



IRCCS INRCA

**Piano integrato di
attività e organizzazione (PIAO)
2023-2025**

SOMMARIO

PRESENTAZIONE DEL PIANO - INTRODUZIONE.....	5
SEZIONE 1: INRCA- Scheda anagrafica dell'amministrazione.....	6
SEZIONE 2: VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE.....	7
VALORE PUBBLICO.....	7
Valore pubblico nella dimensione INRCA.....	8
Il contesto esterno di riferimento.....	10
Gli IRCCS nel nuovo scenario dettato dalla legge di riordino.....	11
Il contesto interno di riferimento.....	13
Dati di attività 2022.....	13
Assistenza ospedaliera.....	13
Assistenza nel territorio.....	16
L'attività di ricerca.....	17
La certificazione del Sistema di Gestione Qualità, Rischio e Sicurezza (SGQRS).....	20
PERFORMANCE.....	21
Il sistema di valutazione della performance.....	21
Il ciclo di valutazione della performance.....	22
Il sistema di valutazione della Performance di INRCA.....	22
Reporting e Analisi degli scostamenti.....	26
L'Istituto della revisione del Budget.....	26
Gli obiettivi di performance per l'anno 2023.....	27
L'albero della performance.....	27
Il Nuovo Ospedale dell'Aspio.....	29
Le progettualità di ricerca finalizzate per il 2023.....	30
Il Posizionamento dell'Istituto all'interno del PNRR.....	31
La dimensione della performance organizzativa.....	33
In ambito scientifico.....	34
In ambito Clinico Assistenziale.....	35
In ambito dei Processi Interni Di Supporto.....	37
La dimensione della Performance Individuale.....	38
IL SISTEMA DELLE COERENZE.....	38

La coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio	38
La coerenza con il Piano Triennale per la Trasparenza e la Prevenzione della Corruzione	39
La coerenza con i percorsi di semplificazione, digitalizzazione e piena accessibilità	40
La coerenza con il Piano Triennale per le azioni Positive e la valutazione Partecipativa	42
ANTICORRUZIONE – Rischi corruttivi e trasparenza	44
Sezione Anticorruzione - Piano Triennale per la Trasparenza e la Prevenzione della Corruzione (PTTPC) 2023-2025	44
IL SISTEMA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE DELL'ISTITUTO	44
Analisi del contesto esterno e del contesto interno con riferimento al rischio corruttivo	45
Valutazione del rischio e misure specifiche di prevenzione della corruzione	47
Le misure di carattere generale atte a prevenire il rischio di corruzione	48
Inconferibilità di incarichi e funzioni in presenza di condanne	48
Inconferibilità e incompatibilità di incarichi dirigenziali	48
Conflitto di interessi in attività e incarichi istituzionali	49
Rotazione del personale	50
Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro – il c.d. "pantouflage"	50
Segnalazione di illeciti – procedura e tutele	51
Formazione	51
Il Programma della Trasparenza	51
L'organizzazione dell'Istituto per la Trasparenza	52
La trasparenza in materia di contratti	52
La trasparenza degli interventi finanziati con i fondi del PNRR	53
L'Accesso civico	53
Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile	54
SEZIONE 3: ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	55
STRUTTURA ORGANIZZATIVA	55
ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE	55
Introduzione al lavoro agile	55

Condizionalità e fattori abilitanti	56
Gli indicatori	58
Condizioni abilitanti del lavoro agile.....	58
Implementazione lavoro agile.....	58
Contributi al miglioramento della performance in termini di efficienza e di efficacia.....	58
PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE	63
La consistenza di personale al 31 dicembre dell'anno precedente.....	63
Il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale	65
Programmazione strategica delle Risorse Umane.....	65
La strategia di copertura del fabbisogno	67
ASSUNZIONI OBBLIGATORIE	67
RAPPORTI DI LAVORO A TEMPO INDETERMINATO	68
RAPPORTI DI LAVORO A TEMPO DETERMINATO	68
STABILIZZAZIONI	68
PIANO TRIENNALE DEL FABBISOGNO DEL PERSONALE DELLA PIRAMIDE..	68
LA FORMAZIONE DEL PERSONALE.....	69
Piano Formativo 2023	72
MONITORAGGIO AREA FORMAZIONE.....	78
SEZIONE 4: MONITORAGGI.....	79
Obiettivi di Valore pubblico	79
Obiettivi di qualità	80
Obiettivi di Performance.....	81
Obiettivi del PTAT (Piano Triennale per le azioni Positive e la valutazione Partecipativa)	83
Obiettivi di anticorruzione e trasparenza	85
Obiettivi di lavoro agile.....	85
Obiettivi relative al Piano Triennale del Fabbisogno del Personale	86
Obiettivi di formazione.....	87
Allegati:	89

PRESENTAZIONE DEL PIANO - INTRODUZIONE

L'art. 6 del D.L. 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla L. 6 agosto 2021, n. 113, ha previsto che le pubbliche amministrazioni adottino, entro il 31 gennaio di ogni anno, il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO).

Per l'anno corrente la L. n.14/2022 di conversione, con modificazioni, del D.L. n.198/2022 (c.d. mille proroghe), all'art. 1 c. 11-bis ha prorogato al 31 marzo 2023 i termini previsti per l'adozione del PIAO (e del Piano triennale per la prevenzione della corruzione).

Il Piano, di durata triennale, viene aggiornato annualmente e definisce:

- a) gli obiettivi e gli indicatori di performance di efficienza e di efficacia anche in relazione alla tempistica delle procedure;
- b) 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;
- c) lo sviluppo di modelli innovativi di lavoro volti alla flessibilità logistica ed oraria tramite l'organizzazione delle attività attraverso obiettivi;
- d) gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni di personale;
- e) il potenziamento delle competenze tecniche e professionali tramite percorsi di istruzione e formazione.

Il PIAO ha, quindi, l'obiettivo di assorbire, razionalizzandone la disciplina in un'ottica di massima semplificazione, molti degli atti di pianificazione cui sono tenute le amministrazioni, in particolare:

- il Piano della Performance, poiché definisce gli obiettivi programmatici e strategici della performance, stabilendo il collegamento tra performance individuale e risultati della performance organizzativa
- il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) e il Piano della Formazione, nella misura in cui definiscono la strategia di gestione del capitale umano e dello sviluppo organizzativo
- il Piano Triennale del Fabbisogno del Personale, poiché definisce gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e la valorizzazione delle risorse interne
- il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT).

Il disposto normativo prevede, infatti, che le amministrazioni racchiudano, in un solo atto, tutta la programmazione relativa alla gestione delle risorse umane, all'organizzazione dei dipendenti nei vari uffici, alla loro formazione e alle modalità di prevenzione della corruzione, conseguendo la massima semplificazione attraverso la predisposizione di un unico Piano con sezioni specifiche, indicando la programmazione degli obiettivi, gli indicatori di performance, le attese da soddisfare.

Il PIAO INRCA 2022-2024 è stato adottato con determinazione n. 202/DGEN del 29/04/2022 e pubblicato nella sezione amministrazione trasparente del sito d'Istituto, nonché sul portale dedicato del Dipartimento della funzione pubblica (PORTALE PIAO).

Il percorso procedurale che ha portato all'elaborazione del presente documento è stato avviato su impulso della Direzione con il coinvolgimento degli uffici interessati resi prima edotti circa il contenuto del costituendo aggiornamento (nota Prot. INRCA n. 32471/2022).

A ciascun ufficio coinvolto è stato chiesto di indicare un referente per il PIAO, così come da determina INRCA n. 661/DGEN del 29/12/2022.

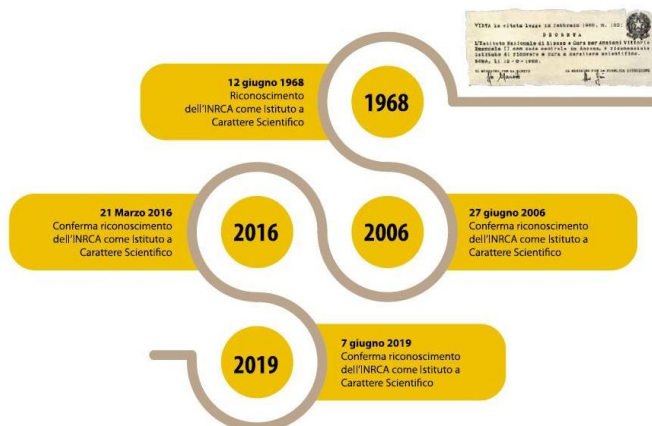
L'attività congiunta degli uffici coinvolti ha portato alla stesura del presente documento.

SEZIONE 1: INRCA- SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

L'IRCCS-INRCA è un IRCCS pubblico non trasformato in fondazione il cui carattere scientifico è stato riconfermato da ultimo con decreto del Ministero della Salute del 7 giugno 2019.

Tale riconoscimento sotto il profilo giuridico e scientifico è derivato dall'Impegno dimostrato dall'INRCA nelle sue attività assistenziali e di ricerca nel settore geriatrico e gerontologico.

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.

I dati identificativi dell'amministrazione sono i seguenti:

- Codice IPA: inrca_rm;
- Codice univoco AOO: A24CFAB;
- Domicilio digitale: **inrca.protocollo@actaliscertymail.it**;
- Sede legale: Via Santa Margherita n. 5, 60124 Ancona;
- Telefono: 0718001.
- Direttore Generale ai sensi della DGR Marche 55/2023 Dr.ssa Maria Capalbo.

SEZIONE 2: VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

VALORE PUBBLICO

La Funzione Pubblica definisce la creazione di Valore Pubblico come "il miglioramento del livello di benessere economico-sociale-ambientale dei destinatari delle politiche e dei servizi pubblici rispetto alle condizioni di partenza" e considerando lo stesso come scopo ultimo dell'attuazione delle politiche pubbliche. In questo senso questo concetto è stato introdotto grazie agli aggiornamenti normativi in materia di performance, superando il tradizionale approccio di mero adempimento e di autoreferenzialità che da sempre caratterizzano le politiche pubbliche nell'erogazione dei servizi.

Va subito considerato in questo senso che la stima degli effetti di una determinata politica pubblica è uno dei temi più dibattuti e controversi, vista l'estrema difficoltà di riuscire a definire un rapporto di dipendenza causale tra un qualcosa che è stato fatto e un qualcosa'altro che si osserva accadere.

A quanto appena detto, va aggiunto il fatto che 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) delle scelte che intende adottare.

La missione istituzionale di ogni Pubblica Amministrazione è la creazione di Valore Pubblico. Un Ente genera Valore Pubblico quando riesce a gestire in modo razionale le risorse economiche a disposizione ed a valorizzare il proprio patrimonio in modo funzionale al soddisfacimento delle esigenze degli utenti, degli stakeholders e dei cittadini in generale.

Una Pubblica Amministrazione è in grado di generare Valore Pubblico, quindi, nel momento in cui il livello di benessere dei suoi utenti e il livello di salute del proprio contesto, interno ed esterno, grazie al miglioramento delle performances dell'Ente, diventano superiori rispetto alle condizioni di partenza, delle politiche pubbliche e dei progetti di miglioramento dello stesso.

Il successo dell'azione pubblica dipende dalla capacità di un'organizzazione di coordinare e realizzare simultaneamente tre condizioni (Cfr. MOORE M.H. 1995):

- produrre risultati oggettivamente validi per i soggetti pubblici, per i cittadini e per gli stakeholder (occorre che l'azione pubblica sia giudicata desiderabile da parte di un gruppo di destinatari "clienti");
- intraprendere iniziative sostenibili dal punto di vista organizzativo (le risorse da destinare alle politiche pubbliche devono essere adeguate agli obiettivi istituzionali) - "macchina interna";
- essere legittimata a godere di sostegno esterno (deve saper attrarre il sostegno degli attori rilevanti).

La missione strategica dell'Azienda si esplica nel dare soddisfazione ai bisogni e alle aspettative di salute dei cittadini, assicurando livelli essenziali ed uniformi di assistenza, nel rispetto dei seguenti principi:

- dignità della persona - cittadino;
- tempestività e integrazione nella risposta ai bisogni della persona - cittadino;
- equità e libertà di scelta nell'accesso ai servizi;
- appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni di prevenzione e cura;
- economicità ed efficienza nella gestione delle risorse;
- trasparenza e semplificazione dell'azione amministrativa;
- formazione continua del personale;

e al fine di:

- indirizzare i programmi e le attività dell'Azienda a rispondere alla domanda di salute e a orientarla, garantendo prestazioni efficaci accessibili a tutti coloro che ne hanno bisogno nel momento in cui si rendono necessarie;
- porre il cittadino utente al centro dell'attività aziendale, orientando i Servizi e gli operatori al servizio all'utente a cui deve essere garantita continuità dei percorsi diagnostico assistenziali;

- raccordare le iniziative e le attività socio - sanitarie con le indicazioni regionali, in sintonia con gli Enti Locali e i loro organismi di rappresentanza.

Valore pubblico nella dimensione INRCA

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

1. la centralità della persona assistita: rispetto del diritto di salute quale diritto fondamentale di ogni individuo secondo i principi di seguito riportati
 - 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
2. riservatezza: garantire agli utenti la riservatezza nel trattamento delle informazioni nel rispetto della Privacy
3. 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
4. la trasparenza e la comunicazione: garantire la libera circolazione delle informazioni sulle prestazioni offerte, sulle procedure, sulle risorse e sui risultati
5. 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
6. la qualità: il miglioramento continuo della qualità dei servizi resi al cittadino
7. 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 italiana.

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.

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.

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.

Proseguendo in questa logica si osserva 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. 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.

L'Istituto 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 possibile accedere direttamente ai locali o viene generalmente consentita 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. In tale ambito, particolare menzione può essere riservata ai Piani di Eliminazione delle Barriere Architettoniche (P.E.B.A.), introdotti nel nostro ordinamento dalla L. n. 41/86, che rappresentano degli strumenti di pianificazione e coordinamento per monitorare e superare le barriere architettoniche negli edifici e negli spazi pubblici, fornendo una previsione del tipo di soluzione da apportare per ciascuna barriera architettonica rilevata, i relativi costi e le priorità di intervento. Essi possono quindi essere considerati una modalità di superamento delle barriere architettoniche, attraverso l'analisi della situazione attuale, secondo i criteri di accessibilità, visitabilità e adattabilità, sia per i destinatari diretti (disabili con disabilità motoria, sensoriale e cognitiva)

che per quelli indiretti (gli anziani, i bambini, donne in gravidanza, cardiopatici, ecc.). L'azione finalizzata al superamento delle barriere architettoniche consisterà quindi nella redazione di un quadro conoscitivo della situazione esistente, nella progettazione di interventi migliorativi ed infine nella loro realizzazione.

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.

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.

Nella logica della piena accessibilità e fruibilità digitale si segnala che il sito web applica il modello "responsive web design" (RWD), ovvero è in grado di adattarsi graficamente in modo automatico ed ottimale al dispositivo utilizzato (Computer, Tablet, Smartphone, ecc.).

È stata inoltre colta l'occasione di rinnovare non solo la veste grafica ma sono stati aggiunti dei meccanismi al fine di favorire la maggiore fruibilità per il paziente e caregiver al fine di raggiungere una più completa facilitazione digitale.

Sono stati creati dei percorsi di navigazione tematici dedicati che consentono agli utenti visitatori di trovare le informazioni di cui necessitano in modo semplice e rapido, avendo anche la possibilità di una completa indicizzazione da parte dei motori di ricerca, evitando una particolare intrusività da parte delle multinazionali d'oltreoceano rispetto alla navigazione e conseguente profilazione.

La semplificata reperibilità delle informazioni nel sito web istituzionale permette una più facile e consapevole fruizione dei servizi erogati; inoltre, la conoscenza delle procedure anche in ambito medico, la possibilità di comprendere persone, luoghi e modalità permette al paziente una fruizione informata delle strutture e dei servizi, senza la necessità di pesare, banalmente, sui front-office o sul personale.

L'altro aspetto da evidenziare riguarda la connotazione di INRCA come istituto di ricerca in ambito geriatrico, con un posizionamento sul web e quindi sull'opinione pubblica completamente differente rispetto alle tradizionali strutture sanitarie per vocazione e per tipologie di attività svolte.

In questo ambito la comunicazione effettuata via web o social ha impatti diretti sul proprio target e, più in generale, sull'opinione pubblica specie in ambito locale, con risvolti diretti in ambito sociale e assistenziale.

Il passo successivo sul sito web istituzionale riguarda le attività di analisi comportamentale degli utilizzatori volte a migliorare il processo evolutivo dei propri servizi online aderendo, in modo da ottenere ulteriori informazioni comportamentali. In questo modo sarà possibile valutare ex-post i percorsi dei singoli soggetti visitatore del sito web e il punto di arrivo finale in modo da conformare i contenuti ed eventuali meccanismi di facilitazione per evidenziare quanto cercato o cercato con maggiore frequenza, anche rispetto ad una ipotetica variabilità stagionale o rispetto a situazioni particolari (es. pandemia).

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).

Nella logica che Il Valore Pubblico va considerato come 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, va da sé che gli effetti che derivano dallo sviluppo delle attività sopra descritte rappresenterà la capacità dell'Istituto di co-creare Valore pubblico.

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.

Il dato epidemiologico emergente identifica nella multimorbilità - intesa come copresenza di due o più patologie attive con una prevalenza che nell'anziano rappresenta oltre il 60% - uno dei temi trainanti della ricerca, trasversalmente a tutte le aree legate all'invecchiamento. La gestione ed il trattamento degli anziani con multimorbilità rappresentano una rilevante criticità per gli operatori e per il sistema socio-sanitario nel suo complesso, spesso affrontata in modo frammentario e non coordinato. Le implicazioni della multimorbilità sull'organizzazione dell'assistenza sanitaria sono molto variabili a seconda delle condizioni di salute, delle patologie e del contesto sociale del paziente e diventano molto "complesse" nel soggetto anziano con declino cognitivo e funzionale.

Il progressivo invecchiamento della popolazione è un fenomeno noto: in Italia e nella maggior parte dei Paesi sviluppati, nei quali la durata media della vita all'inizio del Terzo Millennio ha raggiunto valori che fino ai primi anni del '900 erano inimmaginabili. Dati recenti evidenziano come gli ultrasessantacinquenni - in Italia - siano passati da 2,6 milioni nel 1981 a oltre 7 milioni nel 2019 (Istat 2020), costituendo l'11,7% del totale della popolazione; inoltre si stima che entro il 2050 la proporzione di anziani raddoppierà, passando dall'11% al 22% della popolazione totale e la quota di ultra 65enni ammonterà al 35,9% dell'intera popolazione, con un'attesa di vita media pari a 82,5 anni (79,5 per gli uomini e 85,6 per le donne).

Se da un lato l'aumento della longevità rappresenta indubbiamente una grande conquista, in quanto testimonia il crescente miglioramento delle condizioni di vita e i progressi della medicina, dall'altro potrebbe trasformarsi in una minaccia per l'immediato futuro, nel caso in cui non fosse controbilanciato da una rinnovata capacità di programmazione di opportuni, sistematici e urgenti interventi di politica sanitaria, che trasformino la ricerca e l'assistenza per promuovere il benessere degli anziani, tenendo in considerazione l'evoluzione del concetto stesso di invecchiamento. Inoltre, sia la multimorbilità che la conseguente politerapia si traducono in un aumento del rischio di ricovero ospedaliero, riduzione della qualità della vita, comparsa di disabilità, e, dunque, costi più elevati per il Sistema Sanitario.

Nel nostro paese, ad esempio, oggi vivono circa 23 milioni di persone affette da almeno una patologia cronica, di cui 12 milioni sono affette da almeno due condizioni simultaneamente. Da dati Istat riferiti al 2019 appare come circa il 42% delle persone di 75 anni e più soffra di tre o più patologie croniche. La quota di anziani che, a causa di problemi di salute, dichiarano di avere gravi limitazioni nelle attività che le persone generalmente svolgono è pari al 22%, per salire a quasi il 28% tra gli ultraottantenni. Ci si riferisce a questi soggetti con il termine di soggetti "fragili" e la letteratura affronta sempre più di frequente il tema della fragilità, analizzandone i modelli interpretativi, gli strumenti di misura, il ruolo della Valutazione Multidimensionale Geriatrica (VMD), gli interventi individualizzati globali. L'incremento del fabbisogno assistenziale per le persone anziane necessita di una serie di iniziative capaci di migliorare l'attuale efficienza dei servizi, in modo da favorire un'ottimizzazione delle risorse.

Gli IRCCS nel nuovo scenario dettato dalla legge di riordino

Sotto la spinta del Piano nazionale di ripresa e resilienza - Missione 6 Salute, Componente: M6C2 - Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale - il legislatore italiano ha disposto in esecuzione dei principi e dei criteri direttivi definiti nella Legge Delega n. 129 del 3 agosto 2022, con il d.lgs. 23 dicembre 2022, n. 200 "Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico", la riforma degli IRCCS.

L'obiettivo della riforma è quello di rafforzare il rapporto tra ricerca, innovazione e cure sanitarie, attraverso la revisione e l'aggiornamento dell'assetto regolamentare e del regime giuridico degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) e delle politiche di ricerca di competenza del Ministero della salute.

La riforma mira a rendere gli IRCCS sempre più in grado di portare l'innovazione terapeutica ai pazienti e al contempo a facilitare lo scambio di competenze specialistiche tra gli IRCCS stessi e con le altre strutture del SSN.

Gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) rivestono un ruolo determinante nella promozione e nel rafforzamento del settore della ricerca scientifica in campo sanitario, asset strategico del nostro Paese.

Ecco i principali punti chiave della riforma:

- potenziare il ruolo degli IRCCS quali "Istituti di ricerca e cura" di eccellenza, di rilevanza nazionale e internazionale;

- rafforzare il sistema di valutazione in un'ottica di trasparenza e di maggiore coerenza rispetto al quadro internazionale della ricerca biomedica, nonché procedere alla revisione dei criteri per la procedura di riconoscimento, di revoca o conferma del carattere scientifico degli istituti;
- rendere il riconoscimento di IRCCS più oggettivabile e che tenga conto delle necessità dei diversi territori, anche in riferimento al bacino minimo di riferimento per ciascuna area tematica di ricerca;
- garantire un equo accesso alle cure erogate dagli IRCCS a tutti i cittadini indipendentemente dal proprio luogo di residenza secondo principi di appropriatezza e ottimizzazione dell'offerta sanitaria;
- garantire che il finanziamento complessivo della ricerca sanitaria nell'ambito del Fondo sanitario nazionale (FSN) si mantenga adeguato ed effettivo, anche in caso di riconoscimento di nuovi IRCCS;
- disciplinare la collaborazione tra le Regioni attraverso forme di coordinamento interregionale della programmazione sanitaria per le sedi secondarie degli IRCCS;
- disciplinare le modalità di svolgimento delle attività di ricerca delle Reti e la loro partecipazione a progetti di ricerca internazionali;
- incrementare la qualità della ricerca sanitaria nazionale in un'ottica traslazionale rafforzando il raccordo tra direzione generale e direzione scientifica dell'IRCCS;
- revisionare l'attuale disciplina sul personale di ricerca del SSN per valorizzarne potenzialità e percorso professionale;
- facilitare l'attività di trasferimento tecnologico dall'idea progettuale all'eventuale brevetto e alla fase di produzione e commercializzazione.

In particolare è proprio con detta riforma che il legislatore ha manifestato la necessità del coordinamento tra le attività del direttore generale e quelle del direttore scientifico, al fine di assicurare l'integrazione dell'attività assistenziale e dell'attività di formazione con l'attività di ricerca per potenziarne l'efficacia nelle aree tematiche di afferenza, nonché di prevedere (all'interno dei costituenti atti aziendali) che il direttore scientifico sia supportato dalla struttura amministrativa dell'IRCCS, previsione che si affianca a quella secondo la quale le regioni attribuiscono al direttore generale dell'IRCCS, all'atto della nomina, ulteriori specifici obiettivi funzionali al raccordo tra l'attività di assistenza e quella di ricerca, nonché alla realizzazione del piano triennale delle linee di ricerca definito per l'Istituto e approvato dal Ministero della salute.

