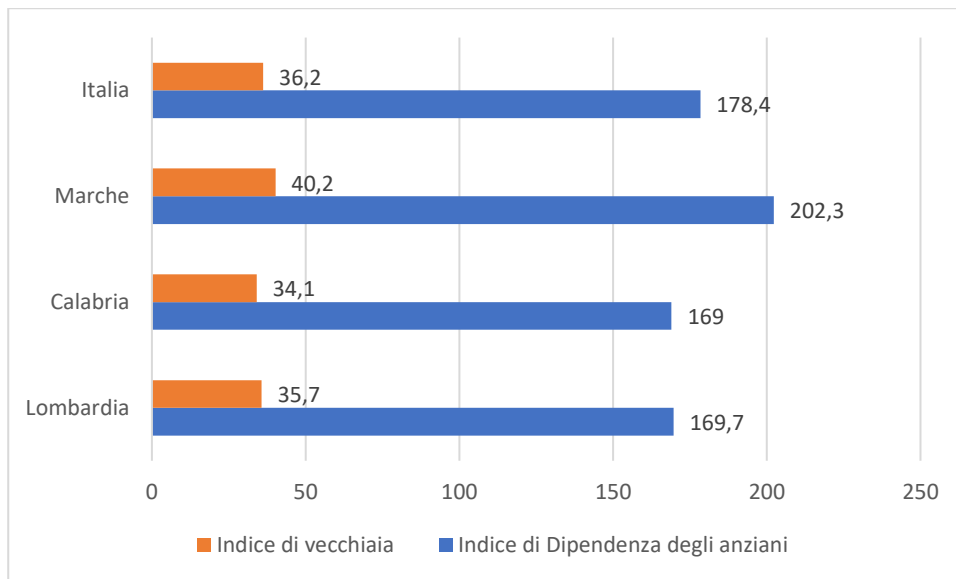


Figura 2 – Dati Annuario Statistico Italiano - Istat 2020

Il 40,9% dei residenti in Italia (incremento di circa 1% rispetto al periodo 2014-2017) ha dichiarato di essere affetto da almeno una delle principali patologie croniche rilevate (ad esempio diabete, ipertensione etc). Le patologie cronic-degenerative sono più frequenti nelle fasce di età più adulte: già nella classe 55-59 anni ne soffre il 54,1% e tra le persone ultra settantacinquenni la quota raggiunge l'85,4%. Tra gli ultra settantacinquenni la comorbilità si attesta al 64,4% (57,4% tra gli uomini e 69,1%). Nel 2019 le persone che, pur dichiarando di essere affette da almeno una patologia cronica, si percepiscono in buona salute sono pari al 43,1%.

Inoltre il consumo dei farmaci è molto elevato negli anziani italiani, la percentuale è di circa il 91,2% tra le donne ultra-settantacinquenni e l'88,6% tra gli uomini della stessa fascia d'età (Dati annuario statistico, Istat 2020).

Oltre ai dati di contesto presi dall'annuario statistico citati in precedenza citiamo due argomenti interessanti guardando l'anno 2020: il primo riguarda la crescita dei decessi e il secondo l'impatto sugli ospedali della pandemia di Covid-19.

Per il primo punto analizziamo il report ISTAT "Impatto dell'epidemia COVID-19 sulla mortalità totale della popolazione residente anno 2020" (Istat, 5 marzo 2021) dove emerge che nel 2020 il totale dei decessi per il complesso delle cause è stato il più alto mai registrato nel nostro Paese dal secondo dopoguerra: 15,6% di eccesso (in più rispetto alla media 2015-2019). I primi decessi di persone positive al Covid19 risalgono all'ultima settimana di febbraio. Pertanto, volendo stimare l'impatto dell'epidemia Covid19 sulla mortalità totale, è più appropriato considerare l'eccesso di mortalità verificatosi tra marzo e dicembre 2020. In questo periodo si è osservato un 21% in più rispetto alla media dello stesso periodo degli anni 2015-2019. Guardando alle classi di età, il contributo più rilevante all'eccesso dei decessi dell'anno 2020, rispetto alla media degli anni 2015-2019, è dovuto all'incremento delle morti della popolazione con 80 anni e più che spiega il 76,3% dell'eccesso di mortalità complessivo. L'incremento della mortalità nella classe di età 65-79 anni spiega un altro 20% dell'eccesso di decessi.

Per il secondo punto facciamo riferimento ad alcuni indicatori presenti nello studio dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS), in collaborazione con il Laboratorio Management e Sanità (MeS) della Scuola Superiore Sant'Anna, che ha come obiettivo l'analisi della capacità di resilienza dei sistemi sanitari regionali, misurata quale capacità di mantenimento dei livelli di erogazione del 2019 nel corso del 2020.

Il grafico mette in evidenza come ci sia stata una riduzione dei ricoveri di circa il 21% e di circa il 26% dell'attività programmata come media Italia. Analizzando le tre regioni vediamo come nelle Marche il livello sia del -21%, intorno al -30% per la Calabria e per la Lombardia vediamo un -23% per il totale dei ricoveri e la percentuale scende al -33% per l'attività programmata.

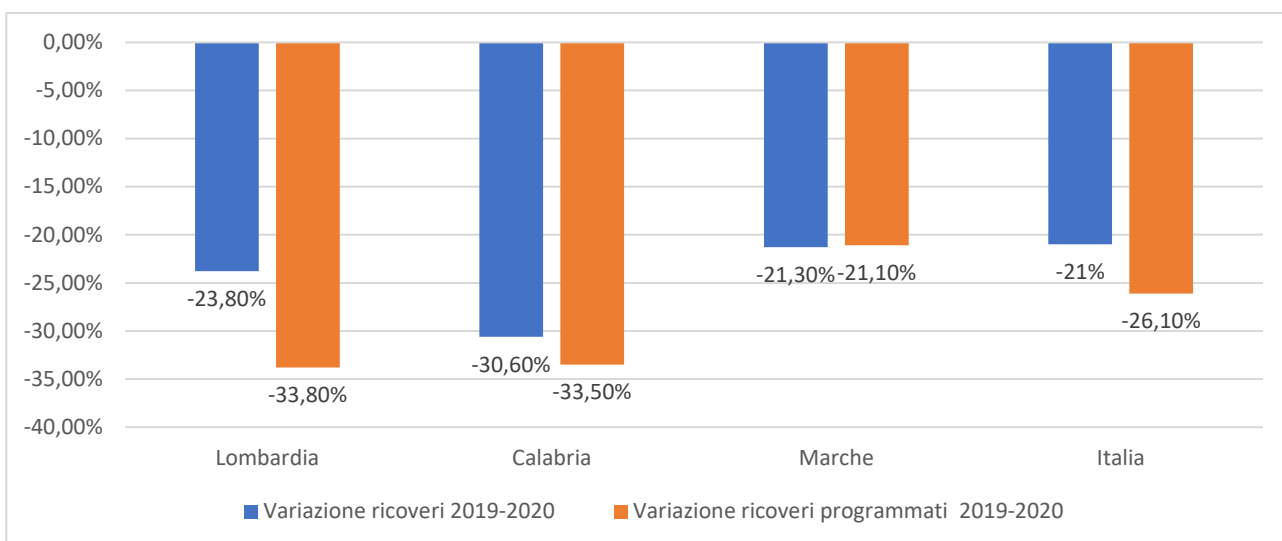


Figura 3 - Sistema di valutazione della capacità di resilienza del sistema sanitario nazionale
 (<https://www.agenas.gov.it/covid19/web/index.php?r=site%2Fresilienza>)

Multiregionalità

Un secondo elemento di contesto è invece dato dal particolare assetto giuridico dell'Istituto che fa sì che siano diversi gli interlocutori istituzionali di riferimento.

Infatti in un sistema sanitario sempre più regionalizzato la multi regionalità impone la necessità di confrontarsi e relazionarsi con le diverse regioni di riferimento, con le loro specificità e con i loro differenti approcci che si evidenziano chiaramente anche nella stessa impostazione del budget e quindi del bilancio preventivo economico aziendale. Oltre ad essere differenti le modalità operative imposte dalle Regioni di riferimento e dal Ministero della Ricerca per l'area scientifica ovviamente diverso è il grado di avanzamento e di maturità delle relazioni ed interlocuzioni istituzionali esistenti. Come più volte detto, anche in considerazione delle dinamiche di regionalizzazione del sistema sanitario, i Bilanci aziendali, siano essi Preventivi o Consuntivi rappresentano la sommatoria dei preventivi e/o consuntivi sezionali delle 3 regioni all'interno delle quali viene erogata l'attività di assistenza specificando che in questi sezionali vengono attribuiti, per quota parte, anche i costi dell'area dei servizi di supporto scientifico e amministrativo. Si fa presente che la legge delega di riordino degli IRCCS attualmente in discussione in Parlamento propone anche di valorizzare il modello *hub-spoke*, così tipico della strutturazione del PNRR, per consentire agli IRCCS con sedi in più regioni di superare le attuali difficoltà di gestione e piuttosto favorire lo scambio di *know-how* in più realtà territoriali, consentendo alle stesse di svilupparsi e crescere.

Le specificità dell'IRCCS

La procedura con la quale gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico possono richiedere il riconoscimento del carattere scientifico e, a seguire ogni due anni, la conferma del riconoscimento stesso, è descritta nel Decreto ministeriale del 5 febbraio 2015 che definisce le caratteristiche da documentare per ogni istituto:

- personalità giuridica di diritto pubblico o di diritto privato;
- indicazione della sede legale ed eventuali sedi operative dell'Istituto con le relative attività (ricerca, assistenza e altro) a vario titolo svolte;
- indicazione della sede/sedi per cui si richiede il riconoscimento del carattere scientifico;
- indicazione della disciplina per cui si chiede il riconoscimento;

- titolarità dell'autorizzazione e dell'accreditamento sanitari;
- economicità ed efficienza dell'organizzazione, qualità delle strutture e livello tecnologico delle attrezzature;
- caratteri di eccellenza del livello dell'attività di ricovero e cura di alta specialità direttamente svolta negli ultimi tre anni, ovvero del contributo tecnico-scientifico fornito, nell'ambito di attività di ricerca biomedica riconosciuta a livello nazionale e internazionale, al fine di assicurare una più alta qualità dell'attività assistenziale, attestata da strutture pubbliche del Servizio sanitario nazionale;
- caratteri di eccellenza della attività di ricerca svolta nell'ultimo triennio relativamente alla specifica disciplina assegnata;
- dimostrata capacità di inserirsi in rete con Istituti di ricerca della stessa area di riferimento e di collaborazioni con altri enti pubblici e privati;
- dimostrata capacità di attrarre finanziamenti pubblici e privati indipendenti;
- certificazione di qualità dei servizi secondo procedure internazionalmente riconosciute

Un altro elemento di contesto per gli IRCCS è costituito dalla “Piramide dei ricercatori” ossia un percorso di stabilizzazione che prevede nel contratto collettivo nazionale del lavoro relativo al personale del comparto sanità – Sez. del personale del ruolo della ricerca sanitaria e delle attività di supporto alla ricerca sanitaria – sottoscritto all'ARAN il 27 dicembre 2018. Tale percorso ha visto la sua prima attuazione nel corso del 2019 con il recepimento di tale contratto con apposito decreto ministeriale e vedrà nel 2022 un ulteriore impulso attraverso il reclutamento di ricercatori.

Ricerca scientifica

La Commissione Tecnico Sanitaria del Ministero della Salute ha approvato nel 2021 le linee di ricerca corrente per il triennio 2022-2024 unitamente ai nuovi criteri di valutazione della ricerca corrente. Il finanziamento degli Istituti sarà ripartito secondo i seguenti criteri:

- a) produzione scientifica (50%)
- b) capacità di attrarre risorse (15%)
- c) attività assistenziale (20%)
- d) capacità di operare in rete (10%)
- e) trasferimento tecnologico (5%)

Attività assistenziale

Un ulteriore elemento è poi costituito dal mutato contesto normativo relativo all'attività sanitaria che rimane valido nonostante l'emergenza sanitaria.

In ambito sanitario appare di fondamentale importanza comprendere e valutare gli effetti derivanti dall'applicazione del DECRETO 21 giugno 2016 – MINISTERO DELLA SALUTE avente come Oggetto i “Piani di cui all'articolo 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 per le aziende ospedaliere (AO), le aziende ospedaliere universitarie (AOU), gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici (IRCCS) o gli altri enti pubblici”, peraltro recentemente aggiornato (con l'ultima Legge di stabilità) in alcuni suoi parametri.

Per la valutazione dell'attività assistenziale nell'area di riconoscimento saranno utilizzate le informazioni disponibili attraverso il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) o altri sistemi di rilevazione in essere, tenendo conto della tipologia di attività prevalente in funzione del riconoscimento, in riferimento a:

- C.1 numero di ricoveri per i 5 DRG più frequenti coerenti con l'area tematica selezionato tra i primi 10 DRG nell'assistenza dell'Istituto;

- C.2 complessità della casistica trattata:
 - o C.2.a IRCCS assistenza acuti: ICM indice di Case mix delle strutture riconosciute come sedi IRCCS;
 - o C.2.b poiché l'indice di Case Mix misura la complessità della casistica (peso DRG specifico) di una struttura ospedaliera per acuti, escludendo i pazienti dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99) ed i neonati normali (DRG 391), per gli IRCCS che non producono SDO con queste caratteristiche, ma che svolgono attività assistenziale di ricovero o ambulatoriale, si attribuirà un valore medio pro capite relativo alla somma da ripartire per tale indicatore.
- C.3 Efficienza ed Efficacia dell'Assistenza Erogata:
 - o C.3.a IRCCS assistenza acuti: ICP indice comparativo di performance delle strutture riconosciute come sedi IRCCS.
 - o C.3.b per gli IRCCS che non hanno nel sistema SDO indice di ICP, che esclude i pazienti dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99) ed i neonati normali (DRG 391), ma che svolgono attività assistenziale di ricovero o ambulatoriale, si attribuirà un valore medio pro capite medio relativo alla somma da ripartire per tale indicatore.
- C.4 Capacità di attrazione in Italia, per disciplina di riconoscimento (% dimessi fuori regione).
- C.5 capacità di attrazione in ambito europeo (es.: Direttiva Servizi Sanitari Transfrontalieri), per disciplina di riconoscimento (dimessi non residenti in Italia di nazionalità Europea diversa da quella Italiana).

Gli ambiti appena descritti dovranno essere oggetto di particolare attenzione nelle proposte di budget 2022 in una logica di miglioramento continuo degli standard qualitativi e/o di riprogettazione delle linee di attività da erogare

ANALISI DEL CONTESTO INTERNO

Dati di attività 2021

I dati di attività vengono presentati successivamente per singole Regioni essendo l'Inrca inserita nelle diverse programmazioni regionali di riferimento. Si può anticipare che l'attività dell'Istituto, a regime, tende a concentrarsi sull'area dell'assistenza ospedaliera anche se si sta aprendo / consolidando un nuovo fronte nell'ambito dell'assistenza territoriale, fermo restando la dimensione ricerca che pervade l'intera attività clinico – assistenziale.

In generale possiamo confermare una situazione di profonda incertezza che ha caratterizzato la fine del 2021 e questa prima parte del 2022, il triennio (o meglio il biennio 2022 - 2023) è stato ipotizzato prevedendo un certo recupero dell'attività nel corso del 2022 in considerazione di una auspicata stabilizzazione dell'emergenza pandemica e considerando invece il 2023 come un esercizio in cui riprendere le attività e le progettualità avviate o in corso di maturazione (recupero attività nei presidi marchigiani, entrata a regime dei posti letto di sub acuti a Casatenovo, avvio del piano di sviluppo e razionalizzazione di Cosenza).

Assistenza ospedaliera

L'azienda opera mediante tutti presidi a gestione diretta per quanto concerne l'attività ospedaliera situati in diverse regioni italiane. In particolare nella Regione Marche si svolge attività ospedaliera presso i POR di Ancona, Osimo e Fermo, nella Regione Calabria presso il Por di Cosenza e nella Regione Lombardia presso il Por di Casatenovo/Merate.

Complessivamente l'attività è stata erogata con le stesse dimensioni del 2020, visto l'andamento dell'emergenza pandemica. Questa cosa ha comportato una strutturazione dei posti letto 2021 non diversa di quella dal 2020, molto differente rispetto a quella degli anni precedenti:

TOTALE INRCA		APPLICAZIONE PIANI PANDEMICI REGIONALI	
POSTI LETTO MEDIAMENTE UTILIZZATI Anno 2019		PL COVID	PL COVID "FREE"
Ordinari	418	140	217
Day Surgery / Day Hospital	14		14
di cui Por Ancona			
Ordinari	161	56	79
Day Surgery / Day Hospital	7		7
di cui Po Osimo			
Ordinari	58		58
Day Surgery / Day Hospital	7		7
di cui Por Fermo			
Ordinari	59	20	20
di cui Por Appignano / Treia			
Ordinari	17		17
di cui Residenza Dorica			
Ordinari	30	42	
di cui Por Casatenovo			
Ordinari	50	22	
di cui Por Cosenza			
Ordinari	43		43

La struttura erogativa dell'offerta garantita dall'Inrca nei presidi funzionanti avrebbe mantenuto, in assenza dell'emergenza Covid, sostanzialmente inalterata la propria attività anche in termini strutturali. Questa dinamica assume rilevanza in considerazione dei riordini dei posti letto che hanno caratterizzato le diverse regioni di riferimento e dei quali si parlerà negli specifici sezionali.

Presidi marchigiani INRCA

L'Istituto eroga la propria attività attraverso:

- il Presidio Ospedaliero di Ancona deputato all'assistenza geriatrica su scala regionale che a regime e in situazioni normali, a livello organizzativo, è così strutturato:

TOTDIP_AN - TOTALE UU.OO DIPARTIMENTALI AN

- D36101 - DIPARTIMENTO POST ACUZIE CONTINUITA' DELL'ASSISTENZA AN
 - R2410400 - SOC CENTRO ASPETTI PSICO SOCIALI DELL'INVECCHIAMENTO AN
 - R2410500 - SOC CENTRO RICERCA SOCIO-ECONOMICA E MODELLI ASSISTENZIALI P
 - R3610700 - SOC MEDICINA RIABILITATIVA AN
 - R3611000 - SOC GERIATRIA II AN
 - R3611300 - SOSP LUNGODEGENZA POST-ACUZIE AN
 - R3630500 - SOSP RESIDENZA SANITARIA RIABILITATIVA AP
- D36102 - DIPARTIMENTO GERIATRICO AD INDIRIZZO MEDICO AN
 - R2410200 - SOC CENTRO RICERCA TRASLAZIONALE NUTRIZIONE E INVECCHIAMENTO
 - R2410300 - SOC CENTRO NEUROLOGIA DELL'INVECCHIAMENTO AN
 - R3610100 - SOC CARDIOLOGIA/UTIC/TELECARDIOLOGIA AN
 - R3610600 - SOC NEUROLOGIA/CENTRO ALZHEIMER / STROKE UNIT AN
 - R3610900 - SOC MALATTIE METABOLICHE E DIABETOLOGIA AN
 - R3611100 - SOC NEFROLOGIA E DIALISI AN
 - R3611800 - SOC GERIATRIA I E ACCETTAZIONE GERIATRICA D'URGENZA AN
 - R3612900 - SOSP PNEUMOLOGIA AN
 - R3613100 - SOSP TERAPIA NUTRIZIONALE AN
 - R3613400 - SOSP LABORATORIO CORRETTI STILI DI VITA NELL'ANZIANO
- D36103 - DIPARTIMENTO GERIATRICO AD INDIRIZZO CHIRURGICO AN
 - C3612800 - AREA INDISTINTA DI DEGENZA DIP.TO CHIR.CO AN
 - R2410100 - SOC CENTRO TECNOLOGIE AVANZATE DELL'INVECCHIAMENTO AN
 - R3610300 - SOC UROLOGIA AN
 - R3610800 - SOC DERMATOLOGIA / CENTRO DI RICERCA DERMATOLOGICA GERIATRIC
 - R3611400 - SOC ANESTESIA RIANIMAZIONE E TERAPIA ANTALGICA AN
 - R3612000 - SOC CHIRURGIA GENERALE E PATOLOGIA CHIRURGICA AN
 - R3612600 - SOSP OFTALMOLOGIA GERIATRICA AN
 - R3613000 - SOC ODONTOSTOMATOLOGIA AN
 - R3613200 - SOC CENTRO DEL PIEDE DIABETICO AN
- D36104 - DIPARTIMENTO DEI SERVIZI, LABORATORI CLINICI E DI RICERCA AN
 - R2410600 - SOC CENTRO PATOLOGIA CLINICA E TERAPIA INNOVATIVA AN
 - R3611200 - SOC FARMACIA AN
 - R3611900 - SOC LABORATORIO ANALISI CHIMICO-CLINICHE E MOLECOLARI AN
 - R3612100 - SOC DIAGNOSTICA PER IMMAGINI AN

- Il Presidio Ospedaliero di Fermo di dimensioni medio-piccole rivolto principalmente alla cura ed alla ricerca epidemiologica delle cardiovasculopatie e delle demenze (Alzheimer in particolare), nonché alla riabilitazione. La dimensione organizzativa, in assenza di situazioni emergenziali, del Presidio è la seguente:

TOTDIP_FM - TOTALE UU.OO DIPARTIMENTALI FM

- D36201 - DIPARTIMENTO GERIATRICO RIABILITATIVO AD INDIRIZZO CARDIO-CE
 - R3620100 - SOSP CARDIOLOGIA RIABILITATIVA FM
 - R3620500 - SOC GERIATRIA FM
 - R3620700 - SOC RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE FM
 - R3621900 - SOC SERVIZIO DI LABORATORIO ANALISI FM

- Dal 2018 l'attività viene erogata anche presso il Presidio di Osimo che in base alle vigenti normative è stato acquisito attraverso un processo di fusione per incorporazione. Le attività che a regime caratterizzano il presidio di Osimo sono costituite in termini di degenza dalla:
 - Chirurgia generale all'interno della quale operano diverse specialità come ortopedia, oculistica, otorino
 - Urologia
 - Pneumologia
 - Medicina Interna
 - Vi è poi un'attività di Pronto Soccorso e la presenza dei servizi di Diagnostica per Immagini, Laboratorio analisi e Gastroenterologia.

Descrivere l'attività 2021 non può che passare attraverso una evidenziazione di quanto accaduto con l'emergenza pandemica.

Le tabelle seguenti danno una rappresentazione dell'impatto della pandemia sulle attività dei Presidi Marchigiani, considerando i numeri macro in ambito di attività ospedaliera di ricovero.

RICOVERI ORDINARI					
PRESIDI INRCA	2019	2020	VARIAZIONE % 2020 SU 2019	2021	VARIAZIONE % 2021 SU 2020
PRESIDIO DI ANCONA	5.083	3.575	-29,67%	3.387	-5,26%
PRESIDIO DI FERMO	888	439	-50,56%	503	14,58%
PRESIDIO DI OSIMO	1.770	1.502	-15,14%	1.605	6,86%
GIORNATE DEGENZA					
PRESIDI INRCA	2019	2020	VARIAZIONE % 2020 SU 2019	2021	VARIAZIONE % 2021 SU 2020
PRESIDIO DI ANCONA	53.510	41.135	-23,13%	37.581	-8,64%
PRESIDIO DI FERMO	18.716	10.029	-46,41%	11.737	17,03%
PRESIDIO DI OSIMO	16.824	12.217	-27,38%	13.212	8,14%
RICOVERI DIURNI					
PRESIDI INRCA	2019	2020	VARIAZIONE % 2020 SU 2019	2021	VARIAZIONE % 2021 SU 2020
PRESIDIO DI ANCONA	460	362	-21,30%	315	-12,98%
PRESIDIO DI OSIMO	665	267	-59,85%	299	11,99%

Come già visto in precedenza l'attività nel 2020 era complessivamente diminuita per un livello che oscilla intorno al 30% rispetto al Consuntivo 2019 e nel corso del 2021, al di là di episodiche situazioni la tendenza evidenzia un sostanziale equilibrio con il dato 2020 a dimostrazione del perdurante effetto della pandemia sulle attività aziendali.

All'interno di questi numeri assoluti di per sé molto significativi sull'impatto travolgente della pandemia sui dati di attività con conseguenze facilmente immaginabili nei confronti dell'utenza, si inseriscono in maniera evidente anche i numeri relativi all'attività specifica Covid.

	ANNO 2020	
PRESIDI INRCA	N° RICOVERI	GG DEGENZA
PRESIDIO DI ANCONA	278	4.384
PRESIDIO DI FERMO	69	1.701
TOTALE	347	6.085
	ANNO 2021	
PRESIDI INRCA	N° RICOVERI	GG DEGENZA
PRESIDIO DI ANCONA	432	5.967
PRESIDIO DI FERMO	106	3.027
TOTALE	538	8.994

Appare immediatamente evidente come l'impatto 2021 sia stato notevolmente più alto rispetto a quello 2020, i dati 2021 sono superiori ai dati 2020 del +55%.

Anche nel corso del 2021 l'Istituto è arrivato ad attivare per l'emergenza covid fino a 60 posti letto nel Presidio di Ancona, di cui 10 semintensivi (su circa 160 posti letto normalmente attivi) e fino a 25 posti letto nel Presidio di Fermo (su circa 65 posti letto normalmente attivi).

Complessivamente, rispetto all'attività di ricovero, in termini di giornate di degenza erogate, l'attività per pazienti Covid rappresenta nel 2021 circa il 20% dell'attività complessivamente erogata sia dal Presidio di Ancona che dal Presidio di Fermo.

Quest'ultimo dato, già di per sé molto rilevante in valore assoluto, va visto anche alla luce del fatto che il carico clinico assistenziale, anche per gli aspetti emotivi della vicenda, è notevolmente più elevato per i pazienti Covid.

Infine non va dimenticata che nel corso del 2021, per un lungo periodo dell'anno, l'attività presso Residenza Dorica è stata interamente dedicata al Covid, con un picco di oltre 30 pazienti positivi.

Anche nel corso del 2021, al pari di quanto avvenuto nel corso del 2020, si sono poste in essere una serie di azioni al fine di dare adeguata risposta all'attività di ricerca. Tra le principali si evidenzia:

- La ridefinizione dei percorsi di accesso esterni degli utenti, sia al PS di Osimo che al PPI della Montagnola, differenziando quelli "sporchi" da quelli "puliti" in relazione allo stato del paziente e sua eventuale positività e/o sospetto;
- L'attivazione di una area completamente dedicata presso la ex palazzina "Persichetti", a pazienti covid, di due piani;
- L'attivazione presso il primo piano della suddetta palazzina una area ad altissima/alta intensità di cura, di 3 posti letto di Terapia Intensiva e 5 di semi intensiva;
- L'accorpamento di reparti sia all'interno del Presidio di Ancona che al Presidio di Osimo.
- La chiusura dei reparti del Por di Fermo per pazienti No Covid in quanto interamente dedicato all'attività Covid.

Inoltre sono state fornite indicazioni operative in materia di attività di ricovero programmato, di specialistica ambulatoriale, di farmaceutica, di ricette dematerializzate, di materiale sanitario, di unità speciali di continuità assistenziale. Stante la situazione emergenziale ci si è attivati anche al fine di dotarsi autonomamente di analizzatori per test Covid 19 provvedendo all'immediato inserimento dell'esito dell'indagine nel sistema informativo LIS in uso presso il Laboratorio collegato alla piattaforma.

Presidio Casatenovo INRCA

L'assetto organizzativo a regime che caratterizza nello specifico il Presidio Ospedaliero di Ricerca di Casatenovo è il seguente, seppur dislocato nelle sedi di Merate (acuti) e di Casatenovo (riabilitazione)

TOTDIP_CT - TOTALE UU.OO DIPARTIMENTALI CT
D29001 - DIPARTIMENTO GERIATRICO RIABILITATIVO AD INDIRIZZO PNEUMOLOG
C2901200 - AREA INDISTINTA DIP.TO CT
R2900100 - SOSD CARDIOLOGIA RIABILITATIVA CT
R2901000 - SOC PNEUMOLOGIA CT
R2901100 - SOC PNEUMOLOGIA RIABILITATIVA/CENTRO DI RICERCA PATOLOGIE TO
R2901900 - SOSD LABORATORIO ANALISI CT
R2902100 - SOC RADIOLOGIA CT
TOTEXTRADIP_CT - TOTALE UU.OO NON DIPARTIMENTALI CT
D29002 - EXTRA DIPARTIMENTO CT
R2901500 - SOC DIREZIONE MEDICA PRESIDIO CT
R2902200 - SOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA PRESIDIO CT
R2903300 - COSTI COMUNI POR CT

Al pari di quanto già fatto con i Presidi marchigiani anche nel caso dei presidi di Casatenovo e Merate non ha senso, visto quanto accaduto con l'emergenza pandemica, declinare analiticamente l'attività erogata.

Va piuttosto ricordato l'impatto che la subentrata e drammatica emergenza legata alla epidemia da Covid-19 ha avuto nei nostri Presidi di Casatenovo e Merate in termini di organizzazione, attività e produzione; in questa logica l'originaria programmazione 2020, che prevedeva un recupero dell'attività di ricovero per acuti e di riabilitazione rispetto al 2019 e l'attivazione prevista nella struttura di Casatenovo dell'attività di degenza post acuzie (18 p.l.), con avvio graduale a partire dal primo aprile 2020 non si è potuta realizzare. L'imprevista, drammatica emergenza legata alla epidemia da Covid – 19 ha completamente stravolto l'attività pneumologica per acuti erogata presso il Presidio di Merate, divenuto anch'esso, nell'ambito del programma di emergenza regionale e dell'ATS/ASST, struttura covid, del tutto integrata e completamente a disposizione delle necessità del presidio, del Pronto Soccorso e Rianimazione in particolare. Al pari di quanto avvenuto nel 2020 anche nel 2021 l'arrivo della c.d. ondata ha trasformato nuovamente il reparto per acuti di Merate in un reparto interamente semintensivo, anche in considerazione della virulenza con la quale la pandemia ha colpito il territorio lecchese, e ha fatto sì che quest'ultimo assorbisse interamente le risorse umane e professionali dell'Istituto, visto la maggiore intensità clinico assistenziale richiesta, impedendo di fatto la ripresa dell'attività di ricovero riabilitativa. Tale attività è stata finalmente riavviata in data 6 settembre 2021 ed è oggi funzionante con 25 p.l. pienamente attivi.

Le stesse attività ambulatoriali scontano le necessità della nuova riorganizzazione che inevitabilmente implica minor livelli di produttività rispetto agli anni precedenti a causa dell'applicazione delle norme sul distanziamento sociale e che, in previsione annua, rischia di ridursi ulteriormente.

Tutto ciò naturalmente configura una situazione anche di "lettura" dell'attività e dei dati economici del tutto straordinaria, diversa da quella comunemente realizzata nel corso degli anni precedenti e sostanzialmente analoga a quella del 2020.

Complessivamente i dati di attività complessivi del Presidio sono così rappresentati

RICOVERI ORDINARI					
PRESIDI INRCA	2019	2020	VARIAZIONE % 2020 SU 2019	2021	VARIAZIONE % 2021 SU 2020
PRESIDIO DI CASATENOVO	1.194	679	-43,13%	465	-31,52%
GIORNATE DEGENZA					
PRESIDI INRCA	2019	2020	VARIAZIONE % 2020 SU 2019	2021	VARIAZIONE % 2021 SU 2020
PRESIDIO DI CASATENOVO	15.089	9.710	-35,65%	7.738	-20,31%

PRESTAZIONI AMBULATORIALI					
PRESIDI INRCA	2019	2020	VARIAZIONE % 2020 SU 2019	2021	VARIAZIONE % 2021 SU 2020
PRESIDIO DI CASATENOVO	233.001	188.490	-19,10%	230.848	22,47%

Per comprendere l'impatto della pandemia sull'Istituto anche nel 2021, si consideri che ad ottobre 2021 sono stati già erogati 143 ricoveri per pazienti Covid per complessive 3.651 giornate di degenza contro i 174 ricoveri e le 2.658 giornate dell'intero anno 2020 (+37% in termini di giornate di degenza). Complessivamente, in termini di giornate di degenza erogate, l'attività per pazienti Covid rappresenterà alla fine del 2021 circa il 50% dell'attività complessivamente a Merate.

Presidio Cosenza INRCA

Il Presidio di Cosenza si pone nel quadro assistenziale dell'area cosentina come polo di riferimento per l'assistenza geriatrica nel campo delle cerebrovasculopatie nell'ambito di un modello di intervento multidisciplinare sull'anziano che offre risposte sia di ricovero per acuti (con un area di degenza di tipo semi-intensiva), che di post-acuzie riabilitativa e della terapia del dolore su un territorio dove esiste una scarsa offerta e qualificazione dei servizi geriatrici e, in particolare si registrano gravi carenze nell'area della riabilitazione e della lungodegenza. Tali servizi trovano peraltro una specificità erogativa che caratterizza tutti i presidi Inrca data dall'utilizzo della telematica e dell'informatica (telemedicina).

Con il DPGR n. 24/2012 i posti letto del Por di Cosenza sono stati ridisegnati in un'ottica di orientamento del presidio verso l'area geriatrico-riabilitativa in linea con quanto proposto dalla Direzione dell'Istituto per la riqualificazione del Presidio.

In particolare la DPGR 24/2012 citata ha ridisegnato l'offerta assistenziale del Por di Cosenza prevedendo la seguente struttura produttiva:

Geriatría	27 p.l.
Terapia intensiva cardiocerebrovascolare	8 p.l.
Terapia del dolore	4 p.l.

oltre ai 20 p.l. di riabilitazione già a suo tempo assegnati.

A livello di assetto organizzativo di seguito si dà la rappresentazione della struttura organizzativa del presidio a regime.

TOTEXTRADIP_CS TOTALE UU.OO NON DIPARTIMENTALI CS

D26002 EXTRA DIPARTIMENTO CS

R2601500 SOC DIREZIONE MEDICA PRESIDIO CS

R2602200 SOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA PRESIDIO CS

R2603300 COSTI COMUNI POR COSENZA

TOTDIP_CS TOTALE UU.OO DIPARTIMENTALI CS

D26001 DIPARTIMENTO GERIATRICO RIABILITATIVO AD INDIRIZZO CARDIOVAS

R2602500 SOSD LABORATORIO FARMACOEPIDEMIOLOGIA GERIATRICA CS

R2602100 SOC RADIOLOGIA CS

R2601900 SOC LABORATORIO ANALISI CS

R2601800 SOC ANESTESIA E TERAPIA DEL DOLORE / CENTRO RICERCA GESTIONE

R2600700 SOSD RIABILITAZIONE INTENSIVA CS

R2600500 SOC GERIATRIA CS

Appare dunque evidente che in termini di offerta sanitaria il Presidio di Cosenza sembra oramai sempre più indirizzato nell'ottica di una integrazione con le altre strutture pubbliche del territorio e quindi con la rete dell'offerta sanitaria della Regione Calabria. Peraltro se nel 2018 era stato finalmente siglato e liquidato l'accordo transattivo relativo al ripiano delle perdite pregresse al 2012, anche in considerazione della costante copertura del ripiano perdite dal 2012 in avanti, nel corso del 2021 è stata ribadita la necessità di avviare al più presto un piano di sviluppo e razionalizzazione che è ancora in fase di realizzazione.

Al pari di quanto rappresentato per gli altri sezionali dell'Istituto anche per il Por di Cosenza la rappresentazione quantitativa dei dati evidenzia il forte condizionamento dell'emergenza Covid sia in maniera diretta che indiretta. In effetti il proseguire dell'emergenza pandemica ha comportato il mantenimento della situazione di forte diminuzione dell'attività rispetto allo storico a causa delle forti limitazioni esistenti per erogare l'attività e a causa della necessità di chiudere l'attività in un determinato periodo per l'insorgenza di un focolaio all'interno del Presidio, altrimenti classificato dalla Regione Calabria come Presidio Covid free.

	RICOVERI ORDINARI				
PRESIDI INRCA	2019	2020	VARIAZIONE % 2020 SU 2019	2021	VARIAZIONE % 2021 SU 2020
PRESIDIO DI COSENZA	833	366	-56,06%	319	-12,84%
	GIORNATE DEGENZA				
PRESIDI INRCA	2019	2020	VARIAZIONE % 2020 SU 2019	2021	VARIAZIONE % 2021 SU 2020
PRESIDIO DI COSENZA	12.899	6.262	-51,45%	5.799	-7,39%

	PRESTAZIONI AMBULATORIALI				
PRESIDI INRCA	2019	2020	VARIAZIONE % 2020 SU 2019	2021	VARIAZIONE % 2021 SU 2020
PRESIDIO DI COSENZA	180.658	165.373	-8,46%	102.517	-38,01%

Assistenza territoriale

Considerata la vocazione dell'istituto (attività rivolta all'anziano fragile) nel corso del 2021 si volevano consolidare esperienze di attività di impronta tipicamente territoriale oltre all'attività ambulatoriale erogata dai diversi presidi e che da sempre rappresenta quota parte dell'offerta assistenziale Inrca.

Nello specifico si fa riferimento alle seguenti strutture a gestione diretta:

- Centro Diurno Alzheimer, punto di riferimento per l'attività territoriale all'interno dell'area anconetana, che svolge la sua attività a favore dei pazienti della città di Ancona e che ha, a regime, un'utenza media giornaliera intorno alle 12 unità;
- Residenza Dorica, che è una Rsa situata sempre nel territorio di Ancona e che si caratterizza per una gestione mista nel senso che l'offerta alberghiera e socio assistenziale è garantita dall'Istituto Santo Stefano, proprietario della struttura, mentre l'attività clinica e riabilitativa è erogata direttamente dall'Inrca. L'attività è comunque erogata dall'Inrca in una logica di continuità di cure con l'attività per acuti erogata presso l'Ospedale di Ancona. La dimensione evidenzia l'ormai stabilizzata attività a 30 letti con la sperimentazione sanitaria del c.d. modello delle cure intermedie e che nel 2021 si è caratterizzata per un impiego pieno sul versante Covid;
- Presidio di Appignano, che si caratterizza per essere una struttura riabilitativa residenziale considerata dalla Regione Marche alla stregua di una struttura erogatrice attività residenziale per anziani. In realtà l'attività negli ultimi due anni è erogata nel presidio di Treia a causa della situazione strutturale che caratterizzava il Presidio di Appignano che ha portato alla sua demolizione. A tutt'oggi si è in attesa della ricostruzione, anche se sono state avviate le attività prodromiche alla stessa. Questo comporta che l'allocazione presso la RSR di Treia ridimensiona notevolmente l'attività originaria riducendo i posti letto al 40 % (da 40 a 16).

Il 2021, per le strutture residenziali rappresenta una progressiva ripresa dell'attività pre-Covid per la Residenza Dorica che si attesta a valori simili al 2020 mentre il Presidio di Appignano ancora ha livelli inferiori al 2019 e un -3% rispetto al 2020.

	GIORNATE DEGENZA				
PRESIDI INRCA	2019	2020	VARIAZIONE % 2020 SU 2019	2021	VARIAZIONE % 2021 SU 2020
PRESIDIO DI APPIGNANO	6.234	3.668	-41,16%	3.544	-3,38%
RESIDENZA DORICA	9.927	8.257	-16,82%	9.880	19,66%

Diverso è invece il discorso relativo all'attività ambulatoriale la cui oscillazione nel 2021 rispetto al 2020 testimonia l'intensa attività messa in campo per recuperare parte dell'attività drasticamente ridottasi nel 2020 rispetto agli anni precedenti. Ovviamente anche in questo caso si è in presenza di situazioni diversificate a seconda dei presidi e sui quali incidono in maniera molto importante le dinamiche di tipo strutturale e infrastrutturale.

	PRESTAZIONI AMBULATORIALI				
PRESIDI INRCA	2019	2020	VARIAZIONE % 2020 SU 2019	2021	VARIAZIONE % 2021 SU 2020
PRESIDIO DI ANCONA	596.760	422.497	-29,20%	524.999	24,26%
PRESIDIO DI FERMO	36.652	22.760	-37,90%	30.383	33,49%
PRESIDIO DI OSIMO	271.233	252.099	-7,05%	336.123	33,33%
PRESIDIO DI APPIGNANO	5.044	1.127	-77,66%	41	-96,36%

La consistenza di personale al 31 dicembre 2021

Al 31 dicembre 2021, INRCA era composta da 1116 unità a tempo indeterminato, di cui 881 del comparto e 235 dirigenti. Il trend dell'ultimo triennio presenta un andamento altalenante che si giustifica con l'emergenza epidemiologia da SARS COV 2 che ha obbligato ad abbandonare le attività routinarie di assunzione per abbracciare procedure straordinarie di reclutamento, autorizzate dai vari DL in materia. Va evidenziato peraltro che l'andamento generale rispecchia quello della regione con più dipendenti, la Regione Marche, mentre i dipendenti che lavorano nelle altre due regioni presentano dinamiche opposte, il POR Casatenovo-Merate in costante crescita e il POR di Cosenza in costanza riduzione.

Di seguito le tabelle relative alla dinamica dei dipendenti a tempo indeterminato.

TOTALE PRESIDI I.N.R.C.A.			
TIPOLOGIA	2019	2020	2021
DIRIGENZA	240	236	235
COMPARTO	855	843	881
TOTALI	1095	1079	1116
DI CUI:			
PRESIDI MARCHIGIANI			
TIPOLOGIA	2019	2020	2021
DIRIGENZA	212	210	210
COMPARTO	726	716	757
TOTALI	938	926	967
P.O.R. DI CASATENOVO			
TIPOLOGIA	2019	2020	2021
DIRIGENZA	12	12	13
COMPARTO	63	67	74
TOTALI	75	79	87
P.O.R. DI COSENZA			
TIPOLOGIA	2019	2020	2021
DIRIGENZA	16	14	12
COMPARTO	66	60	50
TOTALI	82	74	62

Facendo un focus sulla composizione del personale a tempo indeterminato, si evidenzia che mentre l'Istituto nel suo complesso registra una costante, seppur lieve, riduzione dei dirigenti mostra invece un andamento altalenante per il comparto. Analizzando ogni singola regione, i presidi Marche confermano l'andamento del comparto mentre per la dirigenza gli ultimi due anni sono stati costanti; i presidi Lombardia registrano una crescita per entrambi ma significativamente più forte per il comparto e il presidio Calabrese la riduzione è per entrambi e di pari proporzioni.

Come accennato, l'andamento altalenante è dato sostanzialmente dal fatto che il biennio 2020-2021 è stato caratterizzato dall'emergenza covid che ha imposto misure straordinarie e urgenti, costringendo a rimandare le procedure di reclutamento ordinarie. A supporto dei dati sopra riportati va anche precisato un elemento di fondamentale importanza, che mentre la Regione Marche ha approvato il Piano Occupazionale dei presidi marchigiani dal 2017, anno di entrata in vigore dell'art 6 ter del D. Lgs 165/2001, la stessa ha approvato il primo Piano Occupazionale dei presidi Casatenovo solo nel 2019, a seguito della sottoscrizione di specifici accordi ai sensi dell'art 13 della LR 21/2006 di riordino dell'Istituto. Tali accordi, previsti appunto nella legge di riordino dell'Inrca, non sono mai stati sottoscritti tra regione Marche e Regione Calabria, impedendo di approvare il piano occupazionale del presidio di Cosenza. Ciò spiega la riduzione importante del numero dei dipendenti a tempo indeterminato nell'ultimo triennio.

Con riferimento all'età media dei dipendenti a tempo indeterminato dell'Istituto si evidenzia che essa equivale a 47 anni e 8 mesi, all'interno della categoria D e Ds rinveniamo le categorie rispettivamente più "giovane" e più "anziana", ciò è spiegato dal fatto che la categoria D composta prevalentemente da Infermieri ha avuto un reclutamento massiccio nell'ultimo anno dovuto al recente concorso svolto da ASUR, mentre la categoria DS è popolata da senior che inevitabilmente hanno un'età elevata essendo i concorsi

di tale gruppo fermi da decenni.

TOTALE PRESIDI I.N.R.C.A.		
CATEGORIA	N. ADDETTI	ETA' MEDIA
DIRIGENZA	235	51,2723
Cat. Ds	16	58,3125
Cat. D	642	44,9828
Cat. C	29	53,5172
Cat. Bs	132	50,7424
Cat. B	58	52,8965
Cat. A	4	52,75
TOTALI	1116	47,8405

Il quadro economico

Il D.Lgs. 118/2011 "Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42", al Titolo II "Principi contabili generali e applicati per il settore sanitario" ha introdotto importanti cambiamenti organizzativi per gli enti sanitari. In effetti la redazione del Bilancio Preventivo Economico Annuale per le Aziende U.L.SS., Ospedaliere e per gli I.R.C.C.S pubblici sono da predisporre in coerenza con la programmazione sanitaria e con la programmazione economico-finanziaria della Regione. Tra le altre cose il comma 3 indica che i bilanci vanno corredati da una relazione redatta dal Direttore Generale *evidenziante i collegamenti con gli altri atti di programmazione aziendale e regionale.*

In questa logica assume rilievo la particolare caratteristica dell'INRCA, Istituto a carattere scientifico multi regionale. Infatti in un sistema sanitario sempre più regionalizzato la multi regionalità impone la necessità di confrontarsi e relazionarsi con le diverse regioni di riferimento, con le loro specificità e con i loro differenti approcci che si evidenziano chiaramente anche nella stessa impostazione dei diversi bilanci preventivi e consuntivi che caratterizzano l'Istituto.

Oltre ad essere differenti le modalità operative imposte dalle Regioni di riferimento e dal Ministero della Ricerca per l'area scientifica diverso è il grado di avanzamento e di maturità delle relazioni ed interlocuzioni istituzionali esistenti.

Il preconsuntivo 2021 che è alla base del triennio di riferimento 2022-2024 e che peraltro è stato sostanzialmente tradotto nel Bilancio Preventivo 2021 in quanto redatto a chiusura dell'anno, risente pienamente di quanto detto sopra e dell'emergenza pandemica più volte citata.

Questo preconsuntivo va rapportato con la singola dinamica regionale, che è completamente diversa da Regione a Regione. Alla luce delle considerazioni sovraesposte, il bilancio è rappresentato in perdita che è interamente ascrivibile al sezionale della Regione Calabria. Tuttavia tale situazione va inserita nel processo transattivo già descritto, che riguarda sia il pregresso che il futuro del Presidio di Cosenza, e che tiene conto che la Regione Calabria interviene successivamente alla chiusura degli esercizi amministrativi con specifici decreti di ripiano perdite come avvenuto negli anni precedenti.

Il dato complessivo è comunque il seguente.

TOTALE INRCA					
COSTI PER PRINCIPALI FATTORI PRODUTTIVI	Bilancio Consuntivo anno 2020 in migliaia di €	Bilancio PreConsuntivo anno 2021 in migliaia di €	VARIAZIONE 2021 su 2020		DI CUI COVID TOTALE
Personale dipendente e convenzionato	72.470	73.244	774	1,1%	1.678
Consumo beni sanitari e non sanitari	10.025	10.586	561	5,6%	1.308
Servizi di supporto (servizi appaltati, manutenzioni, godimento di beni, utenze)	14.236	14.381	146	1,0%	1.457
Ammortamenti lordi	3.773	3.253	- 520	-13,8%	-
Servizi sanitari acquistati da pubblico e da privato	4.256	4.943	687	16,1%	884
Altro	8.133	6.173	- 1.960	-24,1%	-
TOTALE	112.894	112.580	- 313	-0,3%	5.327
RICAVI			VARIAZIONE 2021 su 2020		
Prestazioni di Ricovero	32.768	30.618	- 2.150	-6,6%	
Prestazioni ambulatoriali (compresi i ticket)	14.661	17.075	2.413	16,5%	
Contributi (da Ministero per ricerca e da Regioni)	56.034	56.790	756	1,3%	
Altro	7.676	6.364	- 1.313	-17,1%	
TOTALE	111.140	110.847	- 293	-0,3%	-
PERDITA D'ESERCIZIO	- 1.753,976	- 1.733,74	20	-1,2%	

La situazione nel dettaglio si può sintetizzare come segue:

POR MARCHE					
COSTI PER PRINCIPALI FATTORI PRODUTTIVI	Bilancio Consuntivo anno 2020 in migliaia di €	Bilancio PreConsuntivo anno 2021 in migliaia di €	VARIAZIONE 2021 su 2020		DI CUI COVID MARCHE
Personale dipendente e convenzionato	53.396	53.690	294	0,6%	1.486
Consumo beni sanitari e non sanitari	8.655	9.058	404	4,7%	1.177
Servizi di supporto (servizi appaltati, manutenzioni, godimento di beni, utenze)	10.961	11.061	100	0,9%	1.271
Ammortamenti lordi	2.512	2.213	- 298	-11,9%	
Servizi sanitari acquistati da pubblico e da privato	2.889	3.550	661	22,9%	811
Altro	10.658	9.447	- 1.211	-11,4%	
TOTALE	89.070	89.020	- 50	-0,1%	4.745
RICAVI			VARIAZIONE 2021 su 2020		
Prestazioni di Ricovero e Residenziali	25.717	26.435	718	2,8%	
Prestazioni ambulatoriali (compresi i ticket)	12.489	14.695	2.206	17,7%	
Contributi (da Ministero per ricerca e da Regioni)	45.517	43.213	- 2.304	-5,1%	
Altro	5.347	4.677	- 670	-12,5%	
TOTALE	89.070	89.020	- 50	-0,1%	-
UTILE/ PERDITA D'ESERCIZIO	-	0,00	0,00	#DIV/0!	

Il sezionale Marche fa riferimento al budget deliberato con la DGR n. 1568 del 13/12/2021 - L.R. n. 13 del 20/06/2003 - Disposizioni agli Enti del SSR per la redazione del Bilancio Preventivo Economico 2021 e del Bilancio Pluriennale di Previsione 2021-2023 degli Enti del SSR. Il PreConsuntivo evidenzia tutti i costi

sostenuti dai Por Marche nel corso del 2021 unitamente alla quota parte di attribuzione dell'area scientifica e amministrativa di supporto. Si ricorda che in sede provvisoria, a dicembre 2020 per il 2021, la Regione Marche aveva assegnato un budget provvisorio con valori ridotti rispetto a quelli del 2020, e aveva definito una cifra indistinta per investimenti pari a 2 milione di €. Va da sé che le cifre a suo tempo ipotizzate sono state completamente stravolte dal perdurare della pandemia. Per comprendere l'impatto della pandemia sull'Istituto anche nel 2021, si consideri che ad ottobre 2021 erano stati già erogati 515 ricoveri per pazienti Covid contro i 347 ricoveri dell'intero anno 2020 (+48%) e che da novembre 2021 sono stati nuovamente attivati posti letto specifici per pazienti Covid. Nel corso del 2021 l'Istituto è arrivato ad attivare per l'emergenza Covid fino a 60 posti letto nel Presidio di Ancona, di cui 10 semintensivi (su circa 160 posti letto normalmente attivi) e fino a 25 posti letto nel Presidio di Fermo (su circa 65 posti letto normalmente attivi). Complessivamente, rispetto all'attività di ricovero, in termini di giornate di degenza erogate, l'attività per pazienti Covid rappresenterà alla fine del 2021 ben oltre il 25% dell'attività complessivamente erogata sia dal Presidio di Ancona che dal Presidio di Fermo. Quest'ultimo dato, già di per sé molto rilevante in valore assoluto, va visto anche alla luce del fatto che il carico clinico assistenziale, anche per gli aspetti emotivi della vicenda, è notevolmente più elevato per i pazienti Covid. Infine non va dimenticato che nel corso del 2021, per un lungo periodo dell'anno, l'attività presso Residenza Dorica è stata interamente dedicata al Covid, con un picco di oltre 30 pazienti positivi.

POR CASATENOVO					
COSTI PER PRINCIPALI FATTORI PRODUTTIVI	Bilancio Consuntivo anno 2020 in migliaia di €	Bilancio PreConsuntivo anno 2021 in migliaia di €	VARIAZIONE 2021 su 2020		DI CUI COVID LOMBARDIA
Personale dipendente e convenzionato	5.463	5.317	- 146	-2,7%	192
Consumo beni sanitari e non sanitari	693	853	159	23,0%	131
Servizi di supporto (servizi appaltati, manutenzioni, godimento di beni, utenze)	1.098	1.128	29	2,7%	186
Ammortamenti lordi	561	364	- 198	-35,2%	
Servizi sanitari acquistati da pubblico e da privato	307	296	- 12	-3,8%	73
Altro	777	755	- 22	-2,8%	
TOTALE	8.901	8.713	- 188	-2,1%	582
RICAVI			VARIAZIONE 2021 su 2020		
Prestazioni di Ricovero	3.293	2.400	- 893	-27,1%	
Prestazioni ambulatoriali (compresi i ticket)	1.264	1.669	405	32,0%	
Contributi (da Ministero per ricerca e da Regioni)	3.407	3.875	469	13,8%	
Altro	937	769	- 168	-17,9%	
TOTALE	8.901	8.713	- 188	-2,1%	-
PERDITA D'ESERCIZIO	-	-	0	0	

Il sezionale di Casatenovo fa riferimento ai valori dell'Assestamento di cui al Decreto del 23 dicembre 2021 adottato al termine della procedura di Assestamento. La Regione Lombardia aveva infatti chiesto, sulla scorta dell'esperienza dello scorso anno e dei dati del III report, un aggiornamento della previsione dei costi a suo tempo decretata con il Budget 2021. Pertanto i valori del sezionale di Regione Lombardia recepiscono per l'Istituto i valori complessivi che lo caratterizzano comprensivi dell'effetto Covid che ha inciso sia a livello di maggiori costi che, soprattutto, di diminuzione del valore della produzione. Si consideri infatti che l'emergenza pandemica ha avuto uno dei suoi epicentri nel territorio lecchese e questo ha sconvolto completamente l'attività dei Presidi Inrca. A Merate il reparto di pneumologia per acuti è diventato inevitabilmente un punto di riferimento fondamentale nell'emergenza Covid arrivando

a stravolgere il proprio assetto e passando da 16 letti ordinari + 6 semintensivi a 22 letti tutti semintensivi. Per comprendere l'impatto della pandemia sull'Istituto anche nel 2021, si consideri che ad ottobre 2021 erano stati già erogati 143 ricoveri per pazienti Covid per complessive 3.651 giornate di degenza contro i 174 ricoveri e le 2.658 giornate dell'intero anno 2020 (+37% in termini di giornate di degenza). Complessivamente, in termini di giornate di degenza erogate, l'attività per pazienti Covid rappresenterà alla fine del 2021 circa il 50% dell'attività complessivamente a Merate. Il Presidio di Casatenovo è stato a sua volta condizionato dall'emergenza poiché la situazione pandemica, nell'ambito della prima ondata, ha costretto prima a ridurre e poi a chiudere le attività di ricovero del Presidio al fine di garantire il rispetto dei parametri necessari al distanziamento e alla sicurezza dei servizi di supporto. L'Istituto si è immediatamente attivato per la realizzazione di lavori strutturali di adeguamento rispetto alle nuove esigenze derivanti dall'emergenza pandemica. Il riavvio delle attività è avvenuto il 6 settembre 2021, dopo essere riusciti a completare il reclutamento di risorse infermieristiche e socio assistenziali in gran parte assorbite dall'attività interamente semintensiva del Presidio di Merate. La Regione Lombardia, al pari di quanto avvenuto nel corso del 2020, e sulla stregua dei dati inviati, ha decretato l'aggiornamento di quanto già decretato con il Budget 2021. Tale attività era iniziata con un primo decreto di ottobre 2021, che rappresentava un primo parziale adeguamento e si è conclusa con il Decreto 18365 della Regione Lombardia del 23/12/2021.

POR COSENZA				
COSTI PER PRINCIPALI FATTORI PRODUTTIVI	Bilancio Consuntivo anno 2020 in migliaia di €	Bilancio PreConsuntivo anno 2021 in migliaia di €	VARIAZIONE 2021 su 2020	
Personale dipendente e convenzionato	4.956,2	4.914,2	- 42	-0,8%
Consumo beni sanitari e non sanitari	413,2	395,3	- 18	-4,3%
Servizi di supporto (servizi appaltati, manutenzioni, godimento di beni, utenze)	865,2	890,8	26	3,0%
Ammortamenti lordi	164,6	85,0	- 80	-48,4%
Servizi sanitari acquistati da pubblico e da privato	6,3	6,4	0	1,1%
Altro	905,8	874,3	- 31	-3,5%
TOTALE	7.311,3	7.165,9	- 145	-2,0%
RICAVI			VARIAZIONE 2021 su 2020	
Prestazioni di Ricovero	3.758,4	1.783,6	- 1.975	-52,5%
Prestazioni ambulatoriali (compresi i ticket)	908,6	711,3	- 197	-21,7%
Contributi (da Ministero per ricerca e da Regioni)	667,0	2.835,8	2.169	325,2%
Altro	223,4	101,4	- 122	-54,6%
TOTALE	5.557,4	5.432,2	- 125	-2,3%
			-	
PERDITA D'ESERCIZIO	- 1.754,0	- 1.733,7	20	-1,2%

Il sezionale di Cosenza fa riferimento a quanto assegnato per il 2020 dalla Regione Calabria in occasione dell'assegnazione definitiva (DCA 129/2021). Peraltro il deficit di tale sezionale rappresenta anche il disavanzo che caratterizza l'INRCA per l'esercizio 2020. Si evidenzia che la Previsione 2021 prevede una situazione di perdita pari a 1,7 milioni di € in sostanziale mantenimento rispetto al consuntivo 2020, dopo la grossa diminuzione di quest'ultimo rispetto agli anni precedenti. Le motivazioni sono riconducibili,

fermo restando il livello di finanziamento da parte della Regione Calabria, ad un sostanziale mantenimento dei costi sostenuti, nella logica di un rilancio del Presidio a seguito dell'accordo tra le Regioni sul piano industriale a suo tempo inviato dalla Regione Marche. L'esercizio 2021 rappresenta un anno interlocutorio per tutta una serie di motivazioni. Innanzitutto il proseguire dell'emergenza pandemica che ha comportato una forte diminuzione dell'attività a causa delle forti limitazioni esistenti per erogare l'attività e a causa della necessità di chiudere l'attività in un determinato periodo per l'insorgenza di un focolaio all'interno del Presidio, altrimenti classificato dalla Regione Calabria come Presidio Covid free. Ciò nonostante, a testimonianza della volontà di rilancio della Direzione, sempre nel corso del 2021 si sono finalizzate le acquisizioni di attrezzatura robotica riabilitativa per la creazione del laboratorio del movimento grazie ai fondi ministeriali in conto capitale anno 2020. Per il 2022 è auspicabile una ripresa completa delle attività anche in considerazione del leggero recupero della dotazione di personale avvenuto nel corso del 2021 attraverso l'acquisizione di figure specifiche funzionali al rilancio della struttura (dirigenti medici geriatri e fisioterapisti in primis). Infine, da un punto di vista istituzionale, vanno ricordate la necessità di un riavvio delle interlocuzioni con la Regione Calabria al momento in stand by anche per il recente insediamento della nuova Giunta.

Sempre in ambito di preconsuntivo 2021 va vista la politica degli investimenti attuati. Gli stessi sono stati suddivisi nella loro rappresentazione per Presidio di riferimento (Presidi Marche comprensivi dell'Area di supporto scientifica e amministrativa, Por di Cosenza e Por di Casatenovo) e per il fatto che siano stati finanziati attraverso i fondi correnti (seppur autorizzati dal livello regionale) o, viceversa, se ci siano stati appositi finanziamenti per essi

La certificazione di qualità

Il processo evolutivo e di miglioramento avviato dall'IRCCS-INRCA nel corso degli ultimi anni ha portato all'implementazione di un Sistema di Gestione per la Qualità (SGQ), in conformità alla norma UNI EN ISO 9001:2008, con l'obiettivo di mantenere e raggiungere un livello qualitativo dell'Istituto in grado di soddisfare le esigenze di tutti i portatori di interesse.

Il modello di SGQ adottato, basato su un approccio per processi e sul metodo del PLAN – DO – CHECK - ACT (pianificare – eseguire – verificare - agire), è stato certificato conforme alla norma internazionale UNI EN ISO 9001:2008 dall'Ente di certificazione RINA nel 2009 in prima emissione e nel 2012 per la ricertificazione, in tutte le Sedi ed Unità Operative dell'Istituto, per le attività di progettazione ed erogazione di attività di ricerca sull'invecchiamento e servizi di assistenza nell'ambito della programmazione della normativa sanitaria - prestazioni sanitarie di ricovero ordinario, *Day Hospital, Day Surgery*, Punto di Primo Intervento, Specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale.

L'implementazione del sistema della qualità ha continuato ad essere garantito anche alla luce dell'evoluzione normativa del sistema come dimostrato dall'ultima certificazione ISO 9001:2015 del 30/04/2021.

L'attività di monitoraggio dei processi primari (P01-Ricerca, P02-degenza e Chirurgie, P03-Servizi) e secondari a supporto (P04-Gestione Risorse, P05-Approvvigionamento), è garantita attraverso la raccolta ed interpretazione di indicatori specifici in grado di misurare le prestazioni del processo e fornire dati utili al miglioramento. La continua verifica e misurazione dei risultati perfeziona le metodiche del SGQ e stimola il personale coinvolto, il quale apporta il proprio determinante contributo all'eccellenza delle attività svolte e alla soddisfazione dell'Utente. L'aggiornamento e l'adeguatezza del SGQ alle esigenze dell'Utente è garantito dai riesami periodici del SGQ nonché dai continui miglioramenti e dalle azioni correttive rivolte a tutte le attività dell'Istituto.

Il SGQ dell'Istituto è documentato in maniera da dare evidenza della sua attuazione e consentire di monitorarlo, misurarlo e poterne migliorare continuamente l'efficacia.

Gli obiettivi della qualità sono stabiliti annualmente dal Direttore Generale, in collaborazione con la Direzione Sanitaria, Scientifica ed Amministrativa, con il RAQ (Referente Qualità) di Istituto, con il gruppo di Coordinamento della Qualità di Istituto e con i RAQ di Sede, durante il Riesame della Direzione.

Gli obiettivi sono stabiliti tenendo conto della politica della qualità, del budget, di una stima dei miglioramenti conseguibili; di piani di sviluppo e programmi produttivi a breve termine. I suggerimenti ed il confronto sul SGQ INRCA sono garantiti dall'attivazione di canali di comunicazione interna quali, il Desk Settimanale, Casella di Posta Elettronica Dedicata, Forum Qualità, strumenti in grado di favorire l'integrazione tra ricerca/assistenza e governo clinico/certificazione così come previsto dal Progetto Direzionale "INRCA: modello di attuazione di processi per l'integrazione del Sistema Gestione Qualità e del Governo Clinico".

SEZIONE 2: VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

VALORE PUBBLICO

La Funzione Pubblica definisce la creazione di Valore Pubblico, «ovvero il miglioramento del livello di benessere economico-sociale-ambientale dei destinatari delle politiche e dei servizi pubblici rispetto alle condizioni di partenza» da intendersi come scopo ultimo dell'attuazione delle politiche pubbliche, è stato introdotto grazie agli aggiornamenti normativi in materia di performance, superando il tradizionale approccio di mero adempimento e di autoreferenzialità.

La creazione di Valore Pubblico e il maggiore coordinamento tra le diverse PA consentirebbe di impattare sul livello di benessere nazionale, superando i confini amministrativi dei singoli enti: In una visione più ampia è quindi possibile parlare di co-creazione o anche di creazione condivisa del Valore Pubblico, analizzando la creazione dello stesso all'interno di reti interistituzionali che adottino politiche finalizzate ad obiettivi comuni.

Per poter creare Valore, la Pubblica Amministrazione deve avere cura sia degli impatti interni (salute dell'ente) sia degli impatti esterni (benessere economico/sociale/ambientale dei destinatari delle politiche e dei servizi).

Valore pubblico INRCA

L'INRCA, in attuazione degli artt. 9 e 32 della Carta costituzionale genera Valore Pubblico attraverso le attività di ricerca e assistenza finalizzate a garantire il progresso scientifico e al contempo assicurare il mantenimento del LEA.

La peculiarità dell'IRCCS- INRCA- unico IRCCS italiano avente come area di ricerca quella geriatrica, lo rende un punto di riferimento per lo studio e la cura delle patologie e dei fenomeni sociali dell'invecchiamento nonché punto cardine, di rilievo nazionale, per gli utenti.

La centralità dell'INRCA nella ricerca geriatrica e gerontologica può anche essere evinta dal ruolo di Capofila assegnato all'Istituto dal Ministero della salute nella rete Invecchiamento e Longevità attiva (AGING) avente come obiettivo quello di promuovere ed agevolare la ricerca scientifica e tecnologica e le attività di formazione in campo geriatrico e gerontologico, favorendo lo scambio di dati e risultati scientifici, l'accesso a tecnologie complesse, lo sviluppo di progetti comuni per migliorare prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione nonché il trasferimento dei risultati delle ricerche.

IRCCS INRCA, in linea con quanto disposto dalla Legge 288/2003 e ss.ii., persegue finalità di ricerca, prevalentemente clinica e traslazionale, nel campo biomedico e in quello dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari ed effettua prestazioni di ricovero e cura.

La *mission* dell'INRCA è l'assistenza agli anziani, fragili e non, con un approccio olistico ai problemi di salute, e nella ricerca biologica, domotica e molecolare in campo geriatrico e gerontologico.

L'attività assistenziale agli anziani, fragili e non, con un approccio olistico ai problemi di salute, e la ricerca biologica, domotica e molecolare costituiscono il cuore dell'attività INRCA.

L'esperienza, le conoscenze maturate in questi ambiti fanno sì che l'INRCA sia considerato dalle Istituzioni, anche europee ed internazionali, che presidiano questi campi d'intervento, un partner competente ed affidabile a cui ricorrere per un contributo esperto nel tema dell'invecchiamento.

Nel corso degli ultimi anni l'INRCA ha ben chiara la strategia da seguire per affermare sempre di più il ruolo di leader nell'assistenza e nella ricerca in campo geriatrico e gerontologico.

Sono stati definiti programmi strategici di azione sia nel campo assistenza sia ricerca come: alta specializzazione nella gestione di multimorbilità associata a politerapia, studio delle basi biologiche dell'invecchiamento e delle malattie età-associate, sviluppo di modelli innovativi ospedale-territorio con focus sulla fragilità/disabilità, organizzazione dell'assistenza attraverso modelli innovativi "tecnoassistiti", promozione e sviluppo di imprenditoria orientata alla longevità, sviluppo di modelli occupazionali dopo i 60 anni.

Allo stesso tempo continuano le attività di rafforzamento dei rapporti interaziendali, dei percorsi di valorizzazione delle risorse umane e professionali, dei percorsi tesi al mantenimento e sviluppo dell'orientamento alla qualità e alla sicurezza, dell'internazionalizzazione della ricerca biomedica per valorizzare l'impegno scientifico dei ricercatori, per promuovere la cooperazione ed incrementare la competitività, per favorire scambi internazionali che prevedano la mobilità dei ricercatori anche con reclutamenti dall'estero.

La nostra organizzazione è orientata alle persone, nelle quali crediamo, ed è orientata alla qualità. In questa logica la nostra assistenza deve soddisfare le aspettative dell'utenza e la nostra ricerca le aspettative del mondo scientifico.

È interessante sottolineare la bidimensionalità della creazione di Valore Pubblico che non fa solo riferimento al miglioramento degli impatti esterni prodotti dall'INRCA e diretti ai cittadini, utenti e stakeholder, ma anche alle condizioni interne all'Amministrazione presso cui il miglioramento viene prodotto (lo stato delle risorse).

I dati assistenziali e i dati di ricerca prodotti dall'INRCA sono resi pubblici e accessibili ai cittadini, agli stakeholder, ad altri enti pubblici e privati attraverso il nostro portale web, la pubblicazione dei documenti ufficiali aziendali.

Il Valore Pubblico è il livello equilibrato di benessere economico-sociale e ambientale dei destinatari delle politiche e dei servizi di una Pubblica Amministrazione, riferito sia al miglioramento degli impatti esterni prodotti e diretti ai cittadini, utenti e stakeholder, sia alle condizioni interne alla stessa Amministrazione.

Creare Valore Pubblico significa quindi riuscire ad utilizzare le risorse a disposizione con efficienza, economicità ed efficacia, valorizzando il proprio patrimonio intangibile in modo funzionale al reale soddisfacimento delle esigenze del contesto sociale e del contesto aziendale.

La fase di programmazione di ciascuna amministrazione, come confermato dal Dipartimento della Funzione Pubblica nelle Linee Guida 2/2017, "serve ad orientare le performance individuali in funzione della

performance organizzativa attesa e quest'ultima in funzione della creazione di Valore Pubblico, ovvero del miglioramento del livello di benessere dei destinatari delle politiche e dei servizi”

Il Valore Pubblico, per essere tale, deve essere:

- equo, ovvero rivolto alla generalità dei cittadini e degli stakeholder e non solo agli utenti diretti;
- sostenibile, ovvero finalizzato a creare le condizioni per generare valore duraturo anche per il futuro.

Per poter creare Valore, la Pubblica Amministrazione deve avere cura sia degli impatti interni (salute dell'ente) sia degli impatti esterni (benessere economico/sociale/ambientale dei destinatari delle politiche e dei servizi), conseguendo in tal modo un miglioramento coordinato ed equilibrato delle sue performance, che risultino superiori rispetto alle condizioni di partenza delle strategie politiche pubbliche e dei progetti di ottimizzazione e di evoluzione amministrativa (Linee Guida del Dipartimento della Funzione Pubblica n. 1/2017).

PERFORMANCE

Il sistema di valutazione della Performance di INRCA

Il sistema di valutazione della performance INRCA, adottato e aggiornato annualmente, si ispira ai seguenti principi ed i criteri:

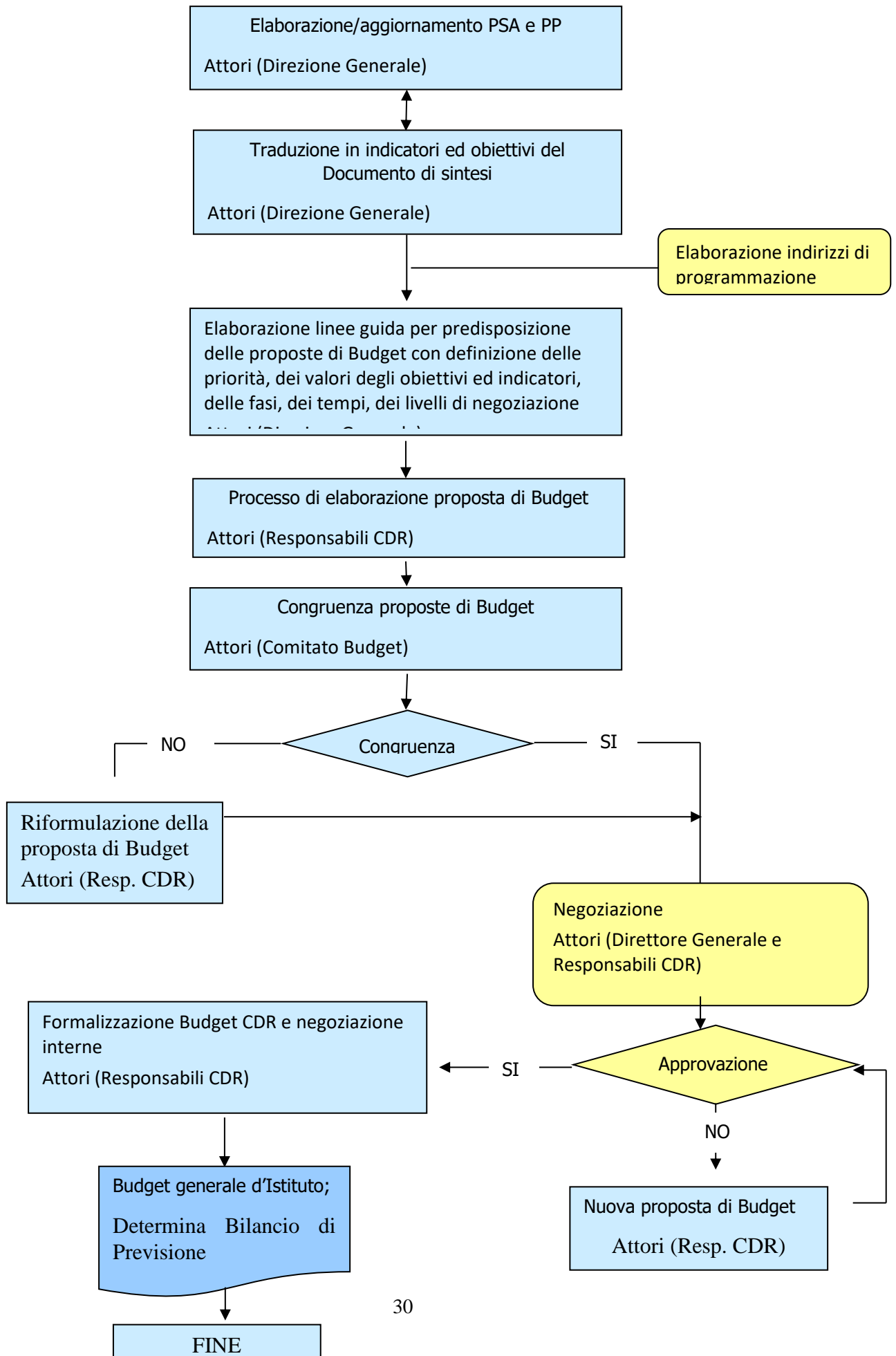
- imparzialità;
- puntualità;
- trasparenza dei criteri e dei risultati;
- diretta conoscenza dell'attività del valutato/a da parte del soggetto proponente (valutatore di I istanza);
- verifica e valutazione da parte dell'organo competente (valutatore di II istanza);
- diversità fra i soggetti che effettuano la I e la II istanza;
- adeguata informazione e partecipazione del valutato anche attraverso la comunicazione e l'eventuale contraddittorio;

Tali principi sono comuni alle aree contrattuali del comparto e della dirigenza e troveranno la loro opportuna declinazione a seconda che si tratti di performance organizzativa e di performance individuale, come sarà specificato successivamente

Oggetto del percorso di valutazione è il raggiungimento dei risultati e degli obiettivi assegnati e negoziati con la scheda di budget e/o con progetti direzionali e l'individuazione di ciò che il personale fa e come lo fa, ciò che può esprimere e il livello di coerenza tra la posizione ricoperta all'interno della struttura organizzativa dell'Istituto

Relativamente al collegato sistema incentivante si specifica che, al netto della quota annualmente da destinare ad eventuali progetti direzionali concordata in sede di accordo integrativo aziendale, il rimanente fondo viene così suddiviso:

SETTORE	Dirigenza	Comparto
<i>Performance Organizzativa – Scheda di Budget</i>	65%	70%
<i>Performance Individuale – Scheda Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi</i>	35%	30%



Reporting e Analisi degli scostamenti

L'attività di reporting e analisi degli scostamenti ha cadenza trimestrale. Il prospetto per il reporting di CdR è speculare a quello della scheda di Budget.

Il processo di reporting e analisi degli scostamenti è ispirato al pieno coinvolgimento degli operatori al fine di stimolare gli opportuni interventi correttivi in caso di scostamenti rispetto ai risultati attesi.

Accanto ai report che ricalcano la struttura dei budget aziendali, sono prevedibili ulteriori report specifici.

Al fine di rafforzare l'analisi degli scostamenti proseguirà nel 2022 il percorso di sviluppo del controllo di gestione incentrato sulle tematiche della Informazione (partendo dal presupposto che attraverso la comunicazione si forma la conoscenza e si consolida l'esperienza aziendale) e dell'Organizzazione (per la conoscenza approfondita dei processi aziendali alla base della creazione del valore). Rientrano in questo ambito:

- L'istituzionalizzazione di incontri formativi/informativi periodici
- L'istituzionalizzazione di momenti di confronto "comunitari" per la discussione di problematiche generali
- L'analisi dei processi aziendali e organizzativi alla base della creazione del valore
- Il miglioramento della fruibilità delle "informazioni" prodotte dal sistema informativo per favorirne l'uso da parte dei diversi attori aziendali

L'Istituto della revisione del Budget

Nel caso si manifestassero consistenti modifiche delle risorse strutturali, umane e tecnologiche a disposizione del singolo CdR e/o Dipartimento o si verificassero fatti esterni indipendenti dalla volontà del responsabile di progetto e/o U.O. è opportuno prevedere meccanismi di revisione del budget con particolare riferimento agli obiettivi assegnati e agli indicatori individuati (anche in termini di valore obiettivo). È parimenti da inserire un percorso di revisione degli obiettivi di budget nel caso in cui in corso d'opera si presentassero condizioni totalmente ostative alla loro attuazione e venga dimostrata la concreta impossibilità della loro realizzazione per eventi o normative non prevedibili all'epoca della definizione degli stessi.

Il percorso di revisione del budget per CdR e/o Dipartimento non può che ricalcare il percorso di budget, come descritto in precedenza, salvo nei casi in cui tale meccanismo di revisione derivi da eventi di natura complessiva aziendale che interessano la totalità o quasi dei CdR e/o dei Dipartimenti. In particolare in quest'ultima ipotesi i meccanismi di revisione saranno avviati direttamente dal Comitato di Budget congiuntamente con l'UO Controllo di Gestione. I budget revisionati e condivisi con i Responsabili di CdR e/o Dipartimento saranno poi successivamente oggetto di nuova negoziazione con la Direzione Generale. Diversamente, nel caso in cui la necessità di revisione riguardi solo alcuni CdR e/o Dipartimenti e per eventi specifici, il percorso dovrà essere attivato dalle UU.OO. interessate che dovranno rinegoziare il proprio Budget con la Direzione Generale. Nella realizzazione di questa attività la Direzione Generale sarà supportata dal Comitato di Budget e dall'U.O. Controllo di Gestione

Il Sistema di Valutazione individuale riguarda tutti i dipendenti dell'Istituto afferenti all'area del comparto e della dirigenza, assunti a tempo determinato e indeterminato, sia part-time che full time. Per coloro che sono stati assunti durante l'esercizio o per i part time il valore economico del sistema premiante è proporzionato alla presenza in servizio.

Il sistema di valutazione della performance e individuale si realizza nelle seguenti **fasi** e con i relativi **attori**:

A conclusione del percorso di budgeting è obbligatorio compilare da parte del responsabile di CdR la scheda iniziale di valutazione per i dipendenti in servizio da almeno 1 mese per le aree della dirigenza, e sin dalla data di assunzione per il personale del comparto

È obbligatorio un colloquio iniziale tra valutatore e valutato durante il quale il valutatore deve procedere, per ogni item della scheda, alla comunicazione dei criteri e degli indicatori che saranno oggetto di valutazione.

Per ogni item l'individuazione degli indicatori è a cura del valutatore il quale deve individuare quelli più attinenti alle performance che intende valutare rispetto al singolo soggetto valutato. In questo ambito si ribadisce quanto già detto sopra nella performance organizzativa relativamente alle linee guida del budget e agli obblighi derivanti dalle diverse normative che fanno riferimento alla valutazione della performance.

E' prevista la possibilità a metà periodo, qualora ritenuto opportuno, di realizzare un momento di confronto / verifica informale che si dovrebbe tradurre in una scheda di valutazione intermedia in caso di valutazione negativa e/o, alternativamente, nella rivisitazione degli obiettivi assegnati. In ogni caso, rappresenta un momento utile a favorire un processo di auto – valutazione che consente di fornire un feedback formale rispetto all'attività svolta.

Ai fini della consuntivazione dei risultati della scheda individuale dei processi produttivi, relazionali e organizzativi, il Dirigente titolare dovrà procedere, nei tempi di volta in volta indicati dall'UO Amministrazione Risorse Umane, alla valutazione finale.

Le percentuali di raggiungimento degli obiettivi della scheda di valutazione individuale sono i seguenti:

risultato < 60%	valutazione negativa – obiettivo non raggiunto
risultato ≥ 60% < 90%	obiettivi raggiunti da compensare economicamente in misura percentuale al loro raggiungimento
risultato ≥ 90%	obiettivi raggiunti da compensare economicamente al 100%

Gli obiettivi di performance per l'anno 2022

La strategia e le dimensioni delle performance

La dimensione strategica dell'Istituto è caratterizzata in maniera forte sia dalla natura dello stesso in termini di assetto giuridico sia dalla particolare mission aziendale. Pur essendo un unico istituto infatti la dimensione multi regionale impone necessariamente percorsi e processi diversi per ciascuna Regione di riferimento. Allo stesso modo la mission aziendale, la natura esclusivamente geriatrica dell'Istituto, se da una parte lo rende particolarmente "strategico" vista l'attualità del problema dell'invecchiamento della popolazione, dall'altra rende l'istituto unico nel suo genere e come tale non facilmente riconducibile agli attuali meccanismi di valutazione delle aziende sanitarie (a puro titolo di esempio non esistono DRG specificatamente geriatrici pur essendo ben più complessa la cura di un paziente ultra anziano e con quasi sempre più patologie concatenate tra loro).

La dimensione strategica dell'Istituto e l'albero della Performance

L'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) – INRCA, oggi in fase di riassetto organizzativo dopo aver incorporato per fusione l'Ospedale di rete Osimo-Loreto-Castelfidardo, in data 1 gennaio 2018 ed in forza della Legge Regionale 34/2017, dovrà mantenere e sviluppare la sua forte connotazione specialistica geriatrica e gerontologica e di Ospedale di rete per acuti di specifico riferimento territoriale.

Dovrà inoltre implementare le sue peculiarità di Istituto di ricerca nei due ambiti fondamentali e fortemente legati tra loro come l'attività assistenziale con prestazioni di ricovero e cura ad alta specialità e la ricerca traslazionale nel campo biomedico, epidemiologico, clinico (in settori propri dell'Istituto quali bio-gerontologia e geriatria) e in quello dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari.

Sinteticamente si anticipano le linee di indirizzo strategiche dei prossimi anni:

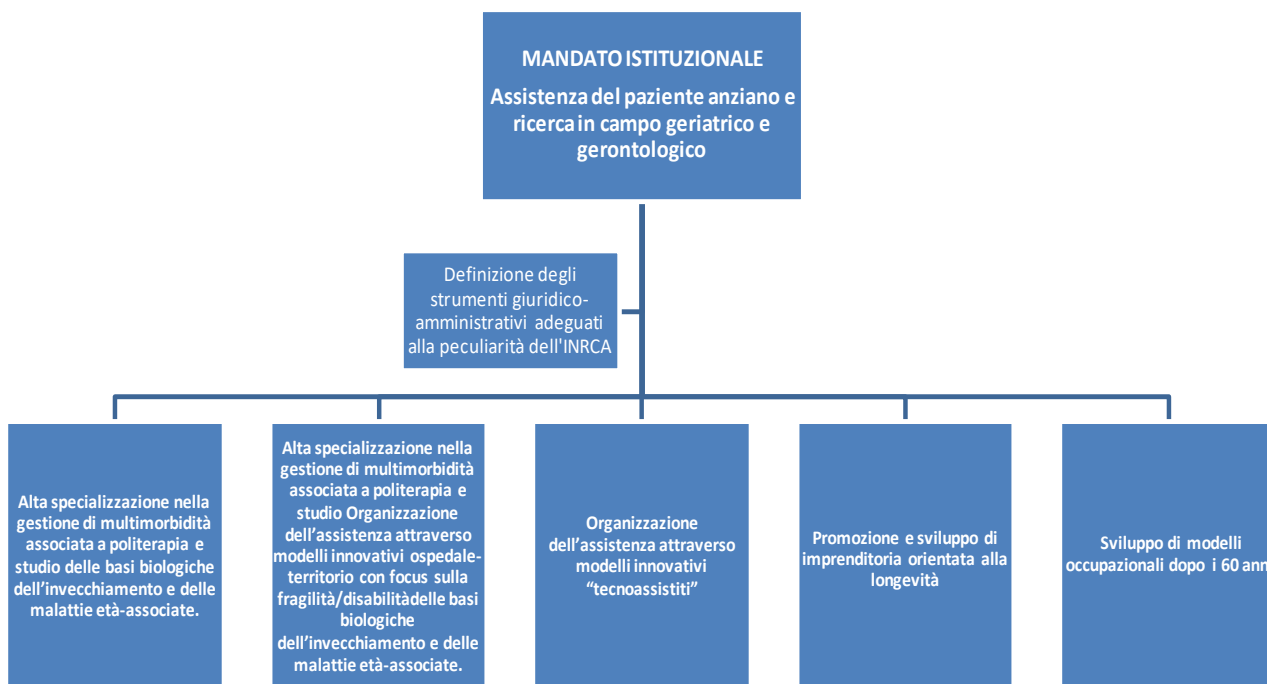
- Perseguimento dell'alta specializzazione nella gestione di multimorbilità associata a politerapia e studio delle basi biologiche dell'invecchiamento e delle malattie età-associate;
- Sviluppo dell'organizzazione dell'assistenza attraverso modelli innovativi con focus su fragilità/disabilità e "tecnoassistenza";
- Sviluppo di nuove attività e progetti assistenziali, nella gestione di complessità, in forma autonoma e/o sinergica;
- Valorizzazione della competenza tecnico professionale e della dimensione multiprofessionale ed interdisciplinare nell'approccio alla assistenza e cura della Persona;
- Promozione e sviluppo di imprenditoria orientata alla longevità;

- Perseguimento della presa in carico della Persona nella continuità di cura e supporto alle strutture socio sanitarie;
- Partecipazione alle attività delle reti IRCCS di riferimento.

L'Istituto dovrà, inoltre, essere riferimento e modello per la presa in carico della persona nelle fasi più complesse della vita, con particolare attenzione alla "cura" e dignità della persona stessa, con approccio multidimensionale, rivolta al paziente geriatrico in fase di scompensamento d'organo di "Dignity Care – Simultaneous & End of Life Palliative Care", sviluppando il proprio ruolo come riferimento regionale e nazionale per la popolazione e gli enti sanitari.

Come già visto in precedenza il contesto esterno dell'Istituto, decisamente peculiare, rende necessario il recupero e/o la realizzazione di strumenti giuridico amministrativi adeguati che consentano l'operatività aziendale. Tali strumenti rappresentano la cornice e in alcuni casi la preconditione perché si possano attuare le strategie aziendali delineate. Per questo graficamente è stata rappresentata, nell'ambito dell'albero delle performance aziendali, come un'area posta trasversalmente rispetto alle altre, seppur di supporto alle altre. Nello specifico rientrano di diritto in questa area di supporto i percorsi tesi all'effettiva applicazione dell'art.13 comma 7 della legge di riordino 21/2006 dell'INRCA e che hanno trovato concretezza nell'Accordo transattivo con la Regione Calabria propedeutico alla definizione di un piano di sviluppo e razionalizzazione del Presidio di Cosenza, nell'accordo interregionale tra Regione Marche e Regione Lombardia siglato nel 2018, ma anche i percorsi tesi a programmare il fabbisogno dell'istituto (si pensi in tale ottica agli atti di programmazione, quali il piano occupazionale e la programmazione biennale delle forniture e servizi e quella triennale per i lavori pubblici), da adottarsi in coerenza con altri atti quali il bilancio di previsione e di esercizio, curandone la tempistica nel rispetto delle norme vigenti.

Di seguito si rappresenta l'albero della performance aziendale costruito sulla base delle peculiarità dell'Istituto e sulle linee strategiche sopra descritte.



La dimensione strategico-operativa dell'Istituto

In costanza di un quadro come sopra delineato, complesso ma sfidante, l'Istituto comunque ha l'opportunità di rivedere ed aggiornare le linee di indirizzo e riferimento, che dovranno caratterizzare le attività nel corso del 2022. In questa logica vanno considerati temi di riferimento trasversali che caratterizzano l'Istituto, quali:

- Il perseguimento dell'alta specializzazione nella gestione di multimorbilità associata a politerapia e studio delle basi biologiche dell'invecchiamento e delle malattie età-associate;
- Lo sviluppo dell'organizzazione dell'assistenza attraverso modelli innovativi con focus su fragilità/disabilità e "tecnoassistenza", soprattutto nell'ottica del trasferimento nel nuovo ospedale, predisposto con un modello organizzativo per complessità ed intensità di cura;
- Lo sviluppo della propria attività e la consolidazione della conoscenza ed esperienza in settori clinico assistenziali importanti, specifici della popolazione anziana e fragile e già di riferimento per il sistema;
- Lo sviluppo di nuove attività e progetti assistenziali nella gestione di pazienti complessi, in forma autonoma e/o sinergica, alcuni di questi già avviati e la cui fase di avanzamento è stata molto condizionata dalla Pandemia da Covid 19;
- La valorizzazione della competenza tecnico professionale e della dimensione multiprofessionale ed interdisciplinare nell'approccio alla assistenza e cura della Persona;
- La promozione e sviluppo di imprenditoria orientata alla longevità;
- Il perseguimento della presa in carico della Persona nella continuità di cura e supporto alle strutture socio sanitarie
- La partecipazione alle attività delle reti IRCCS di riferimento
- L'attivazione di percorsi di formazione finalizzati a supportare lo sviluppo di una nuova cultura anche manageriale per gli aspetti di gestione dell'invecchiamento e delle malattie età correlate
- Il completamento dell'implementazione del nuovo regolamento di organizzazione
- Lo sviluppo della vocazione nazionale attraverso il rafforzamento della dimensione multiregionale nel rispetto della storia dell'Istituto e della vocazione territoriale anche attraverso modelli innovativi di risposta ai bisogni della popolazione anziana
- la valorizzazione delle risorse umane e professionali rispetto con percorsi che la Direzione intende consolidare attraverso un rinnovato stimolo all'area formazione
- Sviluppo di quelle funzioni già centro di riferimento regionale
- La pianificazione dell'attività scientifica nella cornice delle linee di ricerca riconosciute dal Ministero della Salute

-
- 1 Gerosciences: dallo studio dei meccanismi biomolecolari allo sviluppo di interventi innovativi per promuovere l'invecchiamento in salute e valutare l'impatto su multimorbilità, fragilità e disabilità
 - 2 Invecchiamento in salute ed epidemiologia, diagnosi e management delle patologie acute e croniche: dalla multimorbilità alle sindromi geriatriche ed alla disabilità nella popolazione anziana
 - 3 Trattamento del paziente anziano: approccio integrato alle patologie età-correlate, alla multimorbilità, alle sindromi geriatriche ed alla disabilità
 - 4 Salute, benessere e vita indipendente degli anziani e degli adulti che invecchiano: Strategie innovative e Intelligenza Artificiale per l'inclusione sociale e digitale
-

Rispetto a quanto sopra di seguito si rappresentano le complementari linee di riferimento operative specifiche per area, partendo dalla ricerca scientifica, proseguendo con l'area clinico assistenziale e concludendo con l'area di supporto tecnico amministrativa.

La dimensione della performance organizzativa

In ambito scientifico

Per il 2022 si ipotizzano le seguenti **attività operative dal punto di vista della ricerca scientifica**

MACROAREE	INDICATORI
<i>Produzione scientifica e relativa efficienza e impatto della produzione scientifica (50%)</i>	IFM – IFN - Citation Index Field – Weight Citation
	Produttività media ricercatore attivo
	Ricercatori/Pubblicazioni con 25% in ToP10 SCIVAL e con RAW DATA
<i>Capacità di attrarre risorse (15%)</i>	Finanziamenti Enti Pubblici Italiani ed Europei
	Finanziamenti da Fondazioni ed Enti Privati
	ICM
	ICP
<i>Attività assistenziale (20%)</i>	% dimessi fuori regione e n. dimessi Europa
	N. ricoveri primi 5 DRG coerenti con specialità d'Istituto
	% SDO in ricovero ordinario e riabilitativo (incluso campo rilevazione del dolore)
	N. Trials Clinici Interventistici Coordinatore e Centro Reclutamento attivi nell'anno e da non più di 5 anni
<i>Capacità di operare in rete (10%)</i>	N. Pazienti reclutati nell'anno per Trials Clinici Interventistici e in programmi multicentrici osservazionali
	N. pazienti reclutati nell'anno in programmi Controllo qualità
	N. Centri Assistenziali di riferimento Hub Regionale per patologia e relativo n. Pazienti
<i>Trasferimento tecnologico (5%)</i>	Valore economico dei brevetti ceduti/licenziati dall'IRCCS negli ultimi 3 anni
	N. di contratti in co-development stipulati

SULLA BASE DI QUANTO SOPRA SI DEFINISCONO I SEGUENTI CRITERI DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELL'ISTITUTO	
<i>Attività scientifica</i>	Incremento del valore dell'impact factor di Istituto
	Incremento della partecipazione a trial clinici profit
	Partecipazione a bandi di ricerca a progetto
	Sviluppo dell'attività scientifica personalizzato in base alle caratteristiche dei singoli Dipartimenti/POR d'Istituto
	Coinvolgimento del personale dell'ospedale INRCA di Osimo nell'attività scientifica nell'ottica di un futuro riconoscimento di Presidio Ospedaliero di Ricerca
<i>Operare in Rete</i>	Partecipazione a gruppi di lavoro nazionali, internazionali ed europei
	Attività di coordinamento della rete degli IRCCS sull'invecchiamento
	Partecipazione alle reti IRCCS (neuroscienze, cardiovascolare, altro)

	Organizzazione e partecipazione a gruppi di lavoro multidisciplinari per l'implementazione delle attività previste nelle linee di ricerca dell'Istituto
	Promozione del Brand INRCA in Italia e all'estero
<i>Risorse umane</i>	Applicazione della "piramide ministeriale" con particolare attenzione al core curriculum del ricercatore e del personale a supporto della ricerca
	Valorizzazione del personale coinvolto nell'attività a progetto e nella produzione scientifica
<i>Formazione</i>	Formazione permanente del personale medico e di ricerca, incluso lo sviluppo di competenze relative alla implementazione dei risultati di ricerca e pratica clinica
	Formazione integrata del personale amministrativo e dei ricercatori sulla normativa IRCCS e sull'attività di ricerca a progetto, con particolare riferimento alla selezione del personale e all'acquisizione di beni e servizi
<i>Attrezzature/ Facilities</i>	Piani di attività scientifica per l'utilizzo delle attrezzature/facilities acquisite con fondi di ricerca in conto capitale
	Trasferimento tecnologico e Sviluppo di idee di ricerca per l'utilizzo della Biobanca

In ambito Clinico Assistenziale

In una logica puramente strategica si osserva l'importanza dei temi sopra descritti che nel corso del 2022 dovranno caratterizzare l'Istituto con il contributo fattivo di tutte le UU.OO. potenzialmente interessate; in una logica più strettamente operativa dovranno essere considerati anche gli obiettivi sanitari nazionali / regionali che tipicamente caratterizzano il percorso di budget con la Regione Marche.

Nello specifico:

Obiettivi dell'Istituto

MACROAREE	INDICATORI
<i>Attività ambulatoriale</i>	Potenziamento Attività ambulatoriali di secondo e terzo livello
<i>Modelli Clinico Assistenziali e di Ricerca</i>	Attività e progetti innovativi e di riferimento regionale e nazionale di tecnoassistenza in ambito regionale, a favore di pazienti fragili. Sviluppo delle attività già avviate nel corso del 2020 e avvio di progettualità in nuove specialità.
	Percorsi integrati di sviluppo di strategie di riabilitazione robotica con creazione di setting unitari di presa in carico del paziente anche nell'ottica di implementazione della cartella informatizzata.
	Implementazione del piano nazionale e regionale demenze nei diversi setting assistenziali anche attraverso lo sviluppo di servizi domiciliari realizzati grazie alla presenza e alla collaborazione di diverse figure professionali.
	Implementazione dei PDTA di interesse Inrca rispetto a quelli adottati dalla Regione, come strumento per gestire la complessità clinico-assistenziale. L'attività deve comprendere anche il monitoraggio circa l'applicazione con specifici indicatori. Nello specifico si fa riferimento alle seguenti attività: ✓ Pianificare e sviluppare i PDTA caratteristici della cronicità (Scompenso, BPCO, Parkinson, Fragilità e Piede diabetico)

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Costruire e rafforzare il rapporto con il territorio per la gestione del singolo PDTA individuando gli elementi di input ed output del processo (sperimentazione camper, indicatori- LEA ecc...) ✓ Organizzare e gestire la formazione secondaria –competenze tecniche specifiche relativamente ai singoli PDTA ✓ Imparare a lavorare in team e sviluppare le competenze personali al fine di fare interagire le componenti base della creatività nel singolo PDTA (benessere organizzativo, team building, cambiamento creativo...) ✓ Rafforzare ed implementare l'analisi e la gestione dei rischi interconnessi dei singoli processi delle varie fasi dei PDTA. ✓ Valorizzare lo strumento epidemiologico di Istituto (Reportage) e costruire un sistema di indicatori (INRCA, Regionali, Ministeriali) finalizzati al monitoraggio dei PDTA sviluppati (DWH).
	Palliazione a domicilio: collaborazione tra anestesista, infermieri e psicologi per uno sviluppo e avvio delle attività in tale ambito, con integrazione di uno specifico riferimento a Residenza Dorica.
	Sviluppo di progettualità interregionali tra i diversi Presidi Inrca per l'utilizzo sinergico e congiunto delle diverse competenze, professionalità ed esperienze maturate negli specifici ambiti.
	Sviluppo della naturale vocazione territoriale dell'Istituto attraverso progetti di integrazione con i territori di riferimento, come ad esempio quello della Val Musone e dell'area a sud di Ancona, quello dell'Asur Area Vasta 4 per il Presidio di Fermo, dell'Ats di Monza per Casatenovo Merate, dell'Asp di Cosenza per il Presidio di Cosenza. I progetti sono riconducibili alle aree di riabilitazione cardiologica, pneumologica e funzionale, alle aree lungodegenziali e/o sub acute, ad alcune aree specialistiche quali quella dermatologica.
<i>Organizzazione</i>	Sviluppo della progettualità relativa al nuovo ospedale di Ancona sud a livello aziendale e dipartimentale con coinvolgimento di tutte le professionalità interessate con creazione e funzionamento di gruppi di lavoro permanenti

Quanto appena rappresentato dovrà essere coniugato con:

- il mantenimento di standard adeguati rispetto agli obiettivi sanitari nazionali e regionali più volte rappresentati e comunque oggetto del Programma Nazionale Esiti (riguardanti il Miglioramento qualitativo dei flussi informativi, il Miglioramento della qualità clinica, appropriatezza ed efficienza, l'Appropriatezza e controllo della spesa farmaceutica ospedaliera)
- la ricerca delle migliori opportunità per il potenziamento di attività di ricovero di eccellenza, outcome clinico-assistenziale, appropriatezza e attrattività intra e extraregionale
- l'implementazione del Piano Regionale Gestione Liste di attesa di ricovero
- l'implementazione del Piano Regionale tempi di attesa ambulatoriali
- il Mantenimento certificazione ISO e l'implementazione del nuovo sistema di gestione del rischio INRCA, secondo la norma ISO 9001-2015

Nell'ambito dei Processi Interni Di Supporto

Dal punto di vista dell'area tecnico professionale amministrativa

La macro area Attività amministrative generali fa riferimento a tutte le unità operative del supporto tecnico professionale e amministrativo, di cui si individuano alcuni focus specifici.

MACROAREE	INDICATORI
<i>Attività amministrative</i>	Applicazione del nuovo atto aziendale
	Miglioramento del ciclo dei pagamenti in termini di tempestività
	Piena attuazione del percorso NSO anche mediante rimappatura delle procedure aziendali
	Implementazione del nuovo Sistema Informativo Aziendale di tutta l'area amministrativa, compresa l'area personale
	Partecipazione ai processi di messa in sicurezza delle procedure tecnico amministrative negli ambiti lavorativi
	Supporto allo sviluppo della Telemedicina in nuovi ambiti clinico assistenziali
	Supporto alle attività di reclutamento delle risorse anche attraverso procedure d'appalto e/o convenzioni con altri enti
	Sviluppo delle attività e degli obiettivi previsti dal Piano triennale per la prevenzione della corruzione (art. 44 d.lgs. 33/2013)
	Sviluppo delle attività e degli obiettivi derivanti dalle diverse normative indicati nell'ambito dello SMIVAP 2022 in corso di adozione
	Conclusione di tutti i percorsi e di tutte le attività volte all'attuazione del nuovo atto aziendale
	Sviluppo e miglioramento del sistema informativo sanitario Assistenza e tutoraggio nell'implementazione del nuovo Sistema Informativo Aziendale
	Gestione del patrimonio mobiliare e immobiliare con costante e immediato aggiornamento dello stesso anche in ambito dei sistemi informativi aziendali
	Aggiornamento costante e in tempo reale delle attività manutentive, ordinarie e straordinarie, poste in essere nel corso dell'esercizio. Conclusione lavori finanziati con DL 34/2020
	Attuazione del codice dell'amministrazione digitale con particolare riferimento alla conservazione sostitutiva
	Riorganizzazione dei processi dell'area formativa attraverso il rafforzamento della attività operative di supporto nella realizzazione dei percorsi formativi promossi e realizzati dalle varie uu.oo. aziendali, ricerca sul mercato di soluzioni innovative e/o alternative per contenuto e modalità di svolgimento dei corsi
	Previsione processi e procedure volti a garantire il rispetto delle procedure dell'ufficio.

La dimensione della Performance Individuale

Come appena visto gli obiettivi strategici si traducono in obiettivi operativi da assegnare alle strutture organizzative aziendali mediante le negoziazioni di budget.

Le stesse dimensioni appena rappresentate sono attribuibili, tenendo conto del contributo specifico di ciascuno, al personale dirigenziale titolare di budget (Struttura Operativa Complessa e Struttura Operativa Semplice dipartimentale). A loro volta, i predetti Direttori, nell'ambito del più ampio sistema e ciclo della performance, potranno provvedere a declinarli a tutto il personale afferente alle loro strutture, sia di livello dirigenziale che del comparto.

In realtà la dimensione della performance individuale, come compiutamente descritto nell'ambito dello SMVP dell'Inrca, è complementare all'assegnazione degli obiettivi di cui alla dimensione organizzativa costituita, tra le altre, dalla scheda di budget per UO.

Tuttavia le dimensioni sopra descritte non sono le uniche di riferimento nell'ambito dell'assegnazione della performance individuale in quanto, considerando la natura stessa della scheda di valutazione individuale adottata in ambito Inrca, le dimensioni della valutazione individuale possono essere ulteriori e fare riferimento anche ad altri aspetti dimensionali delle prestazioni, come testimoniato dagli Items della scheda.

IL SISTEMA DELLE COERENZE

Un sistema di obiettivi è sostenibile, tra le altre cose, nel momento in cui trova coerenza con altre dimensioni aziendali strettamente interrelate alla performance aziendale, organizzativa e anche individuale.

Di seguito si rappresenterà le diverse dimensioni.

La coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio

Un sistema di obiettivi è effettivamente sostenibile solo se è garantita la congruità tra le risorse effettivamente disponibili e le azioni da porre in essere per il raggiungimento degli obiettivi prefissati a livello aziendale o di singola struttura.

Pertanto, secondo quanto previsto dall'art. 5, comma 1 e dall'art. 10, comma 1, lett. a), del D. Lgs 150/2009 e s.m.i., la definizione degli obiettivi nell'ambito del Piano della performance deve avvenire in maniera integrata con il processo di programmazione economico-finanziaria e con il bilancio aziendale. Si tratta di un principio di fondamentale importanza.

L'integrazione ed il collegamento tra la pianificazione della performance e il processo di programmazione e di bilancio viene realizzata tramite:

- un parallelo percorso annuale di programmazione economico-finanziaria e di pianificazione delle performance;
- un coinvolgimento di tutti gli attori coinvolti nei due processi: dalla Direzione Generale e dall'UOC Controllo di Gestione alle singole Strutture aziendali sanitarie e non sanitarie;
- l'utilizzo di strumenti integrati dei due processi, quali in primi il supporto della contabilità analitica per centri di costo.

Il risultato finale di tale percorso è costituito dalla scheda di budget dove accanto agli obiettivi di natura sanitaria vengono indicati anche obiettivi economici e vi è anche la scheda delle risorse. Va da sé consente la valutazione delle scelte strategiche aziendali ed il ribaltamento degli obiettivi economici (e non solo) alle varie strutture aziendali.

Il principale fattore di distorsione in questo sistema di coerenze è costituito dallo sfasamento temporale con il quale vengono assegnate le risorse da parte della(e) Regione(i). In effetti la multiregionalità dell'Istituto accentua una dinamica particolare poiché ad oggi ad esempio sono state assegnate solo provvisoriamente le risorse da parte delle tre regioni di riferimento (marche, Lombardia e Calabria) ma solo la Regione Lombardia, normalmente, assegna in maniera definitiva le risorse entro la metà del mese di febbraio mentre la Regione Marche impone l'adozione del Bilancio preventivo economico solo alla fine dell'esercizio stesso (togliendogli di fatto qualsiasi valenza programmatica) e addirittura la Regione Calabria fa permanere il regime provvisorio salvo provvedere alla copertura delle perdite prodottesi con due anni di ritardo.

Quanto appena descritto è stato pienamente e compiutamente rappresentato nell'analisi di contesto vista nei capitoli precedenti. Tuttavia si segnala che la dinamica di bilancio e di programmazione economica che ha caratterizzato l'Istituto in questi anni (tempistica di adozione del bilancio preventivo, equilibrio di bilancio per i sezionali Marche e Lombardia, perdite coperte con due anni di ritardo, al pari e insieme a tutte le altre aziende del sistema sanitario regionale, per il sezionale Calabria) ha fortemente inciso sulle dinamiche temporali nell'assegnazione degli obiettivi piuttosto che sull'assegnazione di obiettivi sanitari sempre dotati di coerenza economica.

La coerenza con il Piano Triennale per la Trasparenza e la Prevenzione della Corruzione

L'INRCA aspira a mantenere e sviluppare il rapporto di fiducia con tutti i portatori di interessi nei confronti dell'Istituto, La trasparenza dunque, prima ancora che un obbligo di legge, è considerato un valore primario e un obiettivo strategico dell'Istituto.

Il sistema della trasparenza dell'Istituto è frutto di un percorso condiviso con i dirigenti delle unità operative, che ha portato alla definizione delle regole di funzionamento per assicurare la massima trasparenza dell'Istituto.

L'Istituto ha adottato le procedure necessarie per assicurare che il c.d. "albero della trasparenza", la sezione "Amministrazione Trasparente" prevista dal D.Lgs.n.33/2013, venisse alimentato e aggiornato con regolarità e tempestività, e nominato, su proposta dei dirigenti, i referenti aziendali per la Trasparenza

La promozione della trasparenza, da sempre considerata dall'Istituto valore primario, con la L. 6 novembre 2012 n.190 e il D.lgs. 14 marzo 2013 n.33 e s.m.i. è divenuto uno degli assi portanti delle politiche di prevenzione della corruzione.

A partire dal 2013 è stato avviato un percorso condiviso con i dirigenti delle unità operative, che ha portato alla definizione del Sistema della Trasparenza: ruoli e regole di funzionamento atte ad assicurare l'aggiornamento sistematico dei dati pubblicati in Amministrazione Trasparente e la massima trasparenza dell'Istituto.

La rete dei referenti per la Trasparenza, costituita con atto n. 324 a del 03.10.2013, viene aggiornata annualmente con l'approvazione del Piano Triennale per la Trasparenza e la Prevenzione della Corruzione (di seguito anche PTPC o Piano), ove, ai sensi dell'art.10 del D.Lgs.n.33/2013, sono declinati gli obblighi di pubblicazione e descritto il modello organizzativo - procedure ruoli e responsabilità – attraverso cui l'Istituto assicura l'applicazione della norma.

I referenti per la trasparenza, operando con proprie credenziali di accesso in modalità "back-office", aggiornano direttamente il sito web istituzionale, alimentando in particolare la sottosezione "Amministrazione Trasparente" contenente i dati processati dall'unità operativa di appartenenza.

I dirigenti delle strutture cui compete la pubblicazione dei dati sovrintendono l'attività dei propri collaboratori in modo da garantire il tempestivo e regolare flusso delle informazioni e il rispetto dei termini stabiliti dalla normativa.

Il Responsabile per la Prevenzione e la Trasparenza (RPCT) nell'effettuare il monitoraggio della sezione Amministrazione Trasparente, si avvale, se necessario, del supporto dei Sistemi Informativi, coinvolgendo i referenti e i dirigenti delle strutture competenti alla pubblicazione dei dati ed evidenziando le eventuali anomalie. Ai sensi dell'art.43 c.5 del D.lgs. n.33/2013, gli eventuali casi gravi di inadempienza degli obblighi in materia di pubblicazione, se non opportunamente sanati, sono comunicati all'UPD e all'OIV ai fini dell'attivazione delle altre eventuali forme di responsabilità.

La trasparenza è altresì realizzata, con riguardo a specifiche tipologie di informazioni, attraverso un'integrazione diretta con il sistema informativo contabile aziendale. E' il caso in particolare dell'obbligo previsto di pubblicazione annuale e periodica dei dati relativi ai contratti, ai sensi dell'art.1 c.32 L.n.190/2012 e art.37 c.1 d.lgs. n.33/2013

Garantire elevati livelli di trasparenza rappresenta un obiettivo strategico per l'Istituto, che viene declinato nell'operatività attraverso l'assegnazione alle diverse UU.OO. di obiettivi di budget specifici, tarati sulle singole realtà organizzative.