Allo scenario come sopra descritto si aggiunge, avendo l'INRCA la sede legale, nonché i principali presidi ospedalieri nel territorio della Regione Marche, la L.R.M. n. 19 del 8 agosto 2022 concernente "Organizzazione del servizio sanitario regionale" con la quale è stata disposta un'importante riorganizzazione del SSR marchigiano, la quale peraltro ha interessato l'Istituto in via secondaria.

Il contesto interno di riferimento

Dati di attività 2022

Considerata la multiregionalità dell'INRCA, l'Istituto è inserito nelle diverse programmazioni regionali di riferimento, pertanto, i dati di attività verranno presentati complessivamente. Si può anticipare che l'attività dell'Istituto, a regime, tenderà a concentrarsi sull'aumento della produzione ospedaliera per l'acuzie geriatrica, investendo su una solida rete per la cronicità, al fine di migliorare l'offerta di cure, attraverso la presa in carico globale del paziente e dell'intero percorso di diagnosi e cura, contenendo la spesa per le malattie croniche, in una logica di maggiore efficacia ed efficienza degli investimenti, fermo restando la dimensione della ricerca, che pervade l'intera attività clinico - assistenziale e che verrà descritta successivamente.

In generale si può confermare una situazione di profonda incertezza che ha caratterizzato il biennio 2020 - 2021 e che ha influenzato fortemente il 2022, seppur con un recupero dell'attività, in considerazione di un'auspicata stabilizzazione dell'emergenza pandemica e considerando invece il 2023 come l'esercizio in cui riprendere completamente le attività e le progettualità avviate o in corso di attivazione.

Assistenza ospedaliera

L'Azienda opera mediante tutti i 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 gli stessi volumi del 2021, visto l'andamento dell'emergenza pandemica, comportando una strutturazione dei posti letto 2022 per molti mesi, non diversa da quella del biennio precedente 2020-2021, molto differente rispetto a quella degli anni precedenti.

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.

L'Istituto eroga la propria attività attraverso:

- Il Presidio Ospedaliero di Ancona deputato all'assistenza geriatrica su scala regionale.
- Dal 2018 l'attività viene erogata anche presso il Presidio di Osimo, il quale in seguito LR 34/17 e alla DGRM 639/2018 fa parte dell'INRCA, attraverso un processo di fusione per incorporazione. Le attività che caratterizzano il Presidio di Osimo sono costituite in termini di degenza dalla:
 - Area di Chirurgia all'interno della quale operano diverse specialità come la chirurgia generale, l'ortopedia, l'oculistica, l'ORL
 - Urologia
 - Pneumologia
 - Medicina Interna
 - Servizio di Diagnostica per Immagini
 - Servizio di Laboratorio analisi
 - Servizio di endoscopia digestiva
 - Pronto Soccorso
- Il Presidio Ospedaliero di Fermo di dimensioni medio-piccole, è rivolto principalmente alla cura ed alla ricerca epidemiologica delle cardiovasculopatie e delle demenze (Alzheimer in particolare), nonché alla riabilitazione intensiva
- Il Presidio Ospedaliero di Ricerca di Casatenovo è dislocato nelle sedi di Merate (acuti) e di Casatenovo (riabilitazione intensiva)
- Il Presidio di Cosenza si pone nel quadro assistenziale dell'area cosentina come polo di riferimento per l'assistenza geriatrica e riabilitativa intensiva.

La descrizione dell'attività 2022 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 diversi Presidi, considerando i numeri macro in ambito di attività ospedaliera di ricovero.

	VALORE RICOVERI			
PRESIDI INRCA	2019	2020	2021	PRECONSUNTIVO 2022
PRESIDIO DI ANCONA	22.226.738	16.573.751	15.966.785	17.662.582
PRESIDIO DI FERMO	3.997.234	1.958.374	2.130.354	2.660.725
PRESIDIO DI OSIMO	7.326.887	6.041.635	6.094.239	5.785.026
PRESIDIO DI COSENZA	3.472.845	1.661.601	1.537.706	1.734.498
PRESIDIO DI CASATENOVO - MERATE	4.777.535	2.889.609	2.070.783	4.843.184
TOTALE	41.801.240	29.124.970	27.799.868	32.686.015

	NUMERO RICOVERI ORDINARI			
PRESIDI INRCA	2019	2020	2021	PRECONSUNTIVO 2022
PRESIDIO DI ANCONA	5.080	3.575	3.400	3.990
PRESIDIO DI FERMO	886	439	503	613
PRESIDIO DI OSIMO	1.770	1.502	1.592	1.387
PRESIDIO DI COSENZA	833	366	320	357
PRESIDIO DI CASATENOVO - MERATE	1.194	679	465	1.182
TOTALE	9.763	6.561	6.280	7.529

	NUMERO GIORNATE DEGENZA			
PRESIDI INRCA	2019	2020	2021	PRECONSUNTIVO 2022
PRESIDIO DI ANCONA	53.510	41.135	37.581	40.008
PRESIDIO DI FERMO	18.716	10.029	11.737	13.095
PRESIDIO DI OSIMO	16.824	12.217	13.212	14.178
PRESIDIO DI COSENZA	12.899	6.262	5.799	6.438
PRESIDIO DI CASATENOVO - MERATE	15.089	9.710	7.738	16.000
TOTALE	117.038	79.353	76.067	89.719

	NUMERO RICOVERI DIURNI			
PRESIDI INRCA	2019	2020	2021	PRECONSUNTIVO 2022
PRESIDIO DI ANCONA	460	362	315	446
PRESIDIO DI OSIMO	665	267	299	319
TOTALE	1.125	629	614	765

	NUMERO ACCESSI PS			
PRESIDI INRCA	2019	2020	2021	PRECONSUNTIVO 2022
PRESIDIO DI ANCONA	7.615	4.499	4.603	5.400
PRESIDIO DI OSIMO	15.979	11.537	15.017	16.800
TOTALE	23.594	16.036	19.620	22.200

Come sopra riportato, il 2022 evidenzia una leggera ripresa dell'attività, anche se le difficoltà in tal senso permangono considerando che la struttura dei presidi dell'Istituto non favorisce sicuramente un recupero pieno, considerando le norme sul distanziamento dei posti letto.

Questi numeri assoluti sono di per sé molto significativi sull'impatto che ha avuto l'emergenza pandemica sull'Istituto anche nel corso del 2022, che ha visto porre in essere una serie di azioni, al fine di dare adeguata risposta all'attività, come la ridefinizione dei percorsi di accesso esterni degli utenti, l'attivazione di una area completamente dedicata presso la ex palazzina "Persichetti", ecc.

Diversamente da quanto accaduto nei Presidi marchigiani nel 2022, le attività di pneumologia per acuti a Merate e di riabilitazione a Casatenovo hanno subito un impatto molto più contenuto della pandemia. E questo è avvenuto proprio nell'ambito dell'area che più di ogni altro nel corso del 2020 e 2021 aveva subito il travolgente impatto della pandemia. I dati di attività evidenziano in maniera chiara l'impatto a regime della riapertura dell'attività riabilitativa (avvenuta a settembre 2021) e anche il fatto che il reparto di Merate è stato sostanzialmente libero dall'emergenza pandemica del 2022. Pertanto, le attività tendono ad avvicinarsi ai dati storici anche se non è stato ancora raggiunto il tetto contrattato con l'AST di riferimento.

Infine, i dati evidenziano la difficoltà del Presidio di Cosenza di riprendere le attività secondo l'andamento storico, considerato che, anche nel corso del 2022 ci sono stati piccoli focolai all'interno della struttura, che hanno determinato una diminuzione consistente dell'attività. Solo verso la fine del 2022 si è evidenziata una leggera ripresa che dovrebbe trovare la sua continuità nel corso del 2023, fermo restando le problematiche già citate, e la necessità di accordo fra le Regioni, corredato del Piano di rilancio di rilancio e sviluppo.

Di seguito si dà poi rappresentazione dei primi 10 DRG erogati per acuti e poi per i codici disciplina 56 (Riabilitazione funzionale) e 60 (degenza Post acuzie) da tutti i presidi dell'Inrca in senso complessivo. Di particolare evidenza è l'età media dei ricoverati sicuramente più alta della media nazionale e conferma il connotato geriatrico dell'Istituto (con tutte le problematiche ad esso connesse ed evidenziate nel contesto esterno di riferimento).

	TOT - TOTALE INRCA SOLO DRG ACUTI				
	NUMDO	GGDO	degenza media	Indice di complessità	età media ricoverati
087 - Edema polmonare e insufficienza respiratoria - M - 04	719	8.940	12,43	1,43	80,26
127 - Insufficienza cardiaca e shock - M - 05	493	5.084	10,31	1,01	85,29
576 - Setticiemia senza ventilazione meccanica >= 96 ore, età' > 17 anni - M - 18	417	6.030	14,46	1,64	85,05
014 - Emorragia intracranica o infarto cerebrale - M - 01	172	2.480	14,42	1,17	83,98
125 - Malattie cardiovascolari eccetto IMA, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata - M - 05	145	555	3,83	1,04	71,63
089 - Polmonite semplice e pleurite, età' > 17 anni con CC - M - 04	138	1.772	12,84	1,06	82,31
012 - Malattie degenerative del sistema nervoso - M - 01	132	1.420	10,76	0,90	79,13
316 - Insufficienza renale - M - 11	132	1.435	10,87	1,37	84,77
337 - Prostatectomia transuretrale senza CC - C - 12	123	448	3,64	0,59	67,98
085 - Versamento pleurico con CC - M - 04	116	1.686	14,53	1,25	80,77
079 - Infezioni e infiammazioni respiratorie, età' > 17 anni con CC - M - 04	115	1.824	15,86	1,71	85,13

	TOT - TOTALE INRCA DRG CODICE 56 E 60				
	NUMDO	GGDO	degenza media	Indice di complessità	età media ricoverati
088 - Malattia polmonare cronica ostruttiva - M - 04	209	3738	17,89	0,91	71,25
087 - Edema polmonare e insufficienza respiratoria - M - 04	178	3645	20,48	1,43	80,26
249 - Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo - M - 04	123	4073	33,11	0,68	79,70
256 - Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo - M - 08	105	2093	19,93	0,82	72,09
012 - Malattie degenerative del sistema nervoso - M - 01	103	3445	33,45	0,9	79,13
100 - Segni e sintomi respiratori senza CC - M - 04	60	342	5,70	0,52	62,97
014 - Emorragia intracranica o infarto cerebrale - M - 01	50	1810	36,20	1,17	83,98
127 - Insufficienza cardiaca e shock - M - 05	36	856	23,78	1,01	85,29
462 - Riabilitazione - M - 23	26	586	22,54	1,21	81,23
099 - Segni e sintomi respiratori con CC - M - 04	24	237	9,88	0,7	74,00

Assistenza nel territorio

Quanto sopra descritto vale ovviamente anche per la parte territoriale dell'istituto che, si ricorda, fa riferimento alla Residenza Sanitaria Riabilitativa Medicalizzata oggi a Treia, alla RSA Residenza Dorica attualmente a regime con 30 posti letto, gestita da un punto di vista clinico dall'INRCA, con il supporto assistenziale e alberghiero dell'Istituto Santo Stefano, proprietario della struttura e al Centro Diurno Alzheimer, situato nella stessa struttura in cui ha sede la Direzione Generale, che svolge ormai da diversi anni attività diurne, rivolta a pazienti dell'area territoriale di riferimento, anche in questo caso in forte interrelazione con l'attività svolta nell'ambito del Por di Ancona, specificatamente nell'ambito dell'UO di Neurologia.

PRESIDI INRCA	2019	2020	2021	PRECONSUNTIVO 2022
VALORE ATTIVITA' RESIDENZIALE				
PRESIDIO DI APPIGNANO	1.078.482	634.564	613.112	626.779
RESIDENZA DORICA	1.042.335	990.840	1.185.600	1.023.240
NUMERO GIORNATE DEGENZA				
PRESIDIO DI APPIGNANO	6.234	3.668	3.544	3.623
RESIDENZA DORICA	9.927	8.257	9.880	9.000

Diverso è invece l'andamento relativo all'attività ambulatoriale, il cui recupero rispetto al 2021, testimonia l'intensa attività messa in campo per recuperare parte dell'attività drasticamente ridottasi nel periodo pandemico. Anche su questa linea di produzione si è in presenza di situazioni diversificate a seconda dei Presidi, sui quali incidono in maniera molto importante i vincoli di tipo strutturale e infrastrutturale.

VALORE ATTIVITA' AMBULATORIALE				
PRESIDI INRCA	2019	2020	2021	PRECONSUNTIVO 2022
PRESIDIO DI ANCONA	11.669.935	9.116.046	10.471.897	11.181.647
PRESIDIO DI FERMO	1.004.144	618.127	831.107	807.934
PRESIDIO DI OSIMO	3.431.223	2.796.234	3.849.258	3.781.644
PRESIDIO DI APPIGNANO	41.805	10.119	462	17.068
PRESIDIO DI COSENZA	855.781	719.934	519.255	663.315
PRESIDIO DI CASATENOVU - MERATE	1.829.490	1.254.960	1.631.036	1.655.458
TOTALE	18.832.378	14.515.420	17.303.015	18.107.066
NUMERO PRESTAZIONI AMBULATORIALI				
PRESIDI INRCA	2019	2020	2021	PRECONSUNTIVO 2022
PRESIDIO DI ANCONA	596.764	422.148	525.422	554.015
PRESIDIO DI FERMO	36.652	22.764	30.384	32.833
PRESIDIO DI OSIMO	271.233	252.101	336.126	343.482
PRESIDIO DI APPIGNANO	5.044	1.127	41	1.834
PRESIDIO DI COSENZA	180.658	165.373	102.517	159.116
PRESIDIO DI CASATENOVU - MERATE	233.001	188.490	230.848	218.345
TOTALE	1.323.352	1.052.003	1.225.338	1.309.625

Le stesse prestazioni sono poi rappresentate per specialità, come da tabella seguente.

	Quantita
001 - Anestesia	8.133,00
002 - Cardiologia	26.123,00
003 - Chirurgia generale	5.240,00
004 - Chirurgia plastica	3.532,00
005 - Chirurgia vascolare-angiologia	949,00
006 - Dermatologia	12.363,00
007 - Diagnostica per immagine: medicina nucleare	2.649,00
008 - Diagnostica per immagine: radiologia diagnostica	72.446,00
009 - Endocrinologia	245,00
010 - Gastroenterologia-chirurgia ed endoscopia digestiva	6.455,00
011 - Lab.analisi-microbiologia-virologia-anatomia patologica-genetica-immunoemat-serv.trasf.	903.806,00
012 - Medicina fisica e riabilitazione-recupero e riabilit.funzionale motulesi e neurolesi	35.954,00
013 - Nefrologia	18.083,00
014 - Neurochirurgia	14,00
015 - Neurologia	15.918,00
016 - Oculistica	1.622,00
017 - Odontostomatologia-chirurgia maxillo facciale	1.234,00
018 - Oncologia	7.770,00
019 - Ortopedia e traumatologia	10.204,00
021 - Otorinolaringoiatra	197,00
022 - Pneumologia	17.634,00
023 - Psichiatria	5.174,00
025 - Urologia	3.363,00
026 - Altre prestazioni	158.399,00

L'attività di ricerca

La ricerca scientifica istituzionale è sviluppata in modo da identificare aree tematiche e progetti prioritari per rafforzare il ruolo guida dell'Istituto nel proprio campo di azione specifico in sinergia con i diversi scenari, presidiando tutti i settori anche non sanitari che hanno un ruolo nell'invecchiamento.

Grazie ai progressi teorici e tecnologici degli ultimi anni, la ricerca scientifica ha compiuto importanti passi avanti nella comprensione dei meccanismi biologici alla base della longevità, della fragilità dell'anziano e dei determinanti genetici, bio-molecolari e ambientali delle maggiori patologie età-dipendenti. Permane un deficit informativo che stimola gli operatori ed i ricercatori a continuare nella strada della ricerca traslazionale per svelare i meccanismi sottostanti l'invecchiamento e per migliorare la gestione clinica delle principali malattie geriatriche, la qualità della vita degli anziani e dei caregiver e l'efficienza dei servizi socio-sanitari anche attraverso l'introduzione di nuove tecnologie.

Un aspetto rilevante è rappresentato dallo sviluppo delle nuove tecnologie, non solo nell'ambito strettamente sanitario (dalle nuove tecnologie nella ricerca di base alla prevenzione, trattamento e management delle condizioni patologiche in setting diversi e collegati fra loro - telemedicina, teleconsulto, ecc), ma più in generale dedicate alle esigenze ed a facilitare la vita quotidiana degli anziani nelle diverse condizioni (dall'invecchiamento attivo alla condizione di non autosufficienza).

Garantire un'assistenza continua ed integrata (gestione del paziente ospedalizzato, transizione tra ospedale e territorio, assistenza nella comunità) è un'esigenza ormai imprescindibile e in alcuni Paesi riveste una caratteristica di vera e propria emergenza sanitaria e sociale. Non sempre, infatti, all'espandersi delle fasce di popolazione più anziane e fragili è corrisposto un pronto adeguamento della risposta assistenziale. Le risposte possono essere diverse, ma esiste senz'altro la necessità di studiare e sperimentare sempre più efficienti modelli organizzativi.

Il messaggio chiave che deriva dall'analisi riguarda quindi gli effetti e l'impatto di questi mutamenti demografici che richiedono un approccio multidisciplinare e multi competente in tutte le aree (la ricerca, l'assistenza, ma anche la gestione dell'invecchiamento attivo). Approccio che deve essere in grado di definire le relazioni tra gli aspetti biomedici, clinici ed epidemiologici, socioeconomici e tecnologici, culturali

ed etici e di mettere a punto strategie coordinate e integrate di intervento, anche in uno scenario critico per la diminuzione delle risorse e degli investimenti disponibili.

In questo contesto, l'IRCCS INRCA si presenta come struttura unica nel suo genere, in quanto unico IRCCS con una mission di ricerca e assistenza specifica nel settore della geriatria e della gerontologia. Per quanto riguarda in particolare le attività di ricerca scientifica viene di seguito descritta una overview globale dell'attività istituzionale svolta nel corso del 2022, illustrandone i risultati caratterizzanti e le progettualità più rilevanti, evidenziando anche le attività ed i progetti che in questo anno sono stati sviluppati in relazione all'emergenza pandemica COVID-19.

L'indirizzo strategico dell'attività scientifica dell'IRCCS-INRCA è stato impostato con l'obiettivo di organizzare la ricerca in quattro linee nell'ambito dell'area di riconoscimento geriatrico gerontologica, perseguendo traslationalità, visione unitaria, obiettivi condivisi e permettendo un costante interscambio tra le diverse funzioni. Il raggiungimento di obiettivi comuni tra ricerca scientifica e attività assistenziale orientate al miglioramento dello stato di salute dell'anziano è supportato dall'integrazione con i processi amministrativi. Nel corso del 2022 è stata approvata la nuova programmazione triennale della ricerca corrente per gli IRCCS e le attività in essa previste saranno implementate nel triennio 2022-2024. Nel rispetto degli obiettivi ed indicatori a suo tempo approvati dal Comitato Tecnico Sanitario del Ministero della Salute è continuata l'attività scientifica all'interno delle quattro Linee di Ricerca Corrente:

- 1 Geroscienze: 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

Per quanto riguarda la produzione scientifica, nel corso del 2022 (dato rilevato al 28.12.22) sono stati pubblicati 149 articoli su riviste indicizzate per un valore totale di Impact Factor Ministeriale pari a 728.38 punti.

Anche nel corso dell'esercizio 2022 si conferma l'attività delle c.d. "ricerche finalizzate", cioè di quell'area della ricerca scientifica finanziata ad hoc con progetti specifici, sia in ambito nazionale, che in ambito europeo ed internazionale. In particolare, oltre alla prosecuzione dei progetti attivati negli anni precedenti, anche nel corso del 2022 sono state finanziate diverse ricerche finalizzate, in particolare su fondi europei, su fondi erogati dal Ministero della Salute ed anche su finanziamenti privati.

Nello specifico, si evidenzia l'attivazione di numerose partnership con centri di ricerca nazionali ed internazionali che hanno consentito di ottenere finanziamenti pubblici – Comunità Europea, Ricerca Finalizzata Ministero della Salute, progetti finanziati da altri ministeri o a livello regionale – e privati – fondazioni bancarie e industrie - per la realizzazione di progetti di ricerca di grande rilievo.

Nel 2022 sono stati gestiti 77 progetti relativi all'anno in corso ed agli anni precedenti e sono stati finanziati 14 nuovi progetti dai seguenti enti:

- Ministero della Salute n. 4
- Privati/fondazioni n. 2
- EU/Ministeri n. 6
- EU n. 2

Si riporta di seguito una breve descrizione di alcuni progetti che sono stati attivati nel corso del 2022 e le cui attività proseguiranno anche nel corso del 2023:

DEMICARE. Il progetto DemiCare, intende sviluppare un sistema di supporto personalizzato basato sull'intelligenza artificiale (AI) rivolto ai caregiver informali di pazienti con demenza. Questo Sistema fornirà informazioni sulla cura delle persone con demenza personalizzabili sulla base dello stato di avanzamento della malattia, delle conoscenze pregresse possedute dal caregiver e delle eventuali comorbidità. L'utilizzo di sensori "intelligenti" (smart Watch e suole "intelligenti") consentirà ai caregiver informali, ma anche agli operatori sanitari, di acquisire ulteriori dati su stato di salute e avanzamento della malattia, tramite un'apposita App per smartphone. Questa soluzione si pone l'obiettivo di ridurre il carico assistenziale dei

caregiver informali che si occupano di un paziente con demenza, fornendo loro le informazioni utili di cui necessitano in un dato momento.

SOUND. Le principali attività del progetto sono: (i) disegnare un curriculum formativo rivolto ad operatori socio-sanitari e caregiver informali sull'utilizzo di attività musicali adattate ai bisogni specifici di anziani affetti da demenza; (ii) disegnare contenuti ed attività (sia in presenza, che da remoto) per anziani affetti da demenza ad uso di professionisti socio-sanitari e di caregiver informali; (iii) realizzare una piattaforma digitale per l'apprendimento cooperativo, ad uso di operatori socio-sanitari, anziani con demenza e caregiver informali; (iv) sviluppare contenuti per una campagna di sensibilizzazione Europea sulla demenza con il fine di costruire comunità amiche della demenza. L'obiettivo che si pone il progetto è quello di migliorare comportamento, umore e qualità di vita delle persone anziane che convivono con la demenza e di conservarne il più a lungo possibile le funzioni cognitive residue, inclusa la memoria, attraverso attività musicali in cerchio (Circle Activities).

PRECISE. Il progetto si propone di: 1) Ottimizzare il modello predittivo del rischio di caduta basato sull'intelligenza artificiale (AI-DSS System); 2) Mettere a punto degli interventi riabilitativi personalizzati sulle esigenze di specifici gruppi target utilizzando la piattaforma DigiRehab; 3) Validare i benefici per gli end-users (anziani, caregiver formali e informali, comunità); 4) Sviluppare una strategia di marketing ad hoc per i paesi sede di sperimentazione.

Network Medicine. Il progetto si propone di migliorare la stratificazione prognostica di pazienti anziani con multimorbilità, fragilità e disabilità: L'invecchiamento della popolazione generale è accompagnato da un aumento della coesistenza di più malattie croniche e deficit funzionali con compromissione della qualità di vita e aumento del carico economico sui sistemi sanitari. La multimorbilità, la fragilità e la disabilità rappresentano le principali fonti di complessità clinica nel paziente anziano, in quanto innescano regimi farmacologici complessi, aumentano l'incertezza clinica e sfidano i sistemi sanitari, che tradizionalmente si concentrano su singole condizioni cliniche. È quindi necessario passare a modelli di cura individualizzati, in grado di definire prontamente il profilo di rischio del singolo paziente per personalizzare gli approcci e i percorsi di cura. L'implementazione della Network Medicine (NM) in medicina geriatrica può facilitare l'integrazione di informazioni complesse (cliniche, funzionali e biologiche) per individuare precocemente i fenotipi di malattia e contribuire a un'efficace stratificazione prognostica. A tal fine, il progetto esecutivo RCR 2022 si basa sull'ipotesi che diversi fattori biologici, clinici e ambientali interagiscano nella patogenesi della multimorbilità e della fragilità e possano contribuire a spiegare la loro variabilità in termini di gravità e rischio negli individui con malattie legate all'età.

Il lavoro di rete in quest'area migliorerà significativamente la diagnosi e il trattamento della multimorbilità, della fragilità e della disabilità. In particolare, si prevede che:

- L'identificazione di biomarcatori associati all'insorgenza e alla progressione delle principali malattie e sindromi geriatriche legate all'età attraverso l'utilizzo di popolazioni provenienti dai singoli Istituti appartenenti alla rete Aging.

- La caratterizzazione quantitativa della multimorbilità e del declino funzionale attraverso una valutazione della distribuzione e dell'aggregazione delle malattie e dei deficit funzionali legati all'età in cluster specifici.

- La caratterizzazione fisiopatologica della multimorbilità e del declino funzionale, nelle banche dati disponibili, attraverso: 1) l'identificazione di famiglie di biomarcatori associati allo sviluppo di specifici pattern di aggregazione di patologie e/o deficit funzionali; 2) l'identificazione di biomarcatori in grado di predire il verificarsi di eventi avversi in pazienti con specifici pattern di multimorbilità e/o compromissione funzionale.

- L'uso della NM per integrare informazioni cliniche, funzionali e biologiche nella definizione di strumenti (tools) in grado di identificare i pazienti a rischio di multimorbilità, fragilità o disabilità e/o di caratterizzare il profilo di rischio di eventi avversi in pazienti con multimorbilità, fragilità, disabilità.

Next Generation Promising (NGP). L'approccio scientifico alla base del progetto RCR 2021, PROMISING, è radicato nei principi di PM per ottenere una migliore valutazione dei singoli pazienti anziani che accedono agli IRCCS della Rete Aging.

Grazie alle piattaforme che saranno sviluppate nel programma esecutivo RCR2022, NGP continuerà a sistematizzare e integrare la raccolta e l'analisi dei dati all'interno degli Istituti della Rete Aging, concentrandosi sulla ricerca preclinica e clinica, nonché esplorando la disponibilità e l'applicazione di nuovi progressi tecnologici. I principali risultati attesi del progetto RCR2022 saranno:

- Produrre evidenze sperimentali sugli effetti di senolitici, antiossidanti e trattamenti farmacologici su modelli cellulari e animali di invecchiamento

- Fornire prove sull'uso di specifiche molecole e/o firme molecolari come potenziali biomarcatori per la valutazione clinica e prognostica
- Costruire un nuovo studio longitudinale su pazienti anziani del mondo reale per indagare la complessa interazione tra malattie legate all'età, multimorbilità, fragilità e disabilità in diversi contesti
- Fornire protocolli clinici comuni per valutare le prestazioni fisiche degli anziani utilizzando nuovi dispositivi tecnologici.

L'IRCCS INRCA ha partecipato a numerosi bandi PNRR finanziati dal Ministero della Salute, del MISE e del MUR. Gli esiti stanno pervenendo nelle ultime settimane e l'Istituto sta risultando assegnatario di finanziamenti di cui si specificherà successivamente.

Si conferma come l'attività di ricerca e la produzione scientifica istituzionale si estrinsechino anche in studi e sperimentazioni cliniche, sviluppati all'interno dell'Istituto o commissionati da sponsor esterni, condotti nelle diverse sedi dopo aver ottenuto l'approvazione da parte del Comitato Etico dell'IRCCS INRCA. Nel 2022 sono stati approvati dal CE INRCA n. 32 tra studi prospettici, osservazionali e interventistici.

La certificazione del Sistema di Gestione Qualità, Rischio e Sicurezza (SGQRS)

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, 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 in conformità alla norma internazionale UNI EN ISO 9001:2008 da un Ente di certificazione esterno accreditato 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, Accettazione geriatrica in urgenza, Specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale.

L'implementazione del sistema della qualità ha continuato ad essere garantita anche alla luce dell'evoluzione normativa e del contesto, facendo sì che il sistema si ampliasse, andando a comprendere anche la gestione di tutte le attività di risk-management e diventando un "Sistema di Gestione Qualità, Rischio e Sicurezza", come dimostrato dall'ultima certificazione che ha previsto l'estensione del campo di applicazione al seguente oggetto: "Progettazione ed erogazione di attività di ricerca sull'invecchiamento e servizi di assistenza nell'ambito della programmazione e della normativa sanitaria. raccolta, processamento, conservazione e distribuzione di campioni biologici e dati ad essi associati per finalità di ricerca, erogazione di prestazioni sanitarie di ricovero ordinario, day hospital, day surgery, accettazione geriatrica in urgenza, prestazioni residenziali e semiresidenziali, specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale. progettazione ed erogazione dei percorsi diagnostico-terapeutici e di ricerca scientifica, finalizzate alla gestione delle pandemie, ivi compresa pandemia da sars-cov2".

Il sistema di gestione è stato pianificato per processi.

I processi primari sono:

P01: ricerca, progettazione e sviluppo

P02: degenze e chirurgie

P03: servizi

I processi di supporto sono:

P04: gestione risorse (risorse umane, formazione)

P05: strutture, infrastrutture e Tecnologia Clinica

P06: Information Technology

P07: controllo prodotto e servizi forniti dall'esterno

P08: programmazione e controllo

P09: gestione del rischio clinico, salute, sicurezza, prevenzione e protezione

P10: leadership e pianificazione.

Nella pianificazione del Sistema di Gestione Qualità Rischio e Sicurezza (SGQRS) l'organizzazione ha tenuto conto dei risultati derivanti dall'analisi dei fattori interni ed esterni del proprio contesto, dei requisiti delle parti interessate ed ha determinato i rischi e le opportunità da affrontare per:

- assicurare che il sistema consegua i risultati attesi
- accrescere gli effetti desiderati
- prevenire o ridurre gli effetti indesiderati
- conseguire il miglioramento.

La pianificazione accurata di tutte le attività permette di prevenire errori e disservizi. L'attività di controllo dei processi primari e secondari a supporto, è garantita attraverso la raccolta e l'analisi di indicatori di monitoraggio specifici, allo scopo di garantire il corretto andamento del processo stesso, e indicatori di esito, in grado di misurare le prestazioni del processo e fornire dati utili al miglioramento. La continua verifica e misurazione dei trend e dei risultati perfeziona le metodiche del SGQRS 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 SGQRS alle esigenze dell'Utente è garantito dai riesami periodici del SGQRS nonché dai continui miglioramenti e dalle azioni correttive rivolte a tutte le attività dell'Istituto.

Il SGQRS dell'Istituto è documentato in maniera da dare evidenza della sua attuazione e consentire di monitorarlo, misurarlo e poterne migliorare continuamente l'efficacia. Nel pianificare il sistema l'organizzazione ha pianificato le azioni per affrontare i rischi e le opportunità individuate e le modalità per integrare tali azioni nel sistema e valutarne l'efficacia. Tali azioni sono state descritte in specifiche matrici elaborate per ognuno dei processi individuati nella mappatura.

Gli obiettivi del sistema di gestione sono stabiliti annualmente dal Direttore Generale, in collaborazione con la Direzione Sanitaria, Scientifica ed Amministrativa, con il Responsabile del Sistema di Gestione Qualità, Rischio e Sicurezza (SGQRS) di Istituto, con il gruppo di Coordinamento del SGQRS di Istituto e con i Referenti QRS 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 SGQRS INRCA sono garantiti dall'attivazione di canali di comunicazione interna strumenti in grado di favorire l'integrazione tra ricerca/assistenza e governo clinico/certificazione, così come previsto dai Progetti Direzionali sviluppati in questi anni "INRCA: modello di attuazione di processi per l'integrazione del Sistema Gestione Qualità e del Governo Clinico" e "Sicurezza delle cure e dei processi lavorativi".

PERFORMANCE

Il sistema di valutazione della performance

La presente sottosezione dà avvio al Ciclo di Gestione della performance così come previsto dal D. Lgs. 150/2009 e costituisce il documento programmatico attraverso il quale, in conformità con le risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria nazionale e regionale, sono individuati gli obiettivi da perseguire.

La sottosezione si basa sulle indicazioni di cui alle linee guida del Dipartimento della funzione Pubblica n.1/2017, redatte ai sensi del D.lgs. 150/2009, così come modificato dal D. Lgs n. 74/2017, che attribuiscono al Dipartimento della Funzione Pubblica le funzioni di indirizzo, coordinamento e monitoraggio in materia di ciclo della performance.

Il nuovo approccio evidenzia come la programmazione e il ciclo della performance sono strumenti per:

- supportare i processi decisionali, favorendo la verifica di coerenza tra risorse e obiettivi, in funzione del miglioramento del benessere dei destinatari diretti e indiretti (creazione di valore pubblico)
- migliorare la consapevolezza del personale rispetto agli obiettivi dell'amministrazione, guidando i percorsi realizzativi e i comportamenti dei singoli
- comunicare anche all'esterno (accountability) ai propri portatori di interesse (stakeholder) priorità e risultati attesi.

Inoltre, la misurazione e la valutazione della performance rappresenta uno strumento di miglioramento, di crescita e di responsabilizzazione di tutto il personale. In questa sezione viene esplicitata e declinata la programmazione strategica, anche al fine di consentire a tutti coloro che sono interessati di avere conoscenza degli elementi utili per la valutazione della performance aziendale.

Con il PIAO la Pubblica amministrazione compie un passo decisivo verso una dimensione di maggiore efficienza, efficacia, produttività, misurazione della performance.

È in questa logica che il Valore Pubblico riveste il ruolo di nuova frontiera delle performance, consentendo all'INRCA di mettere le dimensioni della Performance a sistema e di finalizzarle verso lo scopo nobile del mantenimento delle promesse di mandato (risultati) e del miglioramento delle condizioni di vita dell'ente e dei suoi utenti e stakeholder (impatti). Proseguendo la creazione di Valore Pubblico in senso più ampio si ha quando l'Azienda, coinvolgendo e motivando i dipendenti, migliora le performance in termini di efficienza e di efficacia, in modo funzionale al miglioramento degli impatti. In tale prospettiva, il Valore Pubblico si crea programmando obiettivi operativi specifici (e relativi indicatori performance di efficacia quantitativa e di efficienza economico-finanziaria, gestionale, produttiva, temporale) e obiettivi operativi trasversali come la semplificazione, la digitalizzazione, la piena accessibilità, le pari opportunità e l'equilibrio di genere, funzionali alle strategie di generazione del Valore Pubblico.

La dimensione più operativa degli obiettivi è, pertanto, orientata alla qualità delle cure, appropriatezza e sicurezza delle prestazioni, alla garanzia di tempestività nell'erogazione dei servizi offerti, alla trasparenza delle regole e protocolli adottati e alla correttezza nell'agire quotidiano del personale

Con il PIAO, tramite il contenuto dedicato alla Performance, l'INRCA dà dunque avvio al ciclo di gestione della performance.

Il ciclo della Performance cui il Piano nella sezione Performance dà avvio, è strettamente correlato al ciclo di bilancio, in quanto gli obiettivi in esso contenuti sono inscindibilmente collegati alle risorse disponibili.

Allo scopo di garantire la massima trasparenza, ogni fase del ciclo di gestione della performance è documentata attraverso le informazioni ed i dati contenuti sul sito istituzionale aziendale nell'apposita sezione denominata: "Amministrazione trasparente".

Il ciclo di valutazione della performance

Ai sensi dell'art 4. del D. Lgs 150/2009 così come modificato del D. Lgs 74/2017, le amministrazioni pubbliche sviluppano, in maniera coerente con i contenuti e con il ciclo della programmazione finanziaria e del bilancio, il ciclo di gestione della performance che si articola nelle seguenti fasi:

- a) definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori, tenendo conto anche dei risultati conseguiti nell'anno precedente, come documentati e validati nella Relazione annuale sulla Performance di cui all'articolo 10
- b) collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse
- c) monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi
- d) misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale
- e) utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito
- f) rendicontazione dei risultati ai competenti organi di controllo interni ed esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

Il sistema di valutazione della Performance di INRCA

Il sistema di valutazione della performance INRCA, adottato e aggiornato annualmente, si ispira, tra gli altri, 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%

La Performance Organizzativa attiene all'Azienda nel suo complesso, alle unità organizzative in cui la stessa si articola (Scheda di Budget per UO), nonché a processi e progetti trasversali (Progetti Direzionali e Risorse Aggiuntive Regionali, qualora previsti dalle singole Regioni), con riferimento alle attività programmate, ai relativi indicatori e target di misurazione nonché ai risultati attesi e raggiunti. Oggetto della valutazione della componente organizzativa della performance è pertanto la misurazione del grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla Azienda nel suo complesso, così come sono stati declinati:

1. alle varie articolazioni organizzative aziendali (Strutture Complesse, Strutture Semplici Dipartimentali) nell'ambito del Processo di Budgeting
2. tra più soggetti attraverso specifici progetti direzionali e RAR.

Il piano dei Centri di Responsabilità è individuato in modo da riflettere la distribuzione delle responsabilità nell'ambito dell'organizzazione; i CdR sono unità logiche di controllo caratterizzate da consumo di risorse e per le quali si prevede la presenza di un responsabile e la capacità di incidere sui risultati raggiunti

I range per stabilire il raggiungimento o meno degli obiettivi quantitativi sono i seguenti:

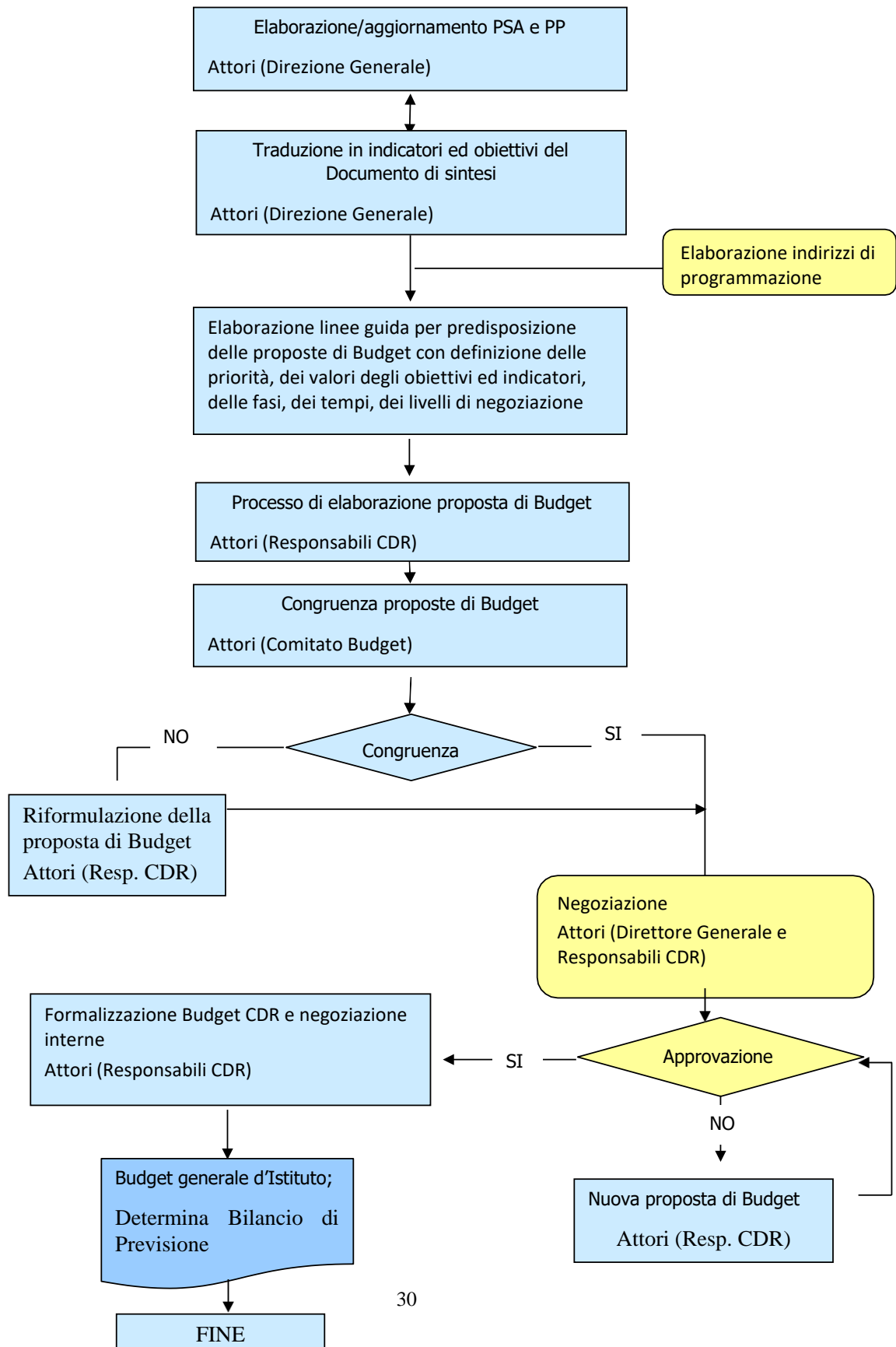
- risultato < 60% valutazione negativa – obiettivo non raggiunto
- risultato \geq 60% < 95% obiettivi raggiunti da compensare economicamente in proporzione alla percentuale di raggiungimento degli stessi
- risultato \geq 95% obiettivi raggiunti da compensare economicamente al 100%

Per gli obiettivi di tipo qualitativo il parametro di valutazione per il raggiungimento è del tipo SI / NO salvo i casi in cui, considerata la natura dell'obiettivo, sia comunque possibile effettuare una valutazione in termini quantitativi.

La scheda di Budget di CdR è una scheda riassuntiva degli obiettivi assegnati al CdR con la pesatura di ciascun obiettivo, sottoscritta congiuntamente dal Direttore del Dipartimento, dal Responsabile Cdr e dal Direttore generale. Essa sintetizza gli obiettivi prioritari assegnati dalla Direzione al Cdr, tradotti in termini di azioni e di indicatori, con l'esplicitazione del loro legame con le aree strategiche ed il relativo peso attribuito.

*XXXXXXXX - SDC XXXXXXXXXXXXXXXXXX	Responsabile : XXXXXXXX Direttore Dipartimento: XXXXXX		BUDGET ANNO XXXX								
			SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTI VE	VALENZA BIENNALE
<i>Economico-finanziario</i>											
<i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i>											
<i>Prospettiva dell'utenza e stakeholder</i>											

Il processo di budgeting è definito nella flow-chart seguente:



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 distimolare 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 2023 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'usoda 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 2023

L'albero della performance

Come già detto in precedenza 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).

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 2023. In questa logica vanno considerati temi di riferimento trasversali che caratterizzano l'Istituto, quali:

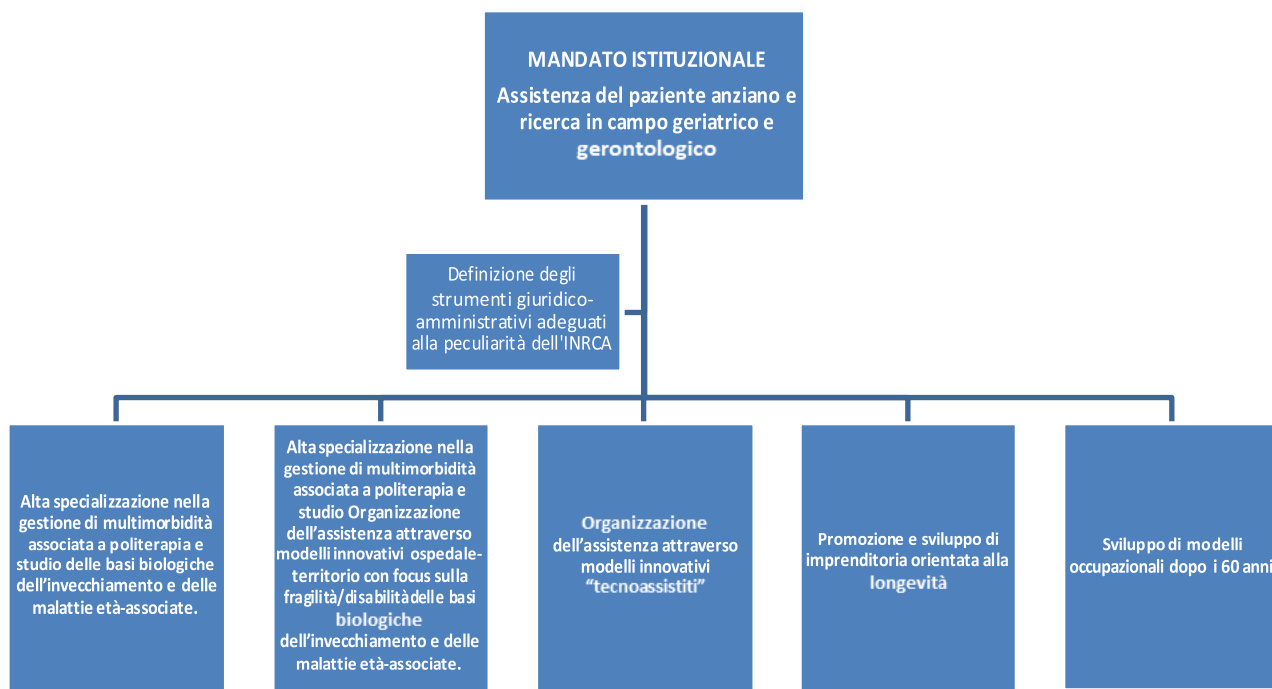
- Il perseguimento dell'alta specializzazione nella gestione di multimorbilità associata a politerapia e studio delle basi biologiche dell'invecchiamento e delle malattie età-associate
- Lo sviluppo dell'organizzazione dell'assistenza attraverso modelli innovativi con focus su fragilità/disabilità e "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

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.

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 scompensazione 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.

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



Prima di affrontare le dinamiche proprie della dimensione operativa della performance, in un ambito strategico, ma anche operativo a partire dal 2023 appare necessario rappresentare alcune dinamiche proprie dell'Istituto quali la dimensione del Nuovo Ospedale dell'Aspio, la dimensione dei nuovi progetti di ricerca finalizzati per il 2023 e il posizionamento dell'Istituto all'interno dei progetti derivanti dal PNRR.

Il Nuovo Ospedale dell'Aspio

Per rispondere al bisogno di assistenza della popolazione anche nell'area sud di Ancona, in un sistema equo e sostenibile, sono in fase di ultimazione le opere di realizzazione del nuovo complesso ospedaliero INRCA dell'Aspio di Camerano.

La struttura dovrà conciliare in un nuovo ospedale unico la necessità di valorizzazione delle esperienze di due ospedali: l'ospedale della città di Osimo (ex ospedale di rete a servizio della popolazione della zona sud di Ancona) e l'Ospedale di un Istituto di ricerca come quello dell'INRCA IRCCS di Ancona, rivolto in modo particolare ai pazienti che presentano problematiche legate all'invecchiamento, su cui attuare la ricerca traslazionale, elemento di rilevanza fondamentale per lo sviluppo del sistema socio-sanitario regionale e nazionale.

Uno degli obiettivi prioritari dell'Ospedale unico è quello di razionalizzare, eliminando inutili e spesso dannose ridondanze e doppioni, concentrando le risorse umane, tecnologiche, strutturali, garantendo quindi una effettiva unitarietà di azione e di gestione.