Gli obiettivi di trasparenza sono parte integrante della performance aziendale e coinvolgono in particolare le Unità Operative maggiormente coinvolte

Per un maggiore dettaglio riguardo gli obiettivi di trasparenza e il relativo monitoraggio si rimanda al Piano della Performance e alla sezione "Anticorruzione", del presente documento (a seguire).

La coerenza con i percorsi di semplificazione, digitalizzazione e piena accessibilità

Obiettivi	Modalità di attuazione della strategia	Stakeholder
Semplificazione	Il nuovo sito web di recente ristrutturazione, specificatamente pensato in termini aperti e comunicativi, adotta un nuovo approccio alla erogazione dei servizi e meccanismi di facilitazione per i visitatori, in ottica di massima semplificazione delle procedure.	Pazienti Potenziali pazienti Familiari pazienti Dipendenti
Digitalizzazione	L'obiettivo dell'organizzazione è arrivare, nei prossimi anni, ad ottenere la completa digitalizzazione di tutti i processi, utilizzando nuove applicazioni o estensioni delle applicazioni software in uso. È un salto culturale e una nuova consapevolezza da parte di gran parte degli operatori abituati a modalità di lavoro non adeguate agli standard di reperimento e indicizzazione di informazioni richieste dalle vigenti normative applicabili. In primis l'attività deve prevedere una nuova definizione dei processi di lavoro, attività necessaria e propedeutica alla successiva digitalizzazione. Le aree di intervento riguardano sia l'area amministrativa che clinico sanitaria.	Personale sanitario e amministrativo
	Per quanto riguarda l'area clinica e sanitaria gran parte delle attività riguardanti i processi coinvolti sono stati completamente digitalizzati, tanto dal punto di vista sanitario che amministrativo. In un percorso dinamico e di continua evoluzione è in corso lo sviluppo e miglioramento del sistema informativo sanitario e	Personale sanitario

Obiettivi	Modalità di attuazione della strategia	Stakeholder
	<p>clinico attraverso una revisione continua dei processi sanitari e clinici e della loro digitalizzazione</p> <p>Nel 2022- 2023 è prevista l'implementazione del nuovo Sistema Informativo Aziendale di tutta l'area amministrativa, compresa l'area personale.</p> <p>In un'ottica di semplificazione e digitalizzazione è prevista la rivisitazione di tutti i processi aziendali che ricadono nel dominio amministrativo, contabile e di gestione del personale.</p> <p>Area Amministrativa contabile (AMC): vengono ridefiniti, anche in ottica di semplificazione, e conseguentemente informatizzati i processi relativi a: Ciclo passivo, ciclo servizi, ciclo logistica, ciclo patrimonio, ciclo attivo ciclo contabile e programmazione.</p> <p>Obiettivi da raggiungere sono: Miglioramento del ciclo dei pagamenti in termini di tempestività, piena attuazione del percorso NSO anche mediante rimappatura delle procedure aziendali, gestione del patrimonio mobiliare e immobiliare con costante e immediato aggiornamento dello stesso anche in ambito dei sistemi informativi aziendali.</p> <p>Area Risorse umane (HR): vengono ridefiniti, anche in ottica di semplificazione, e conseguentemente informatizzati i processi relativi a: area giuridica, area trattamento economico, area rilevazione presenze/assenze, portale del dipendente.</p>	<p>Personale amministrativo</p>
Accessibilità digitale	<p>Come previsto dalla Direttiva europea 2016/2102 sull'accessibilità dei siti web" le Amministrazioni sono tenute alla compilazione e pubblicazione della Dichiarazione di Accessibilità per i siti web.</p> <p>Per tale motivo è stata redatta specifica "Dichiarazione di accessibilità" il cui link è disponibile nel footer della home page del sito web istituzionale.</p> <p>Tale attività è stata condotta dal gruppo di sviluppo del sito web che ha utilizzato strumenti di validazione per la verifica di accessibilità. Tale verifiche sono continue.</p>	<p>Soggetti anziani e con disabilità</p>

Per quanto concerne le modalità attuali e azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità fisica alle sedi dell'amministrazione da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità l'INRCA garantisce il rispetto dei requisiti di legge in ordine all'accessibilità alle proprie strutture delle persone disabili e anziane, lavoratori o utenti (rif. DM 14 giugno 1989, n. 236 e s.m.i.).

In nessuno dei presidi ospedalieri sono presenti barriere architettoniche; gli spazi sono progettati o sono stati adeguati con idonei percorsi orizzontali e verticali, presenza di servizi igienici accessibili alle persone su sedia a ruote, segnaletica visibile e comprensibile, presidi e procedure per la sicurezza antincendio, parcheggi dedicati.

Anche nei presidi amministrativi e per la ricerca è immediatamente possibile accedere direttamente ai locali o viene consentite la visitabilità anche a persone con ridotta o impedita capacità motoria o sensoriale.

In ogni caso i locali sono potenzialmente suscettibili di adattabilità ove richiesta.

Le condizioni di accessibilità fisica possono essere migliorate attraverso azioni ispirate ai principi di libertà e non discriminazione delle persone che, temporaneamente o in maniera permanente, hanno svantaggi di tipo motorio o sensoriale.

Le linee d'intervento, oltre che perseguire la riduzione progressiva di barriere architettoniche, fonti di pericolo e fonti di affaticamento, potrebbero dunque riguardare l'implementazione di politiche di maggiore attenzione a disabilità sensoriali e cognitive con interventi sulla intellegibilità della segnaletica, anche per soggetti non/ipo vedenti o con ipoacusia, la facilitazione della fruizione dei servizi offerti attraverso l'informatizzazione e l'ottimizzazione/semplificazione di percorsi e adempimenti (es. prenotazioni e pagamenti), un migliore "comfort ambientale", in situazione di sicurezza ed autonomia.

La coerenza con il Piano Triennale per le azioni Positive e la valutazione Partecipativa

Con la DGEN 278/2017 era stato adottato il **piano di azioni positive** per il triennio 2017-2019, con il quale si intendeva promuovere l'adozione di una serie di misure in materia di pari opportunità quali:

- Formazione dei componenti del Comitato Unico di Garanzia;
- Promozione della cultura di genere e delle pari opportunità: informazione e formazione;
- Osservatorio: indagine dei bisogni del contesto finalizzata alla presentazione di progetti inerenti a politiche di conciliazione;
- Promozione della conciliazione tra tempi di vita e tempi di lavoro;
- Incentivazione di condizioni di lavoro che rispettino la dignità e la libertà delle lavoratrici e dei lavoratori e nuovo impulso al benessere organizzativo, in linea con il Codice Etico Comportamentale dell'Istituto.
- Servizi e benefici diretti ai dipendenti.

L'adozione del piano triennale delle azioni positive 2020 – 2022 (per l'anno 2020), avvenuta con atto n. 270/DGEN/2020, e la sua concreta attuazione (per tutto il triennio), anche attraverso l'assegnazione di specifici obiettivi di budget per le diverse uu.oo. coinvolte rappresenta un ulteriore tassello nella logica della valutazione partecipativa, oltre alle tematiche della customer satisfaction e dei tempi di attesa già citati e che continueranno ad essere svolte.

Nello specifico il piano individua i seguenti obiettivi generali:

- a) garantire la valorizzazione delle risorse umane, l'accrescimento professionale dei dipendenti per assicurare il buon andamento, l'efficienza e l'efficacia dell'attività amministrativa, le pari opportunità nell'accesso al lavoro, nella vita lavorativa e nella formazione professionale;
- b) promuovere una migliore organizzazione del lavoro e del benessere organizzativo che, ferma restando la necessità di garantire la funzionalità degli uffici, favorisca l'equilibrio tra tempi di lavoro ed esigenze di vita privata;
- c) garantire la trasparenza dell'azione amministrativa, anche al fine di promuovere nel personale la cultura di genere e il rispetto del principio di non discriminazione, diretta e indiretta.

Con la DGEN 103/2022 del 08/03/2022 è stato adottato il GENDER EQUALITY PLAN/ PIANO PER L'UGUAGLIANZA DI GENERE 2022-2025.

I Piani di Genere (Gender Equality Plans) sono strumento riconosciuto e supportato dalla Commissione Europea per il riequilibrio di genere del personale degli enti di ricerca e degli IRCCS e che a partire dal 2022,

questi saranno considerati requisito di eleggibilità al finanziamento nel Programma Quadro per la ricerca Horizon Europe con i seguenti elementi minimi richiesti:

- a) documento formale pubblicato sul sito web dell'istituzione e firmato dal Top management;
- b) risorse dedicate: impegno delle risorse umane e competenze di genere per implementarlo;
- c) raccolta e monitoraggio dei dati: dati disaggregati per sesso/genere relativamente al personale e rapporti annuali basati su indicatori;
- d) formazione: sensibilizzazione/formazione sull'uguaglianza di genere e sui pregiudizi di genere per il personale e per i dirigenti.

Peraltro il Piano si pone anche in stretta sinergia con la Strategia Nazionale per la parità di genere 2021-2025 promossa dal Ministero delle Pari Opportunità – strettamente correlata alle misure previste dal Governo nel PNRR.

L'adozione del GEP nasce dalla necessità di adottare un Piano strategico per la parità di genere che comprenda misure concrete finalizzate a promuovere la cultura della parità e dell'inclusione nel profondo rispetto delle diversità e nel costante contrasto a ogni forma di discriminazione determinata da età, genere, origine etnica, orientamento sessuale, religione, posizione politica, condizioni di disabilità, attraverso azioni e strumenti capaci di valorizzare le differenze. Il Gender Equality Plan 2022-2025 dell'IRCCS INRCA si pone quindi come un documento strategico ed uno strumento che indirizza e favorisce azioni trasversali e collaborative tra le diverse componenti istituzionali ed è in questa logica che degli obiettivi in esso contenuti si dovrà tenere conto come dimensione della performance aziendale, sia organizzativa che individuale.

Ai sensi dell'art. 8 del Decreto 150/2009 e s.m.i., il Sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa concerne anche, tra le altre:

- la rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi anche attraverso modalità interattive;
- lo sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti e i destinatari dei servizi, anche attraverso lo sviluppo di forme di partecipazione e collaborazione;
- il raggiungimento degli obiettivi di promozione delle pari opportunità.

Oltre a questo va evidenziato che l'art 19-bis del citato Decreto "Partecipazione dei cittadini e degli altri utenti finali" rileva, tra le altre cose, che:

- I cittadini, anche in forma associata, partecipano al processo di misurazione delle performance organizzative, anche comunicando direttamente all'Organismo indipendente di valutazione il proprio grado di soddisfazione per le attività e per i servizi erogati, secondo le modalità stabilite dallo stesso Organismo.
- Ciascuna amministrazione adotta sistemi di rilevazione del grado di soddisfazione degli utenti e dei cittadini in relazione alle attività e ai servizi erogati, favorendo ogni più ampia forma di partecipazione e collaborazione dei destinatari dei servizi, secondo quanto stabilito dall'articolo 8, comma 1, lettere c) ed e).
- Gli utenti interni alle amministrazioni partecipano al processo di misurazione delle performance organizzative in relazione ai servizi strumentali e di supporto secondo le modalità individuate dall'Organismo indipendente di valutazione.
- I risultati della rilevazione del grado di soddisfazione dei soggetti di cui ai commi da 1 a 3 sono pubblicati, con cadenza annuale, sul sito dell'amministrazione.

Quanto sopra rientra nella più ampia tematica dello sviluppo della valutazione partecipativa che deve caratterizzare le amministrazioni pubbliche, rispetto alla quale le aziende sanitarie hanno già maturato diverse esperienze, seppur in modalità non sistematizzata secondo le modalità indicate anche con le recenti linee guida del DFP in materia (linee guida n. 4/2019).

La logica **la rilevazione della soddisfazione dei cittadini / utenti** del servizio sanitario nazionale è un'attività fondamentale per migliorare le performance delle organizzazioni sanitarie in riferimento alla qualità delle

prestazioni erogate e fornisce indicazioni operative utili per implementare azioni tese al miglioramento continuo delle prestazioni.

La misurazione della qualità percepita avviene con cadenza annuale, attraverso indagini di customer satisfaction su varie tematiche e i risultati della misurazione vengono sottoposti all'attenzione della Direzione Generale e costituiscono oggetto delle azioni di miglioramento messe in atto dall'azienda per ottimizzare la qualità delle prestazioni erogate.

Inoltre, annualmente, si organizzano riunioni tematiche destinate a tutti gli operatori per comunicare gli esiti delle indagini e individuare gli ambiti e le azioni di miglioramento della qualità per aree specifiche di intervento. Nel corso di questi anni, per alcune particolari situazioni, sono stati assegnati ad alcune UOOO specifici obiettivi di budget.

Alla luce delle esperienze sopra descritte e in considerazione anche dalle attività svolte in tale tematica dal Comitato di Partecipazione e dal ruolo svolto dal Tavolo Regionale per il monitoraggio dell'attuazione del Piano regionale di Governo delle Liste D'Attesa l'Istituto intende proseguire gradualmente nel proprio modello di valutazione partecipativa che ha visto un suo avvio lo scorso anno.

ATTIVITA' / TEMATICA OGGETTO DI VALUTAZIONE PARTECIPATIVA	Servizi diretti ai cittadini utenti con particolare riferimento alle prestazioni ambulatoriali erogate ad utenti esterni da valutare secondo analisi di efficacia quantitativa e tempestività rispetto alle esigenze dell'utenza in termini di appropriatezza e urgenza	Questi servizi si caratterizzano per una notevole rilevanza nell'ambito dell'attività dell'Istituto.
SOGGETTI COINVOLTI NEL PROCESSO DI VALUTAZIONE PARTECIPATIVA	Popolazione potenzialmente utente dell'Istituto (ultra 65 enne).	L'estrema numerosità dei soggetti interessati a tale percorso nonché le sue caratteristiche (popolazione anziana e fragile) che non favoriscono l'utilizzo delle moderne tecnologie impongono necessariamente l'intervento di soggetti "intermedi" di rappresentanza appositamente costituiti quali Comitato di partecipazione, Rappresentanti di Cittadinanzattiva, Organizzazioni sindacali
	Regione	Partecipazione esplicitata tramite Dirigenti e/o funzionari specificatamente competenti in materia e
	Direzione Medica di Presidio	Soggetto aziendale deputato all'organizzazione complessiva dei servizi erogati e alla gestione dei tempi di attesa.

	Direzione Amministrativa di Presidio	Soggetto aziendale deputato al supporto tecnico logistico legato all'organizzazione dei servizi erogati.
	UO Formazione e Comunicazione	Soggetto responsabile del processo di valutazione partecipativa visto il ruolo di gestione e interlocuzione con le diverse organizzazioni rappresentate della popolazione
MODALITA' DI REALIZZAZIONE DELLA VALUTAZIONE PARTECIPATIVA	A seguito delle attività 2021 che ha visto a livello aziendale un confronto tra le diverse parti coinvolte, posto alla valutazione dell'attuazione delle azioni di governo previste per la gestione delle liste di attesa in base ai dati disponibili a livello regionale, è emersa la necessità di focalizzarsi principalmente sulla classe di prestazioni b, ovvero le urgenze differibili a 10 gg. Pertanto nel corso del 2022 le attività del tavolo di confronto verteranno sull'analisi di proposte operative volte al superamento della problematica descritta, in una logica di coinvolgimento di tutti gli attori interessati.	Il tavolo regionale attua le sue analisi secondo i criteri definiti dal Decreto 5/ATS 2019 e utilizzando i dati mensilmente rappresentati nelle apposite sezioni dei diversi siti aziendali
UTILIZZO DEL "RITORNO" DELLA VALUTAZIONE PARTECIPATIVA	Il tavolo di analisi ha tra i suoi compiti l'individuazione di possibili interventi correttivi al fine di dare piena attuazione alle azioni di governo previste per la gestione delle liste di attesa, nonché la costruzione e l'implementazione di strategie informative rivolte alla popolazione	
RIFLESSI SULLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA	I "ritorni" sopra descritti troveranno riflesso nell'ambito della performance organizzativa attraverso l'assegnazione di obiettivi di budget diversificati a seconda delle UU.OO. Nello specifico obiettivi di incremento e/o diversificazione delle attività ambulatoriali alle UU.OO. erogatrici di servizi, obiettivi di modifica dell'organizzazione delle attività alla DMPO e alla DAPO per il suo ruolo di supporto, obiettivi di attività di comunicazione e diffusione alla popolazione	
STRUMENTI E METODI ADOTTATI	Tra gli strumenti adottati si segnala: - Il tavolo di monitoraggio regionale con cadenza infrannuale	

	- Periodici incontri aziendali tra i soggetti deputati al governo delle liste di attesa, la Direzione aziendale, le associazioni dei cittadini per il monitoraggio specifico di quanto individuato a livello di tavolo regionale	
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Le fasi ed i soggetti del processo della Performance

Fasi e Tempi del Budget 2022

Il processo di budgeting, la programmazione delle assunzioni, il piano di formazione, i progetti direzionali, il piano degli investimenti tecnologici e le progettualità trasversali a diretto governo della Direzione rappresentano in realtà un unicum nel governo aziendale. A tal fine per quanto possibile i diversi processi sottostanti a tali ambiti dovranno cercare di avviarsi e concludersi nello stesso periodo di tempo.

Il calendario del budget 2022 è il seguente:

- 17 novembre 2021: invio delle linee guida del budget e della scheda per la presentazione di proposte per investimenti;
- Entro il 31 dicembre 2021: Presentazione delle proposte da parte delle UUOO / Dipartimenti;
- Entro 10 febbraio 2022: Analisi delle proposte presentate e primi ritorni da parte della Direzione alle UU.OO.;
- Entro 15 maggio 2022: negoziazione finale e sottoscrizione obiettivi di budget 2022.

Fino alla conclusione del percorso di budget 2022 va inteso che per ciascuna unità operativa gli obiettivi quantitativi devono essere considerati pari a quelli del 2019, ovviamente riproporzionati in base al periodo temporale di riferimento. Il processo di budgeting, la programmazione delle assunzioni, il piano di formazione, i progetti direzionali, le Risorse Aggiuntive Regionali, il piano degli investimenti tecnologici e le progettualità trasversali a diretto governo della Direzione rappresentano in realtà un unicum nel governo aziendale. A tal fine per quanto possibile i diversi processi sottostanti a tali ambiti dovranno cercare di avviarsi e concludersi nello stesso periodo di tempo.

ANTICORRUZIONE

Sezione Anticorruzione - Piano Triennale per la Trasparenza e la Prevenzione della Corruzione 2022-2024

IL SISTEMA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE DELL'ISTITUTO

I fenomeni corruttivi compromettono significativamente il processo di creazione di valore della pubblica amministrazione.

L'impatto del manifestarsi di un fenomeno corruttivo in un'azienda sanitaria è a vari livelli. Senza dubbio il danno economico è la conseguenza più immediata, ma probabilmente non la più grave perché può essere pregiudicata la qualità dei servizi offerti e minata la fiducia degli utenti.

La normativa c.d. "Anticorruzione" recependo il dettato del Legislatore Europeo, è intervenuta definendo un approccio di carattere preventivo che richiede l'adozione di metodi e strumenti tipici del risk management e il coinvolgimento dell'intera organizzazione.

Il passaggio ulteriore è costituito dalle più recenti disposizioni normative con la quali il Legislatore ha inteso ribadire come la programmazione di ciascuna amministrazione pubblica deve necessariamente ricondursi ad un unicum di cui le diverse aree non sono che “esplosioni” del comune obiettivo di accrescere e tutelare il valore pubblico.

In quest’ottica il sistema per la prevenzione della corruzione ha come funzione specifica la tutela che all’INRCA è implementata attraverso il seguente modello operativo e funzionale.

- **Il responsabile per la trasparenza e la prevenzione della corruzione** (di seguito anche RTPC), nominato con determina del Direttore Generale, propone alla Direzione Aziendale le azioni di prevenzione, definisce i percorsi di formazione e diffusione della cultura dell’etica della legalità, assicura le condizioni per l’esercizio del diritto di accesso civico;
- **i referenti per la prevenzione della corruzione**, nominati con il presente Piano, collaborano con il RTPC nell’implementazione del sistema della trasparenza e dell’anticorruzione dell’Istituto e hanno un ruolo fondamentale nel monitorare i processi e valutare eventuali nuovi profili di rischio.

In particolare i referenti, ciascuno per l’area di rispettiva competenza:

- supportano il RTPC nella mappatura dei rischi di corruzione;
 - vigilano sull’applicazione delle norme “anticorruzione”, collaborando con il RTPC nella definizione e implementazione delle misure per la prevenzione della corruzione e nella verifica dell’efficace attuazione del PTTTC;
 - contribuiscono, nel loro ambito di competenza, a divulgare i contenuti del Piano e del Codice Etico Comportamentale e a promuovere l’etica e la legalità;
 - assicurano l’adempimento degli obblighi di pubblicazione dei dati e delle informazioni processate dalla propria Unità Operativa (di seguito anche UO) o comunque di competenza della stessa;
 - segnalano al RTPC le eventuali non conformità, sia di natura tecnica che di altro genere e ogni altro elemento che possa rappresentare anche potenzialmente un fattore di rischio o un indicatore di eventuali eventi corruttivi.
- **i referenti per la trasparenza**, nominati con il presente Piano, assicurano, nel loro ambito di competenza, l’assolvimento degli obblighi di trasparenza previsti dalla normativa vigente.

Fatti salvi i ruoli specifici sopra delineati, il coinvolgimento di tutti i dipendenti nell’azione di prevenzione della corruzione è fondamentale per il conseguimento degli obiettivi del Piano. La partecipazione dei dipendenti dell’Istituto è assicurata, oltre che dal RTPC attraverso la formazione generale e incontri specifici, anche attraverso un processo “a cascata” che coinvolge **i responsabili delle unità operative complesse e semplici dipartimentali**, i quali devono assicurare la piena conoscenza da parte dei collaboratori dei principi e delle prescrizioni contenute nel presente Piano, la conformità dei procedimenti e delle attività di competenza alla normativa anticorruzione e al PTTTC e, nell’ambito della loro potestà organizzativa, adottano misure atte a prevenire situazioni e atteggiamenti volti al perseguimento dell’interesse personale e che, a prescindere dalla loro rilevanza penale o disciplinare, siano causa di inefficienza o minore efficacia.

ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO E DEL CONTESTO INTERNO

Il contesto in cui opera l’Istituto, lo espone, al pari degli altri IRCSS e delle aziende sanitarie, a rischi particolari, dovuti alla complessità dei processi assistenziali, alle notevoli risorse che ad essi vengono destinate, alle varie forme di rapporto con il mondo privato (allegato n.3), alla relativa “fragilità” del principale portatore di interesse: l’utente cui deve essere garantito il bene primario della salute.

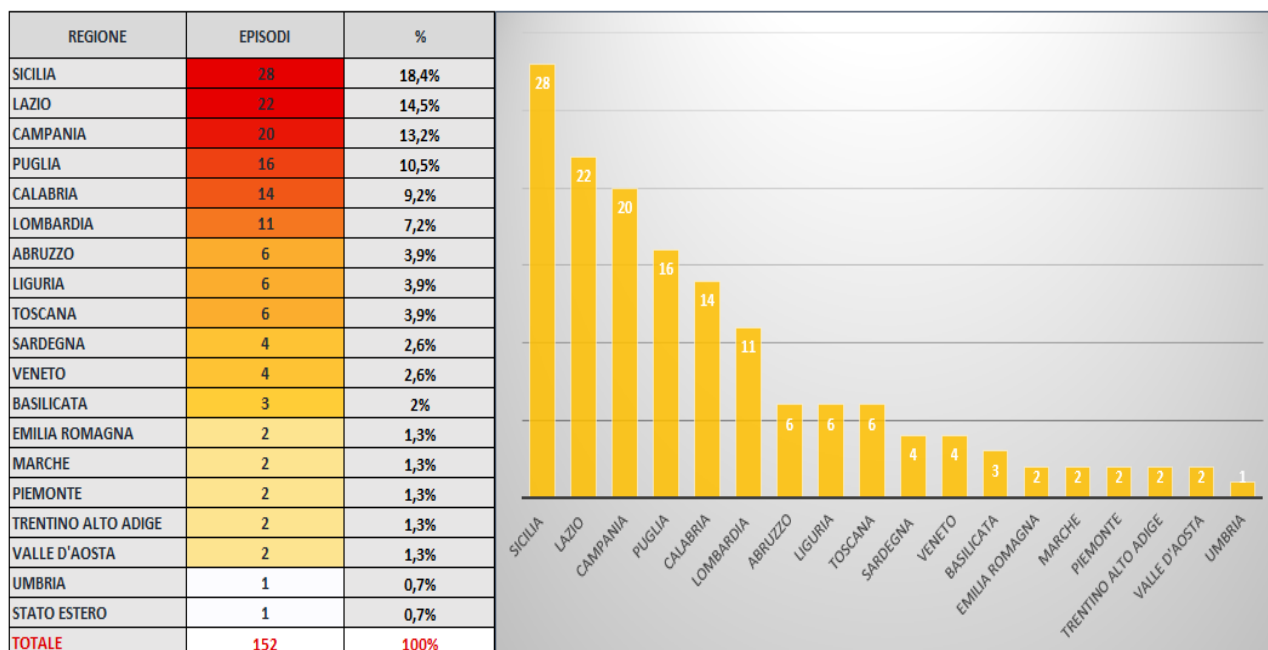
Le maggiori criticità derivanti dal contesto esterno sono riconducibili alle possibili pressioni e influenze esterne derivanti dai rapporti con i diversi portatori di interessi pubblici e privati, che anche quando non sono “contra legem”, possono comunque essere prodromici a situazioni di potenziale conflitto di interessi.

Tali rapporti, nel caso specifico della sanità, possono interessare direttamente anche i professionisti sanitari, in virtù dell’autonomia professionale che viene ad essi riconosciuta in quanto insita nel ruolo. Ciò richiede un’azione preventiva articolata su più fronti: da un lato contestualizzare il più possibile il sistema delle regole, in modo tale da determinare comportamenti il più possibile omogenei, dall’altro potenziare il sistema di monitoraggio al fine di scoraggiare eventuali comportamenti devianti.

E’ quanto emerge dall’ultimo rapporto ANAC “La corruzione in Italia (2016-2019): Numeri, luoghi e contropartite del malaffare”, che vede il settore della Sanità al terzo posto per presenza di fenomeni corruttivi.

La regione Marche, dove L’Istituto è maggiormente presente, si colloca nella fascia bassa della distribuzione dei fenomeni corruttivi con una percentuale pari al 1,3% degli episodi di corruzione rilevati in Italia nel periodo di riferimento, mentre le Regioni Lombardia e Calabria sono nella fascia alta (Tab.1).

Tab.1 Distribuzione territoriale degli episodi di corruzione – anni 2016-2019



Fonte: ANAC *La corruzione in Italia (2016-2019): Numeri, luoghi e contropartite del malaffare*

Secondo il rapporto ANAC Il denaro rappresenta il principale strumento di corruzione (48% dei casi esaminati) sovente per importi esigui (2.000-3.000 euro) e talvolta in percentuale fissa sul valore dell’appalto. Si configura come nuovo terreno della concussione il posto di lavoro per famigliari e altri soggetti legati al corrotto, nonché l’assegnazione di prestazioni professionali, specialmente sotto forma di consulenze conferite a entità giuridiche riconducibili direttamente o indirettamente al corrotto.

La relazione presentata in occasione dell’inaugurazione dell’anno giudiziario dal Procuratore Regionale della Corte dei Conti per le Marche descrive “... una amministrazione e un tessuto economico sostanzialmente sani ma non privi di criticità, che derivano più da comportamenti individuali che da fenomeni criminali organizzati..... In tal senso non va sottovalutata l’evidenza, già registrata, di nuovi fenomeni corruttivi nei quali risulta smaterializzata la dazione di denaro quale prezzo del reato, in favore di diverse altre utilità come

il conferimento di incarichi, l'assegnazione di un posto di lavoro, la prestazione di lavori e servizi di varia natura a beneficio del corrotto o dei soggetti al medesimo legati o riconducibili"

Fra le decisioni assunte dalla Corte, degna di nota è la Sentenza n.172/2021 relativa ad un Dirigente medico in servizio presso un ospedale delle Marche per aver svolto, negli anni dal 2006 al 2009, incarichi retribuiti da terzi committenti, in assenza della prescritta autorizzazione dell'Amministrazione di appartenenza, contestata quindi la violazione "dei doveri di esclusività e di fedeltà del pubblico dipendente" discendenti dall'art. 53, co. 6 e 7, del d.lgs. n. 165/2001

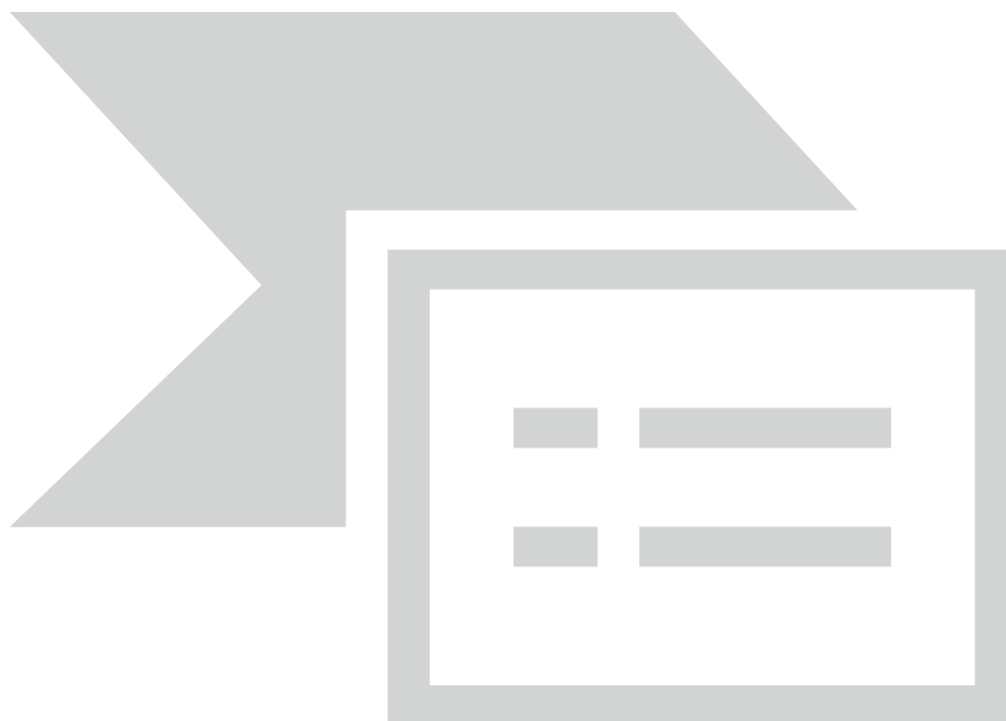
In base ai dati presentati dal Procuratore Generale della Repubblica presso la Corte di Appello di Ancona in occasione dell'inaugurazione dell'anno giudiziario 2022, risulta una riduzione del 20% delle denunce di reato nelle fattispecie dei delitti contro la Pubblica Amministrazione, che sono passate da 1437 al 30.06.2019 a 1271 al 30.06.2021. In particolare, di queste 14 sono ascrivibili a reati di corruzione, 6 a concussione, 43 a peculato, 188 a malversazione a danno dello Stato e indebita percezione di contributi.

Relativamente al contesto interno, nel corso del precedente triennio non sono stati adottati procedimenti disciplinari in relazione a comportamenti ascrivibili a reati della sfera corruttiva né si è reso necessario il ricorso a interventi straordinari rotazione. Non sono inoltre pervenute all'attenzione del RTPC segnalazioni dai dipendenti né da soggetti esterni.

Per ulteriori dati di contesto si rimanda alla relazione del RTPC, pubblicata nella sezione Amministrazione Trasparente (<https://www.inrca.it/inrca/MODSHARE/?ID=1162>)

VALUTAZIONE DEL RISCHIO E MISURE SPECIFICHE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

L'approccio di valutazione del rischio corruttivo si innesta nel più ampio sistema di gestione della qualità (QSM) a norma **UNI EN ISO 9001:2015**, secondo il modello generale di Risk Management (c.d. Ciclo di Deming),



In base agli elementi e alle informazioni a disposizione, le aree di attività vengono analizzate con riferimento alla probabilità con cui si stima possano verificarsi eventuali fenomeni corruttivi e all'impatto che tali fenomeni avrebbero sul del valore pubblico creato dall'Istituto, secondo lo schema seguente

		Probabilità		
		bassa	media	alta
Impatto	alto	RM	RMA	RA
	medio	RMB	RM	RMA
	basso	RB	RMB	RM

Dove: **RB: rischio basso**, **RMB: rischio medio basso**, **RM: rischio medio**, **RMA: rischio medio alto**, **RA: rischio alto**

L'allegato n.2 riporta La mappatura dei macro-processi ritenuti rilevanti ai fini della prevenzione della corruzione, la valutazione del rischio e la definizione delle azioni da intraprendere nel triennio 2022-2024

LE MISURE DI CARATTERE GENERALE ATTE A PREVENIRE IL RISCHIO DI CORRUZIONE

L'allegato n.3 descrive in dettaglio le misure preventive di carattere generale atte a prevenire il rischio di corruzione, previste anche nel Codice Etico Comportamentale che costituisce parte integrante del presente Piano (allegato n.4).

Le misure comportamentali previste nel Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici (DPR n.62/2013) e nel Codice Etico Comportamentale dell'Istituto devono essere rispettate oltre che da tutti i dipendenti, sia a tempo indeterminato che determinato, sia strutturati che in posizione di comando, da coloro che hanno con l'INRCA un rapporto di collaborazione o consulenza: borsisti, tirocinanti, specializzandi, nonché dai soggetti alle dipendenze di soggetti giuridici che operano all'interno dell'Istituto in quanto titolari di contratti di appalto o convenzionali.

L'eventuale violazione del Codice Etico Comportamentale costituisce illecito disciplinare ai sensi dell'art. 1, c. 14, l. 190/2012.

Di seguito vengono specificate le aree tematiche interessate dalle misure generali e sinteticamente riportate nell'allegato n.3

Inconferibilità di incarichi e funzioni In presenza di condanna

a) *In presenza di condanne:* Ai sensi dell'art. 35 bis del d.lgs.165/2001 coloro che sono stati condannati,

anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale:

- b) *non possono fare parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;*
- c) *non possono essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati;*
- d) *non possono fare parte delle commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.*

Al fine di consentire all'Amministrazione acquisire la conoscenza di tali situazioni, i dipendenti interessati da provvedimenti di rinvio a giudizio in procedimenti penali hanno l'obbligo di informare tempestivamente il proprio dirigente. La Direzione Aziendale è tenuta alla revoca dell'incarico dirigenziale, ovvero il dirigente è tenuto al trasferimento del dipendente ad altro ufficio/attività qualora si rilevino elementi di natura corruttiva (art. 16, co. 1, lett. I-quater, d.lgs.165/2001). L'atto con il quale si dispone lo spostamento deve contenere un'adeguata motivazione, in modo da poter evincere che il provvedimento risponde ad una corretta applicazione della norma e non ad altre finalità.

Qualora, a seguito di controlli, si accertasse la non veridicità delle dichiarazioni rese di assenza di cause di inconferibilità, verrà data comunicazione formale al RTPC e all'UPD e gli interessati saranno soggetti a responsabilità disciplinare oltre alla segnalazione, se ne sussistono le condizioni, all'autorità giudiziaria.

Inconferibilità e incompatibilità di incarichi dirigenziali

Ai dirigenti pubblici si applica la disciplina generale delle incompatibilità dei dipendenti pubblici (art. 53 del d. Lgs 165/2001 modificato dalla l.190/2012).

Il quadro normativo prevede inoltre una disciplina specifica della materia delle inconferibilità ed incompatibilità degli incarichi dirigenziali, **funzionale alla prevenzione di fenomeni di corruzione.**

Il [d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39](#), adottato in attuazione della delega contenuta nei commi 49 e 50 dell'art. l.190/2012, ha previsto la fattispecie di **inconferibilità**, cioè di preclusione, permanente o temporanea, a conferire gli incarichi a coloro che abbiano svolto incarichi o ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati da pubbliche amministrazioni o svolto attività professionali a favore di questi ultimi, a coloro che siano stati componenti di organi di indirizzo politico;

Qualora la situazione sopra descritta emergesse successivamente al conferimento dell'incarico, vi è l'obbligo per l'interessato di rinunciare all'incarico esterno incompatibile, pena la decadenza dall'incarico istituzionale.

All'atto del conferimento dell'incarico i vertici aziendali e i dirigenti dell'Istituto titolari di incarichi di struttura complessa o semplice dipartimentale (parere Delibera n. 58/2013) presentano una dichiarazione. Qualora venisse accertata la non veridicità delle dichiarazioni rese, l'U.O. competente ne dovrà dare informativa formale al RTPC che provvede a contestare all'interessato l'esistenza della situazione di incompatibilità, dandone comunicazione alla Direzione conferente l'incarico e all'UPD ai fini dell'accertamento e della eventuale responsabilità disciplinare.

Il RTPC, una volta accertata la violazione delle disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità, ai sensi dell'art.15 del d.lgs.n.39/2013 provvede a segnalare il caso all'ANAC, 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.

Gli atti di conferimento di incarichi adottati o mantenuti in violazione delle disposizioni del d.lgs.n.39/2013 e i relativi contratti sono nulli.

Ferma restando ogni altra responsabilità, la dichiarazione mendace comporta l'inconferibilità di qualsivoglia incarico per un periodo di 5 anni.

L'atto di accertamento della violazione delle disposizioni di cui al d.lgs. n.39/2013 è pubblicato sul sito dell'Istituto.

Conflitto di interesse in attività e incarichi istituzionali

L'art. 6-bis della legge n. 241/1990, introdotto dalla legge n. 190/2012 (art. 1, c. 41), dispone che *“il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale devono astenersi in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale”*. Tale obbligo è altresì previsto nel Codice di Comportamento dei Dipendenti Pubblici di cui al D.P.R. n.62/2013 (di seguito anche Codice).

La segnalazione dell'eventuale conflitto di interesse dovrà avvenire tempestivamente

La violazione sostanziale della norma, che si realizza con la mancata segnalazione e il conseguente compimento di un atto illegittimo, dà luogo a responsabilità disciplinare del dipendente, oltre a poter costituire fonte di illegittimità del procedimento e del provvedimento conclusivo dello stesso.

Conflitto di interesse in incarichi extra-istituzionali

La legge n. 190/2012 è intervenuta a modificare (art.1 c.42) anche il regime dello svolgimento degli incarichi extra istituzionali da parte dei dipendenti pubblici, contenuto nell'art. 53 del d.lgs. n. 165/2001, ponendo un focus particolare sul tema del conflitto di interessi.

Tale norma è ripresa nel Codice Etico Comportamentale dell'Istituto che prevede, in fase autorizzativa, la verifica delle eventuali situazioni di conflitto di interesse:

Un'ulteriore misura consiste nella pubblicazione e trasmissione DFP in via telematica, ai sensi del c. 12 del predetto art. 53, degli incarichi autorizzati e quelli conferiti, anche a titolo gratuito ai propri dipendenti.

Patti di integrità negli affidamenti e segnalazione di influenze illecite

In attuazione dell'art. 1, c. 17, della legge 190/2012, con specifico riferimento all'affidamento di lavori, forniture e servizi ai sensi del d.lgs n.50/2016, le UO Acquisizione Beni e servizi e Logistica e Attività Tecniche/Nuove Opere/Patrimonio provvedono ad inserire nella documentazione di gara, negli avvisi, bandi di gara o lettere di invito, nei contratti di fornitura il patto di integrità, secondo lo standard approvato con la Determina n. 219/DGEN del 9 giugno 2017, nonché specifiche clausole di salvaguardia in merito alla conoscenza e al rispetto dei principi contenuti nel presente Piano e nel Codice Etico Comportamentale, comportanti anche penalità economiche, fino alla risoluzione o decadenza del rapporto nei casi più gravi di violazione degli obblighi da essi derivanti.

I dipendenti che partecipano con il ruolo di RUP, progettista, membro di commissione, direttore esecutore del contratto, segnalano al dirigente dell'U.O. eventuali non conformità o la percezione di influenze o di conflitti di interesse, che potrebbero inficiare il procedimento e l'esito della valutazione.

Il presidente della commissione al termine dei lavori sottoscrive una dichiarazione, da mantenere agli atti del procedimento a cura del responsabile, in cui attesta che i lavori della commissione si sono svolti regolarmente e in modo totalmente libero da influenze.

Rotazione del personale

La L.190/2012, art. 1 c.7 introduce, quale misura preventiva, la c.d. “rotazione ordinaria” degli incarichi nelle aree considerate a maggiore rischio corruttivo.

La rotazione è applicata sia a fini di miglioramento organizzativo che per prevenire il costituirsi di legami personali consolidati, potenzialmente prodromici ad eventi corruttivi e riguarda sia i dirigenti amministrativi, con particolare riferimento agli incarichi in scadenza e quelli attribuiti su posizione vacante come “facenti funzione”, che, ove possibile, i funzionari operanti nelle aree a maggior rischio di corruzione, applicando anche la c.d. “rotazione funzionale” nell’ambito della stessa unità operativa.

Della rotazione, qualora questa modifichi sostanzialmente l’attribuzione delle mansioni, deve essere data preventiva e adeguata informazione alle organizzazioni sindacali, al fine di consentire la presentazione di osservazioni e proposte.

Come indicato dall’ANAC, la rotazione interessa anche la figura del RTPC.

La rotazione rappresenta inoltre una misura obbligatoria di carattere straordinario nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva (art.16 c.1, l.l-quater del d.lgs. 165/2001).

Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro – il c.d. “pantouflage”

L’art. 1, c.42, lett. l) della l. 190/2012, contempla l’ipotesi relativa alla cd. incompatibilità “successiva al rapporto di lavoro con la pubblica amministrazione” (il c.d. “pantouflage”) introducendo all’art. 53 del d.lgs. 165/2001, il co. 16-ter, “ *I dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autorizzativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all’articolo 1, c. 2, non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell’attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal presente c. sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti*”

A tale proposito è intervenuta l’ANAC con l’orientamento n.24 del 21 ottobre 2015 che recita nel modo seguente: “*Le prescrizioni ed i divieti contenuti nell’art. 53, c. 16-ter, del d.lgs. 165/2001, che fissa la regola del c.d. pantouflage, trovano applicazione non solo ai dipendenti che esercitano i poteri autoritativi e negoziali per conto della PA, ma anche ai dipendenti che - pur non esercitando concretamente ed effettivamente tali poteri - sono tuttavia competenti ad elaborare atti endoprocedimentali obbligatori (pareri, certificazioni, perizie) che incidono in maniera determinante sul contenuto del provvedimento finale, ancorché redatto e sottoscritto dal funzionario competente*”

In attuazione del predetto c. sono in vigore presso l’INRCA le seguenti misure:

1. nei contratti di assunzione del personale a tempo indeterminato **è inserita la clausola** che prevede l’impegno al rispetto del divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con il contributo e/o l’apporto decisionale del dipendente;
2. nei bandi di gara è inserita la condizione soggettiva, **da autocertificare a cura del legale rappresentante, pena l’esclusione dalla procedure di affidamento**, di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi di alcun genere nel triennio successivo alla cessazione del rapporto di lavoro con la pubblica amministrazione a soggetti che, in qualità di pubblici dipendenti hanno esercitato poteri autorizzativi o negoziali in procedimenti che hanno interessato la ditta. I contratti stipulati in violazione dell’art. 53 c. 16 ter del d.lgs.165/2001 sono nulli, pertanto l’Istituto agirà in giudizio per ottenere il risarcimento del danno derivante da tale effetto.

Le segnalazioni di illeciti – procedura e tutele

Fermo restando quanto previsto dal combinato disposto dell'art. 331 del CPP e degli artt. 361 e 362 del CP in materia di obbligo di denuncia all'autorità giudiziaria, il dipendente ha il dovere di segnalare eventuali condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro, fornendo elementi quanto più possibile circostanziati in merito ai fatti.

Il dipendente può effettuare la segnalazione, corredata di tutte le informazioni utili per individuare l'autore o gli autori delle condotte illecite e le circostanze del fatto, al proprio dirigente di riferimento o, qualora il fatto configuri un fenomeno corruttivo, direttamente al RTPC. La segnalazione può avvenire mediante una dichiarazione in presenza, da acquisire agli atti con apposito verbale, l'invio di una nota cartacea o tramite la procedura informatizzata in uso presso l'INRCA, che assicura al segnalante l'anonimato nei confronti di soggetti diversi dal RTPC.

Analoga procedura informatizzata è disponibile anche per i soggetti esterni mediante il link che rimanda alla pagina: <https://www.inrca.it/inrca/Whistleblow.asp>

La segnalazione deve essere trasmessa tempestivamente dal RTPC, in forma anonimizzata all'UPD, che valuta la gravità del caso e, se sussistono gli elementi, avvia i procedimenti di competenza.

Ai sensi dell'art.1, c.51, della l. 190/2012, della legge, 30 novembre 2017 n. 179, e del Codice Etico Comportamentale dell'Istituto, il dirigente o chi altri riceva la segnalazione deve adottare opportuni accorgimenti tecnici affinché siano assicurati:

- la tutela l'anonimato;
- la sottrazione della denuncia al diritto di accesso
- il divieto di discriminazione nei confronti del whistleblower.

Il dipendente che ritiene di aver subito una discriminazione, per il fatto di aver effettuato una segnalazione di illecito, deve dare notizia circostanziata dell'avvenuta discriminazione al RTPC.

E' fatta salva le perseguibilità a fronte di responsabilità penali per calunnia o diffamazione e civili per il danno ingiustamente cagionato.

Formazione e informazione

Al fine di favorire l'affermazione di una cultura diffusa dell'etica e della legalità, l'Istituto ha avviato fin dal 2013 percorsi di formazione specifici e differenziati in rapporto al profilo dei soggetti individuati come destinatari.

Le attività di formazione e di aggiornamento hanno avuto nel corso del tempo contenuti sempre più specifici e differenziati rispetto alla platea di riferimento, basati su dati esperienziali e della più recente giurisprudenza, oltre che dell'evoluzione normativa, in modo da assicurare la massima copertura formativa e informativa a tutti coloro che nell'Istituto sono a vario titolo coinvolti nell'attività di prevenzione e di contrasto del rischio di corruzione.

Riguardo alle metodologie, nei primi anni di applicazione della norma è stata erogata una formazione finalizzata soprattutto alla divulgazione. Dal 2016, è stato adottato un diverso modello, che prevede formazione su argomenti specifici, effettuata anche su proposta dei dirigenti delle U.O. amministrative.

Dal 2020, l'emergenza COVID ha richiesto l'approfondimento di tematiche specifiche corretta applicazione del c.d. "Decreto Semplificazioni", pertanto è stata realizzata una formazione centrata in particolare sui processi di acquisto, che proseguirà anche nel triennio 2022-2024.

Per i neoassunti e in generale per tutti i dipendenti il RPCT in fase di analisi del fabbisogno formativo ha previsto un percorso formativo di base per l'aggiornamento sulle norme in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione.

Per i dettagli si rimanda al Piano Formativo Aziendale e alla sezione specifica del presente PIAO dedicata alla formazione.

Un'informativa specifica riguarda il Codice Etico Comportamentale dell'Istituto di cui è prevista la consegna "virtuale", tramite indicazione del link di pubblicazione, a neo assunti, consulenti e collaboratori, fornitori fin dalle fasi di avvio della procedura di reclutamento/appalto, con acquisizione della dichiarazione di presa d'atto.

Inoltre, ai sensi del DPR n.62/2013, negli atti di incarico o nei contratti di acquisizioni delle collaborazioni, delle consulenze o dei servizi, sono inserite apposite disposizioni o clausole di risoluzione o decadenza del rapporto in caso di violazione degli obblighi derivanti dal Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici e dal Codice Etico Comportamentale dell'Istituto.

Informativa al RTPC - La L.190/2012, art. 1, c. 9, lettera c), prevede nei confronti del RTPC specifici obblighi di informazione e segnalazione.

In particolare, i referenti per la prevenzione della corruzione, nonché gli altri dirigenti responsabili di U.O., hanno l'obbligo di informare tempestivamente RTPC qualora emergano circostanze che richiedano un intervento dello stesso ai sensi della normativa vigente.

In particolare essi sono chiamati a:

- segnalare eventuali non conformità, sia di natura tecnica che di altro genere, e ogni elemento che possa rappresentare anche potenzialmente un fattore di rischio o un indicatore di eventuali eventi corruttivi;
- trasmettere formalmente e tempestivamente informativa in merito alle situazioni di inconferibilità e incompatibilità, nonché le segnalazioni ad essi pervenute di comportamenti illeciti, queste ultime andranno comunicate con la stessa nota anche all'UPD.

La mancata informativa al RTPC o la mancata risposta alle richieste di contatto potrà essere suscettibile di azione disciplinare.

I referenti collaborano con il RTPC nella stesura del PTTTPC e nel monitoraggio delle misure in esso contenute. A tal fine i referenti presentano **entro il 30 novembre** una relazione sull'implementazione del PTTTPC nell'ambito della propria Unità Operativa e dei procedimenti gestiti, segnando eventuali criticità e formulando proposte di miglioramento.

Trasparenza

I dati aperti delle pubbliche amministrazioni sono un patrimonio il cui valore probabilmente non è ancora compreso nella sua pienezza ma che le organizzazioni pubbliche hanno il dovere di massimizzare per supportare il processo decisionale dei singoli cittadini e delle organizzazioni complesse.

Ciò implica lo sforzo di rendere le informazioni il più possibile fruibili, obiettivo questo certamente da perseguire a livello di singola amministrazione ma raggiungibile in modo ancor più efficace attraverso appositi portali, sistemi centralizzati e piattaforme integrate che rendano i dati di realtà analoghe confrontabili supportata e facilitata con e piattaforme, come previsto, ma non ancora del tutto attuato, dal D.Lgs 97/2016.

Questo processo virtuoso può portare alla creazione di valore pubblico, attraverso la facilitazione dei processi decisionali individuali e una maggiore partecipazione collettiva alla gestione della "cosa pubblica", già auspicata dal Legislatore fin dalla riforma D.Lgs.n.50/2009, con ricadute in termini di miglioramento e

l'innovazione dei servizi e dei processi produttivi, tenendo sempre in primo piano l'esigenza di tutelare la privacy ed evitare il rischio di utilizzo massivo dei dati.

Nel nostro Istituto la "Trasparenza" pur nella difficoltà dell'operare in un regime "isorisorse", è un percorso in continua evoluzione, basato sulla condivisione interna di criteri e regole di funzionamento.

Spina dorsale del sistema è la rete dei referenti per la trasparenza e dei responsabili per la pubblicazione, costituita nel 2013 su proposta del RTPC. La rete viene aggiornata annualmente con l'approvazione del PTTPC. I responsabili della pubblicazione, operano direttamente con proprie credenziali di accesso in modalità "back-office", nei casi in cui la tipologia e/o la mole di dati da pubblicare lo richiede, la pubblicazione avviene con il supporto dei sistemi informativi aziendali. I referenti per la Trasparenza coordinano le attività di pubblicazione e sono responsabili della correttezza e dell'aggiornamento dei dati detenuti e processati dall'unità operativa di appartenenza.

I dirigenti responsabili delle strutture competenti per la pubblicazione dei dati garantiscono, ai sensi della normativa vigente in materia e del PTTPC, il tempestivo e regolare flusso delle informazioni e il rispetto dei termini stabiliti dalla normativa.

Il bilanciamento tra il diritto all'informazione e la tutela della privacy è garantito mediante un'adeguata formazione degli operatori, direttamente coordinata dal Responsabile della protezione dei dati personali (DPO) e da apposite soluzioni tecniche per la protezione dei dati, adottate in base al Regolamento generale 2016/679|GDPR e al regolamento applicativo dell'Istituto (Determina n.32/DGEN del 04/02/2019).

Nell'allegato n.5 al presente Piano sono definiti nel dettaglio ruoli e responsabilità.

Il RTPC effettua con cadenza trimestrale, controlli a campione su subset di informazioni, coinvolgendo, se necessario, i referenti e i dirigenti delle strutture competenti alla pubblicazione dei dati. Il RTPC evidenzia le eventuali anomalie ai sensi dell'art.43 del D.lgs. n.33/2013.

L'attività di monitoraggio del RTPC è funzionale alla verifica degli obiettivi di trasparenza definiti dalla Direzione Aziendale ai fini della valutazione della performance.

Accesso civico

Il legislatore garantisce a tutti i cittadini l'accesso alle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni e riconosce loro, attraverso una rinnovata facoltà di "accesso civico", un ruolo attivo nel controllo democratico sull'operato della pubblica amministrazione, per il perseguimento dei comuni principi di legalità, correttezza, efficienza ed economicità.

Con l'introduzione del c.d. accesso civico generalizzato i confini del diritto di accesso si sono ampliati, prevedendo il diritto per chiunque e senza obbligo di motivazione di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni.

Di seguito sono schematizzati i ruoli e le responsabilità in materia di diritto di accesso, in base al *Regolamento per l'esercizio del diritto di accesso ai documenti amministrativi e del diritto di accesso civico ai documenti, informazioni e dati detenuti dall'INRCA ai sensi del D.lgs. 25 maggio 2016 n.97* . (determina n.368/DGEN/2016)

	Acquisizione richiesta di accesso	Gestione richiesta di accesso	Notifica ai contro interessati	Tenuta e pubblicazione registro degli accessi	Acquisizione istanze di riesame richieste di accesso civico
URP	X				
UU.OO. responsabili del procedimento	X	X	X		
U.O. Affari Generali	X			X	
RTPC	X				X

I dati relativi all'accesso sono sintetizzati nell'apposito Registro pubblicato in Amministrazione Trasparente - "Altri contenuti – accesso civico" (<https://www.inrca.it/inrca/MODSHARE/?ID=939>)

Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile

La gestione del rischio di corruzione nel modello definito dal Legislatore è un processo trasparente ed inclusivo che prevede il coinvolgimento dell'utenza e l'ascolto della cittadinanza. In questo contesto, si collocano le azioni di sensibilizzazione, che sono volte a creare dialogo con l'esterno per implementare un rapporto di fiducia e che possono portare all'emersione di fenomeni corruttivi altrimenti "silenti".

Il luogo naturale per il confronto è il Comitato di Partecipazione, ove sono rappresentate le associazioni di cittadini e utenti interessate all'attività dell'Istituto, con il quale l'Istituto regolarmente condivide i principi e le linee di indirizzo della programmazione.

La partecipazione dei cittadini è realizzata, oltre che attraverso la realizzazione di eventi, primo fra tutti la "Giornata della Trasparenza", anche mediante il sito web dell'Istituto e i social network che rappresentano le piattaforme permanenti di dialogo con l'intera cittadinanza, per acquisire osservazioni e istanze e suggerimenti, in particolare in fase di pianificazione delle misure finalizzate alla trasparenza e alla prevenzione della corruzione.