In considerazione di quanto sopra, la Regione Marche (ente appaltante, oltre che decisore) e l'INRCA, futuro Ente gestore, hanno previsto che la nuova struttura dovrà essere:

- organizzata secondo percorsi diagnostici-terapeutici-assistenziali che mettano il paziente al centro, che integrino le diverse competenze specialistiche medico-chirurgiche ed i servizi rispetto alle condizioni cliniche, dalla fase ospedaliera acuta di malattia, fino alle cure a domicilio e l'assistenza territoriale; tutto ciò anche attraverso un'azione sinergica, in cooperazione con i servizi della rete territoriale, e con il contributo fondamentale della tecnoassistenza
- gestita attraverso un modello assistenziale basato su diversi gradi di intensità (passando dalle cure intensive e semintensive, all'acuzie e post acuzie, fino a quelle ambulatoriali e domiciliari)
- integrata, fondendo i principi dell'evidenza scientifica e il potere dell'intelligenza artificiale nel guidare decisioni cliniche e terapeutiche, basate sui dati generati da nuove tecnologie (genomica, sensoristica intelligente, imaging, robotica e realtà virtuale)
- sostenibile e verde per minimizzare l'impatto delle attività sull'ambiente locale e globale
- improntata verso l'affermarsi di una nuova visione della medicina, ovvero la medicina delle 4P: Predittiva, Personalizzata (tenendo conto anche delle differenze di genere), Preventiva e Partecipata.

Va aggiunto che in un contesto che sta mutando rapidamente dovrà essere potenziata anche la ricerca di base, elemento di importanza strategica per rendere disponibili soluzioni a problemi non ancora prevedibili del futuro. La recente pandemia ha reso questo tema del tutto evidente.

La Mission del nuovo ospedale di ricerca INRCA-IRCCS, dovrà essere quella di integrare le varie fasi della ricerca, dal laboratorio di ricerca al letto del paziente, utilizzando al massimo connettività, tecnologia, big data ed intelligenza artificiale.

Inoltre, proprio nell'ottica della ricerca traslazionale, tipica di un IRCCS, il progetto del nuovo INRCA si prefigge di interagire e cooperare con il tessuto produttivo della città e della regione, in particolare con l'industria farmaceutica e dei dispositivi medicali, anche al fine di facilitare il trasferimento tecnologico di nuovi prodotti che possano generare miglioramenti nell'assistenza e occupazione nel tessuto territoriale locale.

Sulla base di questi principi è stato formulato e successivamente rivisitato il progetto architettonico del nuovo ospedale, con attenzione particolare all'ergonomia ed alla fruibilità.

Il nuovo ospedale INRCA dovrà anche rivestire ruolo centrale in provincia/regione per alcune discipline, in stretta relazione ed integrazione con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria delle Marche, con l'AST 2, con l'UNIVPM e collocarsi come punto di riferimento regionale e nazionale per patologie complesse della popolazione anziana, che richiedono un elevato livello tecnologico, multidisciplinarietà, multiprofessionalità e intersettorialità.

Dovrà trovare spazio nel presidio INRCA anche l'attività di formazione continua per tutte le professioni sanitarie indispensabili al SSR.

La nuova struttura dovrà inoltre fornire un ambiente adeguato a validare e ottimizzare processi operativi rivolti al target di riferimento dell'IRCCS e consentirne la successiva diffusione nelle strutture del SSR e SSN.

Infine, va ricordato che la struttura trova la sua genesi nel Piano Sanitario della Regione Marche 2007/2009 che, prevedendo la strutturazione del sistema ospedaliero regionale come organizzazione a

rete, aveva individuato, tra le azioni prioritarie, il trasferimento dell'INRCA in una nuova sede, nella considerazione dell'oggettiva inadeguatezza degli spazi di cui dispone l'attuale struttura e nella prospettiva della realizzazione dell'Agenzia Nazionale per le problematiche dell'Invecchiamento, progetto approvato dal Ministro della Salute il 19 marzo 2008.

Il trasferimento dell'INRCA di Ancona nasceva dall'esigenza di garantire maggiori servizi nell'area della ricerca e dell'alta specializzazione, consentendo inoltre lo sviluppo di funzioni proprie di un centro specializzato in geriatria, strettamente connesso con le attività di ricerca nel campo della medicina molecolare.

Nel 2015, dopo l'inaugurazione, hanno avuto avvio i lavori.

Va tuttavia evidenziato come, successivamente, eventi negativi a carico delle ditte costruttrici che si sono avvicendate, hanno rallentato e, per diversi periodi sospeso, l'attività di realizzazione, ripresa a pieno ritmo solo nel 2019.

Entro il 2025 è previsto il completamento della nuova struttura ospedaliera e verrà dato il via al trasferimento.

Nella prospettiva di giungere preparati al momento del trasferimento, la Regione Marche, con le Delibere della Giunta Regionale n. 1153/2017 e n. 1780/2018, a seguito dell'approvazione dell'art. 14 della L.R. 34/2017, ha disposto l'incorporazione nell'INRCA del Presidio Ospedaliero SS. Benvenuto e Rocco di Osimo (AN).

La nuova struttura si andrà ad inserire nell'ambito territoriale del Distretto Sanitario di Ancona, il quale presenta una popolazione residente di 254.609 unità, risultando pertanto il distretto più popoloso della Regione Marche, nonché quello con la maggiore densità di popolazione residente (522,4 abitanti per Km²).

L'Ambito Territoriale limitato alla zona sud di Ancona è abitato da una popolazione residente pari a 83.607 unità (di cui 18.140 con un'età superiore ai 64 anni).

In tale contesto risultano attualmente attive oltre alle due strutture ospedaliere dell'INRCA di Ancona e di Osimo, un Presidio di Assistenza Territoriale (PAT), ubicato presso l'ex ospedale di Loreto, numerose Strutture residenziali Sanitarie e socio-sanitarie dedicate, in particolare alla popolazione anziana e disabile.

Il nuovo ospedale sarà fortemente integrato con tale sistema sanitario e socio-sanitario territoriale per rispondere in modo particolare ai bisogni derivati dal progressivo invecchiamento della popolazione, dalle patologie multi-organo tipiche dell'anziano e dall'impegno nella prevenzione, predizione del rischio di malattia e mantenimento del benessere.

Le progettualità di ricerca finalizzate per il 2023

Oltre alle progettualità di ricerca descritte in precedenza nell'ambito dell'attività 2022 e che proseguiranno nel 2023 ulteriori progettualità strategiche interessano l'Istituto.

Nello specifico la tabella seguente evidenzia quelle ritenute più rilevanti in tal senso. Va considerato che a queste progettualità vanno aggiunte quelle derivanti dal PNRR che saranno descritte nel paragrafo successivo. L'importo indicato fa riferimento alle disponibilità complessive per l'Istituto per l'intera durata dei progetti, normalmente tra i 24 e i 36 mesi.

FONDO	TITOLO PROGETTO	TOTALE
POS: Traiettorie 1	"ERMES" Ecosistema uRbano per l'invecchiamento attivo e in Salute	1.200.000,00 €
POS: Traiettorie 3	"Fa. Per. M. E."	280.000,00 €
POS: Traiettorie 5	F.F.I.N.	60.000,00 €
MEF	Infrastruttura tecnologica Condivisa per lo sviluppo di Modelli predittivi dell'invecchiamento, basati sull'intelligenza Artificiale (iCOMET)	1.168.000,00 €
RCR2022	Progetti Rete Aging	299.188,00 €
RCR2022	Progetti Rete RIN + Progetti Rete CARDIO	179.385,00 €
EU JOINT ACTION	JANCD	328.704,00 €
EU JOINT ACTION	JACARDI	550.887,35 €

Il Posizionamento dell'Istituto all'interno del PNRR

All'interno del PNRR l'Istituto ha trovato diversi finanziamenti, sia con riferimento all'attività clinico assistenziale che con riferimento all'attività scientifica.

Per la parte clinico assistenziale si osserva che con DGRM 656 del 30/05/2022 "Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) sono stati esplicitati gli interventi regionali di cui alla Missione 6 Salute - Componenti 1 e 2 e aggiornato l'elenco degli interventi di cui alla delibera n. 271 del 14/03/2022 e approvato del Piano Operativo Regionale La Missione 6 Salute mira a potenziare e riorientare il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per migliorarne l'efficacia nel rispondere ai bisogni di cura delle persone, anche alla luce delle criticità emerse nel corso dell'emergenza pandemica, ed è articolata in due Componenti:

1. Componente 1: Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza territoriale
2. Componente 2: Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale.

Nello specifico l'Istituto è stato finanziato con la Componente 2 che comprende misure volte al rinnovamento e all'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, al potenziamento e alla diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) ed una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) da realizzare anche attraverso il potenziamento dei flussi informativi sanitari. Inoltre, rilevanti risorse sono destinate anche alla ricerca scientifica e a rafforzare le competenze e il capitale umano del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

D seguito vengono riepilogati gli interventi finanziati in tale ambito.

PNRR MISSIONE 6 SALUTE

M6 C2 1.1.2 Ammodernamento del parco tecnologico delle strutture sanitarie (Grandi Apparecchiature).

Descrizione	Sito	CUP	Stato	Importo finanziato
ECOTOMOGRAFI Multidisciplinari/Internistici	POR Ancona, Via della Montagnola, 81 -Chirurgia	F34E22000410007	consegnato 2023	57.280,00 €
ECOTOMOGRAFI Multidisciplinari/Internistici	PO Osimo, via Leopardi 15- Radiologia	F84E22001650007	consegnato 2023	57.280,00 €
ECOTOMOGRAFI CARDIOLOGICI 3D	POR Ancona, Via della Montagnola, 81 - Cardiologia	F34E22000430007	consegnato 2022 fattura liquidata 2023	82.230,00 €
Telecomandati digitali per esami di reparto	PO Osimo, via Leopardi 15	F84E22001700007	ordinati 2023	247.700,00 €
Telecomandati digitali per esami di reparto	POR Fermo Contrada Mossa, Fermo	F64E22000450007	ordinati 2023	247.700,00 €
Telecomandati digitali per esami di reparto	POR Ancona, Via della Montagnola, 81 -	F34E22000440007	ordinati 2023	247.700,00 €
TAC 128 STRATI	POR Ancona, Via della Montagnola, 81 -inizialmente prevista per Osimo	F84E22001610007	in attesa Accordo Quadro Consip	532.605,00 €
			TOTALE	1.472.495,00 €

M6 C2 1.1.1.2. Rafforzamento strutturale SSN ("progetti in essere" ex art. 2, DL 34/2020)

Descrizione	Sito	CUP	Stato	Importo finanziato
Riqualificazione di 10 p.l. di terapia semi-intensiva	POR Ancona, Via della Montagnola 81	F35F20000130001	Reparto semi-intensiva disponibile in esercizio dal 21/02/2022; da chiudere la contabilità finale	360.000,00 €
Riorganizzazione dei sistemi di accesso al Pronto Soccorso	PO Osimo, via Leopardi 15	F88I20000250001	Progettazione in corso di svolgimento	200.000,00 €
			TOTALE	560.000,00 €

Per la Missione 6 C2 1.1.1.2 l'Unità di Missione per l'attuazione degli interventi del PNRR sta al momento verificando la compatibilità degli interventi finanziati con fondi ex D.L. n. 34/2020 con i requisiti europei richiesti, per far confluire interamente tali fondi nei finanziamenti PNRR. Sarà pertanto possibile l'eventuale aggiunta di ulteriori somme.

M6 C2 2.2 (b) Corso di formazione infezioni ospedaliere

Descrizione	Sito	CUP	Stato	Importo finanziato
Corsi in materia di infezioni ospedaliere	Tutti i POR	F37H22002630006	In fase di avvio	87.637,55 €

PNRR MISSIONE 1 DIGITALIZZAZIONE, INNOVAZIONE, COMPETITIVITÀ, CULTURA E TURISMO

Descrizione	Sito	CUP	Stato	Importo finanziato
Misura 1.4.3 "Adozione app IO"	Tutti i POR	F31F22002830006	Da avviare	35.424 €
Misura 1.4.4 "Estensione dell'utilizzo delle piattaforme nazionali di identità digitale - SPID CIE"	Tutti i POR	F31F22002820006	Da avviare	14.000 €
Misura 1.4.3 "Adozione piattaforma pagoPA"	Tutti i POR	F31F22002840006		265.698 €
			TOTALE	315.122 €

Per la parte di ricerca il finanziamento con il PNRR per l'Istituto fa riferimento a 3 diverse progettualità di cui alla tabella seguente

FONDO	TITOLO PROGETTO	TOTALE
PNRR: PE8	Ageing well in an ageing society	4.424.927,22 €
PNRR: Ecosistema dell'Innovazione	Innovation, digitalisation and sustainability for the diffused economy in Central Italy (VITALITY)	402.804,54 €
PNC: Ecosistema innovativo della Salute	Strengthening a person-centred ecosystem for the co-creation of Digital HEALTH services for a smart COMMUNITY (DHEAL-COM)	2.641.000,00 €

Che fanno riferimento rispettivamente ai seguenti 3 ambiti:

- Nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), Missione 4 Istruzione e Ricerca, Componente 2 Dalla Ricerca all'Impresa, Iniziativa 1.3 Partenariato Esteso, la Direzione Scientifica ha partecipato, in collaborazione con altri IRCCS, Università, CNR, e altri Istituti di Ricerca, alla costruzione di un programma di ricerca, titolato Age-It, sulla Tematica 8 Conseguenze e sfide dell'invecchiamento a valere sull'Investimento 1.3: Partenariati allargati estesi a Università, centri di ricerca, imprese e finanziamento progetti di ricerca di base. Quest'ultimo mira a rafforzare la ricerca e favorire la diffusione di modelli innovativi per la ricerca di base e applicata condotta in sinergia tra università, enti di ricerca e soggetti pubblici o privati impegnati in attività di R&S; sostenere i processi per l'innovazione e il trasferimento tecnologico e potenziare le infrastrutture di ricerca e innovative, il capitale e le competenze di supporto all'innovazione. In particolare, l'IRCCS INRCA coordina lo Spoke 3 "Clinical and environmental factors, functional status and multinorbidity: stratifying progression and prognosis of diseases, frailty and disability" del programma di ricerca.
- Nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), Missione 4 Istruzione e Ricerca, Componente 2 Dalla Ricerca all'Impresa, Iniziativa 1.5 Ecosistema dell'Innovazione, la Direzione Scientifica ha partecipato, in collaborazione con altri Istituto all'Innovation, digitalisation and sustainability for the diffused economy in Central Italy (VITALITY)(Ecosistema dell'Innovazione regioni Marche Umbria e Abruzzo), coordinato dall'Università dell'Aquila.
- Nell'ambito del Piano Nazionale Complementare E.3: Ecosistema innovativo della Salute Macroazione Life Science Hub Digital Health per la Medicina di Prossimità l'IRCCS INRCA ha coordinato la presentazione della proposta progettuale Strengthening a person-centred ecosystem for the co-creation of Digital HEALTH services for a smart COMMUNITY (DHEAL-COM). L'obiettivo del progetto è il rafforzamento e sviluppo di un ecosistema centrato sulla persona per la co-creazione di servizi sanitari digitali per una comunità intelligente a livello nazionale. L'HUB fungerà da integratore, per riunire e coordinare tre nodi di centri di competenza nazionali satellite che si concentreranno su: Digital Health Model/Services, Digital Health Technologies, and Digital Health Usability/Accessibility.

La dimensione della performance organizzativa

Le strategie sopra delineate troveranno poi attuazione attraverso l'assegnazione di obiettivi alle diverse uu.oo. e ai singoli dirigenti nell'alveo delle dimensioni sottostanti, suddivise per comodità nei diversi, specifici, ambiti

In ambito scientifico

MACROAREE	INDICATORI
<i>Produzione scientifica (50%)</i>	Impact Factor Normalizzato
	Impatto dell'attività scientifica: somma dei Citation Index delle riviste impattate sottoposte a valutazione e il Field Weighted Citation Index di Scival.
	Efficienza dell'attività scientifica: costo per punto IF; calcolo della produttività media; calcolo della performance che si basa sulle pubblicazioni validate come IFN in Outputs in Top Citation Percentiles 10% di SCIVAL nell'anno di riferimento e nei due anni precedenti; percentuale delle pubblicazioni con RAW DATA su repository pubblici.
<i>Capacità di attrarre risorse (15%)</i>	Volume economico dei finanziamenti erogati da Enti Pubblici Italiani
	Volume economico dei finanziamenti erogati nell'ambito di grant competitivi i per progetti di ricerca dell'Unione Europea, o di altri enti esteri.
	Volume economico totale dei finanziamenti erogati nell'ambito di grant competitivi per progetti di ricerca da Enti Privati Italiani o Fondazioni.
	Numero di progetti finanziati con finanziamenti ottenuti per progetti di ricerca dagli enti di cui ai punti precedenti.
<i>Attività assistenziale (20%)</i>	N. ricoveri per i 5 DRG più frequenti, coerenti con specialità d'Istituto
	Complessità della casistica: ICM (indice di Case mix)
	Efficienza ed Efficacia dell'Assistenza Erogata: ICP (indice comparativo di performance).
	% dimessi fuori regione e n. dimessi Europa
<i>Capacità di operare in rete (10%)</i>	N. Trials Clinici Interventistici Coordinatore e Centro Reclutamento attivi nell'anno e da non più di 5 anni
	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>	Garantire il valore dell'impact factor dell'Istituto come riportato nel Decreto Legislativo 23 dicembre 2022, n. 200
	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 con particolare riferimento alla produzione scientifica delle sedi periferiche, come indicato nel Decreto Legislativo 23 Dicembre 2022 n.200
	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) in base agli indicatori riportati nel Decreto legislativo 23 Dicembre 2022 n.200

	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

MACROAREE	INDICATORI
<i>Attività ambulatoriale</i>	Realizzazione Piano Recupero Liste Attesa ambulatoriali e ottimizzazione offerta ambulatoriale Potenziamento Attività ambulatoriali di secondo e terzo livello
<i>Modelli Clinico Assistenziali e di Ricerca</i>	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza medica Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza chirurgica Realizzazione Piano di Recupero Liste Attesa interventi chirurgici Obiettivi di qualità, efficacia, ed esito monitorati Dal Nuovo Sistema di Garanzia in termini di: <ul style="list-style-type: none"> - Tassi ospedalieri - Riduzione dh diagnostici - Interventi di colecistectomia - DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza - DRG Chirurgici su totale DRG - Ricoveri oltresoglia
	Attività e progetti innovativi e di riferimento regionale e nazionale di tecnoassistenza in ambito regionale, a favore di pazienti fragili.
	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:

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pianificare e sviluppare i PDTA caratteristici della cronicità (Scompenso, BPCO, Parkinson, Fragilità e Piede diabetico) ✓ Costruire e rafforzare il rapporto con il territorio per la gestione del singolo PDTA individuando gli elementi di input e 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, work engagement, ecc.) ✓ 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).
	Dignity Care, sviluppo delle attività previste nella DGEN 550/2022 (tra queste le cure palliative simultanee e precoci integrate nei PDTA della cronicità, la pianificazione anticipata/condivisa delle cure, l'uso di strumenti di telemedicina, la formazione e informazione come accrescimento di una nuova cultura di dignity care, ecc.)
	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'AST Fermo 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>	<p>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</p> <p>Attivazione di percorsi di miglioramento nella comunicazione efficace e gentile tra operatori sanitari e pazienti e loro familiari e tra operatori dell'istituto</p>

Quanto appena rappresentato dovrà essere coniugato con:

- la ricerca delle migliori opportunità per il potenziamento di attività di ricovero di eccellenza, outcome clinico-assistenziale, appropriatezza e attrattività intra e extraregionale.
- il Mantenimento certificazione ISO e l'estensione alla sicurezza.
- l'implementazione del nuovo sistema di gestione del rischio INRCA, secondo la norma ISO 9001-2015.
- la rinnovata attenzione al tema delle infezioni correlate all'assistenza e all'appropriatezza dell'utilizzo degli antibiotici (formazione PNRR).
- la creazione di un repertorio dei fogli informativi per consenso informato sui più frequenti interventi chirurgici e sulle più frequenti procedure invasive in continuità con l'attività avviata nel corso del 2022. Nel corso del 2023 va previsto anche il relativo monitoraggio.
- Conclusione del lavoro di contestualizzazione delle raccomandazioni ministeriali e monitoraggio.

In ambito dei Processi Interni Di Supporto

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>	
	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
	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
	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. Conclusioni 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.
	Individuazione delle modalità e delle azioni finalizzate, nel periodo di riferimento 2023 - 2025, a realizzare la piena accessibilità, fisica e digitale, alle pubbliche amministrazioni da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità
	Individuazione dell'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare, secondo le misure previste dall'Agenda Semplificazione e, per gli enti interessati dall'Agenda Digitale, secondo gli obiettivi di digitalizzazione ivi previsti;
	Individuazione degli obiettivi necessari a favorire le pari opportunità e l'equilibrio di genere

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 dimensionaziendali 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 unitamente alla 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.

Tutti gli obiettivi di area scientifica, sanitaria e dei processi di supporto dovranno coniugarsi ed essere coerenti con i seguenti vincoli di area economica:

- rispetto dei budget definitivi assegnati dalle diverse Regioni di riferimento
- rispetto dei vincoli sul costo del personale e dell'efficientamento energetico
- rispetto dei vincoli sulla spesa farmaceutica
- rispetto degli adempimenti ministeriali in termini di rispetto dei tempi di pagamento.

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 (diseguito 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 direttamente molteplici Unità Operative.

Per un maggiore dettaglio riguardo gli obiettivi di trasparenza e il relativo monitoraggio si rimanda alla sezione 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	<p>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.</p> <p>La centralità è stata coerentemente posta sull'assistito e sul caregiver in considerazione della tipologia di utenza gestita in modo da facilitare il reperimento delle informazioni passando da un modello centrato sull'organizzazione a un più coerente approccio alle tipologie di servizi erogati: nella pratica la ricerca non parte dalle sedi ma dalle specialità e dagli Itinerari Scientifico-Terapeutici a quanto pubblicato on-line.</p>	<p>Pazienti</p> <p>Potenziali pazienti</p> <p>Familiari pazienti</p> <p>Dipendenti</p>
Digitalizzazione	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Nella pratica si è proceduto con un nuovo disciplinare del protocollo e di gestione dei flussi documentali in modo da permettere un lavoro prima culturale e poi di ridefinizione dei singoli processi informatizzati ma non semplificati e normalizzati secondo gli obiettivi strategici.</p> <p>La migrazione al nuovo applicativo, peraltro in modalità SaaS di contabilità, gestione presenze e risorse umane è un altro tassello di miglioramento dei processi digitalizzati e unificati a livello regionale.</p>	<p>Personale sanitario e amministrativo</p>
	<p>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.</p> <p>In un percorso dinamico e di continua evoluzione è in corso lo sviluppo e miglioramento del sistema informativo sanitario e clinico attraverso una revisione continua dei processi sanitari e clinici e della loro digitalizzazione.</p>	<p>Personale sanitario</p>

Obiettivi	Modalità di attuazione della strategia	Stakeholder
	<p>Completa il quadro il progetto di acquisizione di una innovativa <i>data-platform</i> in grado di valorizzare adeguatamente l'intero patrimonio informativo sanitario, acquisire e correlare tutte le fonti avendo particolare attenzione al tema della conformità alla disciplina sulla protezione dei dati personali che, in considerazione delle evidenti vulnerabilità della maggior parte dei pazienti, potrebbe potenzialmente avere impatti sulla dignità, sulle libertà e sulla riservatezza delle persone nonché effetti indesiderati sull'immagine e sulla reputazione dell'Istituto.</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>Nell'ambito delle attività di migrazione del vecchio applicativo di contabilità e di gestione del personale sono in corso attività volte alla semplificazione e rivisitazione di diversi processi aziendali coinvolti.</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): sono 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>

Obiettivi	Modalità di attuazione della strategia	Stakeholder
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. Per tale motivo è stata redatta specifica "Dichiarazione di accessibilità" il cui link è disponibile nel <i>footer</i> 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 dedicati di validazione per le verifiche secondo la disciplina sull'accessibilità dei siti e piattaforme web. Le verifiche sono effettuate con periodicità in modo da garantire la dovuta accessibilità ai contenuti rispetto ai potenziali visitatori.</p> <p>Uno dei prossimi obiettivi è l'eliminazione di eventuali documenti scansioni, sostituiti con file in formato nativo digitale e non digitalizzati.</p>	Soggetti anziani e con disabilità

Con riferimento alla piena accessibilità fisica alle sedi dell'amministrazione da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità si individua quale performance - da raggiungere a medio-lungo termine - la completa eliminazione delle criticità note ed emergenti nell'accessibilità ai presidi INRCA.

Per conoscere la percezione diffusa, facilitare segnalazioni e consentire così progressive azioni di miglioramento si può ricorrere a campagne di consultazione degli utenti e del personale attraverso questionari da somministrare periodicamente (12 mesi).

Quali indicatori efficaci per la misurabilità delle performances si adottano:

- Elaborazione e somministrazione del questionario
- La presa in carico delle criticità segnalate entro 15 gg
- L'eliminazione delle criticità stesse entro 60 gg
- L'assenza di segnalazione delle medesime criticità nelle campagne di consultazione successive

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

Il Comitato Unico di Garanzia, come previsto dalla normativa vigente, redige il Piano Azioni Positive, a cadenza Triennale.

L'Inrca, in data 08.03.2022 ha adottato, con Dgen n. 103, il Gender Equality Plan (Gep), <https://www.inrca.it/inrca/files/Pretorio/Allegato%20BILANCIO%20DI%20GENERE%20INRCA.pdf>, inteso come Piano strategico per la parità di genere dell'Istituto che comprenda misure concrete finalizzate a promuovere la cultura 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.

Tale GEP comprende ed è in perfetta armonia con le finalità e le azioni del Comitato Unico di Garanzia, la cui mission è quella di creare un ambiente di lavoro positivo, quale elemento imprescindibile per ottenere un maggior apporto dei lavoratori e delle lavoratrici, sia in termini di produttività che di appartenenza.

Il CUG INRCA sta già da alcuni anni affrontando tematiche di diversità ed inclusione attraverso varie iniziative istituzionali, prevedendo anche rapporti e collaborazioni con stakeholder esterni all'Istituto,

quale ad esempio la collaborazione con la Consigliera di Parità della Provincia di Ancona. Tutto ciò al fine di promuovere l'affermazione di una cultura orientata alle pari opportunità, alla conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, alla condivisione delle responsabilità familiari tra i sessi. Quindi un ambiente improntato al benessere, al supporto a situazioni di stress o burn-out e capace di prevenire, rilevare e contrastare ogni forma di violenza sessuale, morale e psichica.

Alla luce di quanto sopra indicato, il CUG, nel predisporre il Piano per le Azioni Positive per il triennio 2023-2025, approvato nella seduta del 23/02/2023, ha ritenuto corretto riprendere gran parte del contenuto del Gender Equality Plan, avendo quest'ultimo le stesse finalità e obiettivi previsti dalla normativa in materia di parità e pari opportunità nella PA. Nel PTAP 2023-2025 sono state individuate quali azioni ulteriori e specifiche per il triennio 2023-2025, le seguenti:

Attivazione nuova indagine sul benessere organizzativo in accordo e collaborazione con la Uosd "Qualità e sicurezza del paziente Benessere organizzativo ed Accredimento" - Resa dati alla Direzione Strategica per attivazione azioni correttive e migliorative sulla base del report - Azioni di contrasto allo stress ed al burn out degli operatori in prima linea e nelle aree d'emergenza.

AZIONI: realizzare, dopo l'indagine sul benessere organizzativo del 2019, un nuovo questionario da somministrare ai dipendenti, per verificare l'attuale clima interno e le criticità percepite. L'obiettivo è declinare questo strumento che tenga presente, in una prospettiva di genere, tutte le aree attualmente presenti nei presidi, quale: sicurezza - prevenzione e protezione, area qualità dei servizi offerti agli operatori (mensa, bar), area benessere organizzativo, oltre ad item specifici sullo smart working e conciliazione vita professionale/personale. Successivamente, sulla base dei risultati, entro l'anno 2024 verranno proposte alla Direzione Strategica azioni di miglioramento delle criticità rilevate e verificati i miglioramenti effettivamente attivati dalla Direzione. Per contrastare inoltre situazioni di stress, il Cug propone un servizio psicologico di supporto per l'ascolto, il contenimento dell'ansia e la prevenzione del burn out a quanti lavorano in prima linea o nell'emergenza, in particolare presso le Unità di Pronto soccorso e Punto di Primo Intervento. Nel 2024 la proposta è di attivare tale sportello di ascolto, a cadenza mensile o bimestrale, per il biennio 2024-2025. Il servizio verrà regolamentato attraverso l'utilizzo di psicologi disponibili, uno dei quali appartenente al Cug.

Realizzazione di iniziative di informazione/sensibilizzazione sull'attività del Cug Inrca e sulla sua azione di rispetto delle tematiche di genere e contrasto alla discriminazione

AZIONI: l'INRCA intende organizzare almeno una giornata l'anno di informazione e sensibilizzazione diretta a tutto il personale Inrca per far conoscere il Cug e le sue finalità nell'organizzazione, la cultura relativa alle tematiche di genere e la diffusione di buone prassi lavorative, del benessere organizzativo e del contrasto alla discriminazione. Accanto a ciò, verranno redatte delle Linee guida per l'uso di un linguaggio rispettoso delle differenze di genere, per favorire una maggiore consapevolezza all'interno della nostra organizzazione. Questo documento avrà l'obiettivo di contribuire all'acquisizione di nuove consuetudini linguistiche che tengano in maggior conto la presenza femminile, allineandosi pertanto ad analoghe iniziative avviate in altre amministrazioni pubbliche. Tale azione verrà realizzata entro l'anno 2023.

Al fine di garantire il rispetto della parità e delle pari opportunità nell'ambiente di lavoro, si lavorerà anche sull'eventuale aggiornamento del Codice Etico, quale parte integrante del Codice di Comportamento dei dipendenti

ANTICORRUZIONE – RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

Sezione Anticorruzione - Piano Triennale per la Trasparenza e la Prevenzione della Corruzione (PTTPC) 2023-2025

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 con 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 (cfr. allegato n.1, parte integrante e sostanziale del presente PTTPC, come i successivi allegati), 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 anticorruzione, ciascuno per l'area di rispettiva competenza:

- supportano il RTPC nella mappatura dei rischi di corruzione, a tale scopo sono previsti appositi momenti di confronto nell'ambito degli incontri del dipartimento ATL
- 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 PTTPC
- 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 (cfr. allegato n.4, parte integrante e sostanziale del PTTPC), 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 che tutti i collaboratori abbiano la piena conoscenza dei principi e delle prescrizioni contenute nel PTTPC 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, possono essere causa di inefficienza o minore efficacia dell'azione organizzativa.

Il presente Piano è stato elaborato in base agli esiti del monitoraggio annuale svolto da RTPC (<https://www.inrca.it/inrca/MODSHARE/?ID=1162>) e alle prescrizioni previste nel Piano Nazionale Anticorruzione 2022-2024 (di seguito anche PNA 2022), approvato nell'Adunanza del Consiglio dell'Autorità Nazionale Anti Corruzione (di seguito anche ANAC o Autorità) del 16 novembre 2022, che ha ottenuto il parere favorevole della Conferenza Unificata Stato-Regioni nella seduta del 14 dicembre 2022

Analisi del contesto esterno e del contesto interno con riferimento al rischio corruttivo

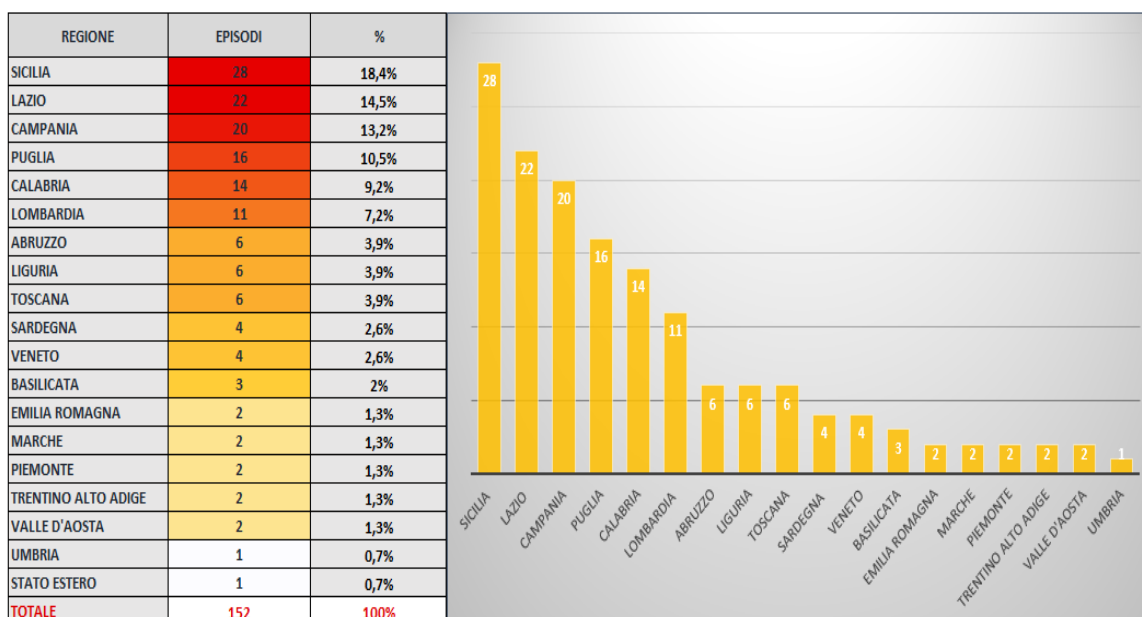
Il contesto in cui opera l'Istituto, lo espone, al pari degli altri IRCSS e delle aziende sanitarie, a rischi particolari, dovuti alla complessità dei processi assistenziali, alle notevoli risorse che ad essi vengono destinate, alle varie forme di rapporto con il mondo privato (allegato n.3), alla relativa "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

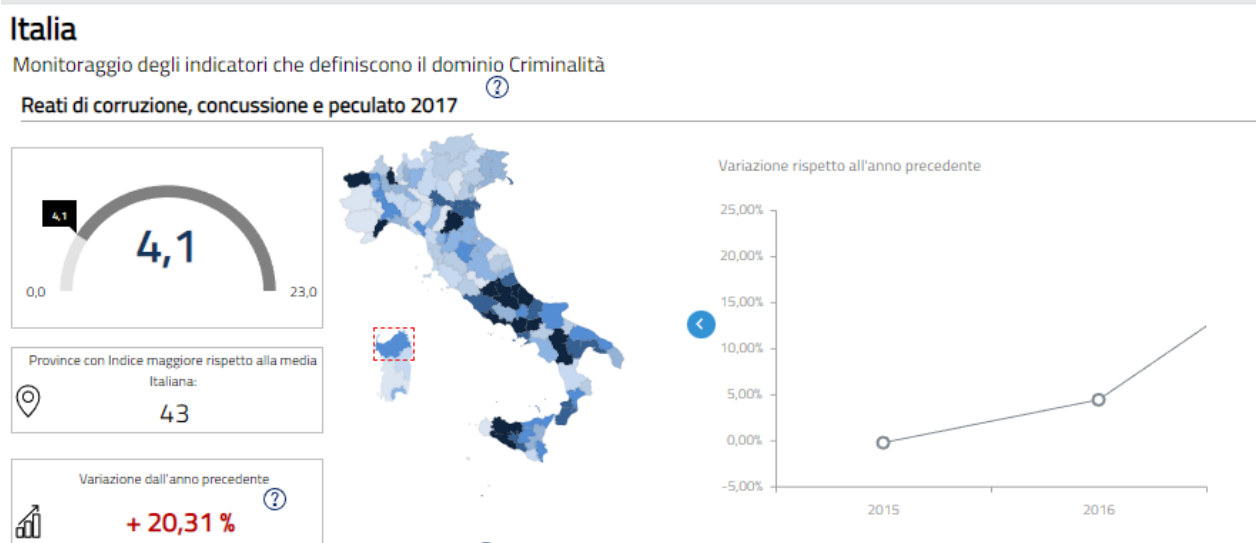


Fonte: ANAC *La corruzione in Italia (2016-2019): Numeri, luoghi e contropartite del malaffare*

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. Inoltre 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.

In base ai dati elaborati da ANAC nell'ambito del progetto Misurazione del rischio di corruzione, cui si rimanda per approfondimenti, tutte le provincie in cui sono presenti sedi INRCA presentano un indicatore di criminalità significativamente sotto la media per i reati di corruzione, concussione e peculato (Fig.1)

Fig.1



Fonte: ANAC - <https://www.anticorruzione.it/gli-indicatori>

Tale situazione è sostanzialmente confermata dalla relazione presentata dal Procuratore Regionale della Corte dei Conti per le Marche in occasione dell'inaugurazione dell'anno giudiziario 2022 che 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, c. 6 e 7, del d.lgs. n. 165/2001

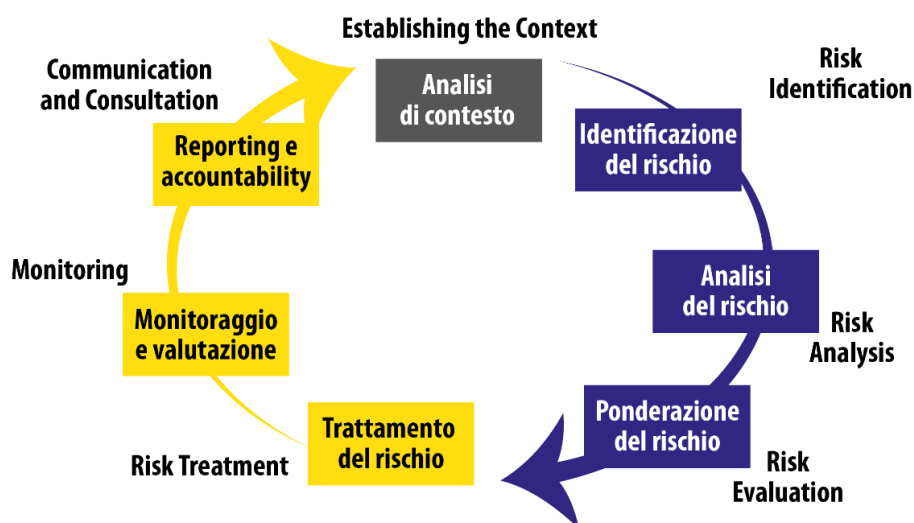
In base ai dati presentati dal Procuratore Generale della Repubblica presso la Corte di Appello di Ancona in occasione dell'inaugurazione dell'anno giudiziario 2022, risulta una riduzione del 20% delle denunce di reato nelle fattispecie dei delitti contro la Pubblica Amministrazione, che sono passate 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, si rappresenta che 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 di rotazione. Non sono inoltre pervenute all'attenzione del RTPC segnalazioni dai dipendenti né da soggetti esterni.

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).

Design of framework for Managing the Risk



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
	bassa	RMB	RM	RMA
	medio			
	basso	RB	RMB	RM

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

Nell'allegato n.2 sono indicati i processi maggiormente rilevanti ai fini della prevenzione della corruzione, la valutazione del rischio e le misure da intraprendere nel triennio 2023-2025

Al fine di assicurare la realizzazione di quanto previsto nell'allegato n.2 è opportuna l'adozione di check list di auto-controllo periodico e/o report di sintesi da parte dei dirigenti responsabili delle rispettive misure. A questo proposito sono di grande utilità le check list, rese disponibili dall'ANAC nell'Allegato n.8 al PNA 2022.

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 nelle aree descritte di seguito, alcune delle quali sono riprese anche nel Codice Etico Comportamentale.

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. n.190/2012.

Al fine di assicurare la realizzazione di quanto previsto nell'allegato n.3 è opportuna l'adozione di check list di auto controllo periodico e/o report di sintesi da parte dei dirigenti responsabili delle rispettive misure.

Inconferibilità di incarichi e funzioni in presenza di condanne

Ai sensi dell'art. 3 del d.lgs. n. 39/2013 e dell'art. 35 bis del d.lgs.165/2001, coloro che sono stati condannati, anche se con sentenza non passata in giudicato, per reati contro la pubblica amministrazione non possono fare parte di commissioni di concorso, appalto o concessione, né assumere incarichi in uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'attribuzione di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati.

Al fine di consentire all'Amministrazione 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.

Qualora, a seguito di controlli da parte dei dirigenti sovraordinati (art. 16, c.1, lett.l-quater, d.lgs.165/2001), si accertasse la presenza elementi di natura corruttiva vanno formalmente e tempestivamente informati l'UPD per l'accertamento dell'eventuale responsabilità disciplinare e il RTPC, che provvede a contestare all'interessato la situazione di incompatibilità e a farne segnalazione all'ANAC e, se ne sussistono le condizioni, all'autorità giudiziaria.

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

Inconferibilità e incompatibilità di incarichi dirigenziali

Il quadro normativo delle incompatibilità dei dipendenti pubblici (art. 53 del d. Lgs 165/2001 modificato dalla l.190/2012). è stato ampliato dal D.Lgs.n.39/2013 prevedendo una disciplina specifica delle situazioni di inconferibilità ed incompatibilità degli incarichi dirigenziali, funzionale alla prevenzione di fenomeni corruttivi.

All'atto del conferimento dell'incarico i vertici aziendali e i dirigenti dell'Istituto titolari di incarichi di struttura complessa o semplice dipartimentale (cfr. parere Delibera ANAC n.58/2013) presentano una dichiarazione di assenza di situazioni di inconferibilità ed incompatibilità nella quale elencano le eventuali cariche e rapporti di collaborazione in essere con soggetti privati regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione e/o eventuali altre attività di natura professionale:

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 Aziendale e all'UPD ai fini di revoca dell'incarico e dell'accertamento dell'eventuale responsabilità disciplinare.

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

Conflitto di interessi in attività e incarichi istituzionali

L'individuazione e la gestione dei conflitti di interessi è una delle principali misure di prevenzione di fenomeni corruttivi. Si configura una situazione di conflitto di interessi laddove la cura dell'interesse pubblico, cui è preposto il funzionario, potrebbe essere deviata, pregiudicando l'imparzialità amministrativa o l'immagine imparziale dell'amministrazione, per favorire il soddisfacimento di interessi personali del medesimo funzionario o di terzi con cui sia in relazione.

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"*. La segnalazione dell'eventuale conflitto di interessi dovrà avvenire tempestivamente

Il tema assume particolare rilevanza nell'ambito delle procedure di affidamento dei contratti.

L'art. 42, c.2 del d.lgs. n. 50/2016 nel contestualizza la tematica definendo il conflitto di interessi la situazione in cui *"...il personale di una stazione appaltante o di un prestatore di servizi che, anche per conto della stazione appaltante, interviene nello svolgimento della procedura di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni o può influenzarne, in qualsiasi modo, il risultato, ha, direttamente o indirettamente, un interesse finanziario, economico o altro interesse personale che può essere percepito come una minaccia alla sua imparzialità e indipendenza nel contesto della procedura di appalto o di concessione..."*,

Lo stesso articolo, rimanda all'art.7 del DPR n.62/2013 che recita *"Il dipendente si astiene dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere interessi propri, ovvero di suoi parenti, affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi, oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, ovvero, di soggetti od organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia 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. Il dipendente si astiene in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza. Sull'astensione decide il responsabile dell'ufficio di appartenenza"*.

Un'ulteriore specificazione delle ipotesi di conflitto di interessi è data dall'art. 14 c.2, che dispone l'obbligo di astensione del dipendente nel caso in cui l'amministrazione concluda accordi con imprese con cui il dipendente stesso abbia stipulato contratti a titolo privato (ad eccezione di quelli conclusi ai sensi dell'art. 1342 del codice civile) o ricevuto altre utilità nel biennio precedente. Il dipendente si *"astiene dal partecipare all'adozione delle decisioni ed alle attività relative all'esecuzione del contratto, redigendo verbale scritto di tale astensione da conservare agli atti dell'ufficio"*.

Sebbene in base alle due norme citate sembra prospettarsi un'ipotesi di configurazione pressoché "automatica" del conflitto di interessi le casistiche che si presentano nella pratica presentano spesso contorni sfumati e richiedono una fase di analisi, pertanto, come indicato nel PNA 2022, si ritiene opportuno adottare l'approccio indicato dall'Autorità secondo cui il dipendente comunica la situazione di conflitto al dirigente o al superiore gerarchico, che decide sull'astensione.

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

Al fine di rafforzare il processo di controllo del conflitto di interessi nell'ambito degli appalti, L'Istituto ha adottato con determina n. 219/DGEN/2017 il *"Patto di integrità e disposizioni in materia di prevenzione"*

e repressione della corruzione e dell'illegalità nella PA per le procedure bandite dall'INRCA per lavori, beni e servizi- Approvazione", nonché specifiche clausole di salvaguardia in merito alla conoscenza e al rispetto da parte dei soggetti che aspirano ad avere rapporti di natura contrattuale con l'Amministrazione dei principi contenuti nel PTTPC e nel Codice Etico Comportamentale, comportanti anche penalità economiche, fino alla risoluzione o decadenza del rapporto nei casi più gravi di violazione.

Inoltre, i soggetti che partecipano con il ruolo di RUP, progettista, membro di commissione, direttore esecutore del contratto, hanno il dovere di riferire dirigente dell'U.O. l'eventuale percezione di influenze o situazioni di conflitto di interessi, che potrebbero inficiare l'esito del procedimento; tali figure sottoscrivono una dichiarazione, da mantenere agli atti del procedimento a cura del responsabile, in cui attestano che i lavori della commissione si sono svolti regolarmente e in modo totalmente libero da influenze

L'Autorità indica come ulteriore misura l'attestazione da parte del RUP, all'interno del provvedimento di affidamento/aggiudicazione, di aver accertato l'assenza di situazioni di conflitto di interessi; o, se del caso, la ricorrenza di situazioni di conflitto tali, però, da non pregiudicare la procedura; ovvero la ricorrenza di significative situazioni di conflitto, indicando espressamente gli interventi adottati per l'eliminazione del rischio.

Rotazione del personale

Al fine di evitare l'istaurarsi di rapporti confidenziali o connivenze con i portatori di interesse che impediscono la libertà di azione e di scelta e inficiano l'imparzialità dell'azione amministrativa, il legislatore ha introdotto quale misura preventiva la c.d. "rotazione ordinaria" degli incarichi nelle aree considerate a maggiore rischio corruttivo.

Come indicato nel PNA 2022, tale misura va applicata anche nei confronti dei RUP e del personale a vario titolo preposto ad effettuare le attività di verifica e controllo degli appalti, c.d. "rotazione funzionale".

La rotazione rappresenta 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.I-quater del d.lgs. 165/2001).

Dell'adozione di misure di rotazione, qualora queste modifichino sostanzialmente l'attribuzione delle mansioni, deve essere data informativa preventiva alle organizzazioni sindacali.

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

Il fenomeno del c.d. "pantouflage", passaggio al settore privato di ex dipendenti pubblici, assume rilievo sotto il profilo della prevenzione della corruzione se questi hanno agito in nome e per conto dell'Amministrazione di appartenenza nei confronti dei soggetti privati con i quali collaborano, configurandosi in eventuali comportamenti "prodromici" al futuro incarico" un rischio di imparzialità nello svolgimento dell'azione amministrativa. Il legislatore nazionale ha affrontato la questione introducendo il comma 16-ter dell'art. 53 del d.lgs. n. 165/2001 (TUPI) che si applica ai casi di passaggio dal settore pubblico al privato a seguito della cessazione del servizio.

La norma dispone nello specifico il divieto per i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni, di svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività dell'amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri.

Gli eventuali contratti e gli incarichi conferiti in violazione del divieto sono da considerare nulli e i soggetti privati eventualmente interessati non possono contrattare con l'intera pubblica amministrazione per i successivi tre anni.

A tale proposito l'ANAC è intervenuta con l'orientamento n.24 del 21 ottobre 2015 che prevede l'estensione del divieto di pantouflage anche ai dipendenti che, pur non occupando posizioni apicali, partecipano agli atti endoprocedimentali obbligatori (pareri, certificazioni, perizie) o svolgono ruoli (RUP o DEC) che incidono in maniera determinante sul contenuto del provvedimento finale e sui suoi esiti sostanziali.