Un ruolo chiave in questo ambito è svolto dagli Uffici Relazioni con il Pubblico (di seguito anche URP), che sono per missione istituzionale il primo punto di contatto con la cittadinanza. Gli URP, presenti nelle strutture ospedaliere dell'Istituto, raccolgono le istanze dei cittadini e collaborano con il RTPC e la Direzione Aziendale per l'adozione di iniziative e soluzioni organizzative utili a mantenere attivo il rapporto con l'utenza, anche ai fini di prevenzione della corruzione.

PTTPC 2022-2024 - Allegato n.1: Elenco dei referenti per la prevenzione della corruzione

Referente	U.O.
Dott.ssa Rita Arzeni	Sistemi Informativi e Tecnologie Informatiche e Telematiche
Dott. Roberto Di Ruscio	Affari Legali e Contenzioso
Ing. Giovanni Madeo	Attività Tecniche/Nuove Opere/Patrimonio
Dott.ssa Veruska Nardi	Acquisizione Beni e Servizi/Logistica

Dott.ssa Patrizia Pacenti	Amministrazione e Finanza
Dott.ssa Maria Grazia Palermi	Amministrazione Risorse Umane
Dott.ssa Micaela Tonucci	Affari Generali
Dott. Riccardo Luzi	Direttore Medico di Presidio INRCA Marche
Dott. Daniele Colombo	Direttore Medico di Presidio ff. INRCA Casatenovo
Dott. Luigi Pranno	Direttore Medico di Presidio ff. INRCA Cosenza

PTTPC 2022-2024 - Allegato n.2: processi rilevanti ai fini della prevenzione della corruzione valutazione del rischio e definizione delle misure								
Sub-processo	Rischi	misure di prevenzione	attuazione	U.O./soggetto responsabile	soggetto responsabile del monitoraggio	indicatori	monitoraggio	periodo monitoraggio
Area di attività: Appalti e Contratti - livello di rischio MEDIO-ALTO								
Selezione del contraente								
attribuzione dei ruoli: RUP/progettista/commissario di gara/direttore esecutore del contratto (DEC)	assenza di requisiti idonei ad assicurare la terzietà e l'indipendenza,	1-acquisizione dichiarazioni e verifica assenza di situazioni di conflitto di interesse e/o di incompatibilità ai sensi della L.190/2012 2	misura in essere	RUP	RTPC	presenza evidenze	controllo a campione (minimo 30% dei procedimenti)	2023
		2 - verifica carichi pendenti	misura in essere	RUP	RTPC	presenza evidenze	controllo a campione (minimo 30% dei procedimenti)	2022
definizione del capitolato tecnico (capitolato speciale: caratteristiche tecniche, definizione dei criteri per l'attribuzione dei punteggi e delle soglie di aggiudicazione, dei criteri di partecipazione e qualificazione	Criteri e clausole di contenuto vago o troppo specifico tali da limitare la concorrenza e favorire interessi particolari	1- adozione di modelli standardizzati	misura in essere	Progettista	RUP	presenza evidenze su n° ricorsi	raccolta evidenze da comunicare al RTPC	Triennio 2022-2024
		2 - dichiarazione di assenza di influenze progettista	misura in essere	RUP	RTPC		controllo a campione (minimo 30% dei procedimenti)	2022
Esecuzione del contratto								
ammissione di varianti	varianti o ridefinizione dei prezzi non motivati da necessità oggettive, solo al fine di agevolare l'aggiudicatario	procedura che prevede l'autorizzazione di varianti con apposita determina su proposta motivata e riscontrata dalle ipotesi normative	misura in essere	RUP/DEC	RTPC	Verifica presenza atto	controllo a campione (minimo 30% dei procedimenti)	2023
liquidazione degli stati di avanzamento e delle fatture di beni e servizi	liquidazione in assenza di verifica dell'esecuzione a regola d'arte e secondo le previsioni contrattuali	2 - segregazione delle attività di gestione, liquidazione e pagamento	misura in essere	DEC	RTPC	verifica effettiva applicazione		Triennio 2022-2024
		SAL regolari e corredati da evidenze documentali	misura in essere	DEC	RTPC	Verifica presenza SAL	controllo a campione (minimo 30% dei procedimenti)	2023
	liquidazione delle fatture in assenza di verifica della regolarità contributiva	Acquisizione dati DURC e relativa registrazione nel sistema informativo-contabile	misura in essere	assistente al DEC	RTPC	Verifica pagamenti in regola rispetto al DURC	controllo a campione (minimo 30% dei procedimenti)	2023
rispetto delle norme in materia di sicurezza	manca dei requisiti di sicurezza	DUVRI e verifiche da parte del SPP, ove richiesti	misura in essere	RUP/DEC	RTPC	Presenza DUVRI	controllo a campione (minimo 30% dei procedimenti)	2022
Area di attività: Acquisizione e gestione di personale e collaboratori - livello di rischio: MEDIO-ALTO								
Reclutamento personale a TI e TD e progressioni di carriera								
definizione del bando o dell' avviso per la selezione di personale	Requisiti di accesso "personalizzati"	Pubblicazione dei bandi secondo le norme di legge	misura in essere	Referente per la Trasparenza	RTPC	pubblicazione in Amministrazione Trasparente	controllo a campione (minimo 30% dei procedimenti)	2022
Costituzione delle commissioni	composizione della commissione di concorso/selezione atta ad agevolare particolari candidati	Pubblicazione degli atti del concorso (bando/avviso/determina di nomina della commissione/cv e dichiarazioni)	misura in essere	Responsabile del procedimento	RTPC	pubblicazione in Amministrazione Trasparente	controllo a campione (minimo 30% dei procedimenti)	2022
		Sorteggio dei componenti	misura in essere	Responsabile U.O. Amministrazione Risorse Umane	Responsabile Procedimento	n. ricorsi	raccolta evidenze da comunicare al RTPC	Triennio 2022-2024
		Acquisizione dichiarazione formale ex DPR 445/2000, Commissione di concorso circa l'assenza di incompatibilità e conflitti di interesse	misura in essere	Responsabile del procedimento	RTPC	presenza dichiarazioni	controllo a campione (minimo 30% dei procedimenti)	2023
Conferimento incarichi collaborazione								
procedura di selezione	Selezione volta ad agevolare determinati soggetti	Pubblicazione del bando di selezione con indicazione precisa di competenze richieste, destinazione e/o utilizzo della risorsa	misura in essere	Referente per la Trasparenza	RTPC	pubblicazione in Amministrazione Trasparente	controllo a campione (minimo 30% dei procedimenti)	2023
		Acquisizione dichiarazione formale ex DPR 445/2000, Commissione di concorso circa l'assenza di conflitti di interesse.	misura in essere	Responsabile del procedimento	RTPC	presenza dichiarazioni	controllo a campione (minimo 30% dei procedimenti)	2023
Attribuzione di incarichi e nomine								
	favorire soggetti e interessi specifici	Definizione di criteri oggettivi e ricorso a procedure comparative per l'attribuzione degli incarichi	misura in essere	Responsabile U.O. Amministrazione Risorse Umane	Responsabile Procedimento	n. ricorsi	raccolta evidenze da comunicare al RTPC	Triennio 2022-2024
		procedura whistleblowing	misura in essere	RTPC	RTPC	n. rilievi organismi di controllo	raccolta evidenze da comunicare al RTPC	Triennio 2022-2024
			misura in essere	RTPC	RTPC	n. segnalazioni	raccolta evidenze	Triennio 2022-2024
Autorizzazione Incarichi extraistituzionali								
	situazioni di conflitto di interesse con la propria attività istituzionale.	implementazione di un database unico degli interessi esterni dei professionisti	misura in essere	Soggetti che, ai sensi del regolamento autorizzano gli incarichi	Responsabile U.O. Amministrazione Risorse Umane	n. segnalazioni	raccolta evidenze da comunicare al RTPC/raccolta segnalazioni anonime a cura del RTPC	Triennio 2022-2024
Area di attività - Accordi e convenzioni - livello di rischio: MEDIO-ALTO								
definizione del fabbisogno	individuazione non realistica del fabbisogno, tesa a favorire soggetti terzi	Redazione del progetto/convenzione da allegare all'atto di convenzionamento esaustiva nella parte della motivazione	misura in essere	Progettista	U.O. Affari Generali	n. rilievi organi di controllo	raccolta evidenze da comunicare al RTPC/raccolta segnalazioni anonime a cura del RTPC	Triennio 2021-2023
erogazione e pagamento della prestazione	mancata effettuazione o effettuazione non completa/adequata della prestazione	1 - report di autorizzazione alla liquidazione da allegare alla fattura	misura in fieri	DEC	Direzioni Amministrative di Presidio (per convenzioni di natura sanitaria)	elaborazione report	report a regime	2022
		2 - segregazione delle attività di gestione, liquidazione e pagamento	misura in essere	DEC	RTPC	verifica effettiva applicazione		Triennio 2022-2024

Area di attività - prestazioni e servizi sanitari - livello di rischio: MEDIO-ALTO								
Gestione delle liste di attesa delle prestazioni assistenziali								
	Mancato rispetto delle liste di prenotazione per favorire determinati soggetti	procedura informatizzata per la gestione centralizzata delle prenotazioni	misura in essere	Diretori Amministrativi e Medici di Presidio	RTPC	verifica effettiva applicazione		Triennio 2021-2023
Attività libero-professionale intramoenia								
	Svolgimento di attività non autorizzata e/o in orari non autorizzati	Informatizzazione e centralizzazione dell'attività di prenotazione	misura in essere	Diretori Amministrativo e Medico di Presidio	Nucleo Ispettivo ALPI	n. casi non conformi	controlli su settimane "campione" previsti dal Regolamento ALPI vigente	trimestre
Area di attività - Ricerca e sperimentazione clinica - livello di rischio: ALTO								
sperimentazioni cliniche PROFIT								
	liberalità erogate per favorire determinati professionisti ed influenzarne le scelte	autodichiarazione assenza conflitti di interesse componenti del Comitato di Bioetica	misura in essere	Comitato di Bioetica	Responsabile U.O. Ricerca Innovazione e Trasferimento Tecnologico	presenza dichiarazioni	controllo a campione (minimo 30% degli studi)	Triennio 2021-2023
		autodichiarazione assenza conflitti di interesse professionisti responsabili degli studi	misura in essere	Responsabile U.O. Ricerca Innovazione e Trasferimento Tecnologico	Responsabile U.O. Ricerca Innovazione e Trasferimento Tecnologico	presenza dichiarazioni	controllo a campione (minimo 30% degli studi)	Triennio 2021-2023
		procedura whistleblowing	misura in essere	RTPC	RTPC	n. segnalazioni	raccolta evidenze	Triennio 2022-2024

PTTPC 2022-2024 - Allegato n.3: misure generali di prevenzione della corruzione									
area tematica	rischio	riferimenti normativi	misure di carattere generale	altre misure (*)	U.O./soggetto responsabile	monitoraggio misure generali	soggetto responsabile del monitoraggio	periodo monitoraggio	note
clima organizzativo	clima organizzativo volto a favorire fenomeni corruttori condotte "opache", lesive del valore pubblico prodotto dall'Istituto	DPR n.62/2013	1- approvazione e aggiornamento sistematico del Codice Etico Comportamentale	1- divulgazione del Codice Etico Comportamentale	RTPC				Ai sensi del DPR n.62/2013, le misure comportamentali devono essere rispettate oltre che da tutti i dipendenti, sia a tempo indeterminato che determinato, sia strutturali che in posizione di comando, da coloro che hanno con l'INRCA un rapporto di collaborazione o consulenza: borsisti, tirocinanti, specializzandi, nonché dai soggetti alle dipendenze di soggetti giuridici che operano all'interno dell'Istituto in quanto titolari di contratti di appalto o convenzionali.
			2- acquisizione della dichiarazione di presa d'atto del Codice Etico Comportamentale		Responsabili UU.OO. responsabili procedimenti	controllo p.to n.2 e 3 su un campione rappresentativo dei procedimenti di acquisizione di risorse umane e strumentali	RTPC	2023	
			3- applicazione patto integrità per le procedure di acquisizione di lavori, beni, servizi - determina n.219/DGEN del 9 giugno 2017				RTPC	2023	
assegnazione di incarichi	inconfidenzialità e incompatibilità	D.Lgs n.39/2013, art.36bis D.Lgs n.165/2001	1- Regolamenti area PTA det.n.466/DGEN/2021 e area Sanitaria det.n.81/DGEN/2021		U.O. Amministrazione Risorse Umane				Il RTPC, a fronte di evidenze trasmesse dall'U.O. competente, contesta all'interessato la legittimità dell'incarico conferitogli. Il responsabile segnala i casi di possibile violazione delle disposizioni del presente 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.
			2 - inserimento nei bandi e negli avvisi per l'attribuzione degli incarichi di clausole contenenti le condizioni ostative al conferimento			controllo p.to n.2 su un campione rappresentativo dei procedimenti (minimo 30%)	RTPC	2023	
			3 - annullamento del provvedimento di incarico in caso di situazioni conclamate di incompatibilità		Direzione Aziendale				
costituzione di commissioni e nelle gare di appalto e nelle procedure di reclutamento/selezione	assenza di requisiti idonei ad assicurare la terzietà e l'indipendenza	L.190/2012	1- Codice Etico Comportamentale	sostituzione del dirigente o dell'operatore se per dichiarazione dell'interessato o per altre informazioni si ravveda il rischio di incompatibilità e conflitto di interesse	UU.OO. responsabili dei relativi procedimenti	controllo p.to n.2 su un campione rappresentativo dei procedimenti (minimo 30%)	RTPC	2024	controlli effettuati con riferimento al 2021
			2- Dichiarazione assenza situazioni di inconfidenzialità e incompatibilità da parte dell'interessato						
assegnazione di incarichi extra-istituzionali	presenza di conflitti realipotenziali/apparenti	DPR n.62/2013, art.6bis L.241/1990	1- Codice Etico Comportamentale						p.to 3 controlli effettuati con riferimento al 2021;
			2- Aggiornamento regolamento in vigore	verifica assenza effettiva situazioni di conflitto	Soggetti deputati ad autorizzare l'incarico extra istituzionale/U.O. Amministrazione Risorse Umane	p.to 3 controllo su un campione rappresentativo dei procedimenti (minimo 30%)	RTPC	2024	
assegnazione di incarichi a ex dipendenti	phantouflage	DPR n.62/2013, art.6bis L.241/1990	Codice Etico Comportamentale	acquisizione dichiarazione di impegno della ditta aggiudicataria dell'appalto, pena l'illegittimità del contratto di fornitura	U.O. responsabile del procedimento	controllo su un campione rappresentativo dei procedimenti (minimo 30%)	RTPC	2023	
gestione con continuità di procedimenti a rischio corruzione	creazione rapporti confidenziali o connivenze che impediscono la libertà di azione e di scelta	L.190/2021	Codice Etico Comportamentale	rotazione ordinaria di incarichi e funzioni nei settori con un rischio di corruzione medio-alto	Responsabile dell'U.O./Direzione Aziendale per i dirigenti delle UU.OO.	relazione del RTPC			la rotazione va applicata a livello organizzativo allo (incarichi dirigenziali) ma può riguardare anche le funzioni all'interno della medesima U.O.
gestione delle situazioni di conflitto di interesse responsabili del procedimento e titolari di funzioni	perdita della condizione di libertà decisionale a causa della presenza di un interesse secondario (finanziario o non finanziario) che tende a interferire con l'interesse primario dell'azienda e il bene comune che l'interessato è chiamato a perseguire	DPR n.62/2013, art.6bis L.241/1990	Codice Etico Comportamentale	sostituzione del dirigente o dell'operatore nel procedimento se, per dichiarazione dello stesso interessato o per altre informazioni, si ravveda il rischio di conflitto di interesse	Responsabile dell'U.O./Direzione Aziendale per i dirigenti delle UU.OO.				
gestione incarichi in presenza di fatti di rilevanza penale e/o disciplinare	perpetuarsi delle condotte e dei reati contestati	L.190/2012	Codice Disciplinare - detn.264 DGEN 2019	rotazione straordinaria incarichi	Direzione Aziendale	relazione del RTPC			la misura deve essere tempestiva

PTTPC 2021-2023 - Allegato 4 - CODICE ETICO COMPORTAMENTALE DELL' INRCA

Premessa

Art. 1 - Oggetto e finalità

Art. 2 - Ambito di applicazione

Art. 3 - Valori etici di riferimento

- Art. 4 - Principi generali di comportamento individuale
- Art. 5 - Regali, compensi e altre utilità
- Art. 6 - Partecipazione ad associazioni e organizzazioni
- Art. 7 - Comunicazione situazioni di conflitto d'interesse e incompatibilità
- Art. 8 - Obbligo di astensione
- Art. 9 - Attività ed incarichi extra-istituzionali
- Art.10 - Prevenzione della corruzione
- Art.11 - Tutela del dipendente che segnala illeciti
- Art.12 - Contratti ed altri atti negoziali
- Art.13 - Trasparenza e tracciabilità
- Art.14 - Comportamento nei rapporti privati
- Art.15 - Rapporti con i media
- Art. 16 - Comportamento in servizio
- Art. 17 - Tutela dei beni aziendali e dell'ambiente
- Art. 18 - Rapporti con il pubblico
- Art. 19 - Rapporti con gli utenti dei servizi sanitari e con i portatori di interessi in ambito sanitario
- Art. 20 - Attività libero-professionale
- Art. 21 - Ricerca e sperimentazioni cliniche.
- Art. 22 - Disposizioni per i dirigenti
- Art. 23 - Disposizioni per i coordinatori e titolari posizione organizzativa
- Art. 24 - Responsabilità conseguente alla violazione dei doveri del Codice
- Art. 25 - Vigilanza, monitoraggio e attività formative
- Art. 26 - Disposizioni finali

Definizioni e abbreviazioni

Codice: Codice Etico Comportamentale dell'INRCA

Codice dei Contratti: D.lgs.18 aprile 2016 n. 50

Codice Generale: D.P.R. 16 aprile n.62 "Regolamento codice di comportamento dei dipendenti pubblici a norma dell'articolo 54, del decreto legislativo 30 marzo 2001 n. 165"

Regolamento: il regolamento dell'Istituto che norma la materia trattata nello specifico capoverso in cui il termine è citato

ANAC: Autorità Nazionale Anti Corruzione

CP: Codice Penale

CPP: Codice di Procedura Penale

INRCA: Istituto Nazionale Ricovero e Cura Anziani, di seguito denominato anche "Istituto"

IRCCS: Istituto di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico

PNA: Piano Nazionale Anticorruzione

RTPC: Responsabile per la Trasparenza e la Prevenzione della Corruzione

PTTPC: Piano Triennale per la Trasparenza e la Prevenzione della Corruzione

TU: Testo Unico sul pubblico impiego – Decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e successive modificazioni e integrazioni - Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche.

UO: Unità Operativa

UPD: Ufficio Procedimenti Disciplinari

URP: Ufficio Relazioni con il Pubblico

Premessa

L'INRCA (di seguito anche Istituto), è un ente pubblico riconosciuto dal Ministero della Salute quale Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) di rilievo nazionale per lo studio dell'invecchiamento della popolazione, che ha quale fine principale produrre conoscenze, tecnologie e protocolli trasferibili a tutto il Servizio Sanitario Nazionale e svolge la sua attività tramite strutture assistenziali e di ricerca.

La missione dell'INRCA, unico IRCCS che opera nell'area della Geriatria e Gerontologia, è garantire ai pazienti anziani l'eccellenza nelle cure e nell'assistenza, attraverso lo sviluppo di nuovi modelli organizzativi, e contribuire al progresso scientifico, anche tramite rapporti con le Università, gli altri Istituti di Ricerca e il mondo imprenditoriale.

I principali ambiti di attività dell'INRCA sono:

- *assistenza clinica*, in risposta ai bisogni dell'anziano fragile;
- *ricerca sperimentale "di base"*, diretta alla identificazione dei meccanismi della longevità, della fragilità dell'anziano e dei loro determinanti;
- *ricerca clinica ed osservazionale*, orientata alla diagnosi, alla terapia e alla gestione delle principali patologie geriatriche nei diversi *setting* assistenziali;
- *ricerca economico-sociale*, per l'analisi dei bisogni degli anziani e delle loro famiglie, con particolare attenzione alle situazioni connesse con il ricovero ospedaliero;
- *formazione*, volta a favorire la diffusione delle conoscenze e lo sviluppo delle professionalità coinvolte nell'assistenza dell'anziano.

L'INRCA aspira a mantenere e sviluppare il rapporto di fiducia con tutte le categorie di portatori di interessi nei confronti dell'Istituto. Rientrano in quest'ambito le Istituzioni, i collaboratori, i cittadini-utenti, i fornitori, i partner, le organizzazioni che rappresentano singoli o gruppi, le comunità locali in cui l'INRCA opera, le associazioni, le generazioni future. Il rapporto fiduciario, basato sulla buona reputazione, è considerato dall'INRCA un valore primario e presupposto fondamentale per favorire delle buone relazioni interne, l'interesse agli investimenti da parte delle Istituzioni e dei partner, la fedeltà dei cittadini-utenti, l'attrazione delle migliori risorse umane e professionali, la professionalità dei fornitori.

Attraverso l'esplicitazione di valori, principi e linee di comportamento sono definiti gli impegni, le responsabilità etiche e le regole generali cui devono attenersi i diversi soggetti a vario titolo coinvolti in tutti gli ambiti di attività dell'INRCA, demandando la definizione di regole e procedure specifiche ai regolamenti funzionali, ai codici disciplinari e al codice etico della ricerca, sinteticamente richiamati in appendice al presente Codice.

Il presente documento rappresenta pertanto uno strumento che, inserito nel sistema di qualità e controllo interno dell'Istituto, aiuta a mantenere la buona reputazione dell'INRCA e a svolgere un'azione capillare di prevenzione e contrasto di eventuali comportamenti non etici, degli illeciti e dei fenomeni corruttivi, siano essi compiuti o tentati direttamente o tramite influenze su altri, nell'interesse proprio o anche a vantaggio dello stesso Istituto.

Art. 1

Oggetto e finalità

1. Il presente Codice Etico Comportamentale, di seguito anche denominato "Codice", individua i principi generali e le regole di comportamento cui viene riconosciuto valore etico positivo e definisce, i doveri minimi di diligenza, lealtà, imparzialità e buona condotta che i dipendenti dell'INRCA sono tenuti ad osservare.
2. Il Codice è emanato in applicazione dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 (di seguito anche "TU"), come modificato dall'art.1 c.44 della Legge 6 novembre 2012 n.190, si ispira alle fonti normative vigenti in materia, dettagliatamente richiamate in appendice al presente documento e integra e rafforza i valori in esse contenuti. **Il Codice è parte integrante del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione dell'INRCA (di seguito anche PTPC) e rappresenta una delle misure ed azioni principali di prevenzione della corruzione, secondo quanto indicato nel Piano Nazionale Anticorruzione.**
3. Le previsioni del Codice sono integrate dai codici disciplinari, dai regolamenti, dagli atti organizzativi dell'Istituto, e dai codici deontologici delle professioni rappresentate all'interno dell'Istituto

Art. 2

Ambito di applicazione

1. Il Codice Etico Comportamentale si applica ai dipendenti dell'INRCA, sia a tempo indeterminato che determinato, anche in posizioni di comando o assimilate.
2. Gli obblighi di condotta previsti nel presente codice si estendono, per quanto compatibili, anche a tutti coloro che, direttamente o indirettamente, stabilmente o temporaneamente, instaurano rapporti o relazioni con l'Istituto ed operano e concorrono a perseguirne gli obiettivi quali:
 - a) soggetti che operano per l'Istituto in virtù di accordi o convenzioni;
 - b) collaboratori o consulenti, con qualsiasi tipologia di contratto o incarico e a qualsiasi titolo;
 - c) dipendenti e collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni, servizi o lavori i quali svolgono la loro attività nelle strutture dell'Istituto;
 - d) specializzandi, tirocinanti, frequentatori volontari
3. La violazione degli obblighi previsti dal Codice comporta per i soggetti di cui al c.1 del presente articolo le responsabilità previste dall'articolo 16 del Codice Generale ed espressamente richiamate all'articolo 20 del Codice.
4. Al fine di assicurare l'osservanza del Codice da parte dei soggetti di cui ai c.1 e 2, gli uffici competenti alla gestione dei procedimenti provvedono acquisizione e alla conservazione della dichiarazione di presa d'atto del Codice. Nei contratti di assunzione, negli atti di incarico e di affidamento di forniture, negli schemi tipo di convenzione, sono inserite apposite clausole contenenti l'obbligo di rispetto del Codice e penalità economiche, fino alla risoluzione o decadenza del rapporto nei casi più gravi di violazione.

Art.3

Valori etici di riferimento

1. I dipendenti e i collaboratori dell'INRCA operano riferendosi ai principi e ai valori etici dell'Istituto, di seguito richiamati.

Rispetto della norme: l'INRCA si adopera affinché i professionisti, dipendenti e collaboratori, nell'esercizio delle proprie funzioni e nell'erogazione dei servizi alle persone rispettino la normativa vigente, il presente Codice e quanto stabilito da regolamenti e procedure interne che ne danno attuazione. L'INRCA richiede a

chiunque vi entri in contatto, ai propri fornitori e partner una condotta in linea con i principi generali del presente codice.

Rispetto del diritto alla salute: l'INRCA riconosce la salute, così come definito dall'articolo 32 della Costituzione Italiana, quale diritto fondamentale di ogni individuo e si impegna e svolge la propria attività, sia clinica che di ricerca, ponendo sempre al centro di ogni sua azione l'essere umano nel rispetto dei seguenti principi:

- a) *eguaglianza*: l'INRCA garantisce ad ogni persona il diritto di ricevere l'assistenza e le cure mediche più appropriate, evitando ogni discriminazione basata sull'età, sul sesso, sullo stato di salute, sulla lingua, sulla nazionalità, sulle credenze religiose, sulle opinioni politiche assicurando parità di trattamento;
- b) *imparzialità*: tutti coloro che operano per conto dell'INRCA sono tenuti a comportarsi nei confronti degli utenti secondo i criteri di obiettività, giustizia e imparzialità, nel rispetto dei principi di bioetica per i quali può essere necessario un diverso tipo di accostamento ai diritti e bisogni sanitari di ciascun individuo;
- c) *continuità*: l'INRCA ha il dovere di assicurare la continuità e la regolarità delle cure. In caso di funzionamento irregolare o di interruzione del servizio deve adottare tutte le misure volte ad arrecare agli utenti il minor disagio possibile.

Rispetto della privacy: l'INRCA assicura la riservatezza nel trattamento delle informazioni in proprio possesso nel rispetto delle leggi vigenti in materia di Privacy adottando idonee procedure che prevedano il divieto di trattare e/o comunicare dati personali senza il previo consenso dell'interessato. Tale impegno può essere derogato esclusivamente da considerazioni di "interesse pubblico e generale" e in conformità alle norme giuridiche vigenti. In nessun caso, potranno essere utilizzati dai professionisti dell'INRCA dati e informazioni riservati per scopi non connessi con l'esercizio della propria attività istituzionale.

Rispetto del diritto di scelta: ove sia consentito dalle normative vigenti, l'INRCA garantisce agli utenti il diritto di scegliere, tra i vari soggetti che erogano il servizio, quello che ritiene possa meglio rispondere alle proprie esigenze.

Consenso informato e partecipazione: l'INRCA garantisce agli utenti:

- il diritto di autodeterminazione in ordine alle decisioni relative alla salute e di partecipazione al trattamento, anche attraverso un'informazione corretta sullo stato di efficienza e sul livello di dotazioni della struttura sanitaria in cui si trova;
- la possibilità di esprimere la propria valutazione sulla qualità delle prestazioni erogate e di inoltrare reclami o suggerimenti per il miglioramento del servizio;
- il miglioramento continuo della qualità del servizio, anche attraverso la collaborazione con associazioni di volontariato e di tutela dei diritti sanitari.

L'INRCA si impegna affinché i propri professionisti forniscano all'utente in modo chiaro, completo e comprensibile tutte le informazioni riguardanti la sua condizione, le varie fasi del trattamento sanitario cui deve essere sottoposto, le implicazioni, i risultati prevedibili, i rischi e le possibili alternative, in modo da acquisirne il consenso esplicito e consapevole.

Trasparenza e corretta comunicazione: l'INRCA considera la trasparenza un valore cui aderisce pienamente attraverso l'operato dei suoi professionisti e la pubblicazione nel sito internet dell'istituto di tutti i dati principali inerenti l'attività.

L'INRCA considera la Carta dei Servizi lo strumento privilegiato di informazione del cittadino, attraverso cui vengono divulgate le informazioni riguardanti le prestazioni offerte, gli impegni assunti, gli standard e le procedure per facilitare l'accesso alle prestazioni erogate dall'INRCA. La comunicazione verso l'esterno deve essere ispirata ai principi di verità, correttezza, trasparenza e prudenza, al fine di non indurre ad interpretazioni parziali, falsate, ambigue o fuorvianti; i rapporti con la stampa, i mezzi di comunicazione ed informazione e, più in generale, gli interlocutori esterni, sono gestiti da soggetti a ciò espressamente delegati, in conformità a quanto disposto dal Regolamento vigente.

Efficienza ed efficacia: l'INRCA si impegna affinché il servizio pubblico sia erogato secondo gli standard di appropriatezza, in modo da garantire un ottimale rapporto tra risorse impegnate, attività svolte e risultati ottenuti.

Qualità: l'INRCA fa del miglioramento continuo della qualità dei propri servizi uno dei suoi principali obiettivi. Per questa ragione l'INRCA ha implementato di un Sistema di Gestione per la Qualità (SGQ), in conformità alla norma UNI EN ISO 9001:2015, con l'obiettivo di mantenere il livello qualitativo dell'Istituto in grado di soddisfare le esigenze di tutti i portatori di interesse.

Sicurezza: l'INRCA predispone e attua procedure operative affinché l'ospedale sia un luogo sicuro per gli operatori e per gli utenti, garantendo l'integrità fisica e morale della persona. Promuove, attraverso iniziative formative, la cultura della sicurezza incoraggiando comportamenti responsabili e sviluppando consapevolezza e capacità di gestione dei rischi correlati all'attività lavorativa.

Valorizzazione delle Risorse umane: l'INRCA ritiene che le risorse umane siano elemento indispensabile per lo sviluppo e il successo di ogni attività e riconosce nella professionalità di tutti i suoi collaboratori il capitale più prezioso di cui dispone per realizzare la propria *mission*. L'INRCA si impegna a:

- garantire pari opportunità di sviluppo professionale e di carriera, evitando ogni discriminazione basata su età, genere, nazionalità, credenze religiose, opinioni politiche, stato di salute, e atteggiamenti e comportamenti tesi a favorire determinati soggetti in virtù di rapporti di natura parentale, di conoscenza o dovuti a interessi comuni;
- mantenere un'organizzazione del lavoro che contribuisca anche a migliorare la qualità della vita dei lavoratori;
- favorire l'integrazione con tutte le componenti aziendali, scambiando le informazioni utili all'attività lavorativa con rapporti leali e collaborativi;
- prevenire e condannare atteggiamenti violenti, persecutori o condotte moleste, specie di natura sessuale, o comunque discriminatorie o offensive dell'altrui dignità;
- sanzionare gli operatori avvezzi a commenti malevoli e pubbliche valutazioni negative sull'operato di colleghi o dipendenti.

Quanti sono chiamati a funzioni di Direzione/Responsabilità hanno il dovere di promuovere i principi sopra enunciati, astenendosi dall'utilizzo improprio della propria posizione per cagionare situazioni di altrui svantaggio o di vantaggio personale, familiare o sociale.

L'INRCA si uniforma ai principi enunciati dai contratti collettivi nazionali di lavoro in materia di relazioni sindacali, nel reciproco rispetto ed in modo imparziale.

Tutela patrimonio ambientale: l'INRCA, in conformità alla normativa vigente, si impegna affinché ogni sua attività si svolga nel rispetto dell'ambiente e a salvaguardia e tutela della salute pubblica.

Tutela patrimonio dell'Istituto: l'INRCA vigila a che i suoi professionisti rispettino e tutelino il patrimonio strutturale e strumentale dell'Istituto, utilizzando e custodendo con diligenza i beni a loro affidati nell'ambito della loro attività istituzionale.

Art.4

Principi generali di comportamento individuale

1. I dipendenti e i collaboratori dell'INRCA adempiono ai propri doveri conformemente agli obblighi sottoscritti nel contratto di lavoro sottoscritto con l'Istituto, uniformano il proprio operato alle disposizioni del presente Codice e, più in generale, alle norme di comportamento dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni e sono tenuti a segnalare qualsiasi violazione delle regole di comportamento stabilite dalle procedure interne.

2. Prerogative e poteri pubblici sono esercitati unicamente per le finalità di interesse generale per i quali sono conferiti, pertanto i dipendenti e i collaboratori dell'INRCA operano rispettando i principi di integrità, correttezza, buona fede, proporzionalità, obiettività, trasparenza, equità e ragionevolezza e agiscono in posizione di indipendenza e imparzialità, senza abusare della posizione o dei poteri di cui sono titolari e astenendosi in caso di conflitto di interessi.

3. I dipendenti e i collaboratori dell'INRCA

- non usano a fini privati le informazioni di cui dispongono per ragioni di servizio.
- esercitano i propri compiti e utilizzano le risorse pubbliche che sono loro assegnate orientando la loro attività alla massima economicità, efficienza ed efficacia.
- evitano situazioni e comportamenti che possano ostacolare il corretto adempimento dei compiti o nuocere agli interessi o all'immagine dell'Istituto.
- operano nel pieno rispetto della riservatezza e della normativa vigente in materia di privacy.
- nei rapporti con i soggetti terzi, assicurano la piena parità di trattamento a parità di condizioni, astenendosi da azioni arbitrarie o influenze tendenti a favorire alcuni soggetti a scapito di altri.
- dimostrano la massima disponibilità e collaborazione nei rapporti con le altre pubbliche amministrazioni e nei rapporti interni con i colleghi, collaboratori e superiori;
- fatto salvo il diritto di esprimere valutazioni e diffondere informazioni a tutela dei diritti sindacali, si astengono da dichiarazioni pubbliche che vadano a detrimento dell'immagine dell'Istituto ed evitano situazioni e comportamenti che possano nuocere agli interessi dello stesso.

Art.5

Regali, compensi e altre utilità

1. Il dipendente dell'INRCA non chiede, per sé o per altri, regali o altre utilità a titolo di corrispettivo per compiere o per aver compiuto atti o preso decisioni inerenti la propria attività istituzionale.
2. Il dipendente non accetta mai, né per sé, né per altri, alcun regalo o altra utilità, anche se di modico valore, da soggetti che abbiano rapporti di natura economica con l'Istituto, nei cui confronti è o sta per essere chiamato a svolgere attività o a esercitare poteri decisionali o negoziali tipici dell'incarico ricoperto o delle funzioni e responsabilità ad esso attribuite.
3. Il dipendente non accetta, né per sé né per altri, da un proprio subordinato, direttamente o indirettamente né offre, direttamente o indirettamente, a un proprio sovraordinato regali o altre utilità, ad eccezione di quelli di modico valore.

4. Fermo restando quanto previsto in materia di incompatibilità dal TU come modificato dalla L. 6 novembre 2012 n.190 e dal D.lgs. 8 aprile 2013 n.39, il dipendente non accetta incarichi di collaborazione da soggetti privati che abbiano avuto nel biennio precedente rapporti di natura economica con l'Istituto e/o che abbiano comunque un interesse economico significativo diretto o indiretto, economico e non, in decisioni, attività e procedimenti di competenza dell'UO di appartenenza.
5. Al fine di preservare il prestigio e l'imparzialità dell'Istituto, il dirigente vigila sulla corretta applicazione del presente articolo nell'ambito della propria Unità Operativa.

Art.6

Partecipazione ad associazioni e organizzazioni

1. Nel rispetto della disciplina vigente in materia di diritto di associazione e fermo restando quanto previsto dalla normativa in materia di privacy, il dipendente comunica al proprio dirigente l'intenzione di aderire ad associazioni o organizzazioni o comunque, entro il termine di 10 giorni, l'adesione, a prescindere dal loro carattere riservato o meno, ad associazioni o organizzazioni con le quali l'amministrazione dell'INRCA ha rapporti di natura economica o la cui sfera di interessi possa interferire con lo svolgimento dell'attività della propria UO.
2. L'eventuale mancata dichiarazione da parte del soggetto interessato ai sensi del c.1 del presente articolo configura un illecito disciplinare.
3. Il dipendente non esercita pressioni nei confronti di colleghi ed altri operatori o utenti di servizi con i quali venga in contatto durante l'attività professionale al fine di agevolare l'adesione ad associazioni o organizzazioni, indipendentemente dal carattere delle stesse o dalla possibilità o meno di derivarne vantaggi di qualsiasi natura.
4. Qualora il dirigente venga a conoscenza dell'affiliazione di un proprio dipendente o collaboratore a organizzazioni illecite, avvierà immediatamente a carico dello stesso un procedimento disciplinare e ne darà comunicazione all'autorità giudiziaria. Ai fini della comminazione dell'eventuale sanzione sarà valutato anche il danno all'immagine derivante all'Istituto dalla pubblica conoscenza di tale affiliazione. Di tale procedimento va data comunicazione al Responsabile per la Trasparenza e la Prevenzione della Corruzione

Art.7

Comunicazione di situazioni di conflitto d'interesse e incompatibilità

1. Fermi restando gli obblighi di trasparenza previsti da leggi o regolamenti e quanto previsto dal presente Codice, il dipendente, all'atto dell'assegnazione all'UO, è tenuto ad informare il proprio dirigente di tutti i rapporti, diretti o indiretti, di collaborazione con soggetti privati, in qualunque modo retribuiti, che possono limitarne l'imparzialità e l'indipendenza nell' svolgimento dell'attività precisando:
 - a. se in prima persona, o se suoi parenti o affini entro il secondo grado, il coniuge o il convivente abbiano rapporti finanziari con il soggetto con cui ha avuto i predetti rapporti di collaborazione;
 - b. se tali rapporti siano intercorsi o intercorrano con soggetti che abbiano interessi in attività o decisioni inerenti L'UO cui è assegnato.
2. Il dipendente è tenuto a comunicare tempestivamente e comunque non oltre dieci giorni dal momento si è manifestata, l'insorgenza di situazioni di incompatibilità e situazioni di conflitto, anche solo potenziale, con interessi personali propri, del coniuge, di conviventi, parenti, affini entro il secondo grado, oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale. Il potenziale conflitto può riguardare sia interessi di natura finanziaria, patrimoniale o tesi ad ottenere o far conseguire a terzi posizioni o benefici, che situazioni derivanti da pressioni politiche, sindacali o dei superiori gerarchici.

3. Se da quanto riferito dal dipendente può derivare un pregiudizio ai principi di buon andamento e imparzialità, l'Amministrazione dell'Istituto adotta tutte le misure idonee ad eliminare le cause che danno luogo al conflitto di interessi, fino all'attribuzione di diverse funzioni o al trasferimento in altra UO. Gli atti inerenti l'istruttoria e i provvedimenti adottati sono trasmessi al RTPC.

Art. 8

Obbligo di astensione

1. Fermo restando quanto previsto da leggi o regolamenti, il dipendente si astiene, dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività e procedimenti qualora si configuri una situazione, anche solo potenziale, di conflitto di interessi.
2. Il dipendente si astiene dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività in procedimenti che possano coinvolgere soggetti od organizzazioni con cui egli o suoi parenti, affini entro il secondo grado, coniuge o conviventi, abbiano causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi, ovvero di soggetti od organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
3. Il dipendente si astiene in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza.
4. Il dipendente informa della necessità di astenersi dal procedimento il dirigente dell'UO di appartenenza il quale può, se lo ritiene, richiedergli una comunicazione in forma scritta e, qualora ritenga valida la causa di astensione posta dal dipendente, affida il procedimento o l'attività ad altro operatore, mantenendo traccia documentale delle motivazioni.

Art. 9

Attività ed incarichi extra-istituzionali

1. Fermo restando quanto previsto da leggi e dal regolamento dell'Istituto, sono da considerare vietati a tutti i dipendenti, indipendentemente dall'orario di lavoro, i seguenti incarichi extra-istituzionali.
2. Con riferimento a eventuali situazioni di conflitto di interesse, restando la valutazione in concreto dei singoli casi, sono vietati:
 - a. gli incarichi da soggetti fornitori dell'Istituto ai dipendenti che hanno partecipato a qualunque titolo alla procedura di assegnazione dell'appalto e/o che svolgono il ruolo di direttori esecutori dei relativi contratti;
 - b. gli incarichi da soggetti che detengono rapporti di natura economica o contrattuale con l'amministrazione o che abbiano o abbiano avuto nel biennio precedente un interesse economico significativo in decisioni o attività dell'UO di appartenenza;
 - c. gli incarichi da soggetti nei confronti dei quali il dipendente stesso o la struttura di appartenenza svolgano funzioni di vigilanza, controllo o monitoraggio;
 - d. gli incarichi in consigli di amministrazione di enti di pubblica assistenza ONLUS o cooperative sociali che, pur non avendo scopo di lucro, hanno rapporti di natura economica con l'Istituto;

- e. gli incarichi che per il tipo di attività o per l'oggetto possono creare nocumento all'immagine dell'amministrazione, anche in relazione al rischio di utilizzo o diffusione di informazioni di cui il dipendente è a conoscenza per ragioni di ufficio;
 - f. gli incarichi che, pur rientrando nelle ipotesi di deroga dall'autorizzazione di cui all'art. 53, c. 6, del d.lgs.n.165/2001, presentano una situazione di conflitto di interesse;
 - g. in generale tutti gli incarichi che presentano un conflitto di interesse per la natura o l'oggetto dell'incarico o che possono pregiudicare l'esercizio imparziale delle funzioni attribuite al dipendente;
 - h. in generale tutti gli incarichi per i quali, essendo necessaria l'autorizzazione, questa non è stata rilasciata;
 - i. gli incarichi che, sebbene considerati singolarmente presentino caratteristiche di occasionalità, valutati complessivamente, in relazione ad altri incarichi analoghi precedentemente autorizzati, e in base alla natura, all'impegno, alla ripetitività e/o alla remunerazione prevista, configurano di fatto abitudine e professionalità.
3. I dirigenti che, ai sensi del regolamento dell'Istituto, sono chiamati ad autorizzare gli incarichi extra-istituzionali o che ne ricevono comunicazione debbono valutare l'eventuale di condizioni ostative, inclusa la presenza di conflitto di interessi, tenendo conto della qualifica, del ruolo e della posizione professionale del dipendente interessato e delle funzioni e/o attività ad esso attribuite. La valutazione deve riguardare anche il conflitto di interesse potenziale, inteso come la situazione in grado di compromettere, anche solo potenzialmente, l'imparzialità richiesta al dipendente nell'esercizio del potere decisionale, intendendosi con "potere decisionale" anche la semplice possibilità di influenzare, nella posizione ricoperta, l'andamento dell'attività. Il ricevente la richiesta o comunicazione di incarico esterno deve inoltre valutare se il compenso, laddove previsto e le modalità di svolgimento dell'incarico siano proporzionate o se non vi sia in astratto il rischio di conseguimento di indebite utilità.
 4. Le autorizzazioni di incarichi extra-istituzionali devono essere inviate tempestivamente, a cura del soggetto interessato, all'U.O. Amministrazione Risorse Umane per gli adempimenti connessi alla pubblicazione e la trasmissione in via telematica alla Funzione Pubblica, ai sensi dell'art.53 del TU.
 5. Qualora nel corso dello svolgimento dell'incarico venga a determinarsi una situazione di conflitto di interesse, anche potenziale, il dipendente deve rinunciare all'incarico.
 6. L'autorizzazione allo svolgimento di un incarico può essere in qualsiasi momento revocata nel caso in cui, a seguito di segnalazione da parte del soggetto che ne ha autorizzato lo svolgimento o di qualunque altro soggetto, viene accertata l'insorgenza una situazione di conflitto di interesse, anche potenziale. Il provvedimento di revoca è assunto dall'UO Amministrazione Risorse Umane.
 7. La mancata comunicazione preventiva degli incarichi ex art. 53, c. 6, del TU, lo svolgimento di incarichi esterni non autorizzati e la mancata rinuncia all'incarico da parte dell'interessato all'insorgenza di un conflitto di interesse, anche potenziale, costituiscono illecito disciplinare.

Art.10
Prevenzione della corruzione

1. Il dipendente, nello svolgere le funzioni ad esso affidate rispetta le procedure e adotta le misure necessarie alla prevenzione di eventuali illeciti. In particolare, il dipendente rispetta le prescrizioni contenute nel PTTPC, presta la sua collaborazione al RTPC e, fermo restando l'obbligo di denuncia all'autorità giudiziaria ai sensi art.331 CPP, segnala eventuali situazioni di illecito o di conflitto di interesse di cui sia venuto a conoscenza.
2. La mancata segnalazione di eventuali situazioni di illecito, qualora risulti accertata la conoscenza del fatto, è suscettibile di sanzione disciplinare, ferma restando la responsabilità giuridica associata all'omissione.
3. I dipendenti che appartengono alle UO operanti nelle aree che, in base alla mappatura contenuta nel PNA e nel PTTPC, sono considerate a maggior rischio corruttivo o che partecipano a vario titolo a procedimenti amministrativi parimenti classificati, ai sensi del CPP e del TU, segnalano al proprio dirigente o al responsabile del procedimento eventuali non conformità, la percezione di influenze o conflitti di interesse, che potrebbero rappresentare un segnale del manifestarsi, anche potenziale, di fenomeni corruttivi.
4. Il dipendente colpito da misure cautelari, rinvio a giudizio, condanna, anche con sentenza non passata in giudicato, o che comunque sia venuto a conoscenza che nei suoi confronti è esercitata un'azione penale, ha l'obbligo di comunicarlo tempestivamente all'UO Amministrazione Risorse Umane, che tratterà le informazioni eventualmente ricevute nel rispetto della normativa in materia di privacy.

Art. 11
Tutela del dipendente che segnala illeciti

1. Fermo restando quanto previsto dal combinato disposto dell'art. 331 del CPP e degli artt. 361 e 362 del CP in materia di obbligo di denuncia all'autorità giudiziaria, il dipendente ha il dovere di segnalare eventuali condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro, fornendo elementi quanto più possibile circostanziati in merito ai fatti.
2. Il dipendente può effettuare la segnalazione, corredata di tutte le informazioni utili per individuare l'autore o gli autori delle condotte illecite e le circostanze del fatto rivolgendosi direttamente al RTPC, utilizzando la procedura informatizzata prevista a tale scopo, o mediante l'invio di una nota cartacea. Il dipendente può inoltre rivolgersi al proprio dirigente di riferimento, o all'UPD nel rispetto delle garanzie di riservatezza di cui al successivo comma.
3. Nei casi previsti dalla L. 30 novembre 2017 n° 179, l'identità del segnalante non può essere rivelata. Qualora la contestazione sia fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione e la conoscenza dell'identità del segnalante sia indispensabile per la difesa dell'incolpato, la segnalazione sarà utilizzabile ai fini del procedimento disciplinare solo in presenza di consenso del segnalante alla rivelazione della sua identità. La denuncia di condotte illecite è sottratta all'accesso agli atti di cui all'art. 22 e seguenti della legge 241/1990 e s.m.i.
4. Il dipendente che, nell'interesse dell'integrità dell'Istituto, segnala condotte illecite di cui è venuto a conoscenza in ragione del proprio rapporto di lavoro, è tutelato ai sensi dell'art. 54 bis del TU come modificato dalla L. 30 novembre 2017 n° 179: non può essere sanzionato a causa della segnalazione, né demansionato, licenziato, trasferito, discriminato o sottoposto ad altra misura organizzativa avente effetti negativi, diretti o indiretti, sulle condizioni di lavoro. Qualora il dipendente ritenga che, in conseguenza della segnalazione, siano state poste in atto nei suoi confronti misure ritorsive lo comunica

al RTPC, che a sua volta provvede a segnalario all'ANAC e all'UPD, per l'attivazione delle azioni di accertamento della responsabilità disciplinare.

Gli eventuali atti discriminatori o ritorsivi adottati nei confronti del segnalante sono nulli.

5. La mancata presa in carico della segnalazione, la violazione della tutela della riservatezza del segnalante, nonché l'adozione di condotte ritorsive, sono fonte di responsabilità disciplinare.
6. Non è dovuta alcuna tutela nel caso in cui il segnalante incorra, a seguito della segnalazione, in responsabilità penale accertata a titolo di calunnia (art. 368 c.p.) o diffamazione (art. 595 c.p.).

Art.12

Contratti ed altri atti negoziali

1. I processi di approvvigionamento si svolgono nel rispetto dei principi di legalità, trasparenza, uguaglianza e concorrenza e mirano all'ottenimento del massimo vantaggio competitivo finalizzato al perseguimento dell'interesse pubblico.
2. Fermo restando quanto previsto dal Codice dei Contratti, i dipendenti coinvolti a vario titolo nelle procedure di acquisto e di gestione dei relativi contratti devono, per quanto di competenza:
 - seguire le procedure interne previste per la selezione, qualificazione, scelta del contraente ed aggiudicazione delle forniture, documentando in modo chiaro e trasparente i criteri di valutazione, in modo da assicurare il massimo vantaggio competitivo per i concorrenti e per l'Istituto e la garanzia del rispetto del miglior livello qualitativo dei prodotti offerti all'INRCA;
 - evitare di inserire nei capitolati speciali caratteristiche tecniche non oggettivamente giustificate o tali da ridurre arbitrariamente la platea dei potenziali interessati;
 - assicurare la parità di trattamento tra le imprese che vengono in contatto con l'Istituto, astenendosi da qualsiasi azione arbitraria che abbia effetti negativi sulle imprese, nonché da qualsiasi trattamento preferenziale;
 - mantenere la riservatezza in merito ai i procedimenti di gara ed ai nominativi dei concorrenti prima della data di scadenza di presentazione delle offerte;
 - pretendere il rispetto e rispettare le condizioni contrattualmente previste e valutare con oggettività e senza ritardi l'operato del fornitore, con adeguato supporto documentale;
 - adottare tutte le possibili cautele atte ad evitare il ricorso a fornitori il cui operato non sia conforme ai principi etici dell'INRCA.
3. Nella conclusione di accordi e nella stipulazione di contratti per conto dell'Istituto, nonché nella fase di esecuzione degli stessi, il dipendente non ricorre a mediazione di terzi, né corrisponde o promette ad alcuno utilità a titolo di intermediazione, né per facilitare o aver facilitato la conclusione o l'esecuzione del contratto. Il presente comma non si applica ai casi in cui l'amministrazione dell'Istituto abbia deciso di ricorrere all'attività di intermediazione professionale.
4. Il dipendente non conclude, per conto dell'Istituto, contratti di appalto, fornitura, servizio, finanziamento o assicurazione, con soggetti con i quali abbia stipulato contratti a titolo privato o ricevuto altre utilità nel biennio precedente, ad eccezione di quelli conclusi ai sensi dell'articolo 1342 del codice civile, né partecipa alle relative procedure di affidamento. Nel caso in cui l'amministrazione dell'Istituto concluda contratti di appalto, fornitura, servizio, finanziamento o assicurazione, con soggetti con i quali

il dipendente abbia concluso contratti a titolo privato o ricevuto altre utilità nel biennio precedente, questi si astiene dal partecipare all'adozione delle decisioni ed alle attività relative alla gestione del procedimento e all'esecuzione del contratto, redigendo verbale scritto di tale astensione da conservare agli atti dell'UO.

5. Il dipendente non accetta incarichi né conclude accordi o stipula contratti a titolo privato, ad eccezione di quelli conclusi ai sensi dell'articolo 1342 del codice civile, con soggetti con i quali abbia concluso nel biennio precedente per conto dell'Amministrazione dell'Istituto contratti di appalto, fornitura, servizio, finanziamento ed assicurazione, o abbia partecipato a vario titolo alle relative procedure di affidamento.
6. Il dipendente si astiene dal partecipare al procedimento qualora interessi soggetti con i quali abbia o abbia avuto rapporti di parentela o di affinità o rapporti di frequentazione abituale;
7. Il dipendente non chiede né accetta dai soggetti interessati alle procedure di appalto benefici impropri per uso privato quali campioni gratuiti, doni, benefici economici o altri benefici a qualunque titolo derivanti dall'instaurarsi di relazioni extra-istituzionali;
8. Il dipendente non accetta sponsorizzazioni per partecipare a convegni o per altri scopi da parte delle ditte partecipanti alle gare nelle quali svolga o abbia svolto nel biennio precedente per conto dell'Istituto il ruolo di progettista, commissario di gara o direttore esecutore di contratto.
9. Il dipendente che riceva rimostranze orali o scritte sull'operato dell'U.O. cui appartiene, ne informa immediatamente il proprio superiore gerarchico o funzionale, che in caso di segnalazioni orali è tenuto a produrre relativo verbale.

Art.13

Trasparenza e tracciabilità

1. Il dipendente, nell'ambito della propria sfera di competenza, sia adopera affinché sia garantito il rispetto degli obblighi di pubblicazione e venga assicurato al cittadino il diritto di accesso civico; a tal fine, coordinato dal responsabile dell'UO, collabora con il referente per la trasparenza, partecipando attivamente all'elaborazione, al reperimento, alla trasmissione e alla pubblicazione dei dati sul sito istituzionale, nei termini e con le modalità previste dalle disposizioni normative vigenti e ulteriormente declinate nel PTTPC.
2. La tracciabilità dei processi decisionali e delle scelte adottate dai dipendenti nell'ambito dell'autonomia lavorativa deve essere in ogni caso garantita attraverso un adeguato supporto documentale, che consenta in ogni momento la ricostruzione delle fasi del procedimento e la replicabilità dello stesso.
3. La violazione degli obblighi previsti dalle norme e dal PTTPC in materia di trasparenza configura un comportamento contrario ai doveri d'ufficio, passibile di sanzione disciplinare che di valutazione negativa della performance individuale.

Art. 14

Comportamento nei rapporti privati

1. Il dipendente tiene comportamenti consoni alla funzione ricoperta e agisce secondo i canoni della correttezza, onestà, discrezione e riservatezza, evitando di configurare nei rapporti privati, situazioni incompatibili con l'attività istituzionale svolta o di conflitto di interesse, anche potenziale, con le finalità aziendali.