Segnalazione 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 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 all'Amministrazione alla pagina: <https://www.inrca.it/inrca/Whistleblow.asp>

Il RTPC, accertata l'effettività della segnalazione, la trasmette tempestivamente in forma anonimizzata all'UPD, che valuta la gravità del caso e, se sussistono gli elementi, avvia i procedimenti di competenza e, in caso sussista l'ipotesi di reato, provvede affinché sia data informativa all'autorità giudiziaria.

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

Formazione

Al fine di favorire l'affermazione di una cultura diffusa dell'etica e della legalità, il RTPC, in collaborazione con il responsabile dell'U.O. Formazione e Comunicazione, nell'ambito dei percorsi di sviluppo organizzativo, ha avviato fin dall'anno 2013 percorsi di formazione specifici e differenziati in base al ruolo organizzativo dei soggetti individuati come destinatari.

Per l'anno 2023 Il Piano Formativo Aziendale, approvato con determina n. 649/DGEN del 23/12/2022, prevede i neoassunti la formazione di base sui temi dell'etica pubblica e sul comportamento etico, oltre a percorsi di formazione specialistica, destinati ai diversi ruoli aziendali in relazione alle funzioni ricoperte e al grado di responsabilità.

Il Programma della Trasparenza

I dati aperti delle pubbliche amministrazioni sono un patrimonio che le organizzazioni pubbliche hanno il dovere di valorizzare per supportare i processi decisionali dei singoli cittadini e delle organizzazioni complesse.

Ciò implica lo sforzo di rendere le informazioni il più possibile comprensibili e fruibili, secondo le indicazioni contenute negli atti regolatori dell'Autorità in materia di trasparenza, in particolare con riferimento ai processi di acquisto.

Pertanto, obiettivi strategici per il triennio 2023-2025 sono i seguenti:

- a partire dal secondo semestre del 2023, rappresentazione sul sito Istituzionale Inrca "Amministrazione Trasparente", dei dati relativi alle nuove procedure di affidamento mediante l'apertura di apposite "schede virtuali", che racchiudano tutte le determinazioni relative ad ogni singola gara. Le schede saranno progressivamente alimentate con gli atti e i dati del procedimento fino alla conclusione del relativo contratto;
- a partire dal 2023 avvio delle attività sistematiche di auto-monitoraggio delle sottosezioni di "Amministrazione Trasparente" a cura dei responsabili degli uffici competenti per la pubblicazione;
- prosecuzione dell'attività di monitoraggio sull'attuazione della disciplina sugli accessi, civico semplice e generalizzato.

Particolare attenzione dovrà essere posta alla rappresentazione dei dati personali in relazione a quanto prescritto nel Regolamento 2016/679 U.E. (c.d.GDPR).

L'organizzazione dell'Istituto per la Trasparenza

Al fine di adempiere ai doveri di trasparenza l'Istituto si è dotato della rete dei referenti per la trasparenza e dei responsabili della pubblicazione dei dati. Tali soggetti operano direttamente con proprie credenziali di accesso in modalità "back-office", coordinano le attività di pubblicazione e monitorano le sottosezioni alimentate con procedure automatizzate. I referenti per la Trasparenza e sono responsabili della correttezza e dell'aggiornamento dei dati detenuti e processati dall'unità operativa di appartenenza.

I dirigenti garantiscono, ai sensi della normativa vigente in materia e del PTTPC, il tempestivo e regolare flusso delle informazioni, ed effettuano il monitoraggio periodico delle sezioni di cui sono responsabili.

Il programma operativo della Trasparenza (allegato n.4) presenta la declinazione di ruoli, tempi, per l'attuazione e il monitoraggio degli obblighi di pubblicazione cui è soggetto L'INRCA in quanto Azienda Sanitaria IRCCS

Nell'allegato n. 4 non sono ricompresi i casi in cui non è possibile pubblicare i dati previsti dalla normativa in quanto non pertinenti rispetto alle caratteristiche organizzative o funzionali dell'Istituto, come espressamente indicato nelle sezioni specifiche di Amministrazione Trasparente: "Enti Controllati", "Controlli sulle Imprese", "Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici", "Pianificazione e Governo del Territorio" "Informazioni Ambientali" Strutture Sanitarie Private Accreditate

Il RTPC è responsabile del monitoraggio complessivo della sezione Amministrazione Trasparente ed effettua a supporto dell'OIV, le verifiche annuali previste ai sensi dell'art. 14, c. 4, lett. g), del d.lgs. n. 150/2009, secondo le indicazioni date annualmente dall'ANAC, e con cadenza periodica 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.

Nell'attività di monitoraggio complessivo della sezione "Trasparenza" si tiene conto di elementi e suggerimenti scaturiti dall'ascolto degli stakeholder e dei rappresentanti della società civile con i quali l'INRCA ha possibilità di interagire grazie ai social network, al Comitato di Partecipazione, alle Giornate della Trasparenza, l'ultima delle quali si è svolta il 15 dicembre 2022

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

La trasparenza in materia di contratti

La disciplina normativa che prevede obblighi di pubblicazione in materia di contratti pubblici di lavori, servizi e forniture si rinviene nelle norme contenute nella l. n. 190/2012 e nel suo decreto attuativo in materia di trasparenza, nonché nel Codice dei contratti pubblici. Che regola la disciplina di carattere generale in materia di trasparenza all'art. 29, c. 1, disponendo, in senso molto ampio e generale, sulla pubblicazione di tutti gli atti delle procedure di gara.

Con una modifica all'art.29 operata dall'art. 53, c. 5 del d.l. n. 77/2021 il legislatore ha aggiunto ai dati da sottoporre a pubblicazione quelli relativi all'esecuzione.

L'ANAC con il PNA 2022 interviene a riordinare la disciplina chiarendo gli obblighi di pubblicazione inerenti la fase esecutiva, rimarcando la ratio delle modifiche introdotte all'art. 29 : *controllo diffuso sull'azione amministrativa nella fase successiva all'aggiudicazione*, e la formulazione ampia della disposizione: *Tutti gli atti (...) relativi a (...) 'esecuzione di appalti pubblici* inducono a ritenere che la trasparenza sia estesa alla generalità degli atti adottati dalla stazione appaltante in sede di esecuzione di un contratto d'appalto, in modo da rendere visibile l'andamento dell'esecuzione del contratto (tempi, costi, rispondenza agli impegni negoziali, ecc.).

In questo contesto viene disciplinata anche la pubblicazione degli avvisi propedeutici alla stipula dei contratti di sponsorizzazione.

Le indicazioni dell'ANAC relativamente alla modalità e ai contenuti delle pubblicazioni in materia di contratti pubblici, come riportate nell'allegato n.9 al PNA 2022, sono riprese interamente nell'allegato n.4 al presente documento.

La trasparenza degli interventi finanziati con i fondi del PNRR

Una delle priorità per l'attuazione delle misure contenute nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) è quella di garantire che l'ingente mole di risorse finanziarie stanziata sia immune da gestioni illecite, nel rispetto dei principi di sana gestione finanziaria, assenza di conflitto di interessi, frodi e corruzione.

Inoltre, in linea con quanto previsto dall'art. 34 del Regolamento (UE) 2021/241, va garantita adeguata visibilità ai risultati degli investimenti e al finanziamento dell'Unione europea per il sostegno offerto. I destinatari dei finanziamenti dell'Unione sono tenuti a rendere nota l'origine degli stessi e ad assicurarne la conoscibilità, diffondendo informazioni coerenti, efficaci e proporzionate "destinate a pubblici diversi, tra cui i media e il vasto pubblico".

Al fine di far conoscere in modo trasparente, comprensibile e tempestivo i contenuti delle misure del PNRR a livello nazionale e sui territori e consentire una modalità di accesso standardizzata ed immediata ad informazioni aggiornate sullo stato di attuazione, il Ministero dell'economia e delle finanze - Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato (RGS) - nel documento "Istruzioni tecniche per la redazione dei sistemi di gestione e controllo delle amministrazioni centrali titolari di interventi del PNRR", allegato alla Circolare n. 9 del 10 febbraio 2022, ha previsto, per le Amministrazioni Centrali titolari degli interventi, specifici obblighi di trasparenza

Tali Amministrazioni sono tenute ad individuare all'interno del proprio sito web una sezione, denominata "**Attuazione Misure PNRR**", articolata secondo le misure di competenza, ove devono essere pubblicati tutti gli atti adottati per l'attuazione della misura di riferimento.

L'ANAC nel PNA 2022 suggerisce l'adozione di tale modalità di rappresentazione dei dati inerenti il PNRR anche ai soggetti attuatori, pertanto nel 2023 si procederà alla creazione della nuova sottosezione e all'alimentazione della stessa con i dati disponibili.

Per il dettaglio delle misure si rimanda agli allegati nn.2 e 4.

L'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 aggiornamento registro degli accessi	Istanze di riesame	Monitoraggio attuazione della disciplina sugli accessi: civico, semplice e generalizzato
--	-----------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	---	--------------------	--

URP	X					
UU.OO competenti per il procedimento	X	X	X			
U.O. Affari Generali	X			X		X
RTPC					X	

I dati relativi all'accesso sono riportati 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.

Gli stakeholder possono svolgere un ruolo attivo anche nella programmazione del monitoraggio. A tale scopo il presente documento prima di essere approvato viene regolarmente sottoposto alla consultazione pubblica. Si dovrà inoltre prevedere una fase successiva di condivisione dei contenuti del Piano, prevedendo canali specifici di ascolto come la realizzazione di incontri focalizzati su specifiche tematiche.

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.

SEZIONE 3: ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

STRUTTURA ORGANIZZATIVA

Per quanto riguarda la struttura organizzativa attuale dell'Istituto, si rimanda alle determinate INRCA n. 274/DGEN del 28/07/2020 e n. 561/DGEN del 18/11/2022.

Si fa presente, tuttavia, che l'art. 3 del D.Lgs. n. 200 del 23/12/2022, modificando l'art. 6 del D.Lgs. n. 288 del 16 ottobre 2003, impone all'INRCA, quale IRCSS, l'adeguamento del regolamento di organizzazione entro la data del 31 marzo 2023 in base alle nuove disposizioni normative.

Si rimane inoltre in attesa delle Linee Guida della Regione Marche in materia.

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, devono adottare misure organizzative volte a fissare obiettivi annuali per l'attuazione del telelavoro e del lavoro agile.

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

- 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
- CCNL Comparto sanità 2019-2021 del 2/11/2022 ha disciplinato in un apposito titolo (Titolo VI) il lavoro a distanza dedicando il Capo I (artt. 76-80) al lavoro agile e il Capo II (artt. 81-82) ad altre forme di lavoro a distanza
- Con determinazione INRCA n. 564/DGEN del 25/11/2022 l'Istituto ha adottato, anche in considerazione delle disposizioni del CCNL di cui al punto precedente, il Regolamento per la disciplina del lavoro agile e del telelavoro con l'intento di:
 - a) favorire un'organizzazione del lavoro volta a promuovere una migliore conciliazione dei tempi di lavoro con quelli della vita sociale e di relazione dei propri dipendenti;
 - b) promuovere l'utilizzo di strumenti digitali di comunicazione;
 - c) facilitare l'integrazione lavorativa dei soggetti a cui, per cause dovute a condizioni di disabilità o ad altri impedimenti di natura oggettiva, personale o familiare, anche temporanea, con l'obiettivo di assicurare il raggiungimento di pari opportunità lavorative anche per le categorie fragili;
 - d) offrire un contributo alla riduzione del traffico legato al pendolarismo lavorativo e quindi anche delle fonti di inquinamento dell'ambiente;
 - e) dare continuità al regolare funzionamento dell'Istituto, con mantenimento di un adeguato livello qualitativo dei servizi nel caso ad esempio di eventi calamitosi, ovvero di emergenze diffuse, anche di ordine sanitario;
- legge n. 197 del 2022- Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2023 e bilancio pluriennale per il triennio 2023-2025;
L'Istituto ha già proceduto ad una prima valutazione dell'impatto dello smartworking, come riportato nei paragrafi successivi.

Condizionalità e fattori abilitanti

In riferimento alle misure organizzative, alle piattaforme tecnologiche e alle competenze professionali si evidenzia che l'Istituto ha adottato il regolamento per la disciplina del lavoro agile e del telelavoro, in tale ambito ha anche compiuto una mappatura dei processi e delle attività per la definizione di quelle che non possono essere svolte secondo le modalità del lavoro agile.

In considerazione del carattere scientifico dell'Istituto vengono perseguite, anche ai fini di ricerca, iniziative di innovazione digitale attraverso l'attivazione di processi che, combinando organizzazione, comunicazione e tecnologia, aumentano il valore aggiunto offerto non solo all'utenza finale, ma anche ai lavoratori dell'Istituto medesimo.

L'implementazione della dotazione tecnologica aziendale strumentale al lavoro agile si affianca a quella già operata della VPN aziendale. 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 come implementato 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 prevede pertanto l'invio di codici secondari di autenticazione attraverso una specifica app per dispositivi mobile.

I primi sono consultabili anche da dispositivi mobile come tablet o smartphone mentre la VPN è installabile soltanto su personal computer. La prestazione lavorativa con gli applicativi aziendali è ammessa esclusivamente attraverso l'utilizzo del personal computer. La richiesta di attivazione di una VPN deve

essere presentata dal diretto superiore dell'utilizzatore inviando lo specifico modulo al supporto tecnico del SIA. Devono inoltre essere specificate le macchine server o i dispositivi da raggiungere e a meno di particolarissime eccezioni autorizzate dal Dirigente del SIA, non sono fornite VPN ad accesso ampio o completo della rete dell'organizzazione. L'autorizzazione alla VPN deve essere rinnovata di anno in anno sempre attraverso la procedura di abilitazione. Gli account VPN non rinnovati sono automaticamente disabilitati alla fine del periodo. Il personal computer su cui installare il client VPN deve essere: a. protetto da password di una certa complessità (almeno 8 caratteri con una combinazione di lettere maiuscole, minuscole, numeri e caratteri speciali); b. l'account locale utilizzato NON deve avere autorizzazioni di livello Administrator; c. esente da applicativi software non licenziati e da crack di sblocco delle applicazioni o dei componenti; d. aggiornato all'ultima versione disponibile di sistema operativo (i sistemi operativi in out of support devono essere dotati di sistema di virtual patching o comunque sostituiti/aggiornati il prima possibile); e. dotato di software antivirus/antimalware con basi di definizione aggiornate almeno quotidianamente. Il software VPN disconnette automaticamente l'utilizzatore dopo 30 minuti di inutilizzo della linea, pertanto, risulta necessario effettuare di nuovo l'accesso per ristabilire la connessione. Non sono ammessi client di accesso se non quelli distribuiti con la fase di rilascio delle credenziali di accesso. Gli utilizzatori delle connessioni VPN, che sono a tutti gli effetti estensioni della rete dell'organizzazione, devono sottostare in tutto e per tutto al Regolamento sull'utilizzo degli strumenti informatici aziendale. Il team di sicurezza può effettuare periodici monitoraggi delle attività degli utilizzatori del servizio VPN attraverso walk-thrus, video monitoring, report, audit interni o esterni. Comportamenti non conformi o anche solamente sospetti durante gli accessi o nelle sessioni di lavoro causeranno la conseguente disconnessione e disabilitazione dell'account di connessione VPN. In caso di compromissione del sistema a causa di virus o malware, il lavoratore agile NON dovrà collegarsi alla rete dell'organizzazione ma dovrà provvedere alla completa reinstallazione del sistema operativo, degli applicativi e dei componenti avendo cura di scaricarli esclusivamente da fonti affidabili ed in modalità perfettamente licenziata. Il salvataggio temporaneo dei file e documenti di lavoro nella postazione di proprietà personale è permesso a condizione di provvedere il prima possibile e comunque periodicamente alla loro completa eliminazione. Il lavoratore agile predilige i sistemi di file hosting aziendale ufficialmente distribuiti.

L'Istituto ha attivato la partecipazione progressiva dei dipendenti a programmi di formazione "Syllabus".

Il Syllabus, 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 oltreche 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 online
- Trasformazione digitale.

L'Istituto ha aderito al progetto in data 15/02/2022, inviando iniziale domanda di partecipazione per 400 dipendenti i quali vengono progressivamente integrati su richiesta dei responsabili di riferimento.

Gli indicatori

Di seguito sono riepilogati gli specifici indicatori, per il monitoraggio dello stato di attuazione. 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.

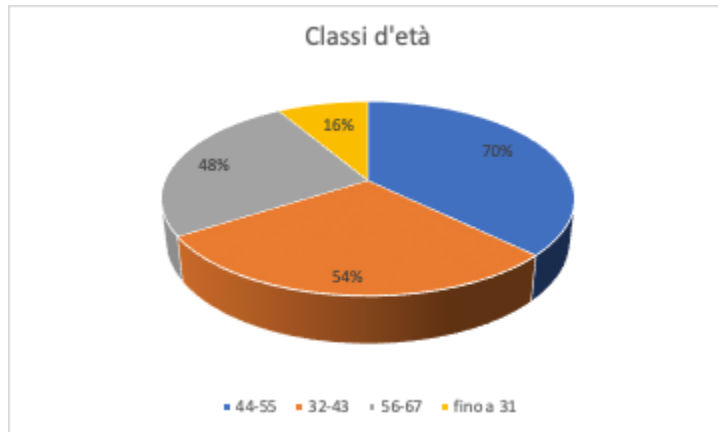
Contributi al miglioramento della performance in termini di efficienza e di efficacia

L'Istituto monitora gli esiti dello svolgimento del lavoro agile sia in termini di impatto sulla produttività e benessere dei dipendenti che di modifiche e efficientamento della dotazione tecnologica.

Si riportano di seguito le risultanze del REPORT – indagine sullo *smartworking* e conciliazione vita personale/vita lavorativa.

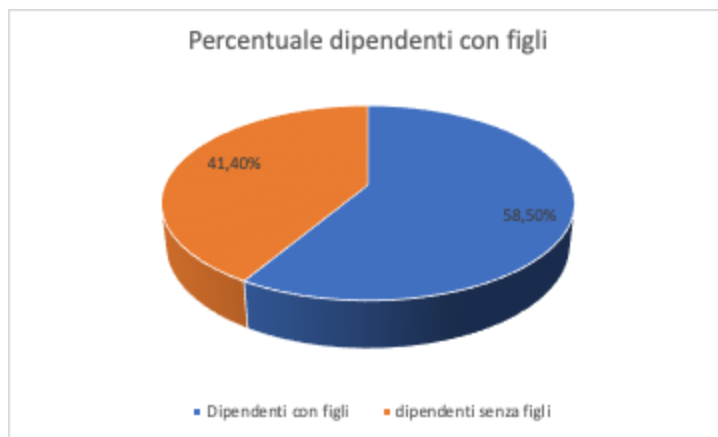
Hanno partecipato all'indagine 188 operatori su 1207 pari al 15,6% dei dipendenti dell'azienda (figura 1). Molti dipendenti in un primo momento pensavano di dover compilare il questionario solo nel caso in cui avessero già utilizzato in passato lo strumento dello *smartworking*.

La classe più frequente di età era quella nel range 44-55 (70%), seguita dalla fascia 32-43 anni (54%), a seguire la fascia più anziana dai 56 ai 67 anni (48%), mentre la fascia dei più giovani fino a 31 anni era quella meno rappresentata (16%). Il campione era composto da un numero circa triplo di femmine, (142), rispetto ai maschi (46), rispettivamente il 75% vs. il 25% degli intervistati.



E' interessante notare che, rispetto al questionario relativo al benessere organizzativo, il fatto che il genere femminile sia così presente rispetto al genere maschile, fa pensare che lo *smartworking* possa essere considerato uno strumento utile per organizzare nella maniera più adeguata anche la vita privata, in cui è evidente che, a tutt'oggi, il bisogno di coniugare al meglio le attività lavorative ed il mondo familiare, includendo la cura dei figli, è ancora tradizionale prerogativa femminile.

Tale dato veniva supportato dai dati relativi alla presenza o meno di figli, anche in questo caso il dato riguardava il 58,5 % dei dipendenti, i quali o soli o in coppia hanno figli da gestire, contro il 41,5 % dei dipendenti "non genitori".



Per quanto riguarda la qualifica dei dipendenti che hanno compilato il questionario, nel campione era presente una netta predominanza del personale del comparto, pari al 77,7% rispetto al 22,3% della dirigenza.



L'area amministrativa e l'area sanitaria sono state rappresentate in egual numero, considerando che la prima categoria pari al 43,6% e la seconda pari al 44%; ridotta la percentuale dei dipendenti di area tecnica, pari al 12,2%.

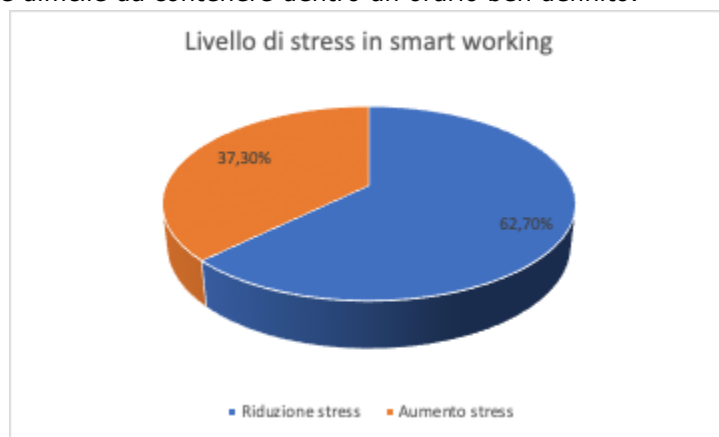
Di questo campione, il 60,6 % non aveva mai utilizzato lo smartworking in epoca Covid. Interessante notare che sommando le percentuali relative all'opportunità di effettuare in futuro smartworking totalmente o in modalità mista, si arriva ad una percentuale interessata pari ad 81,4%.

Percezione dell'utilizzo dello smart working e percezione del rapporto con la vita personale

Del personale che invece ne aveva già usufruito, il 76% ha affermato di aver conciliato senza difficoltà la gestione familiare con l'attività lavorativa.

In merito allo stress, il 62,7% ha sottolineato che lavorare in smart working ha provocato meno stress, rispetto al lavoro in presenza.

In merito invece ai casi in cui avesse creato maggiore stress, la causa principale indicata è stato il carico di lavoro, evidentemente difficile da contenere dentro un orario ben definito.



Situazione familiare ed utilizzo/conoscenza strumenti di conciliazione

In merito alla situazione familiare, una percentuale di dipendenti pari al 60%, afferma di non dover seguire parenti bisognosi di cure continuative, mentre il restante 39,2% può contare sull'aiuto di altri familiari, per tale assistenza.



In merito alla conoscenza/utilizzo degli strumenti di conciliazione indicati, le risposte del personale sono state le seguenti. Ecco le percentuali di chi ha affermato di conoscere questi strumenti ma di non utilizzarli al momento:

- lavoro a distanza 60,8%
- part time: 85,1%
- orario flessibile: 66,3%
- orario ridotto: 82,9%
- congedo parentale: 76,8%

- congedo formativo: 64,1%
- settimana corta: 64,1%
- legge 104: 87,8%



In conclusione si può affermare che nell'indagine riportata è stata valutata la percezione dell'importanza dello smartworking e degli strumenti di conciliazione vita lavorativa/personale all'interno dell'Istituto poiché, mai come oggi, nella gestione delle risorse umane e nelle prassi manageriali delle imprese più attente ai propri dipendenti, emerge forte l'esigenza di cogliere sentimenti e sensazioni delle persone nelle organizzazioni.

Il fattore umano è l'elemento in grado di fare la differenza: le persone, infatti, possiedono una pluralità di conoscenze, competenze e capacità fondamentali per lo sviluppo delle organizzazioni, le quali hanno il compito non facile di gestire al meglio le proprie risorse umane per tradurre in valore il loro potenziale.

Esse sono anche portatrici di sentimenti ed aspettative che non devono essere trascurate: per loro il lavoro individua un tassello importante della loro vita. Diventa quindi fondamentale per un'organizzazione avere la capacità di riconoscere e soddisfare bisogni e necessità dei singoli individui, poiché godere di risorse umane motivate, che nutrono sentimenti positivi e che vivono il proprio lavoro con entusiasmo, significa avere maggiori possibilità di raggiungere performance di eccellenza.

Tra questi bisogni o opportunità, da tale indagine emerge quindi la consapevolezza che il lavoro da remoto può rappresentare una componente strutturale, che possa passare da soluzione obbligata per gestire l'emergenza a una modalità lavorativa contrattata in modo molto più completo e tutelante. In questa direzione vanno posti come requisiti la volontarietà, l'adeguatezza della postazione, l'introduzione di limiti operativi alla durata della prestazione lavorativa che rendano automatica la disconnessione, la vera flessibilità degli orari da parte del lavoratore, la condivisione dei risparmi di costo aziendali attraverso compensazioni economiche.

In merito invece agli strumenti di conciliazione vita personale-vita professionale, è evidente che l'Inrca ha ben chiarito quali strumenti sono da contratto a disposizione del dipendente visto che emerge che, su alte percentuali, essi sono conosciuti ma non utilizzati poiché la maggior parte dei dipendenti non deve seguire parenti in modo continuativo o almeno se deve farlo, è aiutata da altri familiari.

Questo tipo di indagine è comunque sempre utile, per comprendere e proporre pratiche e strumenti di gestione delle risorse umane che permettano ascoltare sempre meglio i bisogni/disagi dei dipendenti. In presenza di sentimenti positivi verso il proprio lavoro ogni persona può sentirsi bene con se stessa e tradurre questo nella capacità di creare valore nella propria azienda.

Merita infine menzione in questa sede il Bilancio di Genere approvato con determinazione INRCA n. 665/DGEN del 29/12/2022 quale strumento chiave con il quale un'amministrazione pubblica definisce il proprio modello di sviluppo e di distribuzione delle opportunità ai propri beneficiari e ai propri stakeholder interessati dalle decisioni.

Si annovera in questa sede l'obiettivo n. 3 definito nel bilancio di cui sopra:

OBIETTIVO 3

	Azione	Strumenti	Target	Referenti istituzionali	Responsabili	Risorse	Indicatore	Timeline				
								22	23	24	25	26
Favorire politiche di conciliazione tra tempi di lavoro professionale ed esigenze di vita privata e familiare	Orario di servizio Flessibilità dell'orario	Incremento della flessibilità nell'organizzazione del lavoro e nell'orario di servizio con possibile priorità per specifiche situazioni familiari	Tutto il personale IRCCS INRCA	Direzioni CUG	Direzioni Amm.ne Risorse Umane Organizzazioni Sindacali	-	Regolamenti e accordi	X	X	X	X	
	Lavoro agile, telelavoro e smart working	Incremento della flessibilità nell'organizzazione del lavoro con lavoro agile o telelavoro per i dipendenti che ne facciano richiesta	Tutto il personale IRCCS INRCA	Direzioni CUG	Direzioni Amm.ne Risorse Umane Organizzazioni Sindacali	-	Regolamenti e accordi	X	X	X	X	

Azione svolte:

Azione	Attività svolte	codice
Orario di servizio Flessibilità dell'orario	Svolgimento di diverse riunioni con la possibilità di partecipazione combinata: modalità on line ed in presenza;	2
	Indagine sullo smart working e conciliazione vita personale/vita lavorativa - anno 2022: Hanno partecipato all'indagine 188 operatori su 1207 pari al 15,6% dei dipendenti dell'Istituto. La classe più frequente di età era quella nel range 44-55 (37,2%), seguita dalla fascia 32-43 anni (28,7%), a seguire la fascia più anziana dai 56 ai 67 anni (25,5%), mentre la fascia dei più giovani fino a 31 anni era quella meno rappresentata (8,5%). Il campione è composto da un numero circa triplo di femmine (142) rispetto ai maschi (46), rispettivamente il 75% vs. il 25% degli intervistati	2
Lavoro agile, telelavoro e smart working	Adozione del Regolamento INRCA per la disciplina del lavoro agile e del telelavoro - determina n. 564/DGEN del 25.11.2022	2

Quanto alle dotazioni informatiche si può affermare che dalla ricognizione effettuata a Ottobre 2022 sono emersi i seguenti dati complessivi di tutte le sedi INRCA per quanto riguarda le dotazioni informatiche:

SEDE	POSTAZIONI DI LAVORO	PRINTER	PRINTER ZEBRA	SCANNER	FAX	Multifunz
Villa Gusso Ancona	120	10	2	3		6
POR Ancona	430	100	60	12	35	29
PST Birarelli Ancona	30	3		2		1
Uff.Tecnico Ancona	15	3	1			1
POR Osimo	120	80	30	2	12	1
POR Fermo	50	20	10	1	6	7
Stabulario Falconara M. Ancona	5	2				
Treia Macerata	5	3	1		1	1
Appignano Macerata	1	1			1	
POR Cosenza	40	20	11		2	
POR Casatenovo Lecco	70	30				
TOTALE	886	272	115	20	60	46

Delle n. 886 postazioni di lavoro, risultano che quelle utilizzate in ambito sanitario sono circa n. 655 e le restanti n.231 sono in ambito amministrativo.

Per completezza di informazione si hanno inoltre:

➤ n. 95 Server di cui 80 virtuali e 15 fisici.

L'attuale dotazione strumentale è da considerarsi funzionale al mantenimento degli standard minimi di efficienza per il funzionamento degli uffici e dei reparti ospedalieri.

Il numero di postazioni è inferiore rispetto al personale in servizio in dipendenza dei turni h24 in ambito sanitario.

Nel corso degli ultimi anni, si è provveduto all'ammmodernamento del parco macchine con l'intento di rispondere alle crescenti necessità dei nuovi applicativi, sopperire all'alto grado di obsolescenza delle apparecchiature e adeguarsi alle misure minime di sicurezza, adottando sempre i principi di economicità.

Gli acquisti infatti hanno consentito di mantenere aggiornato il parco delle dotazioni informatiche e sono stati effettuati attraverso gli strumenti messi a disposizione dal MEPA (Mercato Elettronico Pubblica Amministrazione) ovvero le Convenzioni Consip o dalla Regione Marche attraverso la SUAM, nell'ottica di razionalizzazione e contenimento della spesa.

Per la razionalizzazione della spesa per i beni ed i servizi in ambito informatico si sono perseguite delle linee guida del tipo:

- Contenimento del fabbisogno attraverso analisi delle necessità
- Attivazione nuove gare e procedure
- Acquisti con adesioni a Consip/Accordi quadro/SUAM
- Acquisti sul MEPA.

Oltre a questo si persegue il massimo contenimento dei costi di acquisto e gestione anche con attività di monitoraggio mirate all'individuazione di nuove soluzioni tecnologiche.

Le manutenzioni delle dotazioni informatiche vengono fatte sempre tenendo conto dei costi/benefici relativi e in caso negativo l'apparecchiatura viene sostituita.

Nel corso dei prossimi anni si continuerà alla graduale dismissione di postazioni di lavoro obsolete.

Gli scanner hanno subito una drastica diminuzione negli ultimi anni e sono collocati per la maggior parte nelle postazioni dedicate alla protocollazione elettronica dei documenti con digitalizzazione degli atti.

Stessa considerazione è stata fatta per quanto riguarda i fax i quali sono stati per la maggior parte eliminati negli ultimi anni, rimanendo solo per situazioni particolari nei presidi ospedalieri.

Per le stampanti si è adottata la politica della sostituzione delle apparecchiature personali con delle stampanti di rete condivise tra più utenti abbattendo i costi di acquisto e gestione. Le stampanti personali sono state mantenute per situazioni specifiche come le postazioni dei sportelli e gli ambulatori medici.

C'è da considerare che alcune apparecchiature sono state sostituite con delle multifunzioni cosicché da svolgere le funzioni di fotocopia, scanner e stampa.

Da alcuni anni è stato avviato un processo di razionalizzazione adottando stampanti multifunzione acquisite aderendo a convenzioni Consip. Il costo comprende i servizi di manutenzione e fornitura dei materiali di consumo (escluso la carta), ottenendo un risparmio per quanto riguarda il costo di stampa.

Nel periodo di riferimento non sono previsti investimenti in fax, stampanti, scanner, se non per far fronte a guasti e rotture che eventualmente potrebbero verificarsi.

A seguito della situazione di emergenza da Covid-19 e l'attivazione del lavoro agile per i dipendenti dell'INRCA, si sta valutando per questi casi, l'eventuale sostituzione delle postazioni di lavoro di tipo desktop a sistemi portatili (notebook) più idonei ad essere trasportati fuori dall'ufficio.

Anche per i prossimi anni l'attività di razionalizzazione delle dotazioni informatiche verrà perseguita per diminuire i costi degli acquisti, della gestione e delle manutenzioni relative.

PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE

La consistenza di personale al 31 dicembre dell'anno precedente

Al 31 dicembre 2022, INRCA era composta da 1137 unità a tempo indeterminato, di cui 895 del comparto e 242 dirigenti. Il trend dell'ultimo triennio presenta un andamento positivo, frutto delle procedure di reclutamento a tempo indeterminato messe in atto a seguito della regolare approvazione dei Piani Occupazionali da parte della Regione Marche dal 2017 per le sedi marchigiane e dal 2019 per la sede nella Regione Lombardia. La dinamica della copertura del turnover non è stata tempestiva, né completa principalmente a causa dell'emergenza epidemiologia da SARS COV 2 che nel 2020 ha obbligato ad abbandonare le attività routinarie di assunzione per provvedere ad assunzioni straordinarie, finalizzate a tamponare la situazione di emergenza. Situazione a parte è per la Regione Calabria, perché il Piano occupazionale elaborato regolarmente per la sede di Cosenza non è mai stato approvato da parte della Regione Marche, pertanto, per tale sede non si è più potuto procedere con assunzioni a tempo indeterminato, determinando la riduzione del personale, pari a quasi il 30% solo negli ultimi tre anni.

Di seguito le tabelle relative alla dinamica dei dipendenti a tempo indeterminato dell'ultimo triennio.

TOTALE PRESIDI I.N.R.C.A.			
TIPOLOGIA	2020	2021	2022
DIRIGENZA	236	235	242
COMPARTO	843	881	895
TOTALI	1079	1116	1137
DI CUI:			
PRESIDI MARCHIGIANI			
TIPOLOGIA	2020	2021	2022
DIRIGENZA	210	210	220
COMPARTO	716	757	771
TOTALI	926	967	991
P.O.R. DI CASATENOVO			
TIPOLOGIA	2020	2021	2022
DIRIGENZA	12	13	13
COMPARTO	67	74	80
TOTALI	79	87	93
P.O.R. DI COSENZA			
TIPOLOGIA	2020	2021	2022
DIRIGENZA	14	12	9
COMPARTO	60	50	44
TOTALI	74	62	53

Facendo un focus sulla composizione del personale a tempo indeterminato, si evidenzia che per le sedi i cui piani Occupazionali sono stati regolarmente approvati, l'andamento di incremento del personale è omogeneo tra comparto e dirigenti. In particolare, i presidi Marche confermano un andamento contenuto, seppur positivo per entrambe le tipologie, leggermente più marcato per il comparto, mentre i presidi della Lombardia registrano una crescita importante per entrambi, anch'essa più marcato per il comparto. Il presidio Calabrese registra una riduzione per entrambe le tipologie, di proporzioni peggiori per la dirigenza.

Come accennato, l'andamento diverso tra regioni è dato dai tempi di approvazione dei Piani Occupazionali; 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-Merate 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 49 anni e 7 mesi circa. All'interno dell'area "professionisti della salute e funzionari", che raggruppa tutti i collaboratori dei diversi ruoli, rinveniamo il gruppi di addetti più "giovane" e ciò è spiegato dal fatto che tale area è composta prevalentemente da Infermieri assunti nell'ultimo biennio da un concorso unico regionale. L'area con l'età media maggiore, pari a 52 anni e 7 mesi circa, è quella del personale di supporto che accoglie le categorie ex A e B che non vedono rinnovi della forza lavoro, avendo necessità di reclutare figure professionali sempre più qualificate assumibili tramite procedure concorsuali.

TOTALE PRESIDI I.N.R.C.A.		
CATEGORIA	N. ADDETTI	ETA' MEDIA
DIRIGENZA	242	51,18
prof. Salute e funzionari	653	45,58
assistenti	35	48,88
operatori	143	50,03
personale di supporto	64	52,62
TOTALI	1137	49,66

Il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale

Il 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 ed è stato adottato con atto 363 del 18/7/2022 e approvato dalla Regione Marche con DGRM 1345 del 24/10/2022 limitatamente ai sezionali Marche e Lombardia.

Programmazione strategica delle Risorse Umane

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.LL.

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, nonché le linee guida della Regione Marche che stanno per essere adottate e che daranno la possibilità di stabilizzare ai sensi della L 234/2021.

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 piano è redatto nel rispetto del tetto del personale assegnato all'Istituto con D.G.R.M. 537/2022 individuato in 56.609 milioni di euro. Tale tetto di spesa per il personale vale per l'intero Istituto e costituisce un vincolo insuperabile.

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, come per i precedenti, 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 537/2022 in 56,609 Meuro:

ALLEGATO P				
Attestazione rispetto obiettivo				
di cui all'art. 2, commi 71 e 72 della Legge 191/2009				
	previsione 2021	previsione 2022	previsione 2023	previsione 2024
PRESIDI MARCHE				
previsione costo del personale	57.605.210	59.562.831	61.185.947	61.185.947
rinnovi contrattuali	- 11.046.842	- 11.508.990	- 11.971.139	- 11.971.139
totale tetto	46.558.368	48.053.841	49.214.809	49.214.809
PRESIDI CASATENOVO				
previsione costo del personale	4.661.924	5.017.371	5.269.382	5.269.382
rinnovi contrattuali	- 1.261.271	- 1.355.664	- 1.450.056	- 1.450.056
totale tetto	3.400.653	3.661.708	3.819.326	3.819.326
PRESIDI COSENZA				
previsione costo del personale	4.791.395	4.896.451	5.014.430	5.014.430
rinnovi contrattuali	- 1.366.313	- 1.391.507	- 1.416.701	- 1.416.701
totale tetto	3.425.083	3.504.944	3.597.729	3.597.729
INRCA				
previsione costo del personale	67.058.529	69.476.654	71.469.759	71.469.759
rinnovi contrattuali	- 13.674.425	- 14.256.161	- 14.837.896	- 14.837.896
totale tetto	53.384.103	55.220.493	56.631.863	56.631.863

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).

Si riprota di seguito una sintesi della dinamica delle assunzioni e delle cessazioni contenute nel PTFP adottato con atto 363/2022 a cui si rimanda per le tabelle di dettaglio.

INRCA IRCCS -									
I.N.R.C.A. IMPATTO PIANO OCCUPAZIONALE 2022									
TESTE									
	A	B	C	D	E	F	G	H	I
ENTE	ASSUNZ. T.I.	ASSUNZ. T.D.	TOTALE ASSUNZIONI (A+B)	INCARICHI CO.CO.CO.	CESSAZ. T.I.	CESSAZ. T.D.	TOTALE CESSAZIONI (E+F)	CESSAZIONI INCARICHI CO.CO.CO.	DIFFERENZA ASSUNZIONI / CESSAZIONI (C-G)
MARCHE	87	3	90		-	30	30		60
LOMBARDIA	23		23		1	7	8		15
CALABRIA	28		28		5	17	22		6
FABBISOGNO 2023									
TESTE									
	A	B	C	D	E	F	G	H	I
ENTE	ASSUNZ. T.I.	ASSUNZ. T.D.	TOTALE ASSUNZIONI (A+B)	INCARICHI CO.CO.CO.	CESSAZ. T.I.	CESSAZ. T.D.	TOTALE CESSAZIONI (E+F)	CESSAZIONI INCARICHI CO.CO.CO.	DIFFERENZA ASSUNZIONI / CESSAZIONI (C-G)
MARCHE	3	-	3		-	1	1		2
LOMBARDIA	1		1		1		1		-
CALABRIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-
FABBISOGNO 2024									
TESTE									
	A	B	C	D	E	F	G	H	I
ENTE	ASSUNZ. T.I.	ASSUNZ. T.D.	TOTALE ASSUNZIONI (A+B)	INCARICHI CO.CO.CO.	CESSAZ. T.I.	CESSAZ. T.D.	TOTALE CESSAZIONI (E+F)	CESSAZIONI INCARICHI CO.CO.CO.	DIFFERENZA ASSUNZIONI / CESSAZIONI (C-G)
MARCHE	6	-	6		5	-	5		1
LOMBARDIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CALABRIA	3		3		3		3		-

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 pubblici ai sensi dei DDPPRR 220/2001 e 487/99.

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 di stabilizzazione 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. A ciò si è aggiunta la L. 234/2021, cd Legge di bilancio 2022 che ha introdotto un ulteriore percorso di "stabilizzazione" all'art. 1, comma 268, lett. b) per i cd precari covid aventi requisiti di legge. Nel predisporre il 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.

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 7.420.298,09, derivanti dalle annualità già assegnate del 2019, 2020, 2021 e 2022. 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 primo PTFP è redatto con determina 144/DGEN/2022 ed era coerente con le disponibilità fino ad allora 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 prevedeva di coprirne ulteriori 24, rinviando la copertura dei rimanenti posti in dotazione organica ai Piani occupazionali successivi al 2024.

Di seguito si riportano la tabella relativa alla dotazione organica e al PTFP 2022-2024.

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 DS	40	9	8	4	12	5	17	4	21
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

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 Strategica Aziendale, garantendo la coerenza dei progetti formativi proposti con gli obiettivi strategici e i macro-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. Comunicazione, Formazione e Aggiornamento del Personale e Alta Formazione.

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 Comunicazione, Formazione e Aggiornamento del Personale e Alta Formazione, la quale dà avvio all'attività di analisi del fabbisogno formativo mediante la richiesta di compilazione della scheda per la rilevazione del fabbisogno formativo in ciascuna delle aree di competenza.

Gli attori principali di questa fase sono i Responsabili di UUOO, 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 all'interno dell'Istituto; in particolare coordinano l'analisi del fabbisogno formativo con lo scopo di tradurre una "specifica 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 Comunicazione, Formazione e Aggiornamento del Personale e Alta Formazione 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 Comunicazione, Formazione e Aggiornamento del Personale e Alta Formazione. 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 Comunicazione, Formazione e Aggiornamento del Personale e Alta Formazione 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").

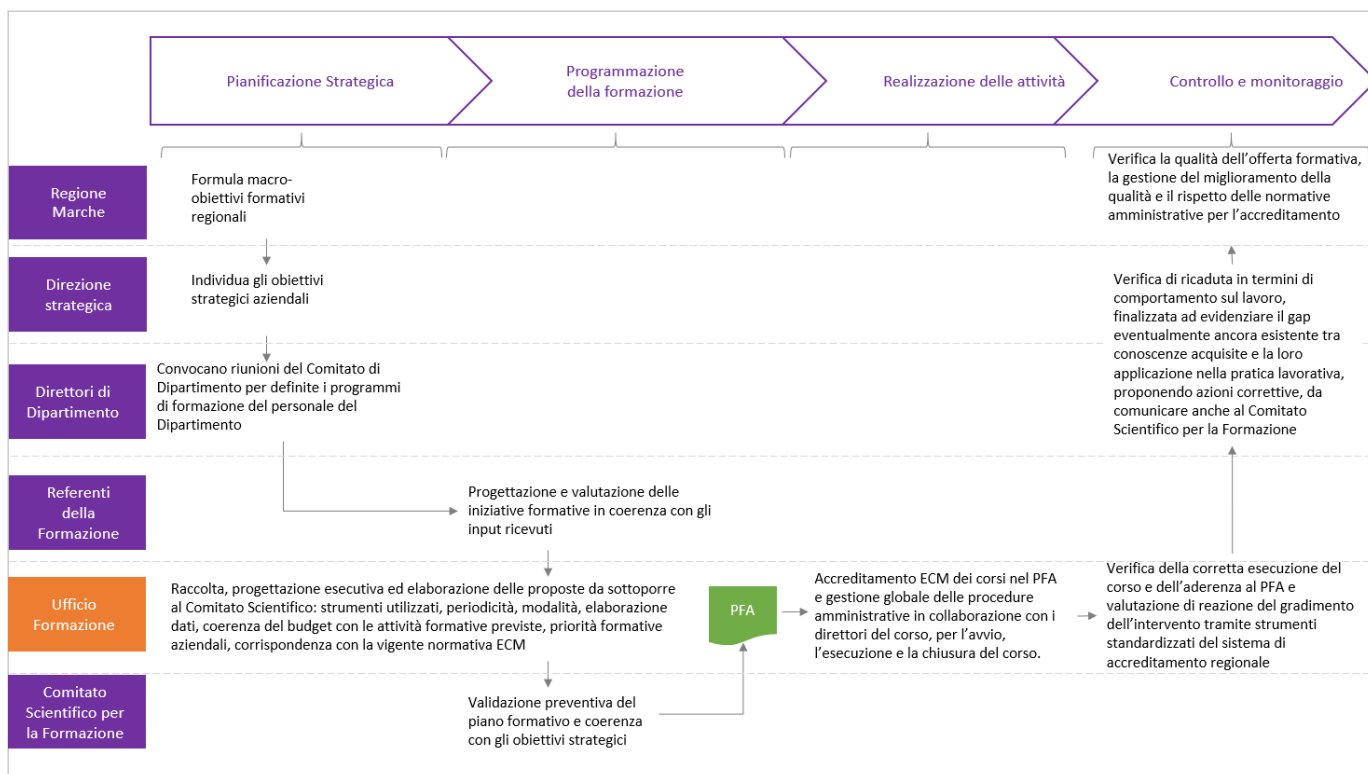


Fig. 1 Il ciclo della formazione aziendale

- A. Le priorità strategiche in termini di riqualificazione o potenziamento delle competenze tecniche e trasversali, organizzate per livello organizzativo e per filiera professionale

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 2023 sono riconducibili a specifiche aree d'intervento strategiche individuate dalla Direzione Strategica tenendo conto sia degli obiettivi formativi stabiliti dalla Commissione Nazionale per la Formazione continua in Sanità, sia delle Linee di indirizzo per la programmazione delle attività formative 2023 comunicate dalla Regione Marche Servizio Sanità PF Risorse Umane e Formazione con nota n. 27860 del 09/09/2022 oltre che dal contesto istituzionale interno.

Le tematiche formative sono di seguito schematizzate:

- le competenze tecniche nonché comunicativo-relazionali per intervenire nella gestione delle fasi pandemiche e interpandemiche in coerenza con il Piano strategico-operativo nazionale e regionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu) 2021-2023;
- le competenze in tema di infezioni ospedaliere come previste dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) con il supporto del gruppo di lavoro regionale istituito ad hoc;
- le azioni previste dal Piano formativo regionale 2022-2024 in fase di formalizzazione;
- il benessere dei sanitari e di tutto il personale dipendente e convenzionato;
- le competenze conoscitive e relazionali degli operatori dei CUP e degli uffici cassa sui percorsi regionali e sull'approccio all'utente;
- l'aggiornamento delle competenze del personale amministrativo con particolare riferimento all'ambito della contrattualistica, della disciplina sul procedimento amministrativo e alla nuova normativa sul PIAO.

A fronte degli obiettivi trasversali sopra citati sono inoltre stati declinati per ogni area strategica gli obiettivi specifici che devono ispirare la progettualità formativa in termini di obiettivi formativi:

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)

- B. 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 2023 è pari a € 287.055,00.

Per l'attuazione del PFA 2023 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 2023, 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.

C. Misure volte ad incentivare e favorire l'accesso a percorsi di istruzione e qualificazione del personale laureato e non laureato (es. politiche di permessi per il diritto allo studio e di conciliazione)

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

Dal 2020 l'Ufficio Formazione dell'INRCA partecipa 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 per diritto allo studio 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.

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.