2. Nelle relazioni extralavorative il dipendente non sfrutta, né menziona la posizione che ricopre nell'Istituto per ottenere utilità che non gli spettino e non assume nessun altro comportamento che possa pregiudicare gli interessi dell'Istituto o nuocere alla sua immagine.
3. Il dipendente non diffonde, con alcun mezzo, notizie e/o commenti sull'Istituto né anticipa informazioni relative allo svolgimento di procedimenti di gara, concorso, o selezione pubblica prima che siano conclusi e ne sia stata data formale pubblicità, in modo da favorire un concorrente rispetto agli altri.
4. Il dipendente che, in funzione del ruolo rivestito all'interno dell'Istituto, è chiamato ad avere rapporti con gli organi di informazione e di stampa ne informa preliminarmente la Direzione Aziendale allo scopo di coordinare il suo intervento con il modello comunicativo dell'Istituto.
5. Il nome e la funzione del dipendente non devono essere associabili a forme, anche indirette, di promozione personale, o di pubblicità a favore di aziende produttrici di farmaci, dispositivi medici o assimilati o comunque aventi interessi commerciali in ambito sanitario; in particolare l'eventuale sito o profilo web personale del dipendente non deve ospitare contenuti, attraverso cui l'immagine dell'Istituto possa essere danneggiata o utilizzata per fini privati e fuorvianti per gli utenti.
6. Il dipendente si astiene da dichiarazioni pubbliche offensive nei confronti dei colleghi e dell'Istituto ed evita di utilizzare i social network per commentare situazioni presenti nella struttura di appartenenza o in altre strutture dell'Istituto.
7. In generale sono vietati comportamenti non conformi ai principi di correttezza e rispetto, che possano ledere l'immagine dell'Istituto e la reputazione di utenti, colleghi e di chiunque entri in contatto con l'Istituto o rappresentino forme di violenza morale o psicologica a danno all'immagine di pazienti, colleghi o, anche indirettamente, dell'Istituto.

Art.15 **Rapporti con i media**

1. La comunicazione dell'Istituto è improntata al rispetto del diritto di informazione e coerente con i principi di trasparenza veridicità e completezza dell'informazione.
2. I rapporti con i mezzi di informazione sono tenuti dalla Direzione Aziendale e dai soggetti da essa espressamente delegati. I singoli dipendenti, fatto salvo il diritto di esprimere valutazioni e diffondere informazioni a tutela dei diritti sindacali, non intrattengono rapporti con i media.
3. Il dipendente cui, in funzione del ruolo rivestito all'interno dell'Istituto, sono richieste informazioni o chiarimenti da parte degli organi di informazione e di stampa o che è inviato a programmi di divulgazione e approfondimento, ne informa preliminarmente la Direzione Aziendale allo scopo di coordinare il suo intervento con il modello comunicativo dell'Istituto.
4. Ciascun dirigente, nell'ambito della propria sfera di competenza, segnala tempestivamente all'ufficio competente articoli di stampa o comunicazioni sui media di cui sia venuto a conoscenza, riguardanti l'Istituto, che appaiono ingiustamente denigratori, affinché sia possibile un'adeguata risposta, nonché segnala casi di buone prassi e risultati positivi perché se ne possa valutare la divulgazione.

Art.16 **Comportamento in servizio**

1. Il dipendente si rapporta con i propri colleghi, collaboratori, superiori e gli utenti con disponibilità, rispetto della dignità personale e cortesia, usando sempre un linguaggio e un comportamento consoni alla situazione.
2. Fermo restando quanto già previsto da leggi o regolamenti riguardo il rispetto dei termini del procedimento amministrativo, il dipendente, salvo giustificato motivo, non ritarda né adotta comportamenti tali da far ricadere su altri dipendenti il compimento di attività o l'adozione di decisioni di propria spettanza.
3. Il dipendente attesta personalmente e in modo corretto la propria presenza in servizio utilizzando i sistemi di rilevazioni previsti dall'Istituto. La messa in atto di fatti e comportamenti tesi alla elusione dei sistemi di rilevazione e falsificazione dei dati relativi alla presenza rappresenta un illecito disciplinare ed è inoltre penalmente perseguibile.
4. Il dipendente che durante l'orario di servizio si allontana dal luogo di lavoro deve comunicarlo al proprio responsabile e deve sempre registrare l'uscita, sia essa per motivi personali o di servizio.
5. Il dipendente evita di sostare oltre il necessario nell'area ove sono collocati i dispositivi marcatempo.
6. Il dipendente utilizza i permessi di astensione dal lavoro, comunque denominati, nel rispetto delle condizioni previste dalla legge, dai regolamenti e dai contratti collettivi.
7. Il dipendente si adopera per conoscere i sistemi per la prevenzione e la gestione dei rischi e adotta tutte le misure e le procedure previste da tali sistemi, al fine di contribuire, nel proprio ambito di competenza, a garantire la sicurezza del paziente, dell'ambiente, di sé stesso e degli altri operatori.

Art. 17

Tutela dei beni aziendali e dell'ambiente

1. I dipendenti ed i collaboratori dell'INRCA sono responsabili dell'uso e della custodia dei beni aziendali, materiali ed immateriali, messi a loro disposizione dall'Istituto e li utilizzano esclusivamente per scopi connessi e strumentali all'esercizio dell'attività lavorativa, con il massimo scrupolo ed in modo proprio ed eco-sostenibile, anche al fine di evitare danni a cose o a persone o all'ambiente;
2. Le dotazioni ed applicazioni informatiche devono essere utilizzate nel rispetto di quanto sopra, seguendo attentamente le procedure finalizzate alla protezione dei dati ed evitando l'acquisizione, l'utilizzo o la trasmissione, in particolar modo se massiva, di informazioni e contenuti non attinenti all'attività lavorativa;
3. Tutti i dipendenti devono adoperarsi al fine di ridurre il rischio di furti, danneggiamenti o altre minacce esterne alle risorse assegnate o presenti nell'INRCA, informando tempestivamente gli uffici competenti dell'eventuale verificarsi di una di queste ipotesi.

Art.18

Rapporti con il pubblico

1. Il dipendente che opera in rapporto diretto con il pubblico si fa riconoscere attraverso l'esposizione in modo visibile dell'apposito cartellino o altro supporto identificativo messo a disposizione dell'Istituto.
2. Il dipendente indossa la divisa ove prevista e ne cura il decoro, evitando di indossarla in luoghi impropri. Il particolare il professionista sanitario non accede in divisa a locali diversi da quelli ove presta assistenza.
3. Il dipendente si rapporta con gli utenti con disponibilità, premura, rispetto della dignità personale e cortesia, usando sempre un linguaggio consono alla situazione. Tutti i professionisti dell'INRCA sono

tenuti a dare agli utenti informazioni chiare, semplici, complete, comprensibili sulle prestazioni erogate e sulle relative modalità di accesso in osservanza ai principi di partecipazione e di trasparenza.

4. Il dipendente risponde nei tempi giusti, evitando lungaggini non giustificate da ragioni tecniche, e nella maniera più chiara, completa e accurata possibile alle richieste verbali, alla corrispondenza, alle chiamate telefoniche e ai messaggi di posta elettronica, utilizzando preferibilmente lo stesso mezzo di comunicazione e riportando tutti gli elementi idonei ai fini dell'identificazione chiara del responsabile dell'attività e della persona di riferimento.
5. Nella gestione della sua attività il dipendente rispetta, salvo situazioni di motivata urgenza, l'ordine cronologico di arrivo della richiesta o di avvio del procedimento e non rifiuta prestazioni a cui sia tenuto con motivazioni generiche.
6. L'operatore cui siano state attribuite credenziali per operare nel sistema centralizzato CUP le utilizza esclusivamente nell'interesse dell'Istituto e non ne abusa per favorire sé stesso o altri o per altri scopi personali.
7. Qualora il dipendente non sia in grado con le proprie conoscenze, per posizione rivestita o per competenza, di soddisfare le esigenze informative o le istanze dell'utente, si adopera per reperire le informazioni o, in caso di impossibilità, facilita il contatto dell'interessato con l'UO competente o indirizza l'utente presso l'URP.
8. Il dipendente, nel fornire informazioni e spiegazioni che gli siano richieste non dall'interessato, ma da terzi, tiene in debito conto i vincoli posti dalla normativa vigente in materia di tutela e trattamento dei dati personali.
9. Il dipendente rilascia copie ed estratti di atti o documenti di sua competenza, nel rispetto delle disposizioni di legge e dei regolamenti in materia di accesso agli atti amministrativi e di tutela e trattamento dei dati personali. Qualora gli sia richiesto di fornire informazioni, atti, documenti non accessibili, informa tempestivamente il richiedente dei motivi che ostano all'accoglimento della richiesta. Qualora non sia competente a provvedere in merito alla richiesta, cura che la stessa venga inoltrata all'UO competente.

Art.19

Rapporti con gli utenti dei servizi sanitari e con i portatori di interessi in ambito sanitario

1. Il dipendente pone al centro della propria attività la soddisfazione dei diritti e delle legittime aspettative dell'utente, sviluppando rapporti di fiducia con l'utente e con le sue figure di riferimento e garantendo una partecipazione consapevole alle decisioni che lo riguardano e alle scelte diagnostico-terapeutiche ed assistenziali.
2. Il dipendente, nello svolgimento dell'attività sanitaria, opera nel rispetto delle procedure, secondo gli standard di qualità e di quantità e nel rispetto degli impegni contenuti nella Carta dei Servizi. Il dipendente si adopera al fine di assicurare la continuità del servizio, consentire agli utenti la scelta tra i diversi erogatori e fornire loro informazioni sulle modalità di erogazione dei servizi.
3. Il dipendente fornisce all'interessato informazioni chiare, adeguate e veritiere sul suo stato di salute e sui trattamenti sanitari cui deve essere sottoposto, al fine di acquisire un consenso esplicito e consapevole. Qualora non sia in grado con le proprie conoscenze, per posizione rivestita o per competenza, di soddisfare le esigenze informative o le istanze dell'utente, si adopera indirizzare l'interessato alla struttura competente.
4. Il dipendente si adopera per la corretta tenuta della gestione e della documentazione clinica e la tutela dei dati personali in essa contenuti.
5. Nei rapporti con gli utenti il dipendente assicura la piena parità di trattamento a parità di condizioni, astenendosi da azioni arbitrarie che comportino discriminazioni basate su sesso, nazionalità, origine

etnica, caratteristiche genetiche, lingua, religione o credo, convinzioni personali o politiche, appartenenza a minoranze, disabilità condizioni sociali o di salute, età ed orientamento sessuale, o su altri eventuali elementi.

6. Il dipendente non percepisce da parte degli utenti alcun corrispettivo di qualsivoglia natura per lo svolgimento dell'attività istituzionale.
7. Il dipendente non influenza l'utente della struttura ospedaliera al fine di indirizzarlo all'acquisto di particolari prodotti o servizi, né indica nella documentazione sanitaria, all'atto della prescrizione e/o del consiglio terapeutico, in sede di dimissione o a seguito di visita ambulatoriale, il nome commerciale di farmaci prescritti o consigliati né di presidi o dispositivi medici di altra natura. Se al professionista è richiesto un consiglio, fa in modo di presentare all'utente un'ampia gamma di soluzioni da lui considerate valide in modo che egli possa operare autonomamente la scelta.
8. I professionisti ricevono gli informatori scientifici esclusivamente nei locali deputati a tale scopo, non forniscono loro indicazioni relative agli orientamenti prescrittivi propri o dei loro colleghi, né alle procedure di acquisto dei farmaci, non accettano premi, omaggi o altri vantaggi, anche se di modico valore, acquisiscono campioni e materiale informativo conformemente a quanto previsto dalla norma.
9. I dirigenti sanitari si attengono a quanto previsto dal regolamento che disciplina l'acquisizione e la gestione dei beni mobili in comodato d'uso gratuito e in conto visione.
10. Gli operatori sanitari dell'INRCA e gli addetti alla gestione delle salme e delle camere mortuarie tengono nei confronti dei congiunti del defunto un comportamento improntato alla disponibilità e discrezione, indossando sempre la divisa di servizio e il cartellino di riconoscimento.
11. E fatto assoluto divieto di:
 - comunicare in anticipo un decesso ad una o più imprese di onoranze funebri
 - segnalare ai parenti una specifica impresa di onoranze funebri
 - richiedere o accettare regali, compensi o altre utilità in relazione all'espletamento dei propri compitiEventuali iniziative da parte del personale dell'INRCA tese ad influenzare la scelta dell'impresa di onoranze funebri o qualunque altra circostanza da cui si evidenzino interferenze da parte di detto personale è passibile di procedimento disciplinare.

Art.20

Attività libero-professionale

1. L'attività libero-professionale ha lo scopo di consentire all'utente il diritto di scegliere liberamente il professionista o l'equipe di riferimento ed è praticata compatibilmente e subordinatamente al regolare svolgimento dell'attività istituzionale, tesa a garantire a tutti gli utenti un uguale livello di assistenza.
2. L'esercizio dell'attività libero-professionale è disciplinato dalla normativa nazionale, regionale e dal Regolamento dell'Istituto, che il professionista è tenuto rigorosamente a rispettare.
3. Il professionista stabilisce, in accordo con l'Istituto, orari di svolgimento della libera professione tali da tenere ben distinta l'attività istituzionale dall'attività libero-professionale e non attua alcun tipo di pressione o condizionamento, anche indiretto, nei confronti degli utenti al fine di orientarli verso l'attività libero-professionale.

Art.21

Ricerca e sperimentazioni cliniche

1. Il dipendente che partecipa all'attività di ricerca e alle sperimentazioni cliniche, applica metodi idonei, mutuati dall'evidenza scientifica, conduce la sua attività in modo corretto e trasparente, rispettando i regolamenti, documenta in modo accurato ogni fase della ricerca in modo da consentirne la verifica e il monitoraggio, condivide in modo aperto i risultati conseguiti con i colleghi e con la comunità scientifica.
2. Il dipendente deve dichiarare i conflitti di interesse, potenziali o attuali, finanziari o di altra natura, che potrebbero compromettere la credibilità del suo lavoro, sia nella fase di progetto, che di pubblicazione e divulgazione, o delle valutazioni date al lavoro altrui in qualità di supervisore o referee.
3. Il dipendente deve dichiarare agli uffici e alle autorità competenti eventuali situazioni anomale nello svolgimento degli studi scientifici, quali il mancato rispetto dei principi di bioetica, la manipolazione e la falsificazione dei dati, l'uso di metodi di analisi non idonei al disegno della ricerca con lo scopo di deviarne i risultati, il plagio, l'occultamento, e altre circostanze che pregiudicano il buon andamento e la credibilità della ricerca.
4. I dipendenti sono tenuti a dare tempestiva informazione all'Istituto in merito a invenzioni realizzate nell'ambito della loro attività istituzionale che siano suscettibili di essere brevettate o depositate, allo scopo di consentire l'esercizio di tutti i diritti previsti dalla normativa in materia di proprietà intellettuale. Qualora fossa stata presentata domanda di brevetto senza la previa informativa, i dipendenti hanno comunque l'obbligo di fornire all'Istituto tutti i dettagli relativi ad eventuali accordi con soggetti terzi.

Art. 22

Disposizioni per i dirigenti

1. Il dirigente si adopera per promuovere la conoscenza e la massima diffusione dei contenuti del presente Codice i propri collaboratori e assicura la partecipazione alla formazione in materia di prevenzione della corruzione, trasparenza e integrità.
2. Il dirigente opera per la diffusione della cultura dell'etica professionale e della legalità presso i propri collaboratori, vigilando sul loro operato e sul rispetto delle regole in materia di incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi extra-istituzionali, anche al fine di evitare pratiche non consentite di "doppio lavoro".
3. Il dirigente assicura che, nell'ambito della propria sfera di competenza, sia garantito il rispetto degli obblighi di pubblicazione e venga assicurato al cittadino il diritto di accesso civico.
4. Il dirigente assume atteggiamenti leali e trasparenti e adotta un comportamento esemplare e imparziale nei rapporti con i colleghi, i collaboratori, gli utenti e i destinatari dell'azione amministrativa. Il dirigente cura, altresì, che le risorse assegnate al suo ufficio siano utilizzate per finalità esclusivamente istituzionali e, in nessun caso, per esigenze personali.
5. Il dirigente vigila sul comportamento dei propri collaboratori, sul corretto uso dei permessi e sulla corretta timbratura delle presenze segnalando all'UPD le pratiche scorrette;
6. Il dirigente adotta le misure necessarie per tutelare l'integrità fisica e psicologica nell'ambiente di lavoro a lui assegnato e assicura che i propri collaboratori conoscano e applichino le procedure previste dai sistemi di prevenzione e gestione del rischio in vigore nell'Istituto.
7. Il dirigente è responsabile della formazione e dello sviluppo professionale dei propri collaboratori e definisce per ciascuno il percorso formativo più idoneo alla crescita professionale sua e dell'intera equipe.
8. Il dirigente cura il benessere organizzativo nella struttura a cui è preposto, favorendo l'instaurarsi di rapporti cordiali e rispettosi tra i collaboratori, assume iniziative finalizzate all'inclusione alla circolazione delle informazioni, allo sviluppo professionale dei propri collaboratori.

9. Il dirigente affida incarichi e attività a rotazione, in base alla professionalità secondo criteri di equa ripartizione del carico di lavoro e, per quanto possibile, di rotazione, tenendo conto delle capacità, delle attitudini, della professionalità del personale a sua disposizione e di quanto emerge dalle indagini sul benessere organizzativo.
10. Il dirigente è tenuto a non abusare della posizione di autorità derivante dalla superiorità gerarchica, evitando di assegnare prestazioni estranee ai doveri dei collaboratori, di richiedere favori personali o qualunque comportamento che configuri una violazione del presente Codice o della normativa vigente.
11. Il dirigente, nel caso in cui riceva segnalazioni di illeciti, adotta ogni cautela affinché il segnalante sia tutelato ai sensi Legge, 30/11/2017 n. 179 e dell'art.54bis del TU, estendendo tale cautela agli eventuali testimoni, e contestualmente intraprende con tempestività le iniziative necessarie, attivando, se competente, il procedimento disciplinare, ovvero segnalando tempestivamente l'illecito all'UPD.

Art. 23

Disposizioni per i coordinatori e titolari posizione organizzativa

Il dipendente titolare di incarico di coordinamento o posizione organizzativa è tenuto a:

- curare che le risorse, anche strumentali, assegnate ai suoi collaboratori siano utilizzate per finalità esclusivamente istituzionali;
- contribuire, nei limiti delle risorse assegnate, al benessere organizzativo nella struttura cui è preposto;
- favorire l'instaurarsi di rapporti cordiali e rispettosi tra i collaboratori, la circolazione delle informazioni, la formazione e l'aggiornamento del personale;
- assegnare le attività e i compiti sulla base di un'equa ripartizione del carico di lavoro, tenendo conto delle capacità, delle attitudini e della professionalità del personale di cui dispone, valutandone le prestazioni con imparzialità;
- favorire la diffusione di buone prassi ed esempi al fine di rafforzare il senso di fiducia nei confronti dell'Istituto;
- favorire la formazione e lo sviluppo professionale dei propri collaboratori e definisce per ciascuno il percorso formativo più idoneo alla crescita professionale sua e dell'intera équipe.
- non abusare della posizione di autorità derivante dalla superiorità gerarchica, evitando di assegnare prestazioni estranee ai doveri dei collaboratori, o di richiedere favori personali o qualunque comportamento che configuri una violazione del presente Codice o della normativa vigente.

Art. 24

Responsabilità conseguente alla violazione dei doveri del Codice

1. Ferme restando le ipotesi di responsabilità penale, civile, amministrativa o contabile del pubblico dipendente, la violazione delle disposizioni contenute nel presente Codice, nonché dei doveri e degli obblighi previsti dal PTTPC fonte di responsabilità disciplinare, accertata all'esito del procedimento, nel rispetto dei principi di gradualità e proporzionalità delle sanzioni.
2. Ai fini della determinazione del tipo e dell'entità della sanzione disciplinare concretamente applicabile, la violazione è valutata in ogni singolo caso con riguardo alla gravità del comportamento e all'entità del pregiudizio, anche morale, derivatone al decoro o al prestigio dell'Istituto. Le sanzioni applicabili sono

quelle previste dalla legge, dai regolamenti e dai contratti collettivi, incluse quelle espulsive, che possono essere applicate esclusivamente nei casi previsti dalla norma

3. Resta ferma la comminazione del licenziamento senza preavviso per i casi previsti dalla legge e dai contratti collettivi di lavoro.

Art. 25

Vigilanza

1. I dirigenti vigilano sul rispetto nella propria UO delle disposizioni contenute nel presente Codice e, in caso di violazione, attivano il procedimento disciplinare, conformemente a quanto previsto dalla normativa vigente e dai codici disciplinari dell'Istituto.
2. Avvalendosi dei dati e delle informazioni trasmesse dall'UPD, il RTPC effettua il monitoraggio sulla attuazione del Codice, ai sensi dell'articolo 54, c. 7, del TU, e comunica annualmente all'ANAC i risultati del monitoraggio.
3. Al fine di raccogliere indicazioni utili all'aggiornamento periodico del Codice e del PTPC, l'UPD trasmette al RTPC le segnalazioni a seguito delle quali è stato attivato un procedimento disciplinare.
4. Per quanto non espressamente regolato dal presente articolo si rimanda ai regolamenti dell'Istituto in materia di procedimenti e di sanzioni disciplinari.

Art. 26

Disposizioni finali

1. Il presente Codice viene adottato mediante provvedimento del Direttore Generale su proposta del RTPC e viene aggiornato periodicamente, anche a seguito di modifiche normative e di contesto, dell'attività gestionale o dell'assetto organizzativo dell'INRCA e degli adeguamenti annuali del PNA.
2. L'INRCA dà la massima diffusione al Codice, pubblicandolo nel proprio sito internet istituzionale e nella rete intranet, nonché dandone informativa diretta a tutti i propri dipendenti e ai titolari di contratti di consulenza o collaborazione a qualsiasi titolo, anche professionale, nonché alle imprese fornitrici di servizi in favore dell'Istituto, mantenendo la prova dell'avvenuta presa visione.
3. I dirigenti assicurano e favoriscono la conoscenza del Codice nell'ambito delle U.O. da essi dirette.
4. Contestualmente all'atto di sottoscrizione di un nuovo contratto di lavoro o di un contratto di collaborazione o consulenza, o all'avvio di un periodo di presenza presso l'Istituto a fini di specializzazione, tirocinio, stage, frequenza volontaria, il soggetto incaricato dell'UO competente consegna e fa sottoscrivere all'interessato la dichiarazione di presa d'atto del presente Codice e di impegno al rispetto delle disposizioni in esso contenute.
5. Per quanto non espressamente disciplinato da presente Codice si rimanda alle norme e agli indirizzi vigenti in materia.

Allegato n.1 al PTTI - SEZIONE: DISPOSIZIONI GENERALI						
Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza	art. 10, c. 8, lett. a)	Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la trasparenza (PTPC)	RTPC	Paola Fioravanti	Paola Fioravanti	Annuale
Disposizioni generali	art.12, c. 1 d.lgs. n.33/2013	Riferimenti normativi su organizzazione e attività (con i relativi link alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normattiva" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni)	U.O. Affari Generali	Paola Maiolatesi	Paola Maiolatesi	Tempestivo
		Atti amministrativi generali (Direttive, circolari, programmi, istruzioni e ogni atto che dispone in generale sulla organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti, ovvero nei quali si determina l'interpretazione di norme giuridiche o dettano disposizioni per la loro applicazione)	U.O. Affari Generali	Paola Maiolatesi	Paola Maiolatesi	Tempestivo
		Documenti di programmazione strategico-gestionale (Atto Aziendale e altri atti organizzativi interni)	U.O. Affari Generali	Paola Maiolatesi	Paola Maiolatesi	Tempestivo
	art.12, c. 1 d.lgs. n.33/2013	Statuti e leggi regionali che regolano le funzioni, l'organizzazione e lo svolgimento delle attività di competenza dell'Istituto	U.O. Affari Generali	Paola Maiolatesi	Paola Maiolatesi	Tempestivo
	art.55 c.2 D.Lgs n.165/2001 art.12 c.1 d.lgs. n.33/2013	Codice disciplinare e codice di condotta	RTPC	Paola Fioravanti	Paola Fioravanti	Tempestivo

Allegato n.1 al PTTI - SEZIONE: ORGANIZZAZIONE

SOTTOSEZIONE: TITOLARI DI INCARICHI POLITICI, DI AMMINISTRAZIONE, DI DIREZIONE E DI GOVERNO cui all'art.14, c,1 e 1-bis del D.lgs. n.33/2013 - dati da mantenere anche per i cessati

Titolari di incarichi di indirizzo politico CIV art.14, c,1 del D.lgs. n.33/2013	art. 13, c. 1, lett. a) d.lgs. n.33/2013	organi di indirizzo politico e di amministrazione e gestione, composizione e indicazione delle competenze	Segreteria CIV	Renata Rossini	Renata Rossini	Tempestivo
	art. 14, c. 1, lett. a) d.lgs. n.33/2013	Atto di nomina con indicazione della durata dell'incarico	Segreteria CIV	Renata Rossini	Renata Rossini	Tempestivo
	art. 14, c. 1, lett. b) d.lgs. n.33/2013	Curriculum vitae	Segreteria CIV	Renata Rossini	Renata Rossini	Tempestivo
	art.14 c.1 l.c) d.lgs. n.33/2013	compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Segreteria CIV	Renata Rossini	Paolo Pieralisi	Tempestivo
		importi di viaggi e missioni pagati con fondi pubblici	U.O. Amministrazione Risorse Umane	Claudia Marinucci	Cristina Bevilacqua	Tempestivo
	art.14c.1 l.d) d.lgs. n.33/2013	dichiarazioni relative all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi a compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Segreteria CIV	Renata Rossini	Renata Rossini	Tempestivo
	art.14c.1 l.e) d.lgs. n.33/2013	dichiarazioni relative ad altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Segreteria CIV	Renata Rossini	Renata Rossini	Tempestivo

Titolari di incarichi di indirizzo politico CIV art.14, c,1 del D.lgs. n.33/2013	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013,	1) dichiarazione concernente i diritti reali su beni immobili iscritti in pubblici registri, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore e sindaco di società, con apposizione della formula "sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero" (per il soggetto, il coniuge, i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano) NB dando evidenza del mancato consenso	Segreteria CIV	Renata Rossini	Renata Rossini	una sola volta entro 3 mesi dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino a cessazione dell'incarico o del mandato
	Art. 14, c. 1bis, d.lgs. n. 33/2013	2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi (per il soggetto, il coniuge, i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano) NB dando evidenza del mancato consenso,	Segreteria CIV	Renata Rossini	Renata Rossini	entro 3 mesi dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e successivamente con cadenza annuale
	Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982	3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale con l'apposizione della formula "sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero" (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi i 5.000 euro)	Segreteria CIV	Renata Rossini	Renata Rossini	Tempestivo
	,	4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione (con copia dell'ultima denuncia IRPEF) (per il soggetto, il coniuge, i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano) NB dando evidenza del mancato consenso	Segreteria CIV	Renata Rossini	Renata Rossini	Annuale
Sanzioni per la mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'art.14 concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie, del coniuge, dei parenti entro il secondo grado, nonchè tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica.	RTPC	Paola Fioravanti	Paola Fioravanti	Tempestivo

Amministrazione Trasparente- SEZIONE: ARTICOLAZIONE DEGLI UFFICI						
articolazione degli uffici	art. 13, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013	Articolazione e competenze degli uffici con indicazione nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	U.O. Formazione e Comunicazione	Tiziana Tregambe	Marzio Marcellini	Tempestivo
	art. 13, c. 1, lett. c) d.lgs. n. 33/2013	organigramma	U.O. Formazione e Comunicazione	Tiziana Tregambe	Marzio Marcellini	Tempestivo
	Art. 13, c. 1, lett. d) d.lgs. n. 33/2013	elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle PEC cui il cittadino può rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali.	U.O. Formazione e Comunicazione	Tiziana Tregambe	Marzio Marcellini	Tempestivo
Amministrazione Trasparente- SEZIONE: CONSULENTI E COLLABORATORI -						
Consulenti e collaboratori	art. 15, c.2 d.lgs. n. 33/2013	estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione e consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo (compresi quelli affidati con contratto di co.co.co) per i quali è previsto un compenso con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato	U.O. Amm.ne Risorse Umane	Claudia Marinucci	Luca Scocchera	Tempestivo
	art.15 c.1 l.b) d.lgs. n. 33/2013	CV europeo	U.O. Amm.ne Risorse Umane	Claudia Marinucci	Luca Scocchera	Tempestivo
	art.15 c.1 l.c) d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla P.A. o allo svolgimento di attività professionali	U.O. Amm.ne Risorse Umane	Claudia Marinucci	Luca Scocchera	Tempestivo
	art.15 c.1 l.d) d.lgs. n. 33/2013	compensi comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di co.co.co) con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione di risultato	U.O. Amm.ne Risorse Umane	Claudia Marinucci	Luca Scocchera	Tempestivo
	art.15 c.2 d.lgs. n. 33/2013	Tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico comunicate alla F.P.	U.O. Amm.ne Risorse Umane	Claudia Marinucci	Luca Scocchera	entro il 30 giugno
	art.53 c.14 d.lgs. 165/2001,	attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse	U.O. Amm.ne Risorse Umane	Claudia Marinucci	Luca Scocchera	Tempestivo

Amministrazione Trasparente- SEZIONE: PERSONALE

SOTTOSEZIONE: - incarichi amministrativi di vertice

incarichi amministrativi di vertice	art. 41, c. 3, e art.15 d.lgs. n.33/2013	estremi degli atti di conferimento con indicazione della durata dell'incarico	U.O. Amm.ne Risorse Umane	Claudia Marinucci	Lorella Raffaeli	Tempestivo
	art. 41, c. 3, e art.15 d.lgs. n.33/2013	Curriculum Vitae europeo	U.O. Amm.ne Risorse Umane	Claudia Marinucci	Lorella Raffaeli	Tempestivo
	art. 41, c. 3, e art.15 d.lgs. n.33/2013	compensi comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione di risultato ed ammontare erogato	U.O. Amm.ne Risorse Umane	Claudia Marinucci	Lorella Raffaeli	Tempestivo
		importi di viaggi e missioni pagati con fondi pubblici	U.O. Amministrazione Risorse Umane	Claudia Marinucci	Cristina Bevilacqua	Tempestivo
	art. 41, c. 3, e art.15 d.lgs. n.33/2013	dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla P.A. o allo svolgimento di attività professionali, e relativi compensi	Segreteria Direzione	Cristina Ferrini	Cristina Ferrini	Tempestivo
	art. 41, c. 3, e art.15 d.lgs. n.33/2013	dichiarazioni relative ad altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Segreteria Direzione	Cristina Ferrini	Cristina Ferrini	Tempestivo
	art. 20 c.2,3 d.Lgs 39/2013	dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfiribilità dell'incarico	Segreteria Direzione	Cristina Ferrini	Cristina Ferrini	Tempestivo

	art. 20 c.2,3 d.Lgs 39/2013	dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità dell'incarico	U.O. U.O. Affari Generali	Cristina Ferrini	Cristina Ferrini	Annuale
SOTTOSEZIONE: incarichi dirigenziali a qualsiasi titolo conferiti - Per ciascun titolare di incarico – dati da mantenere anche per i dirigenti cessati:						
Titolari di incarichi dirigenziali	art. 41, c. 3, e art.15 d.lgs. n.33/2013	estremi degli atti di conferimento con indicazione della durata dell'incarico	U.O. Amm.ne Risorse Umane	Claudia Marinucci	Lorella Raffaeli	Tempestivo
	art. 41, c. 3, e art.15 d.lgs. n.33/2013	Curriculum Vitae	U.O. Amm.ne Risorse Umane	Claudia Marinucci	Lorella Raffaeli	Tempestivo
	art. 41, c. 3, e art.15 d.lgs. n.33/2013	compensi comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione di risultato e a incarichi di consulenza e collaborazione da parte dell'amministrazione	U.O. Amm.ne Risorse Umane	Claudia Marinucci	Lorella Raffaeli	Tempestivo
		importi di viaggi e missioni pagati con fondi pubblici	U.O. Amministrazione Risorse Umane	Claudia Marinucci	Cristina Bevilacqua	Tempestivo
	art. 41, c. 3, e art.15 d.lgs. n.33/2013	dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla P.A. o allo svolgimento di attività professionali, e relativi compensi	U.O. Amm.ne Risorse Umane	Claudia Marinucci	Lorella Raffaeli	Tempestivo
	art. 41, c. 3, e art.15 d.lgs. n.33/2013	dichiarazioni relative ad altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	U.O. Amm.ne Risorse Umane	Claudia Marinucci	Lorella Raffaeli	Tempestivo
	art. 20 c.2,3 d.Lgs 39/2013	dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfiribilità dell'incarico	U.O. Amm.ne Risorse Umane	Claudia Marinucci	Lorella Raffaeli	Tempestivo
		dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità dell'incarico	U.O. Amm.ne Risorse Umane	Claudia Marinucci	Lorella Raffaeli	Annuale

	Art.19 c.1-bis d.lgs. n.165/2001	Numero e tipologia dei posti di funzione che si rendono disponibili nella dotazione organica e relativi criteri di scelta	U.O. Amm.ne Risorse Umane	Claudia Marinucci	Claudia Marinucci	tempestivo
	Art.1c.7 d.p.r.n.108/2004	Ruolo dirigenti	U.O. Amm.ne Risorse Umane	Claudia Marinucci	Claudia Marinucci	annuale
Posizioni organizzative	art.10 c.8 l.d) d.lgs. n. 33/2013	curricula dei titolari di posizioni organizzative - CV europeo	U.O. Amm.ne Risorse Umane	Claudia Marinucci	Maria Letizia Giannella	aggiornamento annuale entro il 31 gennaio
dotazione organica	art. 16 c.1 d.lgs. n. 33/2013	Conto Annuale (C.A.) del personale e relative spese sostenute,	U.O. Amm.ne Risorse Umane	Claudia Marinucci	Sabrina Zoppi	annuale - stesse scadenze del Conto Annuale
	art. 16 c.2 d.lgs. n. 33/2013	Costo complessivo del personale a T.I. in servizio, articolato per aree professionali (fonte C.A.)	U.O. Amm.ne Risorse Umane	Claudia Marinucci	Sabrina Zoppi	
personale non a tempo indeterminato	art. 17 c.1 d.lgs. n. 33/2013	personale con rapporto di lavoro a T.D. ed elenco dei titolari dei contratti a T.D., con indicazione delle diverse tipologie di rapporto, della distribuzione di questo personale tra le diverse qualifiche e aree professionali	U.O. Amm.ne Risorse Umane	Claudia Marinucci	Sara Basili	
	art. 17 c.2 d.lgs. n. 33/2013	Costo complessivo del personale a T.D., articolato per aree professionali	U.O. Amm.ne Risorse Umane	Claudia Marinucci	Sabrina Zoppi	trimestrale
Tassi di assenza	art. 16 c.3 d.lgs. n. 33/2013	tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale	U.O. Amm.ne Risorse Umane	Claudia Marinucci	Francesca Guercio	trimestrale
incarichi conferiti o autorizzati ai dipendenti	art.18 d.lgs. n. 33/2013	elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascun dipendente, con l'indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso spettante per ogni incarico (compresi gli incarichi di cui all'art.113 d.lgs n.50/2016)	U.O. Amm.ne Risorse Umane	Claudia Marinucci	Cristina Bevilacqua	Tempestivo
contrattazione collettiva	art.21 c.1 d.lgs. n. 33/2013	riferimenti necessari e link per la consultazione dei contratti e accordi collettivi nazionali ed eventuali interpretazione autentiche	U.O. Amm.ne Risorse Umane	Claudia Marinucci	Claudia Marinucci	Tempestivo

	art.47 c.8 d.lgs. 165/2001					
contrattazione integrativa	art.21 c.2 d.lgs. n. 33/2013	contratti integrativi stipulati, con la relazione tecnico-finanziaria e quella illustrativa certificate dagli organi di controllo (Collegio dei revisori dei conti)	U.O. Amm.ne Risorse Umane	Claudia Marinucci	Claudia Marinucci	Tempestivo
	art.21 c.2 d.lgs. n. 33/2013 , art.55 c.4 D.lgs. 150/2009	specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa, certificate dagli organi di controllo interno e trasmesse al MEF	U.O. Amm.ne Risorse Umane	Claudia Marinucci	Claudia Marinucci	annuale - stesse scadenze del Conto Annuale
OIV	art.10 c.8 l.c d.lgs. n. 33/2013	nominativi, curricula e compensi	Segreteria OIV	Arianna Bartolucci	Arianna Bartolucci	Tempestivo
Amministrazione Trasparente- SEZIONE: BANDI DI CONCORSO						
	art.19 d.lgs. n. 33/2013	bandi di concorso per il reclutamento a qualsiasi titolo di personale presso l'amministrazione nonchè i criteri di valutazione della commissione e la traccia delle prove scritte e le graduatorie finali, aggiornate con l'eventuale scorrimento degli idonei non vincitori.	U.O. Amm.ne Risorse Umane	Claudia Marinucci	Luca Scocchera	Tempestivo
Amministrazione Trasparente- SEZIONE: PERFORMANCE						
performance	art. 10, c. 8, lett. b) d.lgs. n. 33/2013	sistema di misurazione e valutazione della performance (art.7 d.lgs. n.150/2009)	U.O. Controllo di Gestione	Avelia Brega	Avelia Brega	Tempestivo
		piano della performance (art.10 d.lgs. 150/2009)	U.O. Controllo di Gestione	Avelia Brega	Avelia Brega	Tempestivo

	art. 20, c. 1 d.lgs. n. 33/2013	relazione sulla performance (art.10 ds.lgs. 150/2009)	U.O. Controllo di Gestione	Avelia Brega	Avelia Brega	Tempestivo
ammontare complessivo dei premi (dati da pubblicare in tabelle)	art. 20, c. 1 d.lgs. n. 33/2013	ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati	U.O. Amm.ne Risorse Umane	Claudia Marinucci	Claudia Marinucci	Tempestivo
		ammontare dei premi effettivamente distribuiti	U.O. Amm.ne Risorse Umane	Claudia Marinucci	Claudia Marinucci	Tempestivo
dati relativi ai premi (dati da pubblicare in tabelle)	art. 20, c. 2 d.lgs. n. 33/2013	Criteria definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio	U.O. Amm.ne Risorse Umane	Claudia Marinucci	Claudia Marinucci	Tempestivo
		distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi	U.O. Amm.ne Risorse Umane	Claudia Marinucci	Claudia Marinucci	Tempestivo
		Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti che per i dipendenti	U.O. Amm.ne Risorse Umane	Claudia Marinucci	Claudia Marinucci	Tempestivo

Amministrazione Trasparente- SEZIONE: ATTIVITA' E PROCEDIMENTI Per ciascuna tipologia di procedimento sono pubblicati:

Tipologie di procedimento	art. 35, c. 1 l.a d.lgs. n. 33/2013	breve descrizione del procedimento con indicazione dei riferimenti normativi	UU.OO. per l'ambito di competenza	I referenti delle U.O. interessate	I referenti delle U.O. interessate	tempestivo
	art. 35, c. 1 l.b d.lgs. n. 33/2013	Unità organizzative responsabili dell'istruttoria	UU.OO. per l'ambito di competenza	I referenti delle U.O. interessate	I referenti delle U.O. interessate	tempestivo
	art. 35, c. 1 l.c d.lgs. n. 33/2013	Ufficio responsabile del procedimento,	UU.OO. per l'ambito di competenza	I referenti delle U.O. interessate	I referenti delle U.O. interessate	tempestivo
	art. 35, c. 1 l.e d.lgs. n. 33/2013	Modalità con la quale gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardino	UU.OO. per l'ambito di competenza	I referenti delle U.O. interessate	I referenti delle U.O. interessate	tempestivo
	art. 35, c. 1 l.f d.lgs. n. 33/2013	Termine fissato dalla normativa per la conclusione del procedimento	UU.OO. per l'ambito di competenza	I referenti delle U.O. interessate	I referenti delle U.O. interessate	tempestivo
	art. 35, c. 1 l.g d.lgs. n. 33/2013	Procedimenti per i quali il provvedimento dell'amministrazione può essere sostituito da una dichiarazione dell'interessato ovvero il procedimento può concludersi con il silenzio assenso dell'amministrazione	UU.OO. per l'ambito di competenza	I referenti delle U.O. interessate	I referenti delle U.O. interessate	tempestivo
	art. 35, c. 1 l.h d.lgs. n. 33/2013	Strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato nel corso del procedimento nei confronti del provvedimento finale,	UU.OO. per l'ambito di competenza	I referenti delle U.O. interessate	I referenti delle U.O. interessate	tempestivo
	art. 35, c. 1 l.i d.lgs. n. 33/2013	Link di accesso al servizio on line	UU.OO. per l'ambito di competenza	I referenti delle U.O. interessate	I referenti delle U.O. interessate	tempestivo

art. 35, c. 1 l.l d.lgs. n. 33/2013	Modalità di effettuazione dei pagamenti con codici IBAN identificativi del conto di pagamento ed eventuali altri codici da indicare obbligatoriamente nel versamento	UU.OO. per l'ambito di competenza	I referenti delle U.O. interessate	I referenti delle U.O. interessate	tempestivo
art. 35, c. 1 l.l d.lgs. n. 33/2013	Nome del soggetto a cui è attribuito in caso di inerzia il potere sostitutivo, nonchè modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e di posta elettronica istituzionale	Segreteria Direzione	Cristina Ferrini	Cristina Ferrini	tempestivo

Per i procedimenti a istanza di parte						
procedimenti a istanza di parte	art. 35, c. 1 l.d d.lgs. n. 33/2013	Atti e documenti da allegare all'istanza e modulistica necessaria, compresi i fac-simile per le autocertificazioni	UU.OO. per l'ambito di competenza	I referenti delle U.O. interessate	I referenti delle U.O. interessate	tempestivo
	art. 35, c. 1 l.d d.lgs. n. 33/2013	Uffici cui rivolgersi per informazioni, orari e modalità di accesso con indicazione degli indirizzi, recapiti telefonici, caselle di posta elettronica istituzionale per presentare le istanze	UU.OO. per l'ambito di competenza	I referenti delle U.O. interessate	I referenti delle U.O. interessate	tempestivo
Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	art. 35, c.3 d.lgs. n. 33/2013	recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire, e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	UU.OO. per l'ambito di competenza	I referenti delle U.O. interessate	I referenti delle U.O. interessate	tempestivo
Amministrazione Trasparente- SEZIONE: PROVVEDIMENTI						
Provvedimenti organi di indirizzo politico	Art. 23 c.1 d.lgs. n. 33/2013/Art.1 c.16 l.n.190/2012	provvedimenti finali di:, scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	U.O. Affari Generali	Paola Maiolatesi	Mariella Brunelli	Tempestivo
Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23 c.1 d.lgs. n. 33/2013/Art.1 c.16 l.n.190/2012	Elenco dei provvedimenti finali di:, scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, accordi con privati o con P.A.	U.O. Affari Generali	Paola Maiolatesi	Mariella Brunelli	Tempestivo

Amministrazione Trasparente- SEZIONE: BANDI DI GARA E CONTRATTI

	art.1 c.32 L.n.190/2012 art.37 c.1 d.lgs. n.33/2013	Codice Identificativo di Gara (CIG)	UU.OO. per l'ambito di competenza	Ilaria Cardella/ Eugenio Medici	RUP e operatori che alimentano la specifica sezione	Tempestivo
Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare	art.1 c.32 L.n.190/2012, art.37 c.1 d.lgs. n.33/2013	Struttura proponente, Oggetto del bando, Procedura di scelta del contraente, Elenco degli operatori invitati a presentare offerte/Numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, Aggiudicatario, Importo di aggiudicazione, Tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, Importo delle somme liquidate	UU.OO. per l'ambito di competenza	Ilaria Cardella/ Eugenio Medici	RUP e operatori che alimentano la specifica sezione	Tempestivo
		Tabelle riassuntive rese liberamente scaricabili in un formato digitale standard aperto con informazioni sui contratti relative all'anno precedente (nello specifico: Codice Identificativo Gara (CIG), struttura proponente, oggetto del bando, procedura di scelta del contraente, elenco degli operatori invitati a presentare offerte/numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, aggiudicatario, importo di aggiudicazione, tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, importo delle somme liquidate)	UU.OO. per l'ambito di competenza	Ilaria Cardella/ Eugenio Medici	RUP e operatori che alimentano la specifica sezione	annuale - 31 gennaio dell'anno successivo a quello di riferimento
Atti relativi alla programmazione di lavori, opere, servizi, forniture	art.37 c.1 d.lgs. n.33/2013 artt.21 c.7 e 29 c.1 d.lgs. n.50/2016	Programma biennale degli acquisti di beni e servizi, programma triennale dei lavori pubblici e relativi aggiornamenti annuali	UU.OO. per l'ambito di competenza	Ilaria Cardella/ Eugenio Medici	Ilaria Cardella/ Eugenio Medici	Tempestivo

Atti delle amministrazioni aggiudicatrici distinti per ogni procedura	art.37 c.1 d.lgs. n.33/2013 art. 29 c.1 d.lgs. n.50/2016	Avvisi di preinformazione	UU.OO. per l'ambito di competenza	Ilaria Cardella/ Eugenio Medici	RUP e operatori che alimentano la specifica sezione	Tempestivo
		Delibera a contrarre o atto equivalente	UU.OO. per l'ambito di competenza	Ilaria Cardella/ Eugenio Medici	RUP e operatori che alimentano la specifica sezione	Tempestivo
		Avvisi e bandi	UU.OO. per l'ambito di competenza	Ilaria Cardella/ Eugenio Medici	RUP e operatori che alimentano la specifica sezione	Tempestivo
		Avvisi sui risultati della procedura di affidamento	UU.OO. per l'ambito di competenza	Ilaria Cardella/ Eugenio Medici	RUP e operatori che alimentano la specifica sezione	Tempestivo
		Avvisi sistema di qualificazione	UU.OO. per l'ambito di competenza	Ilaria Cardella/ Eugenio Medici	RUP e operatori che alimentano la specifica sezione	Tempestivo
		Affidamenti	UU.OO. per l'ambito di competenza	Ilaria Cardella/ Eugenio Medici	RUP e operatori che alimentano la specifica sezione	Tempestivo
		Informazioni ulteriori	UU.OO. per l'ambito di competenza	Ilaria Cardella/ Eugenio Medici	RUP e operatori che alimentano la specifica sezione	Tempestivo

	Composizione della commissione giudicatrice e curricula dei componenti	UU.OO. per l'ambito di competenza	Ilaria Cardella/ Eugenio Medici	RUP e operatori che alimentano la specifica sezione	Tempestivo
	Resoconto della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	UU.OO. per l'ambito di competenza	Ilaria Cardella/ Eugenio Medici	RUP e operatori che alimentano la specifica sezione	Tempestivo

Amministrazione Trasparente - SEZIONE: BILANCI

bilancio preventivo e consuntivo	art.29 c.1 d.lgs. n. 33/2013 , art.32 c.2 L.69/2009, art.5 c.1 dpcm 26 aprile 2011	Documenti e allegati del bilancio preventivo, nonché dati relativi al bilancio di previsione di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	U.O. Amministrazione e Finanza	Michelangelo Agostara	Michelangelo Agostara	Tempestivo
	Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016	Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	U.O. Amministrazione e Finanza	Michelangelo Agostara	Michelangelo Agostara	Tempestivo
	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Documenti e allegati del bilancio consuntivo, nonché dati relativi al bilancio consuntivo di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	U.O. Amministrazione e Finanza	Michelangelo Agostara	Michelangelo Agostara	Tempestivo
	Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016	Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci consuntivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	U.O. Amministrazione e Finanza	Michelangelo Agostara	Michelangelo Agostara	Tempestivo
piano degli indicatori dei risultati attesi di bilancio	art.29 c.2 d.lgs. n. 33/2013	piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio con l'integrazione delle risultanze osservate in termini di raggiungimento dei risultati attesi e le motivazioni degli eventuali scostamenti e gli aggiornamenti in corrispondenza di ogni nuovo esercizio di bilancio, sia tramite la specificazione di nuovi obiettivi e indicatori, sia attraverso l'aggiornamento dei valori obiettivo e la soppressione di obiettivi già raggiunti oppure oggetto di ripianificazione	U.O. Amministrazione e Finanza	Michelangelo Agostara	Michelangelo Agostara	Tempestivo

Amministrazione Trasparente- SEZIONE: BENI IMMOBILI E GESTIONE DEL PATRIMONIO						
patrimonio immobiliare	art.30 d.lgs. n. 33/2013	informazioni identificative degli immobili posseduti	U.O. Attività Tecniche, Nuove Opere, Patrimonio	Eugenio Medici	Eugenio Medici	Tempestivo
canoni di locazione o affitto		canoni di locazione o di affitto versati e/o percepiti	U.O. Attività Tecniche, Nuove Opere, Patrimonio	Eugenio Medici	Eugenio Medici	Tempestivo
Amministrazione Trasparente- SEZIONE: CONTROLLI E RILIEVI SULLA AMMINISTRAZIONE						
controlli e rilievi sull'amm.ne	art. 31 d.lgs. n. 33/2013	Atti dell'Organismo indipendente di valutazione OIV : documento OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art.14c.4 l.c d.lgs. n.150/2009) 2)Relazione sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza, integrità e controlli interni (art.14c.4l.a d.lgs. n.150/2009) 3)Altri atti provvedendo all'indicazione in forma anonima dei dati personali eventualmente presenti	U.O. Controllo di Gestione	Segreteria OIV	Arianna Bartolucci	Tempestivo
		Relazioni degli organi di revisione contabile	U.O. Affari Generali	Paola Maiolatesi	Paola Maiolatesi	Tempestivo
		Rilievi Corte dei Conti	U.O. Affari Generali	Paola Maiolatesi	Paola Maiolatesi	Tempestivo

Amministrazione Trasparente- SEZIONE: SERVIZI EROGATI						
carta dei servizi e standard di qualità	art. 32, c. 1 d.lgs. n. 33/2013	carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi erogati e una sezione specifica riguardante i servizi in rete	URP	Tiziana Tregambe	Giovanni Mazzia	Tempestivo
Class action	Art. 1, c. 2, d.lgs. n. 198/2009	Notizia del ricorso in giudizio proposto dai titolari di interessi giuridicamente rilevanti ed omogenei al fine di ripristinare il corretto svolgimento o erogazione di un servizio	URP	Tiziana Tregambe	Giovanni Mazzia	Tempestivo
		Sentenza di definizione del giudizio	URP	Tiziana Tregambe	Giovanni Mazzia	Tempestivo
		Misure adottate in ottemperanza alla sentenza	URP	Tiziana Tregambe	Giovanni Mazzia	Tempestivo
costi contabilizzati	art. 32, c. 2, lett. A art. 10, c. 5 d.lgs. n. 33/2013	costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi, evidenziando quelli effettivamente sostenuti e quelli imputati al personale per ogni servizio erogato e il relativo andamento nel tempo	Controllo di Gestione	Avelia Brega	Avelia Brega	annuale - 31 marzo dell'anno successivo a quello di riferimento
liste di attesa	art. 41, c. 6 d.lgs. n. 33/2013	tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata pubblicati per ciascun presidio INRCA	Direzioni Mediche di Presidio/URP	Tiziana Tregambe	Giovanni Mazzia	Tempestivo
Servizi in rete	Art. 7 co. 3 d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 8 co. 1 del d.lgs. 179/16	Risultati delle rilevazioni sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete resi all'utente, anche in termini di fruibilità, accessibilità e tempestività, statistiche di utilizzo dei servizi in rete.	U.O. Formazione e Comunicazione	Tiziana Tregambe	Giovanni Mazzia	Tempestivo

Amministrazione Trasparente- SEZIONE: PAGAMENTI DELL'AMMINISTRAZIONE

Dati sui pagamenti del SSN	Art. 41, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi a tutte le spese e a i pagamenti effettuati, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari (da pubblicare in tabelle)	U.O. Amm.ne e Finanza	Michelangelo Agostara	Michelangelo Agostara	Trimestrale
indicatore di tempestività dei pagamenti	art. 33 d.lgs. n. 33/2013	indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi e forniture	U.O. Amm.ne e Finanza	Michelangelo Agostara	Michelangelo Agostara	annuale entro il 31 gennaio dell'anno successivo a quello di riferimento
	art. 33 d.lgs. n. 33/2013	indicatore trimestrale tempestività dei pagamenti	U.O. Amm.ne e Finanza	Michelangelo Agostara	Michelangelo Agostara	Trimestrale
IBAN e pagamenti informatici	Art. 36, d.lgs. n. 33/2013 art. 5 c.1 d.lgs n. 82/2005	coordinate bancarie attraverso cui i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti	U.O. Amm.ne e Finanza	Michelangelo Agostara	Michelangelo Agostara	Tempestivo max entro 7 giorni dall'eventuale modifica

Amministrazione Trasparente- SEZIONE: OPERE PUBBLICHE						
Nuclei di valutazione opere pubbliche	Art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici, incluse le funzioni e i compiti specifici ad essi attribuiti, le procedure e i criteri di individuazione dei componenti e i loro nominativi (obbligo previsto per le amministrazioni centrali e regionali)	U.O. Attività Tecniche, Nuove Opere, Patrimonio	Eugenio Medici	RUP e operatori che alimentano la specifica sezione	Tempestivo
Atti di programmazione opere pubbliche	Art. 38, c. 2 e 2 bis d.lgs. n. 33/2013 Art. 21 co.7 d.lgs. n. 50/2016 Art. 29 d.lgs. n. 50/2016	Atti di programmazione delle opere pubbliche (link alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti").	U.O. Attività Tecniche, Nuove Opere, Patrimonio	Eugenio Medici	RUP e operatori che alimentano la specifica sezione	Tempestivo
Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche	art. 38 c.2 d.lgs. n. 33/2013	informazioni relative ai tempi, ai costi unitari e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche completate	U.O. Attività Tecniche, Nuove Opere, Patrimonio	Eugenio Medici	RUP e operatori che alimentano la specifica sezione	Tempestivo
		informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche completate	U.O. Attività Tecniche, Nuove Opere, Patrimonio	Eugenio Medici	RUP e operatori che alimentano la specifica sezione	Tempestivo

Amministrazione Trasparente- SEZIONE: INTERVENTI STRAORDINARI E DI EMERGENZA

Interventi straordinari e di emergenza	Art. 42, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Provvedimenti adottati concernenti gli interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente, con l'indicazione espressa delle norme di legge eventualmente derogate e dei motivi della deroga, nonché con l'indicazione di eventuali atti amministrativi o giurisdizionali intervenuti	UU.OO. per l'ambito di competenza	I referenti delle U.O. interessate	I referenti delle U.O. interessate	tempestivo
	Art. 42, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Pubblicazione dei dati sulle erogazioni liberali a sostegno del contrasto all'emergenza epidemiologica da COVID-19.	U.O. Affari Generali	Paola Maiolatesi	Paola Maiolatesi	tempestivo
	Art. 42, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Costo previsto degli interventi e costo effettivo sostenuto dall'amministrazione	U.O. Amm.ne e Finanza	Michelangelo Agostara	Michelangelo Agostara	tempestivo

Amministrazione Trasparente- SEZIONE: ALTRI CONTENUTI

Prevenzione della corruzione	Art. 1, c. 8, l. n. 190/2012, Art. 43, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	RTPC	Paola Fioravanti	Paola Fioravanti	tempestivo
	Art. 1, c. 14, l. n. 190/2012	relazione del RTPC recante i risultati dell'attività svolta	RTPC	Paola Fioravanti	Paola Fioravanti	annuale - 15 dicembre dell'anno di riferimento
	Art. 18, c. 5, d.lgs. n. 39/2013	Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013	RTPC	Paola Fioravanti	Paola Fioravanti	tempestivo
Accesso civico "semplice"	Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 2, c. 9-bis, l. 241/90	nome del responsabile della trasparenza cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	RTPC	Paola Fioravanti	Paola Fioravanti	tempestivo

Accesso civico "generalizzato" concernente dati e documenti ulteriori	Art. 5, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione delle caselle di posta elettronica istituzionali	RTPC	Paola Fioravanti	Paola Fioravanti	tempestivo
Registro degli accessi	Linee guida Anac FOIA (del. 1309/ 2016)	Registro degli accessi - Elenco delle richieste di accesso (atti, civico e generalizzato) con indicazione dell'oggetto e della data della richiesta nonché del relativo esito con la data della decisione	U.O. Affari Generali	Cosetta Greco	Cosetta Greco	semestrale
verifica tecnica accessibilità dati, metadati e banche dati	Art. 53, c. 1 bis, d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 43 del d.lgs. 179/16	Catalogo dei dati, dei metadati definitivi e delle relative banche dati in possesso dell'Amministrazione delle altre amministrazioni, da pubblicare anche tramite link al Repertorio nazionale dei dati territoriali (www.rndt.gov.it), al catalogo dei dati della PA e delle banche dati www.dati.gov.it e http://basidati.agid.gov.it/catalogo gestiti da AGID	U.O. Sistemi Informativi	Romano Firmani, Moreno Nacciariti	Romano Firmani, Moreno Nacciariti	tempestivo
	Art. 53, c. 1, bis, d.lgs. 82/2005	Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati, fatti salvi i dati presenti in Anagrafe tributaria	U.O. Sistemi Informativi	Romano Firmani, Moreno Nacciariti	Romano Firmani, Moreno Nacciariti	annuale
	Art. 9, c. 7, d.l. n. 179/2012 convertito con modificazioni dalla L. 17 dicembre 2012, n. 221	Obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici per l'anno corrente (entro il 31 marzo di ogni anno) e lo stato di attuazione del "piano per l'utilizzo del telelavoro" nella propria organizzazione (da pubblicare secondo le indicazioni contenute nella circolare dell'Agenzia per l'Italia digitale n. 1/2016 e s.m.i.)	U.O. Sistemi Informativi	Romano Firmani, Moreno Nacciariti	Romano Firmani, Moreno Nacciariti	annuale
Altri contenuti	Art. 7-bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012	Dati, informazioni e documenti ulteriori che l'Amministrazione intende pubblicare, non riconducibili alle sottosezioni sopra indicate, per i quali non vige l'obbligo di pubblicazione sulla base di specifica previsione di legge o regolamento, nel rispetto dei limiti indicati dall'articolo 5-bis del d.lgs.n.33/2013, procedendo alla indicazione in forma anonima dei dati personali eventualmente presenti.	UU.OO. per l'ambito di competenza	I referenti delle U.O. interessate	I referenti delle U.O. interessate	tempestivo

SEZIONE 3: ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA

L'articolazione aziendale

In premessa si osserva che sin dal 2009 l'Istituto ha scelto la dimensione dei c.d. Dipartimenti misti, cioè Dipartimenti all'interno dei quali insistono sia uu.oo. clinico assistenziali che uu.oo. esclusivamente dedicate all'attività di ricerca.

L'attività di ricerca e l'attività assistenziale costituiscono nella loro inscindibile complementarietà l'attività istituzionale di qualsiasi IRCSS e tale aspetto viene rappresentato con un percorso organizzativo coerente, attraverso l'istituzione dei Dipartimenti Strutturali Misti, "consacrando" la traslazionalità della ricerca.

Peraltro attualmente l'Istituto vive un momento di passaggio poiché la Determina n. 291 DGEN/2016 che aveva definito l'assetto organizzativo coerente con la riduzione delle strutture operative complesse e semplici (comprese quelle dipartimentali) per il rispetto degli standard del comitato LEA è stata prima integrata con la fusione per incorporazione del Presidio di Osimo e da poco modificata con la recentissima 274/DGEN del 28/07/2020 che è in corso di attuazione.

Di seguito si rappresenta primariamente l'assetto organizzativo apicale e poi l'assetto organizzativo aziendale sancito dalla determina 291/2016, la successiva integrazione di Osimo e infine la nuova organizzazione che presumibilmente sarà operativa da metà 2022, specificando per quest'ultima che nel percorso di attuazione si è evidenziata la necessità di attuare alcune piccole integrazioni e/o modifiche in via di definizione.

Il nostro assetto organizzativo apicale

Il Direttore Generale

Il Direttore Generale viene nominato dalla Giunta della Regione Marche, ai sensi dell'art. 5 L.R. Marche n. 21/06, tra i soggetti presenti nell'elenco di idonei di cui all'art. 3 bis co. 3 d.lgs. 502/1992, sentito il Ministro della Salute.

Il relativo incarico, di durata non inferiore a tre e non superiore ai cinque anni, ha natura autonoma ed esclusiva.

Il Direttore Generale è il legale rappresentante dell'Istituto; è responsabile della complessiva gestione in coerenza con gli indirizzi stabiliti dal CIV ed è tenuto, pertanto, ad assicurarne il regolare funzionamento anche attraverso l'esercizio di tutte le funzioni non attribuite ad altri livelli direzionali o dirigenziali con disposizione di legge o di regolamento di organizzazione ovvero non delegate.

Il Direttore Generale esercita le predette funzioni con atti di diritto privato o, nei casi stabiliti dalla legge, attraverso l'adozione di provvedimenti amministrativi. Gli atti di diritto privato sono retti dal principio di libertà delle forme nei limiti previsti dal Codice Civile e dalle leggi speciali.

Il Direttore Generale nomina il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario tra i soggetti in possesso dei requisiti di cui all'art. 3 co. 7 del d.lgs. 502/1992.

I provvedimenti amministrativi sono emanati nella osservanza della L. n. 241/1990 e s.m.i. e dei principi generali dell'azione amministrativa. Il Direttore Generale, fermo restando l'obbligo generale di motivazione di cui all'art. 3 della L. n. 241/1990 e s.m.i., è tenuto ad esplicitare nei provvedimenti amministrativi in modo puntuale le ragioni per le quali ritiene di non attenersi ai pareri espressi dal Direttore Sanitario, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Scientifico per competenza.

Il Direttore Generale, per l'esercizio delle proprie funzioni, si avvale di un supporto organizzativo ed operativo.

Nel caso di assenza o di impedimento del Direttore Generale le funzioni sono svolte su delega dello stesso dal Direttore Amministrativo o dal Direttore Sanitario e, in mancanza di delega, dal direttore più anziano di età.

Il Direttore Scientifico

Il Direttore Scientifico è nominato dal Ministro della Salute, sentito il Presidente della Regione Marche, ai sensi dell'art. 5 del D.Lgs n. 288/03 e s.m.i..

Il relativo incarico, di durata quinquennale come previsto dalla Intesa Stato Regioni del 01/07/2014, è disciplinato da contratto di diritto privato stipulato con il Direttore Generale, ha natura autonoma ed esclusiva ed è incompatibile con l'incarico di direzione di struttura all'interno dell'istituto e con qualsiasi altro incarico.

Il Direttore Scientifico:

- promuove, coordina e gestisce l'attività di ricerca scientifica delle diverse aree aziendali di cui è responsabile concordando annualmente con il Direttore Generale il finanziamento della stessa, in relazione agli indirizzi stabiliti dal Consiglio di Indirizzo e Verifica;
- stabilisce relazioni con l'industria, enti pubblici e privati mettendo a disposizione il potenziale scientifico dell'IRCCS per lo sviluppo tecnologico e della ricerca applicata;
- promuove l'attività scientifica attraverso l'organizzazione di corsi di aggiornamento e di formazione alla ricerca scientifica;
- favorisce la diffusione dei risultati delle ricerche tramite la relazione di rendicontazione scientifica annuale;
- presiede il Comitato Tecnico Scientifico ed esprime parere obbligatorio al Direttore Generale in ordine agli atti concernenti le attività cliniche e scientifiche nonché al reclutamento e all'utilizzo di personale medico e sanitario non medico nell'ambito delle attività stesse.

Il Direttore Scientifico, per l'esercizio delle proprie funzioni, si avvale di un supporto organizzativo ed operativo denominato staff del Direttore Generale e Scientifico. Lo stesso è dotato di un coordinatore scelto e nominato dal Direttore Generale sentito il Direttore Scientifico.

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Amministrativo è nominato dal Direttore Generale. Il relativo incarico, di durata non inferiore a tre e non superiore ai cinque anni, è disciplinato da contratto di diritto privato stipulato con il Direttore Generale, ha natura autonoma ed esclusiva;

Il Direttore Amministrativo:

- dirige i servizi amministrativi dell'Istituto, in conformità agli indirizzi generali di programmazione ed alle direttive e/o disposizioni del Direttore Generale;
- collabora allo svolgimento dell'insieme delle attività aziendali;
- esercita l'alta direzione sulle attività delle aree funzionali amministrativo/tecnico/logistico;
- 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 la nomina dei responsabili delle strutture organizzative di rilevanza amministrativa o tecnica;
- svolge ogni altra funzione, ivi compresa l'adozione di atti a rilevanza esterna, attribuitagli dalla legislazione vigente, dal presente atto, dai regolamenti aziendali attuativi ovvero delegatagli dal Direttore Generale.

Il Direttore Amministrativo, di sua iniziativa o su indicazione del Direttore Generale, può, in qualsiasi fase dei procedimenti, avocare a sé la trattazione diretta di affari che rivestano particolare rilevanza nel contesto delle competenze dell'area amministrativa e tecnica, adottando correlativamente tutti gli atti all'uopo necessari, previa informazione e condivisione con il Direttore Generale.

Il Direttore Amministrativo, per l'esercizio delle proprie funzioni, oltre allo staff del Direttore Generale, si può avvalere di un supporto organizzativo ed operativo denominato Staff del Direttore Amministrativo la cui composizione è definita con apposito atto.

Il Direttore Sanitario

Il Direttore Sanitario è nominato dal Direttore Generale. Il relativo incarico, di durata non inferiore a tre e non superiore ai cinque anni, è disciplinato da contratto di diritto privato stipulato con il Direttore Generale,

ha natura autonoma ed esclusiva.

Il Direttore Sanitario:

- dirige i servizi sanitari dell'Istituto a fini organizzativi ed igienico-sanitari, in conformità agli indirizzi generali di programmazione ed alle direttive e/o disposizioni del Direttore Generale;
- collabora allo svolgimento dell'insieme delle attività aziendali;
- esercita l'alta direzione sulle attività delle Aree sanitarie a livello aziendale;
- 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 la nomina dei responsabili delle strutture organizzative professionali e funzionali di rilevanza sanitaria;
- svolge ogni altra funzione, ivi compresa l'adozione di atti a rilevanza esterna, attribuitagli dalla legislazione vigente, dal presente atto, dai regolamenti aziendali attuativi ovvero che gli venga delegata dal Direttore Generale.

Il Direttore Sanitario, di sua iniziativa o su indicazione del Direttore Generale, può, in qualsiasi fase dei procedimenti, 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 previa informazione e condivisione con il Direttore Generale.

Il Direttore Sanitario, per l'esercizio delle proprie funzioni, oltre che allo staff del Direttore Generale, si può avvalere di un supporto organizzativo ed operativo denominato Staff del Direttore Sanitario la cui composizione è definita con apposito atto.

Il nostro assetto organizzativo aziendale

DIPARTIMENTO	SEDE	REGIONE DI RIFERIMENTO	UNITA' OPERATIVA	STRUTTURA	NOTE
POST ACUZIE E CONTINUITÀ DELL'ASSISTENZA	POR Ancona	Marche	Medicina Riabilitativa	Complessa	
		Marche	Clinica di Medicina Interna e Geriatria	Complessa	UOC a Direzione Universitaria
		Marche	Ctr. Studi e Ricerche Economico Sociali per l'invecchiamento	Complessa	Area Ricerca
		Marche	Continuità assistenza riabilitativa	Semplice	Afferente alla UOC di Medicina Riabilitativa
		Marche	Management paziente anziano neoplastico	Semplice	Afferente alla UOC a Direzione Universitaria di Medicina Interna e Geriatria
		Marche	Degenza post-acuzie	Semplice Dipartimentale	Afferente alla UOC a Direzione Universitaria di Medicina Interna e Geriatria
		Marche	RSR Appignano	Semplice Dipartimentale	
GERIATRICO AD INDIRIZZO MEDICO	POR Ancona	Marche			
		Marche	Geriatria / Accettazione geriatrica e Centro di Ricerca per l'invecchiamento	Complessa	
		Marche	Cardiologia/UTIC/Telecardiologia	Complessa	
		Marche	Neurologia/Centro Alzheimer/Stroke Unit	Complessa	
		Marche	Nefrologia e Dialisi	Complessa	
		Marche	Malattie Metaboliche e Diabetologia	Complessa	
		Marche	Ctr. Neurobiologia dell'invecchiamento	Complessa	UOC a Direzione Universitaria
		Marche	Aritmologia clinica anziano, impianto e controllo pacemaker	Semplice	Afferente alla UOC di Cardiologia
		Marche	Centro per disturbi cognitivi e demenze	Semplice	Afferente alla UOC di Neurologia
		Marche	Neurofisiologia Clinica	Semplice	Afferente alla UOC di Neurologia
		Marche	Accettazione geriatrica d'urgenza	Semplice	Afferente alla UOC di Geriatria e Accettazione
		Marche	Laboratorio bioenergetica cellulare	Semplice	Afferente alla UOC a Direzione Universitaria di Ctr. Neurobiologia dell'invecchiamento
		Marche	Neuropsicogeriatrica	Semplice	Afferente alla UOC di Neurologia
Marche	Nutrizione Clinica	Semplice Dipartimentale			
GERIATRICO AD INDIRIZZO CHIRURGICO	POR Ancona	Marche	Chirurgia Generale e Patologia Chirurgica	Complessa	
		Marche	Odontostomatologia	Complessa	UOC a Direzione Universitaria
		Marche	Ctr. Tecnologie avanzate nell'invecchiamento	Complessa	Area Ricerca
		Marche	Urologia	Complessa	
		Marche	Dermatologia/Centro di ricerca Dermatologica Geriatrica	Complessa	
		Marche	Ctr. del piede diabetico	Complessa (ad esaurimento)	
		Marche	Dermatologia Geriatrica	Semplice	Afferente alla UOC di Dermatologia
		Marche	Anestesia geriatrica	Semplice Dipartimentale	
		Marche	Prevenzione dei tumori prostatici	Semplice Dipartimentale	
		Marche	Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva	Semplice Dipartimentale	
DEI SERVIZI, LABORATORI CLINICI E DI RICERCA	POR Ancona	Marche	Diagnostica per immagini, Radiologia Clinica ed Interventistica	Complessa	
		Marche	Laboratorio analisi chimico-cliniche e molecolari	Complessa	
		Marche	Ctr. Patologia Clinica e terapia innovativa	Complessa	UOC a Direzione Universitaria
		Marche	Neuroradiologia	Semplice	Afferente alla UOC di Diagnostica per immagini
		Marche	Gestione percorsi integrati di laboratorio	Semplice	Afferente alla UOC di laboratorio Analisi
		Marche	Gestione delle attività di diagnostica per immagini in urgenza	Semplice	Afferente alla UOC di diagnostica per immagini
		Marche	Farmacia	Semplice Dipartimentale	
Marche	Medicina Nucleare	Semplice Dipartimentale			

DIPARTIMENTO	SEDE	REGIONE DI RIFERIMENTO	UNITA' OPERATIVA	STRUTTURA	NOTE
GERIATRICO RIABILITATIVO AD INDIRIZZO CARDIOCEREBRO VASCOLARE	POR Fermo	Marche	Geriatria	Complessa	
		Marche	Recupero e Riabilitazione Funzionale	Semplice Dipartimentale	
		Marche	Cardiologia Riabilitativa	Semplice Dipartimentale	
		Marche	Percorsi clinici integrati dermatologici con Area Vasta e Territorio	Semplice Dipartimentale	
GERIATRICO RIABILITATIVO AD INDIRIZZO PNEUMOLOGICO	POR Casatenovo	Lombardia	Pneumologia Riabilitativa/Centro di ricerca patologie toraco-polmonari	Complessa	
		Lombardia	Pneumologia	Complessa	
		Lombardia	Terapia intensiva intermedia respiratoria	Semplice	Afferente alla UOC di Pneumologia Riabilitativa
		Lombardia	Radiologia	Semplice Dipartimentale	
		Lombardia	Laboratorio Analisi	Semplice Dipartimentale	
		Lombardia	Cardiologia Riabilitativa	Semplice Dipartimentale	
GERIATRICO RIABILITATIVO AD INDIRIZZO CARDIOVASCOLARE	POR Cosenza	Calabria	Geriatria	Complessa	
		Calabria	Anestesia e Terapia del dolore/Ctr. ricerca gestione del dolore anziano	Complessa	
		Calabria	Laboratorio Analisi	Complessa	
		Calabria	Radiologia	Complessa	
		Calabria	Stroke Unit	Semplice	Afferente alla UOC di Geriatria
		Calabria	Management paziente demente ,Alzheimer	Semplice	Afferente alla UOC di Geriatria
		Calabria	Studio Diagnosi e cura delle cefalee e algie cranio facciali	Semplice	Afferente alla UOC di Anestesia
		Calabria	Management dolore oncologico nel paziente anziano	Semplice	Afferente alla UOC di Anestesia
		Calabria	Diagnostica molecolare	Semplice	Afferente alla UOC di Laboratorio Analisi
		Calabria	Tac	Semplice	Afferente alla UOC di Radiologia
		Calabria	Laboratorio Farmaco-epidemiologia geriatrica	Semplice Dipartimentale	
		Calabria	Riabilitazione Intensiva	Semplice Dipartimentale	

CENTRI SERVIZI E ALTRI INCARICHI	SEDE	REGIONE DI RIFERIMENTO	UNITA' OPERATIVA	STRUTTURA	NOTE
CENTRO SERVIZI ATL	Amm.Centr. Ancona	Marche	Attività Tecniche/Nuove Opere/Patrimonio	Complessa	
		Marche	Amministrazione Risorse Umane	Complessa	
		Marche	Acquisizione Beni e Servizi/Logistica	Complessa	
		Marche	Direzione Amministrativa Ancona Fermo e Appignano e Amministrazione della Ricerca	Complessa	(*)
		Lombardia	Direzione Amministrativa Casatenovo	Complessa	(*)
		Calabria	Direzione Amministrativa Cosenza	Complessa	(*)
		Marche	Amministrazione e Finanza	Semplice Dipartimentale	
		Marche	Sistemi Informativi e Tecnologie Informatiche e Telematiche	Semplice Dipartimentale	
		Marche	Affari Generali	Semplice Dipartimentale	
CENTRO SERVIZI DIREZIONALI	Amm.Centr. Ancona	Marche	Affari legali e Contenzioso	Complessa	
		Marche	Controllo di gestione programmazione e flussi informativi	Complessa	
		Marche	Servizio prevenzione e protezione	Semplice Dipartimentale	
		Marche	Formazione e aggiornamento del personale , comunicazione	Semplice Dipartimentale	
		Marche	Modelli assistenziali e nuove tecnologia	Semplice Dipartimentale	Area Ricerca
		Marche	Ricerca Innovazione e Trasferimento tecnologico	Semplice Dipartimentale	Area Ricerca
DIREZIONE SANITARIA	Amm.Centr. Ancona	Marche	Direzione Medica Ancona/Fermo/Appignano	Complessa	
		Marche	Integrazione ospedale/territorio per valutazioni e dimissioni protette	Semplice	Afferente alla DM Ancona Fermo Appignano
		Marche	Gestione del Rischio Clinico	Semplice	Afferente alla DM Ancona Fermo Appignano
		Marche	Fisica Sanitaria e pianificazione e gestione delle tecnologie biomediche	Semplice Dipartimentale	
		Lombardia	Direzione Medica Casatenovo	Complessa	
		Lombardia	Risk Management Qualità e Controllo	Semplice	Afferente alla DM Casatenovo
		Calabria	Direzione Medica Cosenza	Complessa	
		Calabria	Gestione dati sanitari verifiche e controlli produzione	Semplice	Afferente alla DM Cosenza

(*)come indicato nel paragrafo " L'AREA AMMINISTRATIVA/TECNICO/LOGISTICA" punto 2

«Le DAPO dipendono gerarchicamente dal Direttore Amministrativo, ma si rapportano con il Coordinatore del CSATL al fine di garantire l'omogeneità nell'esplicazione dell'azione amministrativa.»

Rispetto a questo assetto si evidenzia che nel corso del 2017 è stata avviata una revisione del modello dipartimentale. Tale percorso va ricondizionato a seguito del diverso assetto istituzionale derivante dall'incorporazione del presidio di Osimo. A tal proposito si rappresenta di seguito l'assetto provvisorio 2019 delle UUOO del Presidio di Osimo come definito con nota 5130 del 16/02/2018.

	descrizione struttura Osimo come da determina ASUR 805	UOC o UOSD o UOS INRCA di appartenenza	Dipartimento INRCA di appartenenza o riferimento gerarchico di appartenenza
DIRIGENZA	Laboratorio Analisi ospedale OSIMO	UOC Laboratorio analisi chimico-cliniche e molecolari	Dipartimento dei Servizi, laboratori clinici e di ricerca
DIRIGENZA	Radiologia Ospedale Osimo	UOC Diagnostica per immagini, Radiologia Clinica ed interventistica	Dipartimento dei Servizi, laboratori clinici e di ricerca
DIRIGENZA	Chirurgia Gen degenze ospedale Osimo (chirurgia generale ed ortopedia)	UOC Chirurgia Generale e Patologia Chirurgica	Dipartimento Geriatrico ad indirizzo Chirurgico
DIRIGENZA	Direzione Sanitaria ospedale	UOC direzione Medica POR Ancona	Direzione Sanitaria INRCA (DS Alberto Deales)
DIRIGENZA	UOC Medicina Generale degenze ospedale Osimo	UOC Medicina Generale	Dipartimento Geriatrico ad indirizzo Medico
DIRIGENZA	UOC Pneumologia degenze ospedale Osimo	UOC Pneumologia	Dipartimento Geriatrico ad indirizzo Medico
DIRIGENZA	UOC pronto Soccorso ospedale Osimo	UOC pronto Soccorso	Dipartimento Geriatrico ad indirizzo Medico (provvisorio)
DIRIGENZA	Sala Endoscopia ospedale osimo		Dipartimento Geriatrico ad indirizzo Chirurgico
DIRIGENZA	UOC Servizio Anestesia Ospedale Osimo	UOC Servizio Anestesia Osimo	Dipartimento Geriatrico ad indirizzo Chirurgico
COMPARTO	Attività tecniche	UOC Attività Tecniche/Nuove opere/Patrimonio	Centro Servizi ATL
COMPARTO	Blocco operatorio ospedale Osimo	UOC Chirurgia Generale e Patologia Chirurgica	Dipartimento Geriatrico ad indirizzo Chirurgico
COMPARTO	Laboratorio Analisi ospedale OSIMO	UOC Laboratorio analisi chimico-cliniche e molecolari	Dipartimento dei Servizi, laboratori clinici e di ricerca
COMPARTO	Radiologia Ospedale Osimo	UOC Diagnostica per immagini, Radiologia Clinica ed interventistica	Dipartimento dei Servizi, laboratori clinici e di ricerca
COMPARTO	Chirurgia Gen degenze ospedale Osimo	UOC Chirurgia Generale e Patologia Chirurgica	Dipartimento Geriatrico ad indirizzo Chirurgico
COMPARTO	Cup Casse accettazione Ospedale Osimo	Direzione Amministrativa Ancona Fermo e Appignano e Amministrazione della ricerca	Centro Servizi ATL
COMPARTO	Direzione Amministrativa di presidio	Direzione Amministrativa Ancona Fermo e Appignano e Amministrazione della ricerca	Centro Servizi ATL
COMPARTO	Direzione Sanitaria ospedale Osimo	Direzione medica POR Ancona	Direzione Sanitaria INRCA
COMPARTO	Medicina ambulatorio ospedale Osimo	UOC Medicina Generale	Dipartimento Geriatrico ad indirizzo Medico
COMPARTO	Medicina Generale degenze ospedale	UOC Medicina Generale	Dipartimento Geriatrico ad indirizzo Medico
COMPARTO	Pneumologia ambulatorio ospedale Osimo	UOC Pneumologia	Dipartimento Geriatrico ad indirizzo Medico
COMPARTO	Pneumologia degenze ospedale Osimo	UOC Pneumologia	Dipartimento Geriatrico ad indirizzo Medico
COMPARTO	Portineria centralino ospedale osimo	Direzione Amministrativa Ancona Fermo e Appignano e Amministrazione della ricerca	Centro Servizi ATL
COMPARTO	UOC pronto Soccorso ospedale Osimo	UOC pronto Soccorso	Dipartimento Geriatrico ad indirizzo Medico (provvisorio)
COMPARTO	Sala Endoscopia ospedale osimo		Dipartimento Geriatrico ad indirizzo Chirurgico
COMPARTO	Serv economato e provveditorato	UOC Acquisizione Beni e Servizi/Logistica	Centro Servizi ATL
COMPARTO	Serv gestione del personale	UOC Amministrazione risorse umane	Centro Servizi ATL
COMPARTO	Urologia ospedale Osimo	Direzione Medica POR Ancona	Direzione Sanitaria INRCA

E infine si rappresenta il nuovo assetto organizzativo previsto con la recente 274/2020, specificando per quest'ultimo che nel percorso di attuazione si è evidenziata la necessità di attuare integrazioni e/o modifiche in corso di realizzazione, anche alla luce della sottoscrizione avvenuta in data 31/12/2021 della nuova convenzione con l'Università Politecnica delle Marche.

ASSETTO ORGANIZZATIVO - DIPARTIMENTALE



STAFF DIRETTORE GENERALE E SCIENTIFICO

UOC
PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO, FLUSSI INFORMATIVI, GRANT OFFICE AMMINISTRAZIONE DELLA RICERCA

UOC
AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO
(ad esaurimento fino al pensionamento dell'attuale titolare)

UOSD
COMUNICAZIONE, FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE E ALTA FORMAZIONE

UOSD
INNOVAZIONE TECNOLOGICA NELL'ASSISTENZA E NELLA GESTIONE DEI DATI

UOSD
RICERCA INNOVAZIONE E CLINICAL TRIAL OFFICE

SPP

SUPPORTO E SEGRETERIA



TOTALE UO

- 2 UOC
- 1 UOS
- 4 UOSD (1 Lombardia, 1 Calabria)



DIPARTIMENTO STRUTTURALE PERCORSI MEDICI				
M A R C H E	UOC CARDIOLOGIA/UTIC/TELEMEDICINA/CENTRO DI RICERCA PER LE MALATTIE CARDIOVASCOLARI DELL'ANZIANO	UOS ARITMOLOGIA CLINICA	CARDIOLOGIA* INTERVENTISTICA	
	UOC MEDICINA INTERNA	UOS PERCORSI PAZIENTI INFETTIVOLOGICI	UOS** GASTROENTEROLOGIA/ENDOSCOPIA	
		UOS** PRESA IN CARICO PAZIENTI INTERNISTICI COMPLESSI INTER POR		
	UOC PRONTO SOCCORSO	UOS OBI		
	UOC NEUROLOGIA/ CENTRO ALZHEIMER/STROKE UNIT/CENTRODI RICERCA PER LE PATOLOGIE NEUROLOGICHE DELL'ANZIANO	UOS NEUROFISIOLOGI A CLINICA	UOS PATOLOGIA NEURODEGENERATIVA	UOS PERCORSI PER LA DEMENZA
	UOC PNEUMOLOGIA (COLLEGATA FUNZIONALMENTE al dipartimento geriatrico riabilitativo Fermo)			
	UOC NEFROLOGIA E DIALISI			
	UOSD MEDICINA GERIATRICA AD ALTA INTENSITA'			
UOSD PATOLOGIA GERIATRICA ONCOLOGICA				
TOTALE UO			6 UOC 2 UOSD 8 UOS	
*Funzione in prospettiva a valenza interdipartimentale, con incarico di struttura				
** in revisione/ad esaurimento con l'attivazione del nuovo Ospedale dell'Aspio				

**DIPARTIMENTO STRUTTURALE
PERCORSI CHIRURGICI**

M A R C H E	UOC CHIRURGIA GENERALE	UOS CHIRURGIA URGENZA	UOS PERCORSI OCULISTICI	
	UOC DERMATOLOGIA/CENTRO DI RICERCA DERMATOLOGICA GERIATRICA	UOS ORTOGERIATRIA		
	UOC ANESTESIA	UOS ANESTESIA GERIATRICA E TERAPIA DEL DOLORE		
	UOC UROLOGIA			
	UOC ODONTOSTOMATOLOGIA (convenzione Università Politecnica delle Marche)			
	UOSD CENTRO DEL PIEDE DIABETICO			
	UOSD PERCORSI CLINICI INTEGRATI DERMATOLOGICI CON AREA VASTA E TERRITORIO (in istruttoria per il trasferimento all'av4 con specifico atto)			
	UOSD ANESTESIA GERIATRICA			
	UOSD GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA			
	UOSD PREVENZIONE DEI TUMORI PROSTATICI (ad esaurimento fino al pensionamento del titolare)			
				5 UOC
			TOTALE UO	5 UOSD
				4 UOS

* In revisione/ad esaurimento con il pensionamento del titolare

**DIPARTIMENTO STRUTTURALE
PERCORSI GERIATRICI DELLA FRAGILITA', DELLA CONTINUITA' DELLE CURE E RIABILITATIVI**

M
A
R
C
H
E

UOC GERIATRIA/CENTRO DI RICERCA PER L'INVECCHIAMENTO
UOC MEDICINA RIABILITATIVA
UOC CENTRO STUDI E RICERCHE ECONOMICO SOCIALI PER L'INVECCHIAMENTO
UOC CENTRO NEUROBIOLOGIA DELL'INVECCHIAMENTO (convenzione Università Politecnica delle Marche)
UOC CENTRO TECNOLOGIE AVANZATE NELL'INVECCHIAMENTO
UOSD RSR APPIGNANO
UOSD DEGENZA POST ACUZIE RESIDENZA DORICA
DIGNITY CARE**

UOS ACCETTAZIONE GERIATRICA*

TOTALE UO 5 UOC
 2 UOSD
 1 UOS

* In revisione progressiva, nelle funzioni ed assetto, in coerenza con gli atti regionali e prospettiva nuovo Ospedale, funzionalmente collegata al P.S.

** Funzione a valenza interdipartimentale in prospettiva con incarico di struttura

**DIPARTIMENTO STRUTTURALE
SERVIZI E TECNOLOGIE**

M A R C H E	UOC DIABETOLOGIA E MALATTIE METABOLICHE		
	UOC DIAGNOSTICA PER IMMAGINI, RADIOLOGIA CLINICA ED INTERVENTISTICA	UOS RADIODIAGNOSTICA UROGENITALE E GASTROENTEROLOGICA	UOS RADIODIAGNOSTICA VASCOLARE
	UOC FARMACIA E FARMACOLOGIA CLINICA		
	UOC LABORATORIO DI PATOLOGIA CLINICA E BIOLOGIA MOLECOLARE (convenzione Università Politecnica delle Marche. La convenzione verrà aggiornata in relazione all'avvio e sviluppo del progetto regionale di laboratorio unico)	UOS GESTIONE PERCORSI INTEGRATI DI LABORATORIO	
	UOSD NUTRIZIONE CLINICA		
	UOSD MEDICINA NUCLEARE		
	UOSD NEURORADIOLOGIA		
	TOTALE UO	4 UOC 3 UOSD 3 UOS	

**DIPARTIMENTO STRUTTURALE
GERIATRICO RIABILITATIVO AD INDIRIZZO CARDIONEURO RESPIRATORIO**

**M
A
R
C
H
E**

**UOC
GERIATRIA FERMO**

**UOSD
RECUPERO E RIABILITAZIONE FERMO**

**UOSD
CARDIOLOGIA RIABILITATIVA FERMO
(Funzionalmente collegata a UOC Cardiologia)**

UOC Pneumologia Osimo (collocata strutturalmente con Dipartimento Percorsi Medici e funzionalmente in questo)

TOTALE UO } 1 UOC (+1 UOC Funzionale)
2 UOSD

**DIPARTIMENTO STRUTTURALE
DIPARTIMENTO GERIATRICO AD INDIRIZZO PNEUMOLOGICO**

L
O
M
B
A
R
D
I
A

UOC
PNEUMOLOGIA/CENTRO DI RICERCA PATOLOGIE TORACO-POLMONARI

UOC
PNEUMOLOGIA RIABILITATIVA

UOSD
CARDIOLOGIA RIABILITATIVA

UOSD
LABORATORIO ANALISI CASATENOVO

UOSD
RADIOLOGIA CASATENOVO

UOS
CURE SUB ACUTI

TOTALE UO } 2 UOC
 } 3 UOSD
 } 1 UOS

45

**DIPARTIMENTO STRUTTURALE
DIPARTIMENTO GERIATRICO AD INDIRIZZO RIABILITATIVO**

C
A
L
A
B
R
I
A

UOC
RIABILITAZIONE INTENSIVA

UOC
GERIATRIA/CENTRO DI RICERCA PER L'INVECCHIAMENTO COSENZA

UOS
TERAPIA DEL DOLORE E GESTIONE DEL DOLORE ANZIANO

UOC
RADIOLOGIA COSENZA
(ad esaurimento fino al pensionamento dell'attuale titolare)

UOSD
LABORATORIO ANALISI COSENZA

UOSD
CENTO DI BIostatistica ED EPIDEMIOLOGIA CLINICA GERIATRICA APPLICATA

TOTALE UO } 3 UOC
 } 2 UOSD
 } 1 UOS

46

DIPARTIMENTO ATL

UOC
DIREZIONE AMMINISTRATIVA PRESIDI INRCA

UOC
ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI

UOC
AMMINISTRAZIONE RISORSE UMANE

UOC
SERVIZIO TECNICO E PATRIMONIO

UOSD
AMMINISTRAZIONE E FINANZA

UOSD
SISTEMI INFORMATIVI E TECNOLOGIE INFORMATICHE E TELEMATICHE

ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

Introduzione al lavoro agile

Il lavoro agile nella pubblica amministrazione trova il suo avvio nella Legge 7 agosto 2015, n.124 *“Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”* che con l’art. 14 *“Promozione della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro nelle amministrazioni pubbliche”* stabilisce che *“le amministrazioni, adottano misure organizzative volte a fissare obiettivi annuali per l’attuazione del telelavoro e per la sperimentazione, anche al fine di tutelare le cure parentali, di nuove modalità spazio-temporali di svolgimento della prestazione lavorativa che permettano, entro tre anni, ad almeno il 10 per cento dei dipendenti, ove lo richiedano, di avvalersi di tali modalità, garantendo che i dipendenti che se ne avvalgono non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera”*.

La successiva Legge 22 maggio 2017, n. 81, *“Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l’articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato”* disciplina, al capo II, il lavoro agile, prevedendone l’applicazione anche al pubblico impiego e sottolineando la flessibilità organizzativa, la volontarietà delle parti che sottoscrivono l’accordo individuale e l’utilizzo di strumentazioni che consentano di lavorare da remoto, rendendo possibile svolgere la prestazione lavorativa *“in parte all’interno di locali aziendali e in parte all’esterno senza una postazione fissa, entro i soli limiti di durata massima dell’orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva”*.

Attraverso la direttiva n. 3/2017, recante le linee guida sul lavoro agile nella PA, il Dipartimento della Funzione pubblica fornisce indirizzi per l’attuazione delle predette disposizioni attraverso una fase di sperimentazione. Le linee guida contengono indicazioni inerenti l’organizzazione del lavoro e la gestione del personale per promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti, favorire il benessere organizzativo e assicurare l’esercizio dei diritti delle lavoratrici e dei lavoratori.

Nei primi mesi del 2020, a causa della situazione connessa all’epidemia da COVID-19, il lavoro da remoto si impone come una delle misure più efficaci per affrontare l’emergenza. Le misure più significative riguardano:

- Prima previsione del superamento del regime sperimentale per il lavoro agile nella pubblica amministrazione (Art 18 co. 5 del D.L. n. 9 del 2 marzo 2020 abrogato dalla L. 24 aprile 2020, n. 27, che modifica l’articolo 14 della Legge n.124/2015)

- Previsione del lavoro agile come una delle modalità ordinarie di svolgimento della prestazione lavorativa nelle pubbliche amministrazioni, al fine di limitare la presenza del personale negli uffici per assicurare esclusivamente le attività che si ritengono indifferibili e che richiedono necessariamente la presenza sul luogo di lavoro, prescindendo dagli accordi individuali e dagli obblighi informativi di cui alla L. 81/2017 e anche utilizzando strumenti informatici nella disponibilità del dipendente qualora non siano forniti dall’amministrazione (Art 87 co 1 e 2 del D.L. n. 18 del 17 marzo 2020 convertito con modificazioni dalla L. 24 aprile 2020, n. 27 e successive modificazioni e integrazioni)

- Introduzione del POLA: *“Entro il 31 gennaio di ciascun anno, le amministrazioni pubbliche redigono, sentite le organizzazioni sindacali, il Piano organizzativo del lavoro agile (POLA), quale sezione del documento di cui all’articolo 10, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150. Il POLA individua le modalità’ attuative del lavoro agile prevedendo, per le attività’ che possono essere svolte in modalità’ agile, che almeno il 60 per cento dei dipendenti possa avvalersene, garantendo che gli stessi non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità’ e della progressione di carriera, e definisce, altresì, le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale, anche dirigenziale, e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell’efficacia e dell’efficienza dell’azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi, nonché’ della qualità’ dei servizi erogati, anche coinvolgendo i cittadini, sia individualmente, sia nelle loro forme associative. In caso di mancata adozione del POLA, il lavoro agile si applica almeno al 30 per cento dei dipendenti, ove lo richiedano”*. (Art. 263 comma 4-bis D.L. 34 del 19 maggio 2020 convertito con modificazioni dalla L. 17 luglio 2020, n. 77)

- Indicazioni per le misure di organizzazione del lavoro pubblico in periodo emergenziale (Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 19/10/2020);

-
- Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 9/12/2020 con cui si approvano le linee guida per il POLA;
 - DPCM 23/09/2021 con il quale è stato disposto che a decorrere dal 15/10/2021 la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa nelle amministrazioni di cui all'art. 1 co. 2 del d.lgs. 165/2001 è quella svolta in presenza;
 - Decreto del Ministero per la Pubblica amministrazione del 8/10/2021 con il quale sono state definite le modalità organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori delle pubbliche amministrazioni;
 - Circolare ministeriale del 5/01/2022 in materia di lavoro agile

Contesto di applicazione

L' INRCA in considerazione della natura di Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico persegue, anche ai fini di ricerca, iniziative di innovazione digitale al fine di costituire un'esternalità positiva per sostenere, innovare ed estendere il *welfare state* verso gli utenti, nonché mettere la propria innovazione a servizio degli stessi.

Per trasformazione digitale si intende un processo che, combinando organizzazione, comunicazione e tecnologia, cambia i paradigmi e orienta un'organizzazione, aumentando il valore aggiunto offerto non solo all'utenza finale ma anche ai lavoratori dell'Istituto medesimo indirizzato verso un processo di trasformazione digitale del quale il lavoro agile costituisce solo un esempio.

In tale contesto è di fondamentale importanza pianificare e organizzare il lavoro nel settore pubblico, intraprendendo un cammino di investimenti e competenze professionali, superando la dimensione del controllo fisico, tipico dell'ufficio del novecento proiettando l'amministrazione direttamente verso un'ottica maggiormente incentrata al risultato.

La finalizzazione al risultato incide sulla tipologia di lavoro a distanza applicato all'interno delle amministrazioni pubbliche indirizzando le stesse verso il lavoro agile (o smart working) e attribuendo al contempo al telelavoro una mera natura residuale.

Il percorso indicato nel punto precedente sarà lo stesso seguito nella presente trattazione che avrà principalmente ad oggetto il lavoro agile pur contenendo altresì la costituenda regolamentazione in materia di telelavoro.

Ai fini del presente documento si intende per:

- a) Amministrazione: INRCA;
- b) prestazione di telelavoro: la prestazione di lavoro eseguita presso il proprio domicilio o in un altro luogo ritenuto idoneo, collocato al di fuori della propria sede abituale di lavoro, dove la prestazione sia tecnicamente possibile, con il supporto di tecnologie dell'informazione e della comunicazione, che consentano il collegamento, con l'Amministrazione, nel rispetto delle norme in materia di sicurezza e trattamento dei dati personali;
- c) prestazione di lavoro agile: modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti, anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro, con il possibile utilizzo di strumenti tecnologici per lo svolgimento dell'attività lavorativa. La prestazione lavorativa viene eseguita, in parte all'interno di locali aziendali e in parte all'esterno senza una postazione fissa, entro i soli limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva;
- d) telelavoratore: il/la dipendente che espleta l'attività lavorativa in modalità telelavoro;
- e) lavoratore agile: il/la dipendente che espleta l'attività lavorativa in modalità agile;
- f) postazione di telelavoro/lavoro agile: il sistema tecnologico costituito da un insieme di hardware e di software, e infrastrutture di rete, che consente lo svolgimento di attività di telelavoro/lavoro agile, compresa, ove richiesta, l'attrezzatura di supporto (es. cuffie, periferiche, ecc.);
- g) accordo individuale integrativo di telelavoro/lavoro agile: l'accordo concluso tra il dipendente e l'Amministrazione con cui si stabiliscono il contenuto, la durata, il luogo di svolgimento della prestazione lavorativa, l'articolazione settimanale e giornaliera dell'orario di lavoro, la collocazione temporale delle fasce di disponibilità telefonica, i rientri nella sede di servizio, i diritti e doveri del telelavoratore e del

lavoratore agile, ogni altro elemento relativo al rapporto di telelavoro e lavoro agile (a seconda della tipologia di lavoro a distanza prescelta);

POLA

IL Pola è un documento di programmazione organizzativa adottato dalle amministrazioni sentite le organizzazioni sindacali dotato dei contenuti minimi di seguito elencati:

I) livello di attuazione e sviluppo del lavoro agile: per mezzo del quale l'amministrazione restituisce una sintetica fotografia del raggiunto livello di attuazione e sviluppo del lavoro agile, che costituisce la base di partenza per la programmazione del suo miglioramento nell'arco temporale di riferimento del Piano.

II) modalità attuative: l'amministrazione sintetizza le scelte organizzative operate per promuovere il ricorso al lavoro agile con la garanzia che i dipendenti impiegati non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera.

III) soggetti, processi e strumenti del lavoro agile: rappresentazione in forma sintetica, anche in formato tabellare, di soggetti, delle strutture, dei processi e degli strumenti funzionali all'organizzazione e al monitoraggio del lavoro agile,

IV) programma di sviluppo del lavoro agile: l'amministrazione descrive il "programma di sviluppo del lavoro agile", ovvero sia un piano di attuazione e sviluppo del lavoro agile, articolato in tre fasi: fase di avvio, fase di sviluppo intermedio, fase di sviluppo avanzato, distribuite entro un intervallo massimo di tipo triennale.

Nel programma di sviluppo ciascuna amministrazione inserisce i seguenti contenuti:

- le condizioni abilitanti del lavoro agile (misure organizzative, requisiti tecnologici, percorsi formativi del personale anche dirigenziale);
- le modalità e lo stato di implementazione del lavoro agile, prevedendo, per le attività che possono essere svolte in modalità agile;
- gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi, nonché della qualità dei servizi erogati, anche coinvolgendo i cittadini, sia individualmente, sia nelle loro forme associative, secondo un approccio di tipo partecipativo;
- gli impatti interni ed esterni del lavoro agile.

IL POLA, in quanto atto programmatico richiede per natura l'individuazione di specifici obiettivi, con correlati indicatori e target, di breve, medio e lungo periodo.

Si precisa che il POLA è stato inviato dall'Istituto alle OOSS in data 21 aprile 2022.

L'articolazione del POLA aziendale seguirà il percorso sopra delineato che per praticità ne costituirà l'ossatura di un articolato sviluppo.

I) livello di attuazione e sviluppo del lavoro agile

Con determinazione n. 127/DGEN DEL 12/03/2020 avente ad oggetto: "Misure per fronteggiare l'emergenza Covid-19- adozione circolare per l'accesso alla modalità lavorativa nella forma dello smart working" l'Istituto per far fronte all'emergenza sanitaria ha adottato una circolare finalizzata a disciplinare una modalità flessibile e semplificata con il contestuale intento di agevolare la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro nonché di incrementare la produttività.

In detto atto si è inteso lo smart working come una prestazione di lavoro subordinato svolto con le seguenti modalità:

- esecuzione della prestazione lavorativa svolta in parte all'esterno della sede di lavoro entro i soli limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivante dalla legge e dalla contrattazione collettiva;
- possibilità di utilizzo anche di strumenti tecnologici propri di lavoro per lo svolgimento dell'attività lavorativa;
- assenza di una postazione fissa durante i periodi di lavoro svolti al di fuori della sede di lavoro;

La circolare di cui sopra, limitatamente alla durata dello stato di emergenza sanitaria, si è posta la finalità di incentivare il lavoro agile all'interno dell'INRCA, sin dalle prime fasi dell'emergenza epidemiologica da COVID

19 che imponeva l'esigenza primaria di tutelare la salute degli operatori e degli utenti (anche attraverso una riduzione del numero di persone presenti negli uffici), di rafforzare le misure di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti e di consentire all'Istituto di avvalersi pienamente di professionalità che altrimenti sarebbero rimaste indisponibili, in tutto o in parte, anche per lunghi periodi.

Resta inteso che, stante la natura dell'Istituto, non tutte le attività lavorative possono essere svolte in modalità agile. A tal fine l'INRCA ha avviato, per mezzo di ciascun dirigente responsabile, un'indagine ricognitiva di tutte le attività "smartabili" ovvero delle fasi e dei processi nonché delle procedure di lavoro compatibili con lo svolgimento di modalità di lavoro a distanza che non comporti disagi e/o disservizi alla funzionalità delle strutture dell'Istituto, alla qualità del servizio nonché agli obiettivi generali dell'Istituto medesimo.

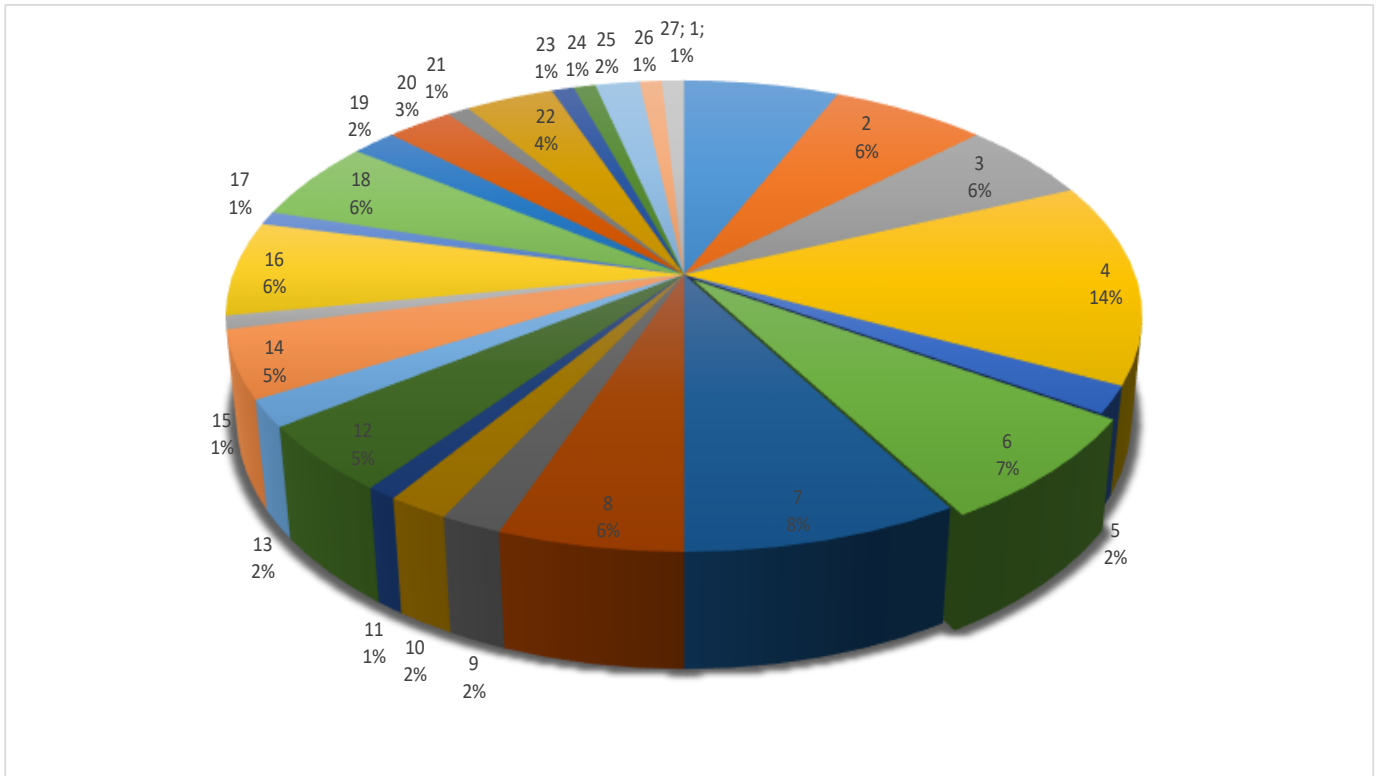
L'accesso al lavoro agile ha interessato quindi sostanzialmente il personale impiegato nel settore della ricerca ed in quello amministrativo (dirigenza e comparto) impegnato in settori che, senza alcun documento per le attività e le funzioni dell'ufficio, possono essere svolte fisicamente anche al di fuori di esso.

La circolare in oggetto di fatto è stata interpretata durante tutte le fasi emergenziali in combinato disposto con gli interventi normativi che nel tempo si sono susseguiti fino alla circolare ministeriale sul lavoro agile del 05/01/2022 nella quale, tenuta in considerazione l'evoluzione pandemica, viene ribadita la prevalenza del lavoro in presenza che potrà essere raggiunta anche nella media della programmazione plurimensile equilibrando il rapporto tra lavoro in presenza e lavoro agile tenendo conto dell'andamento epidemiologico nel breve e nel medio periodo nonché delle contingenze che possono riguardare i dipendenti.

Dall'inizio dell'anno 2020 ai primi mesi dell'anno 2022 sono state presentate al protocollo dell'Istituto complessivamente 108 richieste di svolgimento dell'attività lavorativa in modalità agile articolate per unità operative come di seguito descritto:

- 1- Acquisizione Beni e servizi/logistica: 7
- 2- Amministrazione e Finanza: 7
- 3- Affari Generali: 6
- 4- Amministrazione Risorse Umane: 15
- 5- Attività Tecniche Nuove Opere Patrimonio: 2
- 6- Centro Studi e Ricerche Economico-Sociali per l'Invecchiamento: 8
- 7- Centro Tecnologie avanzate nell'invecchiamento: 9
- 8- Controllo di Gestione: 6
- 9- DAPO AN: 2
- 10- Diabetologia POR Ancona: 2
- 11- Emodialisi POR Ancona: 1
- 12- Direzione amministrativa centrale: 5
- 13- Direzione Medica POR AN: 2
- 14- Direzione Scientifica: 5
- 15- Farmacia POR Ancona: 1
- 16- Formazione e Aggiornamento del Personale, Comunicazione: 7
- 17- Laboratorio di farmaco-epidemiologia geriatrica: 1
- 18- Modelli Assistenziali e Nuove Tecnologie: 6
- 19- Neurobiologia dell'invecchiamento: 2
- 20- Ricerca innovazione e trasferimento tecnologico: 3
- 21- Servizio Allevamento e Sperimentazione Animale: 1
- 22- Sistemi informativi e tecnologie informatiche e telematiche: 4
- 23- Diagnostica per immagine POR Ancona: 1
- 24- DAPO Cosenza: 1
- 25- CUP/TICKET Cosenza: 2
- 26- DAPO Casatenovo: 1
- 27- CUP/TICKET - DAPO Casatenovo: 1

La distribuzione per Unità operative dei dipendenti che hanno svolto la propria attività lavorativa in smart working durante il periodo emergenziale può essere anche visibilmente percepita attraverso il grafico che segue nel quale per esigenze rappresentative le diverse Unità operative sono contrassegnate dal numero arabo che le precede nell'elenco sopra riportato.

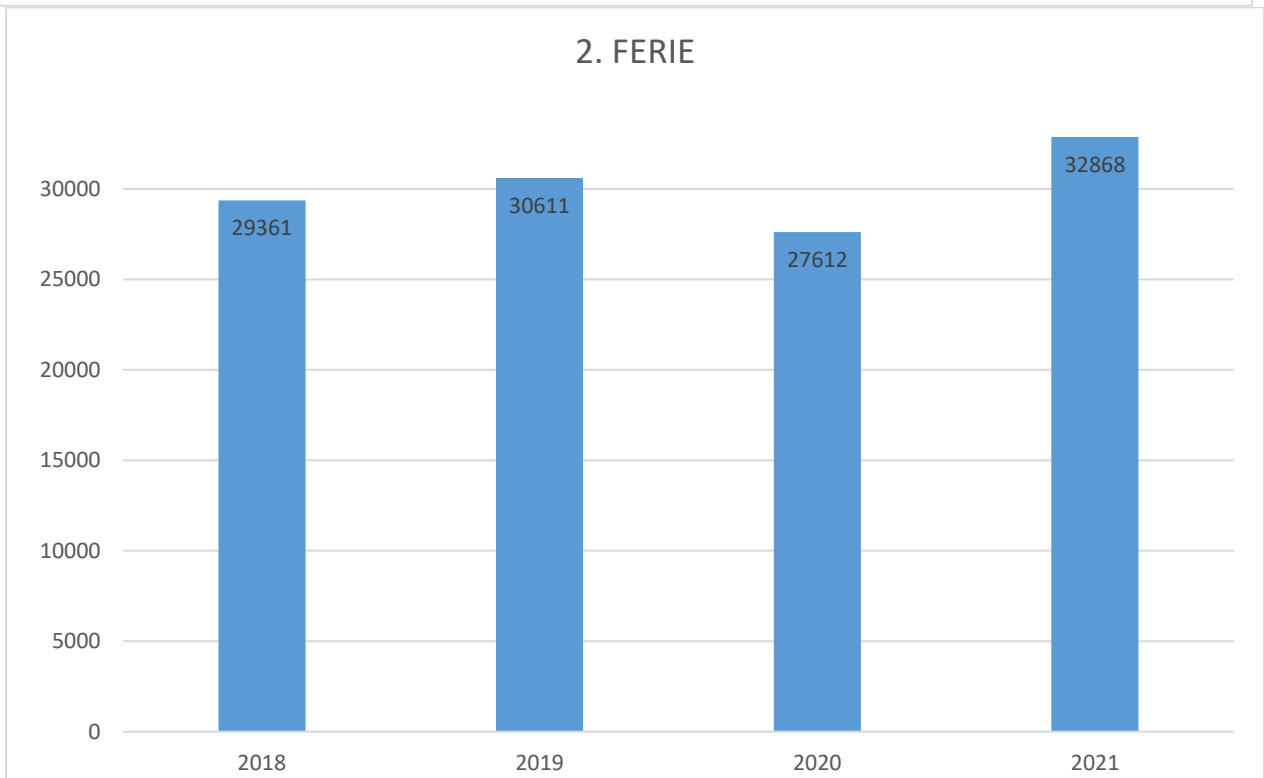
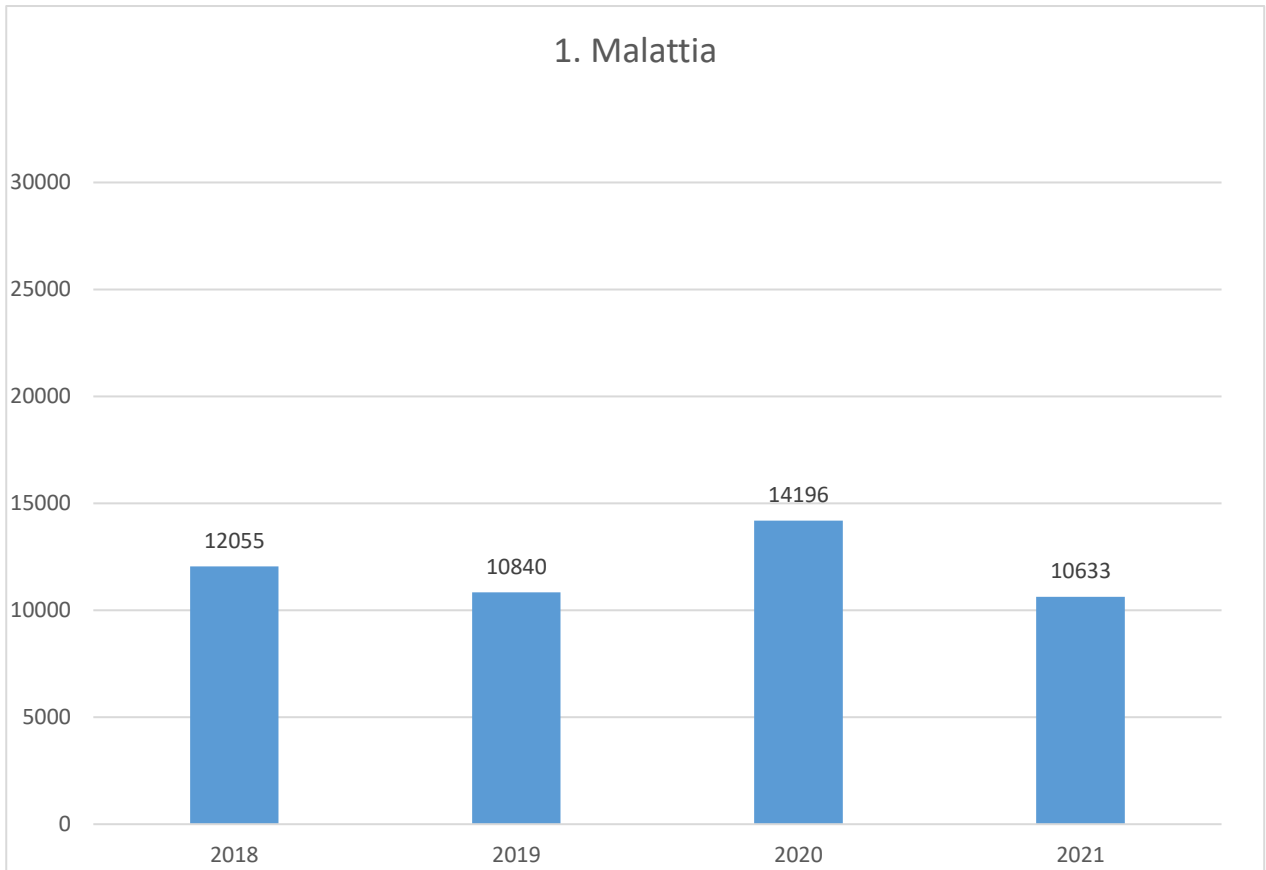


Si precisa che le risultanze grafiche non tengono conto del rapporto tra dipendenti totali assegnati all’UO e lavoratori dell’UO che hanno avuto accesso allo smart working.

Si riportano di seguito dei grafici finalizzati a rappresentare le diverse forme di assenza analizzate negli anni 2018, 2019, 2020, 2021 utili al fine di evidenziare gli effetti della pandemia e dello smart working sulle stesse. I due grafici riportati nella pagina che segue hanno ad oggetto le due voci più consistenti di assenza ovvero le giornate di malattia e di ferie.

Quanto alle assenze per malattia, a seguito di un decremento nell’anno 2019 rispetto all’anno 2018, nel 2020 si è assistito, come prevedibile a causa della diffusione pandemica, ad un aumento seguito da un significativo decremento nell’anno 2021 (Figura 1. MALATTIA).

In merito al secondo grafico (Fig. 2. FERIE) relativo alle ferie godute dai dipendenti emerge un decremento nell’anno 2020 e un prevedibile aumento nell’anno 2021. L’incremento *ictu oculi* visibile nel grafico che segue è statisticamente spiegabile con il recupero di quanto non goduto nell’anno precedente.



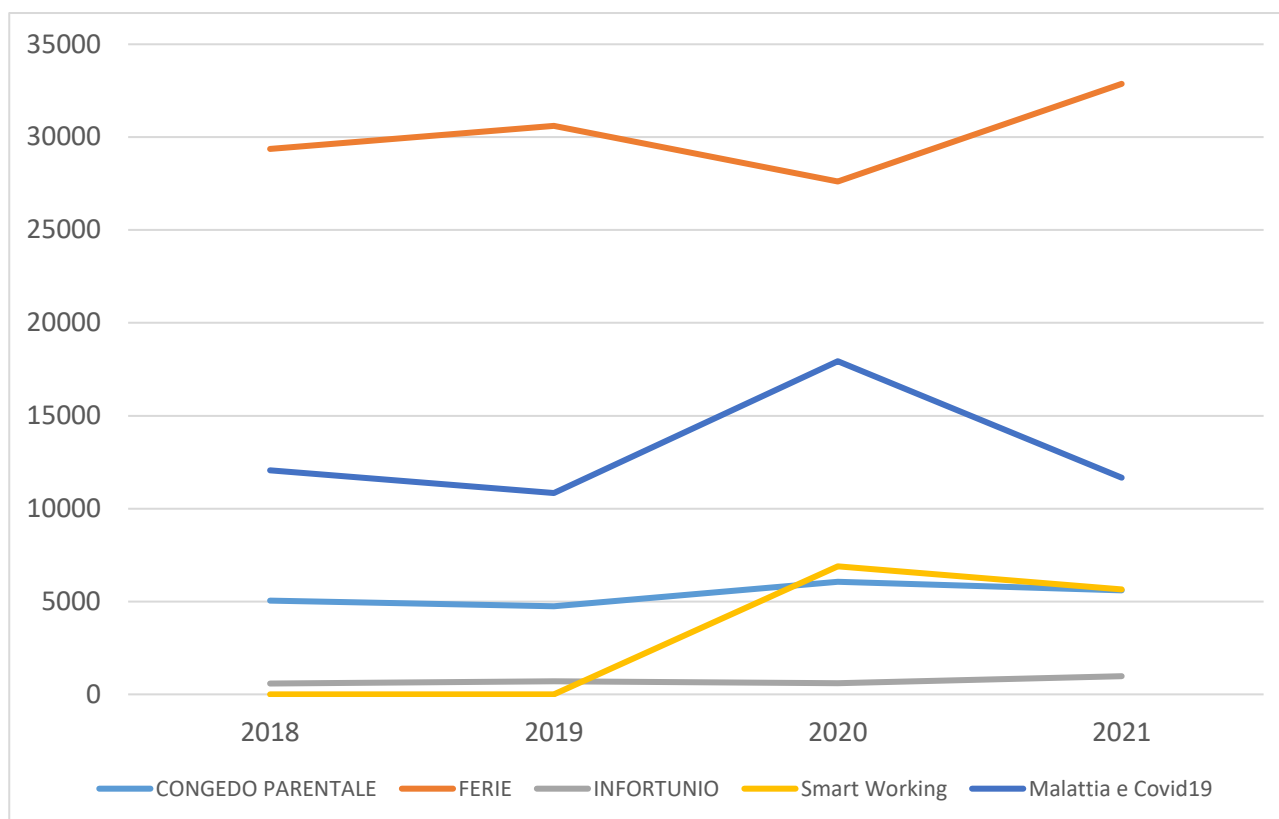


Figura n. 3: Confronto principali voci di assenza

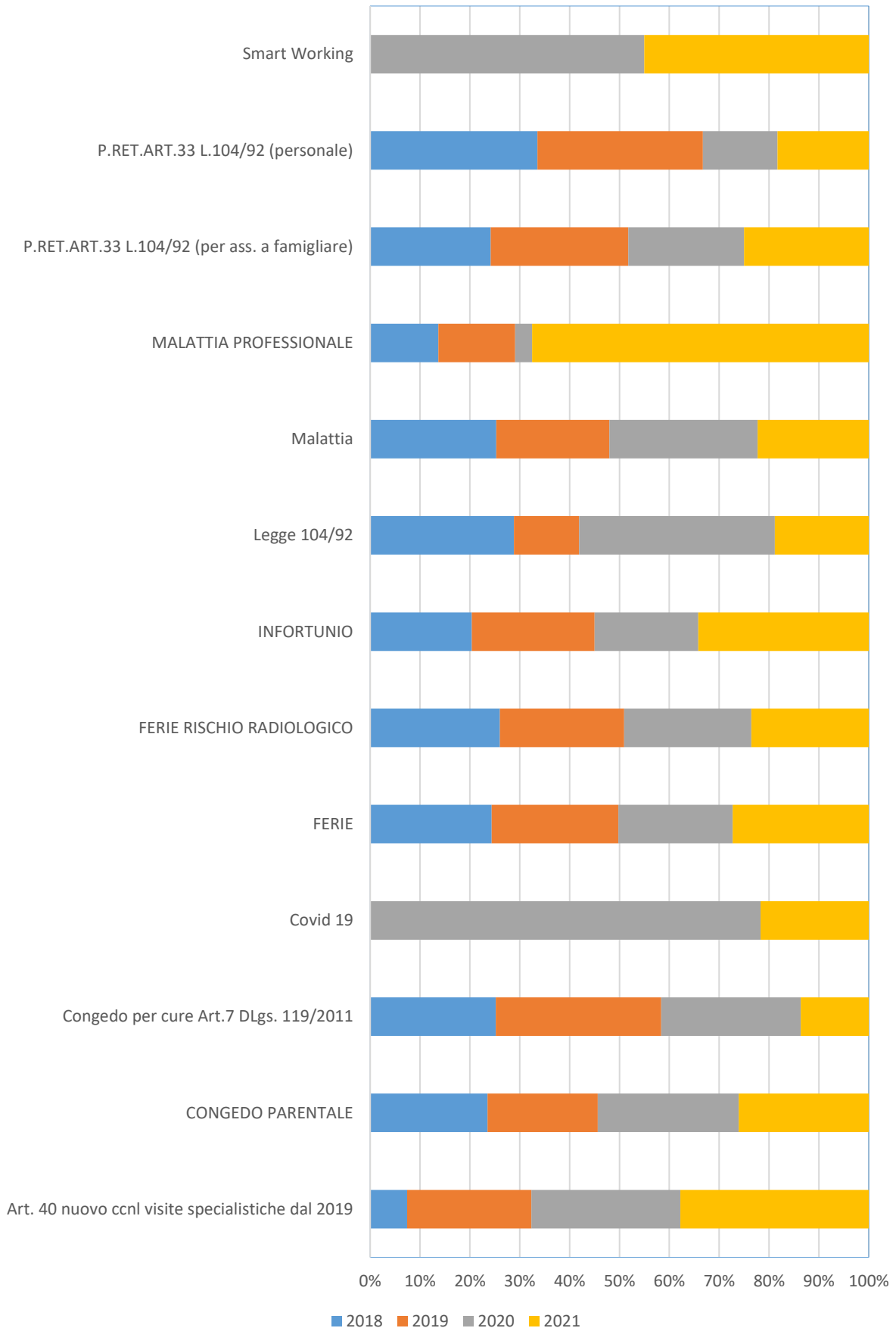
La figura sopra riportata confronta i dati analizzati nei due grafici precedenti aggiungendo ad essi altre voci di analisi quali l'andamento dello smart working, degli infortuni e dei congedi parentali negli anni di riferimento.

I dati rilevati, aventi base annuale, permettono di affermare che in corrispondenza del picco minimo delle ferie e del picco massimo della malattia (anno 2020) si assiste all'introduzione dello smart working leggermente decresciuto poi nell'anno 2021.

Il congedo parentale e gli infortuni subiscono degli aumenti meno repentini aumentando comunque il primo nell'anno 2020 e decrescendo nell'anno 2021 a livelli in ogni caso leggermente superiori a quelli pre-pandemia e diminuendo il secondo nell'anno 2020 per poi aumentare significativamente nell'anno 2021.

Il Grafico riportato nella pagina che segue (Figura 4. Confronto assenze annuali) rappresenta ricondotte a 100 tutte le assenze imputabili alle singole voci, la percentuale di riferimento nei diversi anni interessati per ciascuna causa di assenza così da rendere direttamente evidenti le divergenze annuali.

4. Confronto annuale assenze



II) modalità attuative:

Con il lavoro agile l'INCA persegue i seguenti obiettivi principali:

- Diffondere modalità di lavoro e stili manageriali orientati ad una maggiore autonomia e responsabilità delle persone e sviluppo di una cultura orientata ai risultati;
- Rafforzare la cultura della misurazione e della valutazione della performance;
- Valorizzare le competenze delle persone e migliorare il loro benessere organizzativo, anche attraverso la facilitazione della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro;
- Promuovere l'inclusione lavorativa di persone in situazione di fragilità permanente o temporanea;
- Promuovere e diffondere le tecnologie digitali;
- Razionalizzare le risorse strumentali;
- Riprogettare gli spazi di lavoro;

III) soggetti, processi e strumenti del lavoro agile

Quanto alle modalità attuative si è distinto in fase emergenziale a seconda che l'attività richieda esclusivamente l'uso di un pc dotato di un collegamento ad internet o se è richiesto anche il collegamento ai sistemi informativi dell'Istituto.

Se l'attività richiede esclusivamente l'uso di un pc dotato di un collegamento ad internet il Direttore della UOC o della UOSD individua fra il personale in servizio, i dipendenti che possono accedere alla *smart working*, tenuto conto se del caso delle priorità previste, invitando i suddetti dipendenti a manifestare la propria disponibilità al lavoro agile, attraverso la compilazione del fac-simile di domanda. A seguire il responsabile valuta la richiesta e procede alla eventuale approvazione e informativa al responsabile del Centro Servizi Direzionale o di Staff di riferimento.

La successiva compilazione dell'Accordo individuale per l'attivazione dello *smart working* da inviare al proprio responsabile perfeziona l'iter previo invio da parte del Direttore della UOC o UOSD di relativo riscontro al dipendente via mail. L'attivazione dello *smart working* ha decorrenza dal giorno successivo.

Nel caso in cui l'attività richieda anche il collegamento ai sistemi informativi dell'Istituto il Direttore della UOC o della UOSD individua fra il personale in servizio, i dipendenti che possono accedere alla *smart working*, tenuto conto delle priorità previste, invitando i suddetti dipendenti a manifestare la propria disponibilità al lavoro agile, attraverso la compilazione del fac-simile di domanda.

A seguire il responsabile valuta la richiesta e procede alla eventuale approvazione e informativa al responsabile del Centro Servizi Direzionale o di Staff di riferimento. Qualora la richiesta sia approvata, il dirigente responsabile invia con mail la domanda di attivazione dello *smart working* e la dichiarazione di disponibilità alla UOD "Sistemi Informativi e Tecnologia Informatiche e Telematiche" per la relativa verifica di fattibilità.

A seguire la UOSD "Sistemi informativi e Tecnologia Informatiche e Telematiche" invia al dipendente e al responsabile appositi moduli da compilare. Dopo l'analisi dei requisiti per il collegamento viene inviata una mail al responsabile ed al soggetto richiedente con il relativo esito. Ad esito positivo si effettua l'attivazione ed il dipendente procede alla compilazione dell'accordo individuale per l'attivazione dello *smart working* da inviare anche con mail dell'Istituto al proprio responsabile che perfeziona l'iter inviando riscontro scritto al dipendente. L'attivazione dello *smart working* ha decorrenza dal giorno successivo.

Per la dirigenza Medica e Sanitaria impegnata in attività di ricerca full time l'autorizzazione viene rilasciata dalla Direzione scientifica.

Il Responsabile della UO definisce apposita scheda settimanale recante gli obiettivi definiti e concordati con il dipendente, le azioni, il sistema di indicatori di verifica delle attività svolte e il raggiungimento degli obiettivi assegnati e deve inoltre attivare e tenere apposito fascicolo, preferibilmente di tipo elettronico, ove tracciare e mantenere agli atti dello stesso ufficio tutta la documentazione attestante il raggiungimento degli obiettivi e lo svolgimento delle attività concordate, ivi comprese le e-mail e i documenti trasmessi con modalità informatiche dal medesimo dipendente.

Il processo come sopra descritto ricalca pienamente l'importante cambiamento manageriale e di leadership caratterizzato dalla capacità di far lavorare per obiettivi, di improntare le relazioni sull'accrescimento della

fiducia reciproca spostando l'attenzione dal controllo alla responsabilità per i risultati.

I dirigenti operano un monitoraggio mirato e costante sia *in itinere* che *ex post* riconoscendo maggiore fiducia alle risorse umane in un processo di mappatura e reingegnerizzazione dei processi di lavoro compatibili con il lavoro agile.

Nel 2020, al fine di ottimizzare l'erogazione dei servizi durante il periodo dell'emergenza epidemiologica COVID-19, l'Amministrazione ha adottato una soluzione tecnica che consente tramite un accesso sicuro (VPN) ai dipendenti di accedere in modalità 'desktop remoto' al proprio PC di ufficio.

IV) Programma di sviluppo del lavoro agile

In riferimento alla salute organizzativa l'Istituto ha avviato una mappatura dei processi e delle attività per la definizione di quelle che non possono essere svolte secondo le modalità del lavoro agile prospettando in considerazione di ciò un programma di sviluppo del lavoro agile attraverso diverse direttrici:

1. implementazione della dotazione tecnologica aziendale strumentale al lavoro agile tramite l'implementazione della rete VPN istituzionale

A tal proposito si evidenzia che il collegamento alla rete di Istituto e ai relativi servizi e applicazioni da parte dei lavoratori agili avviene oggi secondo le seguenti modalità:

- 1) Utilizzando le piattaforme esposte o pubblicate in rete (es. Posta elettronica, Sito web, NextCloud, MS-Teams, ecc.);
- 2) Virtual Private Network (VPN) con visibilità limitata alla sola macchina in uso in ufficio o alle applicazioni/sistemi autorizzati;

L'accesso alla VPN in fase di implementazione prevede l'utilizzo di un sistema di Multi Factor Authentication (MFA) per aumentare la sicurezza a livello di autenticazione, avendo certezza dei soggetti collegati in considerazione dei recentemente mutati scenari di rischio. Il nuovo sistema di autenticazione per l'accesso via VPN prevederà pertanto l'invio di codici secondari di autenticazione attraverso una specifica app per dispositivi mobile.

Sono inoltre effettuati controlli a campione sui collegamenti con particolare riferimento alla zona da cui proviene la richiesta di collegamento (sono esclusi i collegamenti non provenienti dal territorio italiano), sulla destinazione, sulle tempistiche, sulla quantità e tipologia di traffico effettuato.

In questo modo è garantito un livello di isolamento adeguato ai potenziali rischi connessi alle modalità e agli strumenti utilizzati, posti al di fuori dal perimetro di sicurezza dell'Istituto e non sottoposti alle politiche di sicurezza previste, poiché il collegamento via VPN configura, a tutti gli effetti inclusi quindi eventuali fattori di rischio, una estensione della rete locale, a differenza dell'utilizzo delle piattaforme (ad es. MS-Teams) del tutto esterne al perimetro di sicurezza di Istituto.

Tale livello di isolamento, di entrambe le configurazioni di collegamento, prevede comunque che i sistemi o dispositivi utilizzati siano: protetti da password di una certa lunghezza e complessità; esenti da applicativi software non licenziati o ai quali siano stati applicati crack di sblocco; aggiornati all'ultima versione disponibile di sistema operativo (i sistemi operativi in *out of support* devono essere dotati almeno di sistema di *virtual patching*); dotati di software antivirus, con basi aggiornate con periodicità giornaliera.

Tali disposizioni si rendono necessarie proprio al fine di garantire, nonostante i sistemi di controllo e sicurezza presenti, un livello di sicurezza adeguato ai trattamenti effettuati anche in termini di dati personali, sottoposti alla disciplina specifica.

La richiesta di attivazione di una VPN continuerà essere presentata dal diretto superiore dell'utilizzatore inviando lo specifico modulo al supporto tecnico del SIA nel quale devono essere indicate le macchine server e/o le applicazioni software da utilizzare come anche eventuali dispositivi da raggiungere.

L'autorizzazione al collegamento deve essere rinnovata di anno in anno sempre attraverso la procedura di abilitazione o, in alternativa, è possibile procedere con la verifica periodica dell'ambito di autorizzazione di ciascun utilizzatore. Gli account VPN non rinnovati saranno automaticamente disabilitati alla fine del periodo. Eventuali comportamenti non conformi alle regole generali di sicurezza o anche solamente sospetti negli accessi o durante le sessioni comporteranno l'immediata disabilitazione dell'account di connessione VPN.

In generale, considerate le possibilità fornite dall'infrastruttura così come congeniata, non è da considerarsi

una buona pratica il salvataggio in locale di file o documenti afferenti all'Istituto, specie se contenenti dati di natura personale, elenchi riferibile a soggetti vulnerabili, documentazione riservata, ecc.

Tra l'altro, gli applicativi in uso sono nativamente progettati per gestire nel complesso il singolo processo come anche l'intero procedimento, motivo per il quale non sono necessari, a meno di rare eccezioni, esportazioni di dati sul proprio sistema personale.

È comunque permesso il salvataggio temporaneo dei file e documenti di lavoro sulla postazione di proprietà personale a patto di provvedere, una volta effettuata la redazione o l'elaborazione, alla completa eliminazione o, in alternativa, al salvataggio in formato criptato protetto da chiave, secondo procedura differenziata per file di tipo .docx, .xlsx, .accdb (direttamente integrato nell'applicativo di produttività individuale) e per altre tipologie di file che richiedono invece l'utilizzo di strumenti esterni.

Si fa presente inoltre che l'Istituto sta procedendo alla formulazione di indicazioni e prescrizioni in materia di sicurezza informatica sulla quale verrà edotto il personale interessato o meno dallo svolgimento dell'attività lavorativa in modalità agile.

2. partecipazione progressiva dei dipendenti a programmi di formazione "Syllabus".

Il Syllabus e la piattaforma per l'assessment e l'erogazione della formazione sono stati realizzati dal Dipartimento della funzione pubblica nell'ambito del progetto "*Competenze digitali per la PA*" finanziato a valere sul Programma Operativo Nazionale (PON) "*Governance e capacità istituzionale*" 2014-2020.

Il progetto persegue l'obiettivo di consolidare e promuovere la crescita delle competenze digitali dei dipendenti pubblici a supporto dei processi di innovazione della pubblica amministrazione e, più in generale, del miglioramento della qualità dei servizi erogati a cittadini e imprese.

Dopo una prima fase pilota - in cui è stato coinvolto un numero limitato di amministrazioni centrali, regionali e locali che hanno collaborato con il Dipartimento al perfezionamento degli strumenti di assessment - l'iniziativa è stata estesa alle amministrazioni interessate tra cui l'INRCA, con l'obiettivo di promuovere l'inserimento della metodologia di assessment delle competenze e della formazione sul tema del digitale nel più ampio sistema di interventi volti al rafforzamento della capacità amministrativa e organizzativa oltre che digitale degli enti pubblici.

Il Syllabus si basa su quattro dimensioni:

- **Area di competenza** che delimita ciascun ambito tematico che concorre alla definizione della competenza digitale nel suo complesso;
- **Descrittore delle competenze** presenti in ciascuna area;
- **Livello di padronanza** per ciascuna competenza (*Base, Intermedio, Avanzato*);
- **Descrittore delle conoscenze e/o delle abilità** che caratterizzano una competenza per ciascun livello di padronanza.

Le **aree di competenza del Syllabus** rappresentano le aree tematiche in cui sono raggruppate le competenze digitali considerate chiave per i dipendenti pubblici e si articolano in:

- Dati, informazioni e documenti informatici;
- Comunicazione e condivisione;
- Sicurezza;
- Servizi on line;
- Trasformazione digitale.

L'Istituto, aderendo al progetto, in data 15/02/2022 ha inviato la domanda di partecipazione per 400 dipendenti ed è dunque ad ora in attesa della comunicazione del Dipartimento della funzione pubblica della data di avvio delle attività.

3. Adozione di una nuova regolamentazione del lavoro agile

L'Istituto ha trasmesso alle OOSS in data 21 aprile 2022 i regolamenti elaborati per disciplinare lo smart working e il Telelavoro avviando il percorso previsto dai CCNL di riferimento.

Nel contempo, nelle more dell'adozione del regolamento, con nota prot. n.13549/2022 del 21 aprile 2022, la Direzione ha stabilito in via sperimentale l'avvio dell'attività lavorativa in modalità agile.

L'obiettivo dell'INRCA-IRCCS è di dotarsi di una regolamentazione che tenga conto delle evoluzioni normative di settore e sia via via aggiornata con il divenire della contrattazione collettiva di riferimento individuata come sede di definizione della materia.

Di seguito sono indicativamente definiti i punti centrali della costituenda regolamentazione.

- **Accordo Individuale**

L'attivazione del lavoro agile è subordinata alla sottoscrizione dell'accordo individuale tra il dipendente e il dirigente/datore di lavoro cui quest'ultimo è assegnato.

L'accordo individuale dovrà essere sottoscritto dal dirigente e dal dipendente ed essere trasmesso all'Ufficio Protocollo per l'acquisizione da parte dell'Amministrazione.

L'accordo ha durata annuale

Nell'accordo devono essere definiti:

- le modalità di svolgimento della prestazione lavorativa svolta all'esterno dei locali aziendali;
- l'individuazione della giornata settimanale in cui viene svolta l'attività di lavoro agile;
- l'indicazione dei luoghi prevalenti in cui verrà svolta l'attività;
- le forme di esercizio del potere direttivo del dirigente di riferimento;
- la strumentazione tecnologica da utilizzare;
- fascia/e oraria/e di contattabilità telefonica e la fascia di disconnessione dalle strumentazioni tecnologiche di lavoro, a tutela della sua salute psico-fisica, della sua efficienza e produttività e della conciliazione tra tempi di vita, di riposo e di lavoro;
- gli adempimenti in materia di sicurezza sul lavoro e trattamento dati.

Dovrà inoltre contenere la previsione che in caso di eventuali modifiche riguardanti il profilo professionale del dipendente o dell'attività svolta dal medesimo, la prosecuzione della prestazione in lavoro agile è condizionata alla sottoscrizione di un nuovo accordo individuale.

- **Orario di lavoro e di disconnessione**

L'attuazione del lavoro agile non modifica la regolamentazione dell'orario di lavoro applicata al/alla dipendente, il/la quale farà riferimento al normale orario di lavoro con le caratteristiche di flessibilità temporali proprie del lavoro agile nel rispetto comunque dei limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla legge e dalla contrattazione.

Nell'ambito delle modalità di esecuzione della prestazione, definite nell'accordo individuale, è individuata la giornata nella settimana in cui l'attività è svolta in modalità lavoro agile, che potrà comunque essere oggetto di modifica nel corso di validità dell'accordo.

In particolare, nelle giornate di lavoro agile, per il personale valgono le seguenti regole:

- fascia di svolgimento attività standard: 7.00 – 19.00 dal lunedì al venerdì/sabato salve le ipotesi di reperibilità.
- Al fine di garantire un'efficace ed efficiente interazione con l'Ufficio di appartenenza ed un ottimale svolgimento della prestazione lavorativa, il dipendente deve garantire, nell'arco della giornata di lavoro agile, la contattabilità da concordare con il Dirigente.
- fascia di disconnessione standard: 19.00 - 7.00 oltre a sabato, domenica e festivi (qualora non coincidenti con l'attività istituzionale). Durante tale fascia non è richiesto lo svolgimento della prestazione lavorativa, la lettura delle email, la risposta alle telefonate e ai messaggi, l'accesso e la connessione al sistema informativo dell'Amministrazione. Il diritto alla disconnessione si applica in senso verticale e bidirezionale (verso i propri responsabili e viceversa), oltre che in senso orizzontale, cioè anche tra colleghi.
Resta inteso che è garantita la parità di trattamento economico e normativo per il personale che aderisce al lavoro agile e che non sono configurabili:
 - permessi brevi ed altri istituti che comportino riduzioni di orario,
 - l'istituto della turnazione e conseguentemente l'eventuale riduzione oraria e l'erogazione della relativa indennità nonché delle indennità, se previste, legate alle condizioni di lavoro,
 - il lavoro straordinario,

- la maturazione di PLUS orario,
- riposi compensativi,
- le indennità relative a turno, disagio ed altre indennità giornaliere legate alle modalità di svolgimento della prestazione.

Eventuali impedimenti tecnici (come malfunzionamenti della linea dati o problemi di comunicazione telefonica) allo svolgimento dell'attività lavorativa durante il lavoro agile dovranno essere tempestivamente comunicati, qualora ciò non sia possibile, dovranno essere concordate con il proprio responsabile le modalità di completamento della prestazione, ivi compreso, ove possibile, il rientro del/della dipendente nella sede di lavoro

✓ **Sicurezza sul lavoro**

Al lavoro agile si applicano le disposizioni in materia di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori.

Il/la dipendente è tenuto a cooperare all'attuazione delle misure di prevenzione predisposte dall'Amministrazione per fronteggiare i rischi.

➤ **Schemi riassuntivi complessivi del programma di sviluppi**

- Il Piano di attuazione e sviluppo è articolato in tre fasi: avvio, sviluppo intermedio, sviluppo avanzato. Le fasi sono distribuite in un intervallo di tre anni. Il programma di sviluppo si articola in coerenza con il Piano Performance.



Salute Organizzativa



	2022	2023	2024
Coordinamento organizzativo	Mappatura delle attività Definizione criteri del lavoro agile ordinario e relativi confronti con le OO.SS. / OIV	Ricognizione e Aggiornamento Mappatura delle attività	Ricognizione e Aggiornamento Mappatura delle attività
Monitoraggio del lavoro agile	Monitoraggio del lavoro agile anni 2020- 2021 Somministrazione questionario di gradimento già elaborato per l'anno in corso e successiva analisi	Monitoraggio del lavoro agile anno 2022 Somministrazione questionario di gradimento e successiva analisi	Monitoraggio del lavoro agile anno 2023 Effettuazione analisi del clima organizzativo nel Triennio Somministrazione questionario di gradimento e successiva analisi
Programmazione per obiettivi e/o per progetti (a termine) e/o per processi (continuativi)	Formazione sulla costruzione degli indicatori per il controllo della performance	Declinazione degli indicatori di performance, sia organizzativi che individuali, per la nuova organizzazione del lavoro incentrata sulla programmazione per obiettivi	Integrazione del Piano della performance, Sistema di valutazione e controllo di gestione

Salute Professionale

	2022	2023	2024
Competenze organizzative	Definizione delle "competenze organizzative e digitali" necessarie per lavorare in modalità agile e del loro livello		
Competenze digitali	Formazione per lo sviluppo delle competenze digitali (vedi programma Syllabus)	Partecipazione al progetto Syllabus	Partecipazione al progetto Syllabus

Salute Digitale

	2022	2023	2024
--	------	------	------

Dispositivi e traffico dati	Ricognizione dotazione strumentazione informatica dell'ente (pc e smartphone)	Sostituzione graduale postazioni fisse con pc portatili	Sostituzione graduale postazioni fisse con pc portatili
Sistema VPN Intranet dedicata allo SW Sistemi di collaboration in cloud Processi digitalizzati Servizi digitalizzati	Sviluppo Sistema VPN aziendale per incrementarne la sicurezza e Cloud aziendale	Verifica e aggiornamento sistemi	Verifica e aggiornamento sistemi

Salute Economico Finanziaria

	2022	2023	2024
Investimenti in digitalizzazione di processi progetti, e modalità erogazione dei servizi.	Supporti applicativi infrastrutturali e digitalizzazione	Supporti applicativi infrastrutturali e digitalizzazione	Supporti applicativi infrastrutturali e digitalizzazione

Gli indicatori

Di seguito sono riepilogati gli specifici indicatori, per il monitoraggio dello stato di attuazione, da considerare per il primo anno di attività. Con il consolidamento del Piano, l'elenco potrà essere integrato con particolare riferimento alle performance organizzative, per misurare economicità, efficienza ed efficacia delle azioni, nonché agli impatti prodotti, sia all'interno che all'esterno dell'organizzazione.

CONDIZIONI ABILITANTI DEL LAVORO AGILE



SALUTE ORGANIZZATIVA

Coordinamento organizzativo del lavoro agile

Monitoraggio del lavoro agile

Programmazione per obiettivi e/o per progetti e/o per processi



SALUTE PROFESSIONALE

Competenze organizzative:

Diffusione delle competenze organizzative e digitali elaborate

Competenze digitali:

% lavoratori agili che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze digitali nell'ultimo anno

SALUTE DIGITALE

Utilizzo Sistema VPN
Disponibilità Intranet
Sistemi di collaboration (es. documenti in cloud)
% Applicativi consultabili in lavoro agile
% Processi digitalizzati
% Servizi digitalizzati

SALUTE ECONOMICO-FINANZIARIA

Investimenti in infrastrutture digitali funzionali al lavoro agile, Investimenti in digitalizzazione di servizi, progetti, processi (VPN)



IMPLEMENTAZIONE LAVORO AGILE



INDICATORI QUANTITATIVI

% lavoratori agili effettivi

% Giornate lavoro agile



INDICATORI QUALITATIVI

Livello di soddisfazione sul lavoro agile di dirigenti/posizioni organizzative e dipendenti, articolato per genere, per età, per stato di famiglia, ecc.

Soggetti coinvolti nei processi d'implementazione del lavoro agile

Un ruolo fondamentale nell'implementazione e diffusione presso l'Amministrazione del lavoro agile è svolto dai soggetti di seguito indicati i quali, ognuno in base alle proprie competenze, forniscono elementi utili e indicazioni metodologiche importanti per l'accrescimento dei processi di innovazione in atto, ponendo maggiore attenzione al raggiungimento degli obiettivi fissati e al riflesso dei medesimi sull'efficacia e sull'efficienza dell'azione amministrativa.

Direzione strategica

Riguardo la programmazione e il monitoraggio degli obiettivi fissati nell'implementazione del lavoro agile presso l'Amministrazione svolgono un ruolo fondamentale la Direzione strategica e i dirigenti delle UUOO. Questi ultimi sono responsabili circa il corretto svolgimento della prestazione in modalità agile da parte del personale, dando atto del pieno rispetto di tutti gli obblighi previsti dal quadro normativo di riferimento. A tale proposito, è utile sottolineare come alla dirigenza sia richiesto un importante cambiamento di stile manageriale e di leadership caratterizzato dalla capacità di lavorare e far lavorare gli altri per obiettivi, di improntare le relazioni sull'accrescimento della fiducia reciproca, spostando l'attenzione dal controllo alla responsabilità per i risultati. I dirigenti, inoltre, oltre a essere potenziali fruitori, al pari degli altri dipendenti, delle misure innovative di svolgimento della prestazione lavorativa recate dall'articolo 14 della legge n. 124/2015, sono tenuti a salvaguardare le legittime aspettative di chi utilizza le nuove modalità in termini di formazione e crescita professionale, promuovendo percorsi informativi e formativi che non escludano i lavoratori dal contesto lavorativo, dai processi d'innovazione in atto e dalle opportunità professionali.

Comitato unico di garanzia (CUG)

Il Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e il contrasto alle discriminazioni, istituito con la legge 183/2010.

Il Comitato ha come obiettivo la realizzazione delle pari opportunità, la promozione di un ambiente di lavoro improntato al benessere organizzativo e l'impegno a prevenire, rilevare, contrastare ed eliminare ogni forma di violenza morale o psicologica all'interno delle organizzazioni di appartenenza.

Il Comitato svolge una fondamentale funzione per la valorizzazione delle diversità, la promozione di azioni positive e l'introduzione di strumenti di flessibilità lavorativa a supporto della conciliazione vita e lavoro,

favorisce una politica di attenzione alla persona che, partendo dal benessere dei singoli e dell'organizzazione nel suo complesso, mira a mantenere alta la qualità del servizio erogato e la produttività a vantaggio dell'intera collettività.

In merito al lavoro agile, il CUG opera per l'attuazione dello smart working.

Ciò posto, l'Amministrazione - a fronte della proficua collaborazione – favorirà lo scambio di informazioni con il CUG sulle attività poste in essere per l'implementazione del lavoro agile e dell'impatto dello stesso sul benessere organizzativo, ampliando lo spazio dedicato a quest'ultimo per comprendere l'impatto che l'introduzione dello smart working può avere sulle dinamiche relazionali sia verticali che orizzontali e la ripercussione delle stesse in termini di produttività.

Organismi indipendenti di valutazione (OIV)

L'OIV è un soggetto nominato in ogni amministrazione pubblica dall'organo di indirizzo politico-amministrativo. Lo stesso monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso, anche formulando proposte e raccomandazioni ai vertici amministrativi. L'OIV, inoltre supporta l'amministrazione nel definire gli indicatori da utilizzare per programmare, misurare, valutare e rendicontare la performance. Inoltre, supporta l'amministrazione sul piano metodologico e verifica la correttezza dei processi di misurazione, monitoraggio, valutazione e rendicontazione della performance organizzativa e individuale: in particolare formula un parere vincolante sull'aggiornamento annuale del Sistema di misurazione e valutazione. Promuove l'utilizzo da parte dell'amministrazione dei risultati derivanti dalle attività di valutazione esterna delle amministrazioni e dei relativi impatti ai fini della valutazione della performance organizzativa. Riguardo al lavoro agile l'OIV riveste un ruolo fondamentale nell'implementazione degli obiettivi e degli indicatori di programmazione organizzativa dello smart working, superando il paradigma del controllo sulla prestazione in favore della valutazione dei risultati.

Responsabili della Transizione al Digitale (RTD)

Il Responsabile della Transizione al Digitale (RTD) è la figura dirigenziale all'interno dell'Amministrazione che ha tra le sue principali funzioni quella di garantire operativamente la trasformazione digitale dell'amministrazione, coordinandola nello sviluppo dei servizi pubblici digitali e nell'adozione di nuovi modelli di relazione trasparenti e aperti con i cittadini.

In base alla Circolare n. 3/2018, il RTD rappresenta il principale interlocutore di AgID e della Presidenza del Consiglio dei Ministri per il monitoraggio e il coordinamento delle attività di trasformazione digitale, nonché per la partecipazione a consultazioni e censimenti previsti dal Piano triennale.

Organismo paritetico per l'Innovazione

L'Organismo paritetico per l'Innovazione ha la finalità di attivare stabilmente relazioni aperte e collaborative su progetti di organizzazione e innovazione, miglioramento dei servizi, promozione della legalità, della qualità del lavoro e del benessere organizzativo – anche con riferimento alle politiche formative, al lavoro agile e alla conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, alle misure di prevenzione dello stress lavoro-correlato al fine di formulare proposte all'Amministrazione o alle parti negoziali della contrattazione integrativa. L'Amministrazione si riserva di coinvolgere l'Organismo, per quanto di competenza, nei processi di innovazione e rinnovamento digitale dell'INRCA con particolare attenzione per le dinamiche legate allo sviluppo del lavoro agile.

Organizzazioni sindacali (OO.SS.)

Le OO.SS. danno luogo mediante il proprio contributo alla partecipazione indiretta dei lavoratori ai processi di cambiamento dell'Amministrazione, che in materia di lavoro agile, richiede un modello organizzativo basato non più sulla presenza fisica in ufficio, ma sull'adattarsi velocemente ai cambiamenti con un approccio all'organizzazione del lavoro basato sulla combinazione di flessibilità, autonomia e collaborazione che restituisca in cambio una responsabilizzazione sui risultati. Pertanto, il presente Piano operativo e le attività ad esso prodromiche all'implementazione del lavoro agile sono adottate dall'Amministrazione sentite le organizzazioni sindacali, con le modalità previste dalla contrattazione collettiva.

A tale proposito appare utile rammentare che il coinvolgimento delle OO.SS. non si estende ai contenuti del

Piano della performance, né alla definizione degli obiettivi individuati dall'Amministrazione.

PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE

Il presente **Piano Triennale 2022-2024 dei Fabbisogni di Personale** di INRCA prosegue coerentemente in attuazione dell'atto aziendale, della programmazione sanitaria, in linea con le indicazioni regionali e il PSR.

Nel prossimo triennio (2022-2024), non si prevede un turnover particolarmente elevato sia in ambito dirigenziale, sia nell'ambito dei dipendenti del comparto. Le assunzioni saranno finalizzate a coprire prevalentemente il turnover degli altri anni, non coperto per motivazioni legate sia alla carenza dei dirigenti medici sia ai ritardi con cui sono state espletate, a livello centrale, alcune procedure di reclutamento. Nuove assunzioni strategiche per determinate figure e competenze professionali sono previste solo per il Por di Casatenovo, avendo previsto per esso la copertura del posto di Direttore di UOC del reparto di pneumologia riabilitativa e il potenziamento del servizio di fisioterapia, di cui si tratterà di seguito.

La programmazione triennale del fabbisogno di personale (PTFP) è un importante obbligo previsto dal D.Lgs. 165/2001 (art. 6, 6 bis e 6 ter). Il PTFP rappresenta il documento programmatico attraverso il quale l'Istituto definisce le figure professionali di cui si avvarrà nel prossimo triennio, sulla base dell'atto aziendale e quindi dell'organizzazione dell'attività sanitaria e di ricerca, nonché della tecnostruttura a supporto della stessa. Esso viene elaborato tenendo conto della legislazione vigente e applicando i CC.NN.L.

Tale programmazione rappresenta uno degli strumenti più importanti a disposizione dell'Istituto poiché esso consente di rappresentare i fabbisogni a tempo indeterminato, nonché quelli temporanei, di delineare i profili corrispondenti a tali fabbisogni e di definire le modalità di soddisfazione degli stessi. In quanto tale, esso è uno strumento dinamico, da aggiornare non solo al trascorrere del tempo (solitamente annualmente) ma anche in considerazione degli aggiornamenti normativi, novità negli ordini professionali e cambiamenti negli assetti organizzativi e di programmazione sanitaria.

Le politiche del personale individuate dall'Istituto sono sostanzialmente basate sulla stabilizzazione dei rapporti di lavoro e sulla loro qualificazione, miglioramento delle professionalità e gestione dei percorsi di carriera. Il PTFP è l'esito di tali politiche, rappresentando i profili necessari per i quantitativi richiesti dai documenti programmatori. Con determina 274/DGEN/2020 l'Istituto ha approvato il nuovo Atto Aziendale, che è stato approvato successivamente anche dalla Regione Marche con DGRM 1271/2020 e dal Ministero della Salute con nota prot. 26734 del 03/11/2020 con cui ridisegna gli assetti dirigenziali a geometria invariata

e nel rispetto degli obiettivi regionali di riduzione delle UOSD/UOS. All'adozione del nuovo atto aziendale si aggiunge la conferma, del quadro normativo previsto dal D.L. 80/2021 convertito con la L. 113/2021 che amplia la possibilità di superare il precariato prevista dal D.Lgs. 75/2017 art 20 comma 1.

Le Linee di Indirizzo per la predisposizione dei Piani dei Fabbisogni di personale da parte delle amministrazioni pubbliche sono state fissate con Decreto del Ministro per la Semplificazione e la Pubblica Amministrazione in data 8 maggio 2018, adottato di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze e con il Ministro della Salute, e sono entrate in vigore a seguito della pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale n. 173 del 27 luglio 2018.

Il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale si configura, pertanto, come un atto di programmazione pluriennale, a scorrimento, che deve necessariamente tenere conto sia dei vincoli di spesa previsti dalla normativa vigente, sia delle risorse economiche effettivamente presenti e disponibili nei bilanci dell'Istituto.

Il presente piano è redatto nel rispetto del tetto del personale assegnato all'Istituto con D.G.R.M. 1670/2021 individuato in euro 56.477. Tale tetto di spesa per il personale vale per l'intero Istituto e costituisce un vincolo insuperabile.

Come per il Piano Occupazionale 2021, anche il P.O. 2022 risente dell'impatto nell'attività di recruitment dell'emergenza Covid. L'emergenza pandemica che ha travolto tutte le strutture sanitarie sin dal marzo 2020, ha caratterizzato l'intero anno 2021, anche se ha fatto registrare un rallentamento durante i mesi estivi.

Il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale individua, sia in termini qualitativi, sia in termini quantitativi, le risorse umane necessarie all'espletamento delle attività a cui è tenuta la specifica amministrazione pubblica indipendentemente dalla tipologia dei rapporti di lavoro da instaurare; di contro la Dotazione Organica definisce, per categoria e numero di teste, il personale con rapporto di lavoro dipendente (a tempo indeterminato o determinato) che la singola amministrazione pubblica ritiene necessario al fine di garantire le prestazioni che è tenuta ad erogare.

Nel concreto, la determinazione del fabbisogno di personale di INRCA si fonda su un'analisi complessiva dei compiti e delle funzioni istituzionali in termini di obiettivi, competenze, attività da garantire (come in parte sinteticamente descritto in precedenza), professionalità necessarie (in termini qualitativi e quantitativi) ed è definita in modo tale da essere compatibile con l'equilibrio economico-finanziario.

Nella redazione del Piano Triennale dei fabbisogni di Personale 2022-2024, sono stati tenuti in considerazione i seguenti dati e parametri:

1. Andamento del turnover: monitoraggio delle cessazioni del personale di cui tener conto in maniera preventiva (in caso di collegamento a data certa) o puntuale (in caso di motivi o data non preventivabili).
2. Assunzioni obbligatorie di lavoratori disabili od appartenenti alle categorie protette (ai sensi della Legge n. 68/1999).
3. Modalità con le quali INRCA intende soddisfare il fabbisogno di personale: tali modalità saranno limitate a rapporti di lavoro dipendente a tempo indeterminato o, in casi limitati e specifici, a tempo determinato.
4. Esigenze delle diverse articolazioni organizzative: il fabbisogno complessivo annuo di personale deve necessariamente essere la risultante delle esigenze manifestate dalle diverse articolazioni organizzative dell'Istituto, ponderate e filtrate attraverso i criteri precedentemente riportati e nel rispetto della disponibilità presente nei bilanci di competenza.

Per quanto concerne il limite massimo di spesa, lo stesso è individuato dalla DGRM 1670/2021 in 56.477 mila:

PRESIDI MARCHE	previsione 2021	previsione 2022	previsione 2023	previsione 2024
previsione costo del personale	57.878.520	59.460.275	60.305.108	60.305.108
rinnovi contrattuali	- 11.623.261	- 12.018.700	- 12.329.908	- 12.329.908
totale tetto	46.255.259	47.441.575	47.975.200	47.975.200
PRESIDI CASATENOVO	previsione 2021	previsione 2022	previsione 2023	previsione 2024
previsione costo del personale	5.019.102	5.301.560	5.503.859	5.503.859
rinnovi contrattuali	- 1.025.582	- 1.096.196	- 1.146.771	- 1.146.771
totale tetto	3.993.521	4.205.364	4.357.088	4.357.088
PRESIDI COSENZA	previsione 2021	previsione 2022	previsione 2023	previsione 2024
previsione costo del personale	5.019.102	5.145.208	5.230.314	5.230.314
rinnovi contrattuali	- 1.025.582	- 1.057.108	- 1.084.635	- 1.084.635
totale tetto	3.993.521	4.088.100	4.145.680	4.145.680
INRCA	previsione 2021	previsione 2022	previsione 2023	previsione 2024
previsione costo del personale	67.916.725	69.907.044	71.039.282	71.039.282
rinnovi contrattuali	- 13.674.425	- 14.172.005	- 14.561.314	- 14.561.314
totale tetto	54.242.300	55.735.039	56.477.968	56.477.968

Questi limiti, di cui all'art. 2, commi 71 e 72 della Legge 191/2009, previa autorizzazione della Regione, garantiscono il *turnover* per ogni anno di riferimento (calcolato in termini di costi ed inteso come capacità assunzionale derivante dal rispetto dei vincoli vigenti), anche se non sono sufficienti per portare a termine un processo di stabilizzazione di due unità operative importanti, come il Pronto Soccorso e la terapia semi intensiva, così come non consentono di potenziare l'offerta sanitaria. Sia per i progetti di stabilizzazione sopra accennati sia per quelli di potenziamento, a corredo del PTFP 2022-2024 sono state elaborate specifiche tabelle per la richiesta di posti aggiuntivi di dotazione organica e relativi aumenti dei fondi contrattuali.

Come si evince dalla tabella precedente, viene individuato un aumento di circa 1,5 milioni di euro nel 2022 rispetto al 2021 e complessivamente di 2,2 milioni di euro nel 2024 rispetto al 2021.

PIANO TRIENNALE DEL FABBISOGNO DEL PERSONALE DELLA PIRAMIDE

Con Legge 205/2017 il Legislatore ha stabilito un percorso e una disciplina organica dei rapporti di lavoro del personale della ricerca che opera negli IRCSS istituendo la c.d. Piramide. La Piramide costituisce lo strumento deputato a superare il precariato prevedendo un percorso di 10 anni al termine del quale coloro che hanno annualmente raggiunto gli obiettivi loro assegnati entrano nel SSN a tempo indeterminato. Con il CCNL 11.07.2019 è stato istituito il Ruolo della ricerca sanitaria (non dirigenziale) e una specifica sezione contrattuale prevedendo due diversi profili professionali: il ricercatore sanitario CAT DS e il collaboratore di supporto alla ricerca CAT D. All'art 12, comma 2, del CCNL citato si prevede specificatamente la redazione di Piani assunzionali del personale della ricerca.

Al pari dell'adempimento di cui al D. Lgs. 165/2001 (art. 6, 6 bis e 6 ter), il piano assunzionale relativo alla Piramide rappresenta il documento programmatico attraverso il quale l'Istituto definisce le figure professionali di cui si avvarrà nel prossimo periodo per le attività scientifiche. Esso viene elaborato tenendo conto del CCNL 11.07.2019 nonché delle coperture economiche previste nella stessa L 205/2017. La programmazione del fabbisogno dei ricercatori da inserire nella Piramide rappresenta uno degli strumenti più importanti a

disposizione dell'Istituto poiché consente di delineare i profili corrispondenti ai fabbisogni della ricerca, mettendo le basi per la copertura degli stessi a tempo indeterminato. In quanto tale, esso è uno strumento di investimento vero e proprio poiché da esso deriverà la dotazione di parte del personale deputato a svolgere attività di ricerca e supporto alla stessa per il futuro dell'Istituto, orizzonte 2029. Le risorse previste nella L. 205/2017 per i piani assunzionali sono quelle statali aggiuntive, ad oggi pari a complessivi 5.127.060,11, derivanti dalle annualità già assegnate del 2019, 2020 e 2021. In tale ambito si fa presente quanto stabilito dall'art. 1 comma 424 della L. 205/2017 laddove si indica che il finanziamento per tale percorso è "...incrementato con le risorse aggiuntive trasferite a ciascun Istituto dal Ministero della salute, pari a complessivi 19 milioni di euro per l'anno 2018, a 50 milioni di euro per l'anno 2019, a 70 milioni di euro per l'anno 2020 e a 90 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2021." Il PTFP redatto con determina 144/DGEN/2022 è coerente con le disponibilità fino ad oggi acquisite, che costituiscono parte del fondo a disposizione per il periodo 2019-2024. I primi 15 contratti a tempo determinato dei c.d. Piramidati sono stati stipulati dopo il DPCM 24.11.2019 (atti 509/DGEN/2019 e 279/DGEN/2020). Attualmente i professionisti reclutati per accedere alla Piramide sono 14 (registrata una cessazione al 31/12/2021) di cui 8 in categoria DS e 6 in categoria D. Con atto n. 68/DGEN del 18/02/2022 è stata istituita la Dotazione Organica per la Piramide dei ricercatori prevedendo una dotazione complessiva di 60 unità di cui 40 in categorie DS e 20 in categoria D. Precisato che di tali 60 unità risultano ad oggi occupati 14 posti, la programmazione 2022-2024 prevede di coprirne ulteriori 24, rinviando la copertura dei rimanenti posti in dotazione organica ai Piani occupazionali successivi al 2024.

Di seguito si riportano le tabelle relative alla dotazione organica e al PTFP 2022-2024 e ai costi previsti.

Tabella 1

	DOTAZIONE ORGANICA	PRESENTI 31.12.2020	PRESENTI 31.12.2021	assunzioni 2022	PRESENTI 31.12.2022	assunzioni 2023	PRESENTI 31.12.2023	assunzioni 2024	totale presenti 31.12.2024
RUOLO GIURIDICO	Tempo indet.	Tempo det.	Tempo det.	Tempo det.	Tempo det.	Tempo det.	Tempo det.	Tempo det.	Tempo det.
RICERCATORE SANITARIO									
RICERCATORE SANITARIO DS	40	9	8	4	12	5	17	4	21
COLLABORATORE SUPPORTO ALLA RICERCA									
COLLABORATORE SUPPORTO ALLA RICERCA D	20	4,5	6	7	13	2	15	2	17
totale PIRAMIDATI	60	13,5	14	11	25	7	32	6	38

Tabella 2

PRESENTI AL 31.12.2021	ASSUNZIONI TD 2022	SALDO COSTO PIRAMIDE 2021	COSTO ASSUNZIONI 2022	COSTO COMPLESSIVO 31.12.2022	COSTO CUMULATO 20-22
14,0	11,0	1.159.052,8	344.425,8	1.503.478,6	2.092.516,3
PRESENTI AL 31.12.2022	ASSUNZIONI TD 2023	SALDO COSTO PIRAMIDE 2022	COSTO ASSUNZIONI 2023	COSTO COMPLESSIVO 31.12.2023	COSTO CUMULATO 20-23
25,0	7,0	2.092.516,3	296.085,6	1.344.357,7	3.436.874,0
PRESENTI AL 31.12.2023	ASSUNZIONI TD 2024	SALDO COSTO PIRAMIDE 2024	COSTO ASSUNZIONI 2024	COSTO COMPLESSIVO 31.12.2024	COSTO CUMULATO 20-24
32,0	6,0	3.436.874,0	253.340,0	1.597.697,7	5.034.571,8

LA STRATEGIA DI COPERTURA DEL FABBISOGNO

Assunzioni obbligatorie

La Legge 12 marzo 1999, n. 68 “Norme per il diritto al lavoro dei disabili”, all’art. 2, prevede il collocamento mirato per l’inserimento lavorativo di persone con disabilità (definite al precedente art. 1), **nel caso di INRCA nella quota di riserva del 7% dei lavoratori occupati in quanto Pubblica Amministrazione con più di 50 dipendenti.**

Inoltre, l’art. 18 della medesima normativa stabilisce l’obbligo per i datori di lavoro con più di 50 dipendenti di riservare la quota dell’1% dei lavoratori occupati all’inserimento lavorativo di orfani e coniugi superstiti di coloro che siano deceduti per causa di lavoro, di guerra o di servizio, ovvero in conseguenza dell’aggravarsi dell’invalidità riportata per tali cause, nonché dei coniugi e dei figli di soggetti riconosciuti grandi invalidi per causa di guerra, di servizio e di lavoro e dei profughi italiani rimpatriati, il cui status è riconosciuto ai sensi della Legge 26 dicembre 1981, n. 763.

Al fine di ottemperare alle disposizioni di cui alla medesima Legge n. 68/1999, atteso che, alla data attuale, risultano non coperti alcuni posti per lavoratori con disabilità, è stata sottoscritta alla regione Marche una bozza di convenzione di durata quinquennale che, appena approvata, consentirà all’Istituto di assolvere all’obbligo assunzionale.

Rapporti di lavoro a tempo indeterminato

L’Istituto procede alle assunzioni previste in attuazione del Piano Triennale dei Fabbisogni 2022-2024 mediante l’instaurazione, in via esclusiva, di rapporti di lavoro a tempo indeterminato, a seguito di procedure di mobilità

ai sensi dell'art. 30 del D. Lgs. n. 165/2001, se richieste, e a concorsi unici regionali istituiti con LR 8/2017.

Rapporti di lavoro a tempo determinato

Come specificato precedentemente, INRCA gestisce quasi esclusivamente rapporti di lavoro dipendente a tempo indeterminato. I tempi determinati vengono accesi nelle more delle procedure concorsuali e per le supplenze di titolari di posto assenti per lunghi periodi.

Stabilizzazioni

Il D.Lgs. n. 75/2017 ha previsto specifici requisiti per le stabilizzazioni che Leggi di bilancio successive hanno prorogato. Attualmente il DL 80/2021 ha prorogato fino al 31/12/2022 i termini per poter maturare i requisiti della stabilizzazione e convertire quindi contratti di lavoro a tempo determinato in indeterminato. Nel predisporre il presente Piano Triennale dei Fabbisogni 2022-2024, INRCA ha tenuto conto di eventuali lavoratori in possesso dei requisiti necessari alla stabilizzazione, come previsti dalla citata normativa.

Progressioni tra le aree del personale del comparto a tempo indeterminato ("verticali")

L'art. 22, comma 15 del D. Lgs. n. 75/2017 ha introdotto, in deroga alle previsioni "ordinarie" dell'art. 52, comma 1-bis del D. Lgs. n. 165/2001 e s.m.i., una nuova tipologia di progressione verticale, utilizzabile per un periodo di tempo limitato (triennio 2018-2020), nella misura del 20% dei posti previsti nei piani dei fabbisogni come nuove assunzioni consentite per la relativa area o categoria.

L'art. 1, comma 1-ter, del D.L. 162/2019, convertito con Legge n. 8 del 28/02/2020, ha modificato il citato art. 22, comma 15, del D. Lgs. n. 75/2017, prevedendo che "per il triennio 2020-2022, le pubbliche amministrazioni, al fine di valorizzare le professionalità interne, possono attivare, nei limiti delle vigenti facoltà assunzionali, procedure selettive per la progressione tra le aree riservate al personale di ruolo, fermo restando il possesso dei titoli di studio richiesti per l'accesso dall'esterno. Il numero di posti per tali procedure selettive riservate non può superare il 30% di quelli previsti nei piani dei fabbisogni come nuove assunzioni consentite per la relativa area o categoria". L'INRCA ha provveduto a percorrere tale opportunità e, attraverso specifici bandi, ha realizzato progressioni verticali per le categorie da B a Bs del ruolo tecnico e le categorie da B e a C per ruolo amministrativo, entrambi per n. 2 dipendenti per un complessivo di 4.

Di seguito si riportano le tabelle delle assunzioni previste per il triennio in esame sia per l'intero Istituto, sia per le singole regioni.

TOTALE PRESIDI I.N.R.C.A.							
QUALIFICHE	TEMPO INDETERMINATO			TEMPO DETERMINATO		L. 68/1999	
	Assunzioni	Stabilizzazioni	Costo annuo	Assunzioni	Costo annuo	Assunzioni	Costo annuo
DIRIGENZA SANITARIA	40	0	1.489.764	3	70.417	0	0
DIRIGENZA P.T.A.	1	0	30.000	0	0	0	0
COMPARTO	72	18	1.787.921	0	0	3	40.957
TOTALI	113	18	3.307.685	3	70.417	3	40.957

Complessivamente, si prevedono 134 assunzioni a TI di cui 113 da procedure concorsuali, 18 da procedure di stabilizzazioni e 3 da convenzionamento con la Regione per categorie protette. I tempi determinati previsti sono pochissimi, come già scritto, limitati a coprire assenze di titolari di posti, tutti presso i presidi marchigiani.

Il quadro per singola regione è differente, mentre per le regioni Marche e Calabria il Piano Occupazionale 2022

ricalca perfettamente quello precedente, per il presidio di Casatenovo è stato previsto un aumento di due unità, un direttore di UOC e un fisioterapista entrambi legati alla riapertura del reparto di pneumologia riabilitativa tenuto chiuso per oltre un anno a causa dell'emergenza covid, che ha colpito pesantemente tutta la zona della Brianza.

Altra differenza sta negli obblighi di cui alla L 68/99 che registrano scoperture concentrate nella regione marche.

La formazione del personale

La formazione è una delle leve strategiche più rilevanti a disposizione delle organizzazioni sanitarie per far crescere la consapevolezza degli operatori e per favorire e supportare il miglioramento continuo dell'assistenza sanitaria erogata. La formazione ha come obiettivo principale quello di rispondere sia alle necessità organizzative che professionali è pertanto da considerarsi come un investimento:

- finalizzato a sviluppare e rafforzare le conoscenze e le competenze del personale in un processo continuo e permanente;
- orientato a favorire il trasferimento delle migliori evidenze scientifiche nella pratica professionale nonché a rafforzare e consolidare la qualità dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria in termini di sicurezza, efficacia, efficienza, coinvolgimento degli utenti e degli operatori, appropriatezza ed equità nell'accesso alle prestazioni.

Per l'IRCCS INRCA, la formazione rappresenta uno strumento di sviluppo e valorizzazione del personale teso a promuoverne sia le competenze, in termini di capacità tecnico-operative, organizzative e relazionali, che le attitudini personali al fine di garantire il processo di miglioramento continuo della qualità delle prestazioni sanitarie e lo sviluppo delle innovazioni; per i professionisti, invece, rappresenta un sistema per perseguire uno sviluppo professionale e personale coerente con le attitudini individuali e con gli obblighi dettati dall'organizzazione e dal ruolo.

Il sistema di Formazione dell'Istituto è un sistema complesso, in grado di trasferire ai vari livelli dell'organizzazione le linee strategiche indicate dalla Direzione Aziendale e di integrarle con esigenze formative specifiche e differenziate. Sulla base degli obiettivi formativi definiti a livello nazionale e regionale e degli obiettivi strategici, la Direzione Aziendale individua i macro-obiettivi formativi.

L'Istituto si avvale della rete dei Referenti per la Formazione e del comitato Tecnico Scientifico per la formazione. I primi hanno il compito, collaborando con i Dirigenti e Coordinatori delle Unità Operative e con il Capo dipartimento di riferimento, di declinare a livello periferico gli input provenienti dalla direzione aziendale, garantendo la coerenza dei progetti formativi proposti con gli obiettivi strategici e i marco-obiettivi formativi. Il secondo è un organismo propositivo e consultivo, costituito da professionisti esperti nelle discipline di riferimento, attraverso cui l'Istituto governa il sistema delle attività formative, della valutazione delle proposte formative da inserire nel Piano Formativo Aziendale (PFA) e nel monitoraggio dell'attività formativa realizzata.

Il ciclo della formazione dell'Istituto si articola su quattro livelli di intervento, fortemente intersecati da una fitta rete di scambi informativi che vengono coordinati dall'U.O. Formazione e Aggiornamento del Personale.

Livello 1) Pianificazione strategica: riguarda il governo complessivo della formazione ed è funzionale a garantire la coerenza del piano formativo annuale con gli obiettivi strategici definiti dalla Direzione Strategica Aziendale che a loro volta tengono conto sia del contesto esterno (macro obiettivi regionali e nazionali) che del contesto interno aziendale.

I soggetti che intervengono in questa fase sono la Direzione Strategica Aziendale ed i Direttori di Dipartimento i quali nell'ambito delle riunioni dipartimentali devono prevedere specifiche linee di intervento per la programmazione dell'attività formativa.

Livello 2) Programmazione della formazione: riguarda la progettazione e valutazione delle iniziative formative in coerenza con gli input ricevuti. Tale fase inizia, generalmente entro il mese di settembre di ciascun anno, su iniziativa dell'UO Formazione e Aggiornamento del Personale, la quale dà avvio all'attività di analisi del fabbisogno formativo mediante la richiesta di compilazione della scheda per la rilevazione del fabbisogno formativo da parte delle singole UU.OO in ciascuna delle aree di competenza.

Gli attori principali di questa fase sono i Responsabili di UO, i Referenti per la Formazione ed il Comitato Scientifico per la Formazione Continua.

I referenti per la Formazione (RdF) sono stati designati a livello dipartimentale con Determina n. 375 del Direttore Generale del 08/10/2021. Gli stessi esercitano un ruolo fondamentale nelle varie fasi dell'attività di formazione svolta in Azienda; in particolare coordinano l'analisi del fabbisogno formativo con lo scopo di tradurre una "specificità esigenza formativa" in un "concreto progetto formativo".

Il Comitato Scientifico per la Formazione Continua i cui componenti sono stati designati con Determina n. 444 del Direttore Generale del 23/11/2021 è deputato a valutare preventivamente le proposte formative che saranno inserite dall'UO Formazione e Aggiornamento del Personale nel Piano Formativo Aziendale in termini di coerenza con il quadro strategico.

Livello 3) Realizzazione dell'attività formativa: riguarda la realizzazione dell'attività didattica e il presidio delle dinamiche formative ed è affidato alle figure del responsabile scientifico e del direttore dei singoli corsi, i quali, in quanto gestori ne garantiscono lo standard di qualità e il rispetto delle regole in base alle quali è stato ottenuto l'accREDITAMENTO ECM.

Livello 4) Controllo e monitoraggio: riguarda la verifica della corretta esecuzione dei corsi e dell'aderenza al PFA, alla valutazione di reazione del gradimento dell'intervento tramite strumenti standardizzati del sistema di accREDITAMENTO regionale a cura dell'UO Formazione ed Aggiornamento del Personale. Inoltre in questa fase si procede alla verifica di ricaduta in termini di comportamento sul lavoro, finalizzata ad evidenziare il gap eventualmente ancora esistente tra conoscenze acquisite e la loro applicazione nella pratica lavorativa, proponendo azioni correttive, da comunicare anche al Comitato Scientifico per la Formazione.

L'UO Formazione e Aggiornamento del Personale opera in termini trasversali rispetto alle varie fasi sopra delineate, coordinando l'analisi di fabbisogno formativo, elaborando il Piano Formativo annuale, accREDITANDO ai fini ECM i singoli percorsi formativi, garantendo il supporto metodologico e organizzativo sia per la progettazione esecutiva che in fase di realizzazione dei progetti. Provvede, inoltre, alla chiusura dei corsi ai fini della corretta attribuzione dei crediti estrapolando i dati da inviare al COGEAPS.

Nella figura 1 è schematizzato il processo di gestione del Piano Formativo Aziendale (di seguito anche "PFA" o "Piano")

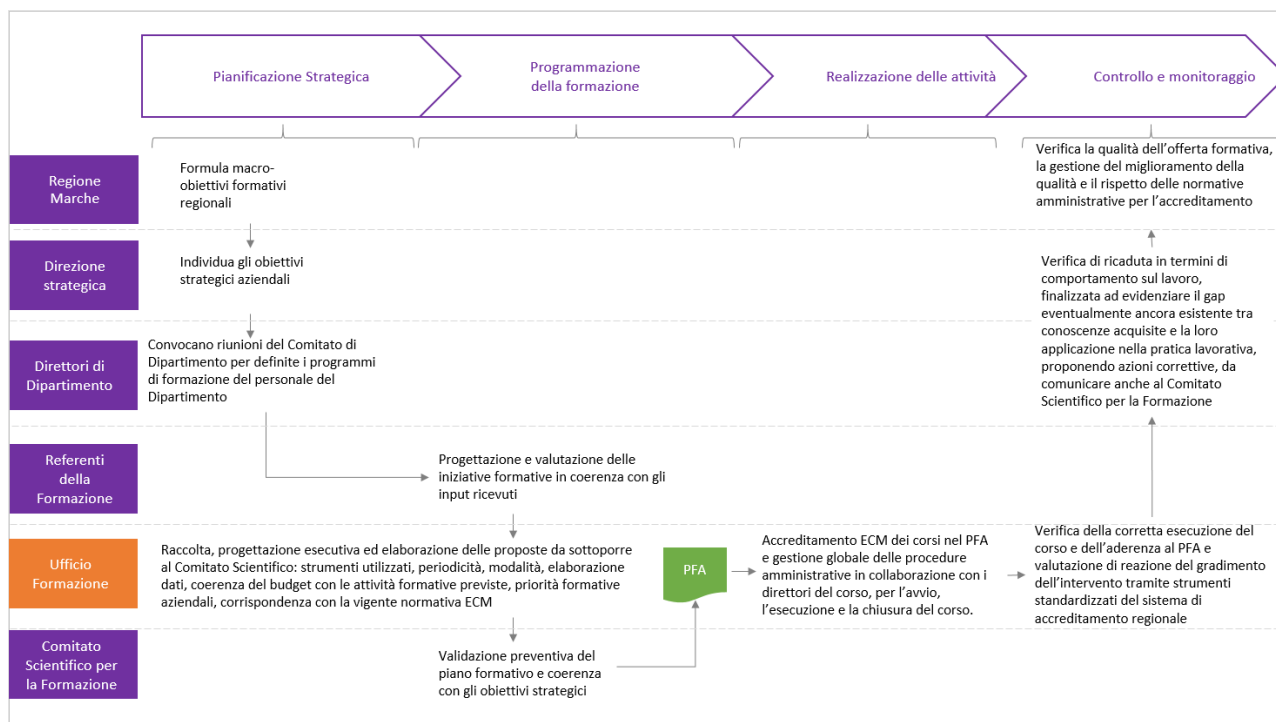


Fig. 1 Il ciclo della formazione aziendale

Le priorità strategiche

L'offerta formativa tende a soddisfare diverse aree tematiche, con l'obiettivo di stimolare l'interesse degli operatori anche per quelle di non diretto interesse per la propria attività lavorativa. La qualità dell'assistenza, infatti, non è funzione esclusivamente della competenza tecnico-professionale ma è anche in relazione alle capacità relazionali ed organizzativo-gestionale. Pertanto, risulta necessario migliorare non solo quelle competenze connesse all'esercizio delle attività operative, ma anche quelle capacità trasversali che sostengono un comportamento organizzativo efficace.

Le tematiche formative del Piano Formativo Aziendale, sono riconducibili a specifiche aree d'intervento strategiche, individuate dalla Direzione, coerentemente con i seguenti documenti programmatori:

- piano delle performance
- piano triennale delle azioni positive
- piano triennale per la trasparenza e la prevenzione della corruzione
- piano strategico dell'attività scientifica
- documentazione programmatica inerente il Sistema Gestione Rischio e Qualità
- gender equality plan – piano per l'uguaglianza di genere
- linee di indirizzo del consiglio di indirizzo e verifica

Gli obiettivi formativi di natura trasversale che hanno ispirato il PFA 2022 sono di seguito elencati:

1. Implementazione di modelli organizzativi e assistenziali che tengano conto della complessità assistenziale: verso il nuovo ospedale
2. Sviluppo permanente del sistema di gestione del rischio a partire dalla mappatura dei rischi dell'Istituto
3. Promuovere il benessere degli operatori sanitari
4. Sviluppo delle competenze professionali nella gestione di processi e percorsi
5. Orientamento costante alla ricerca traslazionale, integrata con la clinica e multidimensionale
6. Sviluppo delle conoscenze e competenze necessarie per la gestione dell'emergenza -pandemia

-
7. Sviluppo delle competenze di management sia per le professioni sanitarie che per il supporto amministrativo
 8. Sicurezza sul lavoro (D.lgs. 81/08)

Risorse interne ed esterne disponibili e/o 'attivabili' ai fini delle strategie formative

Per la realizzazione delle attività formative di Istituto è previsto un fondo per la formazione, calcolato tenendo conto dell'applicazione dei CCNLL e dei vincoli di spesa posti dalla normativa nazionale e regionale in vigore.

Il fondo calcolato è destinato alla copertura dei costi per la realizzazione dei progetti formativi interni (per esempio le spese di docenza e di materiale didattico), per la formazione individuale esterna e per il pagamento di quote associative convenzionali. Il fondo per la formazione in-house ed esterna per il 2022 è pari a € 278.684.

Per l'attuazione del PFA 2022 si prevede l'utilizzo dei docenti interni, iscritti all'Albo dei formatori interni, con il fine di assicurare una migliore contestualizzazione dell'intervento attraverso il trasferimento efficace dei contenuti del corso alle diverse realtà operative dell'Istituto e una razionalizzazione dei costi.

La scelta di utilizzo di docenti esterni avviene in via prioritaria per quelle attività che richiedono l'attuazione di capacità professionali che non sono presenti internamente all'INRCA o per affrontare tematiche che richiedono approfondimento e confronto con altre realtà.

L'offerta formativa rivolta al personale dell'Istituto vede, oltre ai corsi inseriti nel PFA 2022, la possibilità di accedere ai corsi promossi da Enti e Istituzioni quali:

- Scuola Umbra di Amministrazione Pubblica
- Dipartimento della Funzione Pubblica (Syllabus – “Competenze digitali per la PA”)
- INPS per i dipendenti pubblici (VALORE PA)

e ai corsi in modalità e-learning che sono realizzati dal gruppo di lavoro Academy regionale e compresi nella piattaforma regionale Marche.

Misure volte ad incentivare l'accesso a percorsi di istruzione e qualificazione

La formazione dell'IRCCS INRCA è orientata ad una sempre maggior diffusione dell'offerta di corsi attraverso le seguenti attività:

1. Formazione sempre più accessibile

Nel corso del 2020 l'ufficio formazione dell'INRCA ha partecipato al percorso avviato dalla Regione Marche per l'acquisizione delle competenze di progettazione e-learning, partecipando inoltre al gruppo Academy regionale quale luogo privilegiato di progettazione e studio dei corsi FAD/e-learning/blended.

E' inoltre operativa la piattaforma informatica unica regionale che supporta i contenuti dei corsi FAd a cui possono accedere i dipendenti dell'IRCCS INRCA.

2. Permessi di diritto allo studio

Il vigente “Regolamento per l'applicazione delle norme concernenti il diritto allo studio del personale appartenente al comparto sanità”, adottato con Determina della Direzione Generale n. 293 del 10.11.2016, prevede la possibilità per i tutti i dipendenti del comparto Sanità di usufruire di permessi retribuiti individuali pari a 150 ore per anno. Tali permessi sono finalizzati alla frequenza di corsi volti al conseguimento di titoli di studio e di qualificazione professionale.

Le domande accoglibili, pari al limite massimo del 3% del personale a tempo indeterminato, ammontano a:

- per i Presidi marchigiani: n. 22 unità,
- per il Presidio di Casatenovo: n. 2 unità
- per il Presidio di Cosenza: n. 2 unità.

Per i dipendenti pubblici è possibile, inoltre, aderire all'iniziativa “PA 110 e lode”, che consente di usufruire di un incentivo per l'accesso all'istruzione terziaria: corsi di laurea, corsi di specializzazione e master.

Gli obiettivi e i risultati attesi

Innovazione e aggiornamento

Obiettivo della formazione è mantenere elevate le competenze tecnico-scientifiche del personale, in modo che questo sia in grado di confrontarsi efficacemente con la complessità del sistema sanitario, di innovare, di adeguarsi al continuo mutamento delle condizioni esterne e di agire con appropriatezza e correttezza tecnica ed amministrativa.

Indicatori dell'efficacia formativa sono:

- numero di progetti formativi realizzati nell'anno rispetto al numero previsto a piano
- valutazione ex-post della qualità percepita del corso e della docenza
- numero di crediti ECM erogati nell'anno, con riferimento ai professionisti sanitari, e media pro-capite.

PIANO FORMATIVO 2022

La costruzione del Piano 2022 è volta a:

- *privilegiare e sostenere la formazione FAD/e-learning* sincrona, e dare la possibilità di frequentare a distanza tramite piattaforme per la partecipazione online, al fine di dare continuità all'apprendimento e non spezzarne il circolo virtuoso anche in presenza di situazioni avverse;
- *sviluppare* laddove possibile i percorsi *e-learning-blended*;
- *incentivare la formazione sul campo*, per la sua particolare efficacia, non solo ai fini dell'apprendimento, ma anche come strumento di sviluppo e integrazione organizzativa anche ai fini della riconversione nelle funzioni di assistenza;
- *rafforzare il livello di efficacia dei progetti*, attraverso una verifica della rispondenza degli stessi a determinati requisiti di qualità: chiara descrizione dell'analisi di contesto e del fabbisogno che ha generato il progetto, chiara individuazione delle competenze da ottenere per ciascun profilo professionale, chiara definizione degli obiettivi formativi, coerenza intrinseca del progetto;
- *promuovere la formazione intra e interdipartimentale*, anche coinvolgendo operatori appartenenti a presidi diversi.
- *promuovere percorsi formativi volti a sviluppare le conoscenze e competenze necessarie per la gestione dell'emergenza -pandemia*.

Di seguito si riporta il Piano formativo aziendale 2022, con evidenza di:

- Dipartimento e Unità Operativa (UO) proponente
- Titolo del progetto formativo
- Tipologia di docenza: personale interno o docenti esterni
- Tipologia formativa: Residenziale, Formazione sul campo (Gruppo di Miglioramento o Training Individualizzato), FAD o Blended
- Tipo di competenze:
 - *tecnico professionali* finalizzate allo sviluppo di competenze e delle conoscenze tecnico professionali individuate nel settore specifico di attività e rivolti alla professione di appartenenza
 - *di processo* finalizzate allo sviluppo di competenze e delle conoscenze nelle attività e nelle procedure idonea promuovere il miglioramento della qualità, efficacia ed efficienza degli specifici processi di

-
- produzione attività sanitaria e rivolti ad operatori ed équipe che lavorano in un determinato segmento di produzione
- *di sistema* finalizzate allo sviluppo di competenze e delle conoscenze nelle attività e nelle procedure idonea promuovere il miglioramento della qualità, efficacia ed efficienza dei sistemi sanitari e rivolto a tutti gli operatori con caratteristiche interprofessionali

n.	DIPARTIMENTI	UO proponente	Titolo corso	Docenza/tutoraggio	Tipologia formativa	Tipo di Competenze
1	Direzione Scientifica	Direzione Scientifica	Bibliosan: sistemi di valutazione degli indicatori bibliometrici e gestione dei profili citazionali	Esterna	FAD	Tecnico-professionali
2	Direzione Scientifica	Direzione Scientifica	BioGer e la rete BBMRI: il biobanking per la Ricerca Scientifica sull'Invecchiamento in Europa	Interna ed Esterna	FAD	Di sistema
3	Direzione Scientifica	Direzione Scientifica	Blueprint Program sulla metodologia della ricerca sanitaria – Seconda parte	Interna	FAD	Di processo
4	Direzione Scientifica	Direzione Scientifica	Scuola di Progettazione Europea APRE	Esterna	FAD	Tecnico-professionali
5	Dipartimento ATL	Acquisizione Beni e Servizi/Logistica	Fase 4 - Il nuovo codice degli appalti e delle concessioni e successive modifiche - formazione continua 2022	Esterna	Residenziale	Tecnico-professionali
6	Dipartimento ATL	Direzione Amministrativa di Presidio	Il Sistema SICOGE e il NSO - applicazione ai servizi	Interna	Residenziale	Tecnico-professionali
7	Dipartimento Staff	Controllo di Gestione	Dal dato all'informazione. Differenze culturali e come passare dal primo al secondo	Esterna	Residenziale	Di sistema
8	Dipartimento Staff	Modelli assistenziali	School on Active and Healthy Ageing, Well Being and Smart Living: challenges and enabling technology	Esterna	FAD	Tecnico-professionali
9	Dipartimento Staff	Ricerca, innovazione e trasferimento tecnologico	UpToDate® Advanced e Lexicomp	Esterna	FAD	Di sistema
10	Direzione Medica di Presidio	Direzione Medica di Presidio	Raccomandazioni ministeriali	Tutoraggio interno	Gruppo di Miglioramento	Di sistema
11	Direzione Medica di Presidio	Direzione Medica di Presidio	Gestione delle Risorse Umane	Interna ed Esterna	Residenziale	Di processo
12	Direzione Medica di Presidio	Direzione Medica di Presidio	Il processo di assistenza infermieristica, accertamento infermieristico PAI INRCA	Tutoraggio interno ed esterno	Gruppo di Miglioramento	Di processo
13	Dipartimento Post-Acuzie e continuità dell'assistenza	Clinica di Medicina Interna e Geriatria	Approccio multidisciplinare al paziente geriatrico: inter-relazioni fra branche specialistiche	Interna ed Esterna	Residenziale	Di sistema
14	Dipartimento Post-Acuzie e continuità dell'assistenza	Clinica di Medicina Interna e Geriatria	ASSISTENZA INTEGRATA MEDICO INFERMIERISTICA AL PAZIENTE IN VENTILAZIONE NON INVASIVA E INVASIVA	Non prevista	Gruppo di Miglioramento	Tecnico-professionali
15	Dipartimento Post-Acuzie e continuità dell'assistenza	Clinica di Medicina Interna e Geriatria	GESTIRE UNA LESIONE DIFFICILE :ESSERE EFFICIENTI ED EFFICACI	Interna	Residenziale	Di processo
16	Dipartimento Post-Acuzie e continuità dell'assistenza	Medicina riabilitativa	Clinica delle gravi cerebrolesioni acquisite	Non prevista	Gruppo di Miglioramento	Tecnico-professionali
17	Dipartimento Post-Acuzie e continuità dell'assistenza	Medicina riabilitativa	Percorso della riabilitazione ambulatoriale del paziente con lombalgia, aggiornamento sulle ultime linee guida	Non prevista	Gruppo di Miglioramento	Tecnico-professionali
18	Dipartimento Post-Acuzie e continuità dell'assistenza	Medicina riabilitativa	Presa in carico riabilitativa del paziente ortopedico, aggiornamento sulle nuove modalità valutative e di trattamento tramite robotica	Non prevista	Gruppo di Miglioramento	Di processo
19	Dipartimento Post-Acuzie e continuità dell'assistenza	Medicina riabilitativa	Utilizzo di strumenti di valutazione clinico funzionale nella gestione fisioterapica dei disturbi muscolo-scheletrici	Esterna	Residenziale	Tecnico-professionali
20	Dipartimento Post-Acuzie e continuità dell'assistenza	Medicina riabilitativa	Razionale della riabilitazione robotica nel paziente anziano con patologia neurologica degenerativa o acquisita	Non prevista	Gruppo di Miglioramento	Di processo
21	Dipartimento Post-Acuzie e continuità dell'assistenza	Medicina riabilitativa	Movimentazione manuale dei carichi	Interna	Training individualizzato	Di sistema

n.	DIPARTIMENTI	UO proponente	Titolo corso	Docenza/tutoraggio	Tipologia formativa	Tipo di Competenze
22	Dipartimento Geriatrico ad indirizzo medico	Geriatria	Update in geriatria 2022	Interna ed Esterna	Residenziale	Di sistema
23	Dipartimento Geriatrico ad indirizzo medico	Geriatria	Corso di ecografia clinica al point of care nel paziente geriatrico critico	Interna	Residenziale	Tecnico-professionali
24	Dipartimento Geriatrico ad indirizzo medico	Neurologia/Centro Alzheimer/Stroke Unit	Disfunzioni piano perineale e disturbi della continenza neurogena: dalla diagnosi alla terapia, la neurostimolazione sacrale	Esterna	Residenziale	Tecnico-professionali
25	Dipartimento Geriatrico ad indirizzo medico	Neurologia/Centro Alzheimer/Stroke Unit	Problematiche delle persone con demenza durante la pandemia di COVID-19		Gruppo di Miglioramento	Di processo
26	Dipartimento Geriatrico ad indirizzo medico	Neurologia/Centro Alzheimer/Stroke Unit	Sistema SPARK BIO	Esterna	Residenziale	Tecnico-professionali
27	Dipartimento Geriatrico ad indirizzo medico	Neurologia/Centro Alzheimer/Stroke Unit	Eco nervo ed ecotcd	Esterna	Residenziale	Di sistema
28	Dipartimento Geriatrico ad indirizzo medico	Neurologia/Centro Alzheimer/Stroke Unit	Discussione casi clinici complessi: revisione della letteratura scientifica sulla clinica, diagnosi e terapia farmacologica dei pazienti con demenza	Interna	Gruppo di Miglioramento	Di processo
29	Dipartimento Geriatrico ad indirizzo medico	Neurologia/Centro Alzheimer/Stroke Unit	Aggiornamento sulle più recenti evidenze scientifiche nell'ambito delle demenze	Interna ed Esterna	Residenziale	Tecnico-professionali
30	Dipartimento Geriatrico ad indirizzo medico	Malattie Metaboliche e Diabetologia	Il trattamento farmacologico del diabete mellito: un update	Interna	Gruppo di Miglioramento	Tecnico-professionali
31	Dipartimento Geriatrico ad indirizzo medico	Malattie Metaboliche e Diabetologia	Le tecnologie per la cura del diabete mellito e le piattaforme online di condivisione dei dati	Interna	Gruppo di Miglioramento	Tecnico-professionali
32	Dipartimento Geriatrico ad indirizzo medico	Cardiologia	Corso di elettrocardiografia ed elettrostimolazione	Interna	Residenziale	Tecnico-professionali
33	Dipartimento Geriatrico ad indirizzo medico	Cardiologia	Assistenza tele-remota di pazienti anziani affetti da Scopenso Cardiaco Cronico: il ruolo centrale del Tele-Infermiere	Interna ed Esterna	Residenziale	Di processo
34	Dipartimento Geriatrico ad indirizzo medico	Pronto Soccorso	Interpretazione dell'ECG ed Emogas. Analisi nel Paz con patologia cardiorespiratoria	Interna	Gruppo di Miglioramento	Tecnico-professionali
35	Dipartimento Geriatrico ad indirizzo medico	Nefrologia	Gestione del trattamento c.r.r.t. (continuous renal replacement therapy) nel paziente critico	Interna ed Esterna	Residenziale	Tecnico-professionali
36	Dipartimento Geriatrico ad indirizzo medico	Nefrologia	Approccio multidisciplinare e presa in carico del paziente con malattia renale cronica	Interna ed Esterna	Residenziale	Tecnico-professionali
37	Dipartimento Geriatrico ad indirizzo medico	Nefrologia	Gruppo di miglioramento in nefrologia e dialisi rivolto all'anziano	Tutoraggio esterno	Gruppo di Miglioramento	Tecnico-professionali
38	Dipartimento Geriatrico ad indirizzo chirurgico	Chirurgia Generale e Patologia Chirurgica	Chirurgia minivasiva: laparoscopia e robotica prospettive future	Interna ed Esterna	Residenziale	Tecnico-professionali
39	Dipartimento Geriatrico ad indirizzo chirurgico	Chirurgia Generale e Patologia Chirurgica	Stenosi carotidea nel paziente anziano: realtà e stato dell'arte all'INRCA	Interna ed Esterna	Residenziale	Tecnico-professionali
40	Dipartimento Geriatrico ad indirizzo chirurgico	Dermatologia	Il Medico di Medicina Generale e le Neoplasie Cutanee	Interna	Residenziale	Di processo
41	Dipartimento Geriatrico ad indirizzo chirurgico	Anestesia e Rianimazione	Emergenze intraospedaliere	Interna	Residenziale	Tecnico-professionali
42	Dipartimento Geriatrico ad indirizzo chirurgico	Anestesia e Rianimazione	Valutazione dati di attività, implementazione nuove procedure, sicurezza operatori	Interna	Residenziale	Di processo
43	Dipartimento Geriatrico ad indirizzo chirurgico	Anestesia e Rianimazione	MODELLI 3D APPLICATI ALLA MEDICINA: APPROCCIO E INTRODUZIONE AD UN PROSSIMO FUTURO	Esterna	Residenziale	Di processo
44	Dipartimento Geriatrico ad indirizzo chirurgico	Anestesia e Rianimazione	Venipuntura ecoguidata di minimidline, midline e picc	Interna	Residenziale	Tecnico-professionali
45	Dipartimento Geriatrico ad indirizzo chirurgico	Anestesia e Rianimazione	Retraining procedure infermieristiche nell'ambito dell'anestesia	Interna	Residenziale	Tecnico-professionali
46	Dipartimento Geriatrico ad indirizzo chirurgico	Anestesia e Rianimazione	BLS Training	Interna	Residenziale	Di sistema
47	Dipartimento Geriatrico ad indirizzo chirurgico	Anestesia e Rianimazione	BLS Re-Training	Interna	Residenziale	Di sistema

n.	DIPARTIMENTI	UO proponente	Titolo corso	Docenza/tutoraggio	Tipologia formativa	Tipo di Competenze
66	Dipartim. Geriatri. Riabil. ind. pneumologico	Pneumologia	BLS-D CORSO TEORICO-PRATICO	Interna	Residenziale	Di sistema
67	Dipartim. Geriatri. Riabil. ind. pneumologico	Pneumologia	Esecuzione ed interpretazione degli esami di fisiopatologia respiratoria	Interna	Residenziale	Di sistema
68	Dipartim. Geriatri. Riabil. ind. pneumologico	Cardiologia Riabilitativa	GESTIONE DELLE PRINCIPALI EMERGENZE- URGENZE CARDIOVASCOLARI	Interna	Residenziale	Di sistema
69	Dipartim. Geriatri. Riabil. ind. pneumologico	Pneumologia Riabilitativa	LA CARTELLA CLINICA FISIOTERAPICA IN RIABILITAZIONE RESPIRATORIA	Interna	Gruppo di Miglioramento	Di sistema
70	Dipartim. Geriatri. Riabil. ind. cardiovascolare	Riabilitazione intensiva	La prevenzione ed il trattamento delle lesioni da pressione.	Interna	Residenziale	Tecnico-professionali
71	Direzione strategica	Direzione strategica	Team building In & Outdoor	Esterna	Residenziale	Di processo
72	Direzione strategica	Direzione strategica	Verso il Nuovo Ospedale IRCCS INRCA: modelli e strumenti per il cambiamento culturale e organizzativo	Esterna	Blended	Di processo
73	Direzione strategica	Direzione strategica	Il Nuovo Ospedale IRCCS INRCA	Interna ed Esterna	Blended	Di processo
74	Direzione strategica	Direzione strategica	Corso per i referenti della formazione : analisi del fabbisogno formativo	Interna (piattaforma regione ma	Gruppo di Miglioramento	Tecnico-professionali
75	Direzione strategica	Direzione sanitaria	Sicurezza delle cure e rischio clinico: documentazione sanitaria	Esterna	Residenziale	Di sistema
76	Direzione strategica	Direzione sanitaria	Sicurezza delle cure e rischio clinico: Consenso informato	Non prevista	Gruppo di Miglioramento	Di sistema
77	Direzione strategica	Direzione sanitaria	Sicurezza delle cure e rischio clinico: Regolamento di Polizia Mortuaria, Scheda ISTAT, Cremazione e Denuncia-Referto, Consenso Informato	Interna	Residenziale	Di sistema
78	Direzione strategica	Direzione sanitaria	Corso avanzato sulla sicurezza delle cure e la gestione del rischio clinico: FMEA-FMECA	Esterna	Residenziale	Di sistema
79	Direzione strategica	Direzione sanitaria	Corretto utilizzo della cartella clinica informatizzata	Esterna	Gruppo di Miglioramento	Di sistema
80	Direzione strategica	Direzione sanitaria	Implementazione delle procedure relative alle Raccomandazioni Ministeriali:	Interna ed Esterna	Residenziale	Di sistema
81	Direzione strategica	Direzione sanitaria	Aggiornamento del Manuale sulla sicurezza della sala operatoria	Non prevista	Gruppo di Miglioramento	Di sistema
82	Direzione strategica	Direzione sanitaria	Miglioramento della qualità dell'assistenza geriatrica: analisi degli Indicatori	Interna	Residenziale	Di sistema
83	Direzione strategica	Direzione sanitaria	Aggiornamento sul Sistema Gestione Rischio e Qualità e attività di Audit	Interna ed Esterna	Gruppo di Miglioramento	Di sistema
84	Direzione strategica	Direzione sanitaria	Corso di addestramento del personale sanitario in merito al rischio aggressione in ambiente ospedaliero ed extraospedaliero	Esterna	Residenziale	Di sistema

n.	DIPARTIMENTI	UO proponente	Titolo corso	Docenza/tutoraggio	Tipologia formativa	Tipo di Competenze
48	Dipartimento dei servizi, laboratori clinici e di ricerca	Diagnostica per Immagini, Radiologia Clinica e Interventistica	Gruppo di studio in Diagnostica per Immagini, Radiologia Clinica e Interventistica	Interna	Gruppo di Miglioramento	Tecnico-professionali
49	Dipartimento dei servizi, laboratori clinici e di ricerca	Diagnostica per Immagini, Radiologia Clinica e Interventistica	Management del paziente che accede alla Radiologia Interventistica	Interna	Gruppo di Miglioramento	Tecnico-professionali
50	Dipartimento dei servizi, laboratori clinici e di ricerca	Diagnostica per Immagini, Radiologia Clinica e Interventistica	Revisione ed aggiornamento delle Procedure e dei Protocolli operativi della Diagnostica per Immagini, Radiologia Clinica ed Interventistica, Neuroradiologia e Medicina Nucleare dei PO Marche	Interna	Gruppo di Miglioramento	Di sistema
51	Dipartimento dei servizi, laboratori clinici e di ricerca	Diagnostica per Immagini, Radiologia Clinica e Interventistica	RADIOPROTEZIONE: DECRETO LEGISLATIVO 101/2020	Interna ed Esterna	FAD	Tecnico-professionali
52	Dipartimento dei servizi, laboratori clinici e di ricerca	Diagnostica per Immagini, Radiologia Clinica e Interventistica	La Sicurezza in Risonanza Magnetica	Esterna	FAD	Tecnico-professionali
53	Dipartimento dei servizi, laboratori clinici e di ricerca	Laboratorio di Patologia Clinica e Biologia Molecolare	Uso appropriato delle nuove apparecchiature diagnostiche: ematologia, coagulazione, fluidi biologici, emoglobina glicata	Esterna	Gruppo di Miglioramento	Di processo
54	Dipartimento dei servizi, laboratori clinici e di ricerca	Laboratorio di Patologia Clinica e Biologia Molecolare	Uso appropriato delle nuove apparecchiature diagnostiche: strumento di chimica clinica	Esterna	Gruppo di Miglioramento	Di processo
55	Dipartimento dei servizi, laboratori clinici e di ricerca	Laboratorio di Patologia Clinica e Biologia Molecolare	Corso I livello. Uso appropriato del programma UNITY per la gestione del controllo di qualità interno al laboratorio analisi.	Esterna	Residenziale	Di processo
56	Dipartimento dei servizi, laboratori clinici e di ricerca	Laboratorio di Patologia Clinica e Biologia Molecolare	Aggiornamento in medicina di laboratorio INRCA	Interna	FAD	Di processo
57	Dipartimento dei servizi, laboratori clinici e di ricerca	Laboratorio di Patologia Clinica e Biologia Molecolare	I professionisti sanitari del laboratorio analisi INRCA a confronto	Interna	Gruppo di Miglioramento	Di processo
58	Dipartimento dei servizi, laboratori clinici e di ricerca	Laboratorio di Patologia Clinica e Biologia Molecolare	Accoglienza inserimento/aggiornamento e valutazione finale del tecnico nel laboratorio analisi integrato INRCA (Ancona-Osimo)	Interna	Training individualizzato	Tecnico-professionali
59	Dipartimento dei servizi, laboratori clinici e di ricerca	Laboratorio di Patologia Clinica e Biologia Molecolare	Laboratorio analisi: aggiornamenti tecnico-professionali e gestionali con gli specialist.	Esterna	Gruppo di Miglioramento	Tecnico-professionali
60	Dipartimento dei servizi, laboratori clinici e di ricerca	Laboratorio di Patologia Clinica e Biologia Molecolare	Il controllo di qualità interno: aggiornamento e tecniche avanzate (BIO-RAD)	Esterna	Gruppo di Miglioramento	Tecnico-professionali
61	Dipartimento dei servizi, laboratori clinici e di ricerca	Laboratorio di Patologia Clinica e Biologia Molecolare	Ruoli e responsabilità degli operatori nel laboratorio analisi integrato INRCA (Ancona-Osimo): aspetti tecnici, legislativi e relazionali	Interna	Residenziale	Tecnico-professionali
62	Dipartimento dei servizi, laboratori clinici e di ricerca	Laboratorio di Patologia Clinica e Biologia Molecolare	Corso Unimax	Esterna	Residenziale	Tecnico-professionali
63	Dipartim. Geriatri. Riabil. ind. cerebrovascolare	Recupero e Riabilitazione funzionale	Prevenzione delle cadute e sarcopenia nell'anziano	Interna	Residenziale	Tecnico-professionali
64	Dipartim. Geriatri. Riabil. ind. cerebrovascolare	Geriatria	Linee guida ed approccio metodologico al paziente critico in emergenza-urgenza	Interna	Residenziale	Di sistema
65	Dipartim. Geriatri. Riabil. ind. cerebrovascolare	Cardiologia Riabilitativa	La diagnosi elettrocardiografica delle aritmie	Interna	Residenziale	Tecnico-professionali

n.	DIPARTIMENTI	UO proponente	Titolo corso	Docenza/tutoraggio	Tipologia formativa	Tipo di Competenze
85	Direzione strategica	Sppa	Formazione dei lavoratori ai sensi dell'art.15 del d.lgs 81/2008 e s.m.i.. – Formazione Specifica Rischio Basso	Esterna	FAD	Di sistema
86	Direzione strategica	Sppa	formazione dei lavoratori ai sensi dell'art.15 del d.lgs 81/2008 e s.m.i. – formazione specifica rischio alto	Esterna	FAD	Di sistema
87	Direzione strategica	Sppa	Aggiornamento dei lavoratori ai sensi dell'art.15 del D.Lgs 81/2008 e s.m.i.	Esterna	FAD	Di sistema
88	Direzione strategica	Sppa	Formazione dei dirigenti ai fini prevenzionali ai sensi dell'art.15 del D.Lgs 81/2008 e s.m.i.	Esterna	FAD	Di sistema
89	Direzione strategica	Sppa	Aggiornamento dei dirigenti ai fini prevenzionali ai sensi dell'art.15 del D.Lgs 81/2008 e s.m.i.	Esterna	FAD	Di sistema
90	Direzione strategica	Sppa	Formazione dei preposti ai sensi dell'art.15 del D.Lgs 81/2008 e s.m.i.	Esterna	FAD	Di sistema
91	Direzione strategica	Sppa	Aggiornamento dei preposti ai sensi dell'art.15 del D.Lgs 81/2008 e s.m.i.	Esterna	FAD	Di sistema
92	Direzione strategica	Sppa	Formazione/addestramento/aggiornamento addetti al primo soccorso	Interna o esterna	Residenziale	Di sistema
93	Direzione strategica	Sppa	FORMAZIONE/ADDESTRAMENTO ADDETTI ANTINCENDIO	Esterna	FAD	Di sistema
94	Direzione strategica	Sppa	AGGIORNAMENTO ADDETTI ANTINCENDIO	Interna o esterna	Residenziale	Di sistema
95	Direzione strategica	Sppa	Formazione per i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza (8h) ai sensi dell'art.37 del D.Lgs 81/2008 e s.m.i.	Esterna	FAD	Di sistema
96	Direzione strategica	Sppa	aggiornamento PER I RAPPRESENTANTI DEI LAVORATORI PER LA SICUREZZA (8H) ai sensi dell'art.37 del D.Lgs 81/2008 e s.m.i.	Esterna	FAD	Di sistema
97	Direzione strategica	Sppa	Aggiornamento per i rspp/aspp ai sensi dell'art.37 del d.lgs 81/2008 e s.m.i.	Interna o esterna	FAD	Di sistema
98	Area interdipartimentale	Dipartimento Post-Acuzie e continuità dell'assistenza Dipartim. Geriatri. Riabil. ind. Cerebrovascolare	L'integrità psico-fisica al tempo del Covid 19		Residenziale	Di processo
99	Area interdipartimentale	Dipartimento Geriatrico ad indirizzo medico Dipartim. Geriatri. Riabil. ind. Cerebrovascolare	L'operatore sanitario al centro: "benessere" e il "benfare"		Residenziale	Di processo
100	Area interdipartimentale	Dipartimento Geriatrico ad indirizzo medico Dipartim. Geriatri. Riabil. ind. Cerebrovascolare Dipartimento Post-Acuzie e continuità dell'assistenza Coordinamento Dignity Care	La palliazione geriatrica in ospedale		Residenziale	Di processo
101	Area interdipartimentale	Dipartimento Geriatrico ad indirizzo medico	Corso di SPSS		Residenziale	Di processo
102	Area interdipartimentale	Dipartimento Geriatrico ad indirizzo medico Dipartimento Geriatrico ad indirizzo chirurgico Dipartimento dei servizi, laboratori clinici e di ricerca	Corso accessi vascolari periferici ecoguidati		Residenziale	Tecnico-professionali
103	Area interdipartimentale	Dipartimento Geriatrico ad indirizzo medico Dipartimento Post-Acuzie e continuità dell'assistenza	La ventilazione meccanica non invasiva		Residenziale	Tecnico-professionali

FOCUS SPECIFICO SULLA FORMAZIONE DIGITALE

Alfabetizzazione digitale

L'Inrca ha previsto dal 2022 la partecipazione progressiva dei dipendenti a programmi di formazione "Syllabus".

Il Syllabus e la piattaforma per l'assessment e l'erogazione della formazione sono stati realizzati dal Dipartimento della funzione pubblica nell'ambito del progetto "Competenze digitali per la PA" finanziato a valere sul Programma Operativo Nazionale (PON) "Governance e capacità istituzionale" 2014-2020.

Il progetto persegue l'obiettivo di consolidare e promuovere la crescita delle competenze digitali dei dipendenti pubblici a supporto dei processi di innovazione della pubblica amministrazione e, più in generale, del miglioramento della qualità dei servizi erogati a cittadini e imprese.

Dopo una prima fase pilota - in cui è stato coinvolto un numero limitato di amministrazioni centrali, regionali e locali che hanno collaborato con il Dipartimento al perfezionamento degli strumenti di assessment - l'iniziativa è stata estesa alle amministrazioni interessate tra cui l'INRCA, con l'obiettivo di promuovere l'inserimento della metodologia di assessment delle competenze e della formazione sul tema del digitale nel più ampio sistema di interventi volti al rafforzamento della capacità amministrativa e organizzativa oltre che digitale degli enti pubblici.

Il Syllabus si basa su quattro dimensioni:

- *Area di competenza* che delimita ciascun ambito tematico che concorre alla definizione della competenza digitale nel suo complesso;
- *Descrittore delle competenze* presenti in ciascuna area;
- *Livello di padronanza* per ciascuna competenza (*Base, Intermedio, Avanzato*);
- *Descrittore delle conoscenze e/o delle abilità* che caratterizzano una competenza per ciascun livello di padronanza.

Le aree di competenza del Syllabus rappresentano le aree tematiche in cui sono raggruppate le competenze digitali considerate chiave per i dipendenti pubblici e si articolano in:

- Dati, informazioni e documenti informatici;
- Comunicazione e condivisione;
- Sicurezza;
- Servizi on line;
- Trasformazione digitale.

L'Istituto, aderendo al progetto, in data 15/02/2022 ha inviato la domanda di partecipazione per 400 dipendenti ed è dunque ad ora in attesa della comunicazione del Dipartimento della funzione pubblica della data di avvio delle attività

Cybersicurezza

Azioni volte ad una nuova consapevolezza di tutti gli operatori:

- I. e-learning, Learning object dedicati ad acquisire strumenti adeguati di riconoscimento del malware, già disponibile e attivo per tutto il personale neoassunto (progetto già iniziato);
- II. "Pillole IT", brevi video (5 minuti) con rotazione dei contenuti sulla intranet (progetto già iniziato)
- III. Webinar o workshop verticalizzati su specifici argomenti per i quali. Considerati i mutati scenari di rischio, sono organizzati dei percorsi brevi o di approfondimento (ad es. per il personale del SIA) sui temi della sicurezza informatica e sulle misure di prevenzione / attenuazione dei rischi.
E' iniziata la formazione per il personale tecnico SIA, da estendere al comparto per argomenti come

Utilizzo da parte dei dipendenti di processi digitalizzati

L'Inrca ha digitalizzato il processo clinico ospedaliero che comporta l'utilizzo del sistema informatico per le attività cliniche assistenziali. Per tale motivo è prevista un'attività formativa continua per il corretto uso della cartella clinica informatizzata avente quale periodo di riferimento le annualità 2022/2023.

Nel corso del 2022 L'Istituto ha previsto il percorso di reingegnerizzazione e nuova digitalizzazione dei processi amministrativi, contabili e di gestione del personale, per tale motivo è stata prevista una formazione per tutti i dipendenti che utilizzeranno tale nuova piattaforma.

SEZIONE 4: MONITORAGGI

Il monitoraggio delle azioni descritte nelle sezioni precedenti, ed in particolare di:

1. Valore Pubblico
2. Performance
3. Rischi corruttivi e trasparenza
4. Lavoro Agile
5. Piano Triennale dei Fabbisogni
6. Piano delle Azioni Positive

avverrà con gli strumenti e le modalità descritti in ciascuna sezione, cui si rinvia, e con apposito provvedimento da adottarsi in linea con le scadenze previste dal D.Lgs. 150/2009, al fine di intervenire con gli eventuali correttivi che si dovessero rendere necessari per ciascuno degli ambiti sopra riportati.

Per quanto concerne invece la formazione del personale le attività inerenti alla formazione vengono monitorate durante il corso dell'anno. Infatti, al fine di organizzare al meglio le iniziative formative, periodicamente si verifica quanti corsi sono già stati svolti e quanti sono in attesa di essere concretamente realizzati, confrontandosi con i responsabili scientifici in merito alla calendarizzazione e ad eventuali modifiche in termini di attuazione rispetto a quanto inizialmente progettato.

E' compito dell'UO Formazione tenere sotto controllo anche l'utilizzo dei fondi destinati alla formazione del personale. Infatti, l'UO Formazione predispone un prospetto contenente la ripartizione dei fondi sulle varie commesse individuate per dipartimento e per area contrattuale. Tale prospetto viene aggiornato ogni qual volta si registra un costo sostenuto per attività formative d'istituto o individuali, al fine di avere sempre immediata contezza dei fondi residui disponibili.

Queste informazioni permettono di effettuare correttamente la rendicontazione prevista a carico dei provider ai sensi della Delibera della Giunta della Regione Marche n.1501 del 2017.

La normativa, infatti, prevede la redazione di una relazione annuale sull'attività formativa svolta, con dichiarazione di adempimento degli obblighi nei confronti dell'utente, dell'Ente accreditante e del Consorzio Gestione Anagrafica Professioni Sanitarie (Co.Ge.A.P.S.), quest'ultimo da considerarsi con particolare riferimento ai crediti ECM accumulati dal personale sanitario.

Tale report sulla formazione erogata deve essere trasmesso al Servizio Sanità della Regione Marche entro il 31 Marzo di ogni anno.

Il report contiene le seguenti informazioni:

-
- n. di eventi realizzati rispetto a quelli programmati nel piano formativo aziendale
 - n. di eventi realizzati non previsti nel piano formativo aziendale
 - n. di partecipanti agli eventi formativi che hanno conseguito crediti ECM e n. di partecipanti che non ne hanno conseguiti
 - rilevazione della qualità percepita complessiva, nonché distinta per tipologia formativa
 - consuntivo economico della formazione
 - incidenza percentuale delle fonti di finanziamento esterne (quote di iscrizione, sponsorizzazioni, ...) rispetto alle entrate.

La relazione contiene inoltre un'analisi qualitativa dei dati sulla base di specifici indicatori (metodologie utilizzate, obiettivi, competenze, media dei crediti per professionista sanitario, media dei partecipanti per aula, strumenti di valutazione dell'apprendimento utilizzati). Infine, il report include riflessioni e commenti sull'esito delle attività svolte.