D. Gli obiettivi e i risultati attesi (a livello qualitativo, quantitativo e in termini temporali) della formazione in termini di riqualificazione e potenziamento delle competenze e del livello di istruzione e specializzazione dei dipendenti, anche con riferimento al collegamento con la valutazione individuale, inteso come strumento di sviluppo

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 2023

La costruzione del Piano 2023, ispirata dalle peculiarità del momento, è volta a:

- *privilegiare e sostenere la formazione FAD/e-learning* sincrona/RES-videoconferenza, 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.

Gli interventi formativi sono valutati tramite metodi e strumenti standardizzati, mutuati dai sistemi di accreditamento regionale e ministeriale e somministrati in modo rigoroso, al fine di garantire l'affidabilità dei risultati.

In particolare sono effettuate valutazioni:

- di reazione, con test che indicano, sulla base di valutazioni qualitative scalari, quanto l'intervento sia stato gradito. Tale valutazione, che è individuale e prende in considerazione più dimensioni, viene sempre fatta, utilizzando strumenti standardizzati e predisposti nell'ambito sistema di accreditamento regionale e ministeriale
- di apprendimento, con prove che variano in relazione alle competenze da misurare e alla tipologia formativa e sono indicative del grado di assorbimento dei principi concettuali e delle nuove abilità acquisite
- di ricaduta in termini di comportamento sul lavoro, con verifiche di follow-up finalizzate ad evidenziare il gap eventualmente ancora esistente tra conoscenze acquisite e loro applicazione nella pratica lavorativa.

La verifica ex post della formazione sui comportamenti professionali e sui risultati di salute e organizzativi deve diventare parte integrante dei processi formativi e uno sforzo particolare deve essere rivolto alla previsione dei cambiamenti che la formazione produrrà sul contesto di riferimento.

Di seguito si riporta il Piano Formativo Aziendale 2023, 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:
 - o *tecnico professionali* finalizzate allo sviluppo di competenze e delle conoscenze tecnico professionali individuate nel settore specifico di attività e rivolti alla professione di appartenenza
 - o *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
 - o *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

NUM.	DIPARTIMENTO	UO	TITOLO EVENTO	Tipologia formativa	Tipo di Competenze
1	DIREZIONE SCIENTIFICA	Direzione Scientifica	Blueprint Program sulla metodologia della ricerca sanitaria	Blended	Tecnico-professionali
2		Direzione Scientifica	Blueprint Program sulla metodologia della ricerca sanitaria – corso avanzato	Blended	Tecnico-professionali
3		Direzione Scientifica	Scuola di Progettazione Europea APRE	FAD	Tecnico-professionali
4		Ufficio Ricerche e Grant Office	Good Clinical Practice	Residenziale	Tecnico-professionali
5	ATL	Acquisizione Beni e Servizi/Logistica	Il Nuovo Codice degli appalti e delle concessioni e successive modifiche - formazione continua 2023	Blended	Tecnico-professionali
6		Affari Generali	Formazione pratica sull'utilizzo dell'applicativo SICR@WEB	Residenziale	Tecnico-professionali
7		Affari Generali	Il nuovo PIAO integrato di attività e organizzazione (PIAO)	Residenziale	Di sistema
8		Amministrazione Risorse Umane	Corso in materia di istituti contrattuali e nuovo CCNL	Blended	Tecnico-professionali
9		Direzione Amministrativa di Presidio	Ottimizzazione della comunicazione e dei rapporti con l'utenza - corso per il personale front office dei presidi INRCA	FSC - Gruppo di miglioramento	Di processo
10		Direzione Amministrativa di Presidio e UO Amministrazione e Finanze	La resa del conto giudiziale degli agenti contabili, procedure di gestione e rendicontazione	Residenziale	Di sistema
11		Servizi Informativi e Tecnologie Informatiche e Telematiche	Applicazione delle nuove disposizioni del Reg. UE 2016/679 in ambito sanitario	FAD	Di processo
12		Servizi Informativi e Tecnologie Informatiche e Telematiche	Nuovo Regolamento IT di Istituto	FAD	Di processo
13	STAFF	Interdipartimentale	Stereotipi e comunicazione: stili comunicativi misogini	Residenziale	Di processo
14		Interdipartimentale	Contro la violenza di genere nei confronti degli operatori: come riconoscerla e combatterla	Residenziale	Di processo
15		Interdipartimentale	Innovazione e ricerca in ambito medico e clinico: la ricerca traslazionale incontra il Design Thinking	Residenziale	Tecnico-professionali
16		UO Formazione	Stato dell'arte dell'apprendimento della corretta metodologia del processo formativo	FSC - Gruppo di miglioramento	Tecnico-professionali
17	DIREZIONE MEDICA POR ANCONA	Direzione Medica di Presidio	L'attività di reparto attraverso i dati delle Schede di Dimissione Ospedaliera: la corretta codifica e gli indicatori di valutazione	FSC - Gruppo di miglioramento	Di processo
18		Direzione Medica di Presidio	Radioprotezione degli operatori e dei pazienti	Residenziale	Tecnico-professionali
19		Direzione Medica di Presidio	La sicurezza in Risonanza Magnetica	Residenziale	Tecnico-professionali
20		Direzione Medica di Presidio	Il Dietetico Ospedaliero: aspetti nutrizionali vs patologie	Residenziale	Tecnico-professionali
21		Dignity care Project Geriatria POR Fermo	Cure Palliative Geriatriche: una nuova dimensione del prendersi cura	Residenziale	Tecnico-professionali
22		Dignity care Project Geriatria POR Fermo	Cure Palliative: strumenti di identificazione, di valutazione per la costruzione di un PAI che permetta un'appropriata presa in carico multiprofessionale	Residenziale	Tecnico-professionali
23		Dignity care Project Geriatria POR Fermo	Mettersi in gioco: a proposito della morte e del morire. Percorsi di Death Education	Residenziale	Di processo
24	DIPARTIMENTO STRUTTURALE Percorsi CHIRURGICI	Anestesia	Emergenze intraospedaliere	Residenziale	Tecnico-professionali
25		Anestesia	Valutazione dati di attività, implementazione nuove procedure, sicurezza operatori	FSC - Gruppo di miglioramento	Di processo
26		Anestesia	Corso teorico-pratico "Accessi venosi periferici ecoguidati: impianto e gestione	Residenziale	Tecnico-professionali
27		Chirurgia Generale	Chirurgia mininvasiva: laparoscopia e robotica prospettive future	Residenziale	Tecnico-professionali
28		Chirurgia Generale	La chirurgia delle vie biliari e della colecisti: ruolo del gastroenterologo e della ERCP	Residenziale	Tecnico-professionali
29		Dermatologia Chirurgica	Il Medico di Medicina Generale e le Neoplasie Cutanee	Residenziale	Di processo
30		Chirurgia Generale	Trattamento endovascolare degli aneurismi dell'aorta addominale per via percutanea	Residenziale	Tecnico-professionali

31	DIPARTIMENTO STRUTTURALE PERCORSI GERIATRICI DELLA FRAGILITÀ, DELLA CONTINUITÀ DELLE CURE E RIABILITATIVI	Geriatría / Centro di Ricerca per l'invecchiamento	Up to date in geriatría 2023	FSC - Gruppo di miglioramento	Di sistema
32		Geriatría / Centro di Ricerca per l'invecchiamento	Corso di ecografia clinica nella gestione del paziente geriatrico	Residenziale	Tecnico-professionali
33		Geriatría / Centro di Ricerca per l'invecchiamento	Corso ecografia come supporto alle manovre invasive nel paziente geriatrico	Residenziale	Tecnico-professionali
34		Medicina riabilitativa	Maggiore appropriatezza dei modelli di assistenza	FSC - Gruppo di miglioramento	Di processo
35		Medicina riabilitativa	Percorso della riabilitazione ambulatoriale del paziente con lombalgia, aggiornamento sulle ultime linee guida	FSC - Gruppo di miglioramento	Di sistema
36		Medicina riabilitativa	La presa in carico multidisciplinare del paziente con BPCO: "Possibili nuovi modelli organizzativi"	Residenziale	Di sistema
37		Medicina riabilitativa	Riformulazione della cartella condivisa di valutazione pelvi perineale per pazienti ambulatoriali	FSC - Gruppo di miglioramento	Di processo
38		Medicina riabilitativa	Utilizzo di strumenti di valutazione clinico funzionale nella gestione fisioterapia dei disturbi muscolo-scheletrici	Residenziale	Di sistema
39		Centro Tecnologie avanzate dell'invecchiamento	Cosa cambia con l'attuazione del nuove Decreto formazione nell'ambito delle figure professionali coinvolte nella sperimentazione animale a partire da Gennaio 2023	FAD	Tecnico-professionali
40		Centro Tecnologie avanzate dell'invecchiamento	Corso di statistica: analisi dati con R	FAD	Tecnico-professionali
41	Centro Tecnologie avanzate dell'invecchiamento	Corso di Genomica Data Science	FAD	Tecnico-professionali	
42	DIPARTIMENTO STRUTTURALE PERCORSI MEDICI	Pneumologia	La NIV nella insufficienza respiratoria acuta	Residenziale	Tecnico-professionali
43		Pneumologia	"Sogni d'oro Marche" - La gestione infermieristica dei pazienti sottoposti a polisomnografia	FSC - Gruppo di miglioramento	Tecnico-professionali
44		Pronto Soccorso	La traumatologia in PS	FSC - Gruppo di miglioramento	Tecnico-professionali
45		Pronto Soccorso	La ventilazione assistita in PS	FSC - Gruppo di miglioramento	Tecnico-professionali
46		Nefrologia e Dialisi	Approccio multidisciplinare e presa in carico del paziente con malattia renale cronica	Residenziale	Tecnico-professionali
47		Nefrologia e Dialisi	Gestione del trattamento C.R.R.T. (Continuous renal replacement Therapy) nel paziente critico	Residenziale	Tecnico-professionali
48		Nefrologia e Dialisi	La gestione della seduta dialitica: il processo clinico-assistenziale del paziente in trattamento sostitutivo emodialitico	Residenziale	Tecnico-professionali
49		Neurologia/Centro Alzheimer/Stroke Unit	Psicoterapia e ricerca psicologica in Medicina	Residenziale	Di processo
50	DIPARTIMENTO STRUTTURALE SERVIZI TECNOLOGIE	Farmacia e Farmacologia Clinica	Corso UNIMAX	Residenziale	Tecnico-professionali
51		Nutrizione Clinica	Gestione multidisciplinare del paziente disfagico	Residenziale	Tecnico-professionali
52		Clinica di Medicina di Laboratorio e di Precisione	Aggiornamento in medicina di laboratorio INRCA 2023	FSC - Gruppo di miglioramento	Di processo
53		Clinica di Medicina di Laboratorio e di Precisione	Accoglienza inserimento/aggiornamento (40 giorni) del Tecnico Sanitario Laboratorio Biomedico	FSC-Training individualizzato	Tecnico-professionali
54		Clinica di Medicina di Laboratorio e di Precisione	Formazione/Aggiornamento "veloce" (20 giorni) del Tecnico sanitario Laboratorio Biomedico	FSC-Training individualizzato	Tecnico-professionali
55		Clinica di Medicina di Laboratorio e di Precisione	Ruoli e responsabilità degli operatori nel laboratorio analisi INRCA: aspetti tecnici, legislativi e relazionali	Residenziale	Tecnico-professionali
56		Clinica di Medicina di Laboratorio e di Precisione	Laboratorio analisi: aggiornamenti tecnico-professionali e gestionali, per il miglioramento della comunicazione e dell'organizzazione	FSC - Gruppo di miglioramento	Tecnico-professionali
57		Clinica di Medicina di Laboratorio e di Precisione	Laboratorio analisi: aggiornamenti tecnico-professionali e gestionali con gli specialist	FSC - Gruppo di miglioramento	Tecnico-professionali
58		Diagnostica per immagini, Radiologia clinica ed interventistica	Audit Clinici - Casistica gastrointestinale	FSC - Gruppo di miglioramento	Tecnico-professionali
59		Diagnostica per immagini, Radiologia clinica ed interventistica	Audit Clinici - Casistica vascolare	FSC - Gruppo di miglioramento	Tecnico-professionali
60		Diagnostica per immagini, Radiologia clinica ed interventistica	Gruppo di studio in radiologia	FSC - Gruppo di miglioramento	Tecnico-professionali

61	DIPARTIMENTO STRUTTURALE SERVIZI E TECNOLOGIE	Diagnostica per immagini, Radiologia clinica ed interventistica	Gruppo di studio per infermiere	FSC - Gruppo di miglioramento	Tecnico-professionali
62		Diagnostica per immagini, Radiologia clinica ed interventistica	Tecniche di studio radiologico del distretto neurovascolare e del capo-collo	Residenziale	Tecnico-professionali
63		Diagnostica per immagini, Radiologia clinica ed interventistica	Training per inserimento infermiere neoassunti-neoassegnati in radiologia clinica	FSC-Training individualizzato	Tecnico-professionali
64		Diagnostica per immagini, Radiologia clinica ed interventistica	Training per inserimento infermiere neoassunti-neoassegnati in radiologia interventistica	FSC-Training individualizzato	Tecnico-professionali
65		Diagnostica per immagini, Radiologia clinica ed interventistica	Imaging spect-ct in medicina nucleare	Blended	Tecnico-professionali
66		Diagnostica per immagini, Radiologia clinica ed interventistica	Training per l'inserimento tecnici di radiologia neo assunti - neoassegnati in radiologia clinica	FSC-Training individualizzato	Tecnico-professionali
67		Diagnostica per immagini, Radiologia clinica ed interventistica	Training per l'inserimento tecnici di radiologia neo assunti - neoassegnati in interventistica	FSC-Training individualizzato	Tecnico-professionali
68		Diagnostica per immagini, Radiologia clinica ed interventistica	Training per l'inserimento tecnici di radiologia neo assunti - neoassegnati in medicina nucleare	FSC-Training individualizzato	Tecnico-professionali
69	DIPARTIMENTO GERIATRICO RIABILITATIVO AD INDIRIZZO CARDIONEURO RESPIRATORIO FERMO	Geriatría	Approccio metodologico al paziente critico	Residenziale	Di sistema
70		Cardiologia Riabilitativa	Diagnosi e gestione delle urgenze cardiologiche in un ospedale di periferia	Residenziale	Di processo
71		Riabilitazione	Fratture di femore da fragilità e cadute: aspetti clinici e riabilitativi nella riabilitazione	Residenziale	Di processo
72	DIPARTIMENTO GERIATRICO AD INDIRIZZO PNEUMOLOGICO - CASATENOVO	Direzione Medica	BLS-D CORSO TEORICO-PRATICO	Residenziale	Di sistema
73		Cadiologia Riabilitativa	Corso teorico-pratico di elettrocardiografia di base	Residenziale	Di processo
74		Pneumologia Riabilitativa	L'infermiere Health Coach	Blended	Di processo
75	CORSI SULLA SICUREZZA RSPP	Servizio Prevenzione e Protezione	Movimentazione manuale dei carichi (MMC): l'addestramento nell'attività quotidiana di reparto	Residenziale	Tecnico- professionali
76		Servizio Prevenzione e Protezione	Aggiornamento dei lavoratori ai sensi dell'art.15 del D.Lgs 81/2008 e s.m.i.	FAD	Tecnico- professionali
77		Servizio Prevenzione e Protezione	Aggiornamento dei Dirigenti ai fini prevenzionali ai sensi dell'art.15 del D.Lgs 81/2008 e s.m.i.	FAD	Tecnico- professionali
78		Servizio Prevenzione e Protezione	Aggiornamento dei preposti ai sensi dell'art.15 del D.Lgs 81/2008 e s.m.i.	FAD	Tecnico- professionali
79		Servizio Prevenzione e Protezione	Formazione/Addestramento addetti antincendio	Residenziale	Tecnico- professionali
80		Servizio Prevenzione e Protezione	Aggiornamento addetti antincendio	Residenziale	Tecnico- professionali
81		Servizio Prevenzione e Protezione	Formazione per i RSPP/ASPP ai sensi dell'art.37 del d.lgs 81/2008 e s.m.i.	FAD	Tecnico- professionali
82		Servizio Prevenzione e Protezione	Aggiornamento per i RSPP/ASPP ai sensi dell'art.37 del d.lgs 81/2008 e s.m.i.	FAD	Tecnico- professionali
83		Servizio Prevenzione e Protezione	Aggiornamento PER I RAPPRESENTANTI DEI LAVORATORI PER LA SICUREZZA (8H) ai sensi dell'art.37 del D.Lgs 81/2008 e s.m.i.	FAD	Tecnico- professionali
84		Servizio Prevenzione e Protezione	Formazione per addetti alla conduzione di carrelli elevatori semoventi	FAD	Tecnico- professionali
85		Servizio Prevenzione e Protezione	Formazione dei lavoratori ai sensi dell'art.15 del d.lgs 81/2008 e s.m.i.. – Formazione Specifica Rischio Basso	FAD	Tecnico- professionali
86		Servizio Prevenzione e Protezione	Formazione dei lavoratori ai sensi dell'art.15 del d.lgs 81/2008 e s.m.i.. – Formazione Specifica Rischio Alto	FAD	Tecnico- professionali
87		Servizio Prevenzione e Protezione	Formazione dei dirigenti ai fini prevenzionali ai sensi dell'art.15 del D.Lgs 81/2008 e s.m.i.	FAD	Tecnico- professionali
88		Servizio Prevenzione e Protezione	Formazione dei preposti ai sensi dell'art.15 del D.Lgs 81/2008 e s.m.i.	FAD	Tecnico- professionali
89		Servizio Prevenzione e Protezione	Formazione/addestramento/aggiornamento addetti al primo soccorso	Residenziale	Tecnico- professionali
90	Servizio Prevenzione e Protezione - Geriatria Fermo - RSPP	Qualità e sicurezza del paziente. Benessere organizzativo e accreditamento	Formazione rischi specifici: rischio aggressioni	Residenziale	Tecnico- professionali

91	CORSI INTERDIPARTIMENTALI	ARS HTA, Tecnologie biomediche e sistemi informativi	Telemedicina e Mhealth: come cambia la sanità tra diritto del paziente alla riservatezza ed alla utilità della condivisione del dato sanitario	Residenziale	
92		ARS Assistenza Ospedaliera, Emergenza Urgenza, Ricerca	Corretta codifica SDO: alla ricerca dell'appropriatezza	Blended	Di processo
93		ARS Assistenza farmaceutica, protesica, dispositivi medici	Cannabis: aggiornamenti per medici prescrittori	Residenziale	Di processo
94		Anestesia	BLS TRAINING	Residenziale	Tecnico-professionali
95		Anestesia	BLS RE-TRAINING	Residenziale	Tecnico-professionali
96		Qualità e sicurezza del paziente. Benessere organizzativo e accreditamento	La prevenzione delle Infezioni Correlate all'assistenza: il ruolo della sanificazione ambientale	Residenziale	Tecnico- professionali
97		Qualità e sicurezza del paziente. Benessere organizzativo e accreditamento	Corso BASE Infezioni Ospedaliere	FAD	Di processo
98		Direzione Sanitaria /Qualità e sicurezza del paziente. Benessere organizzativo e accreditamento	I Comitati ICA: funzioni operative di sorveglianza e prevenzioni delle infezioni correlate all'assistenza	Blended	Di processo
99		Centro Studi e Ricerche Economico Sociali per l'Invecchiamento / Recupero e Riabilitazione POR Fermo	Tecniche psico-corporee per la salute e il benessere dei professionisti sanitari e non sanitari	Residenziale	Di processo
100		Geriatrica Fermo - Malattie Metaboliche e Diabetologia - Qualità e sicurezza del paziente. Benessere organizzativo e accreditamento	L'operatore sanitario al centro: "benessere" e il "benfare"	Residenziale	Di processo
101		Qualità e sicurezza del paziente. Benessere organizzativo e accreditamento	Corso base Rischio Clinico 2022 : le segnalazioni di incident reporting con l'ausilio di un sistema informatizzato	FAD	Di sistema
102		Qualità e sicurezza del paziente. Benessere organizzativo e accreditamento	PDIA INRCA	FSC - Gruppo di miglioramento	Di sistema
103		Qualità e sicurezza del paziente. Benessere organizzativo e accreditamento	Failure Mode and Effect Analysis/Failure Mode and Effect Criticality Analysis (FMEA/FMECA)	FSC - Gruppo di miglioramento	Di sistema
104		Dipartimento delle Professioni Sanitarie	La Responsabilità professionale applicata ai modelli organizzativi e processi assistenziali	Residenziale	Di processo
105		Dipartimento delle Professioni Sanitarie	Il processo di Assistenza infermieristica, accertamento infermieristico PAI	FSC - Gruppo di miglioramento	Di processo
106		Dermatologia / Medicina Riabilitativa / RSR Appignano	Comprendere, prevenire e gestire le lesioni da pressione secondo i principi dell'EBP	Residenziale	Tecnico-professionali
107		Direzione Amministrativa di Presidio	La trasparenza e la prevenzione della corruzione fondamenti normativi e linee guida ANAC	Residenziale	Di sistema

MONITORAGGIO AREA FORMAZIONE

Le attività inerenti la 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 Comunicazione, Formazione e Aggiornamento del Personale e Alta Formazione monitorare l'utilizzo dei fondi destinati alla formazione del personale. Infatti, l'UO Comunicazione, Formazione e Aggiornamento del Personale e Alta 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 in house 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 18.12.2017 modificata con DGRM n. 1620 del 03.12.2022.

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 Dipartimento Salute 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.

SEZIONE 4: MONITORAGGI

Di seguito si dà rappresentazione sintetica delle attività monitoraggio relativamente alle sottosezioni precedenti, tenendo comunque conto di quanto statuito dagli articoli 6 e 10 comma 1 lettera b del Decreto legislativo 150/2009 per la performance e il valore pubblico e delle indicazioni di ANAC per il monitoraggio della sezione rischi corruttivi e trasparenza.

Obiettivi di Valore pubblico

Area	Obiettivo	Strumenti per il monitoraggio	Periodicità monitoraggi
Miglioramento economico ambientale benessere sociale	Soddisfacimento dei bisogni di salute dei cittadini attraverso l'erogazione di servizi efficaci ed efficienti	Analisi dei risultati del PNE	Annuale e/o in base alla disponibilità dei risultati
Miglioramento economico ambientale benessere sociale	Soddisfacimento dei bisogni di salute dei cittadini attraverso l'erogazione di servizi efficaci ed efficienti	Analisi dei risultati del NSG	Annuale e/o in base alla disponibilità dei risultati
Miglioramento economico ambientale benessere sociale	Soddisfacimento dei bisogni di salute dei cittadini attraverso l'erogazione di servizi efficaci ed efficienti	Analisi dei risultati degli obiettivi sanitari assegnati alla Direzione Generale	Trimestrale

Obiettivi di qualità

Area	Obiettivo	Strumenti	Marzo 2023	Giugno 2023	Luglio 2023	Settembre 2023	Dicembre 2023
Benessere organizzativo	Somministrazione questionario auto compilato specifico in tutto l'Istituto, condiviso con CUG con la possibilità di addendum specifici per alcune aree organizzative (ad esempio ristorazione).	Questionario	Predisposizione questionario validato dal CUG Implementazione e predisposizione format sullo strumento Talete	Somministrazione questionario a tutti i dipendenti tramite Talete Web	Raccolta dati Rielaborazione e analisi dei risultati	Condivisione risultanze con la Direzione dell'Istituto	Implementazione azioni migliorative, valutando la fattibilità temporale di realizzazione delle stesse
Area	Obiettivo	Strumenti	Febbraio2023	Aprile 2023	Maggio2023	Dicembre 2023	
Customer satisfaction	Implementare un Servizio di analisi continuo dell'esperienza del paziente: Esplicitare, rendendo visibile e fruibile rapidamente, il livello di percezione del servizio. Analizzare il lato esperienziale e funzionale del servizio Consolidare a tutti i livelli	Questionario	Acquisto di un servizio di rilevazione informatizzata di customer satisfaction	Implementazione	Aggiornament o procedura di gestione del sistema di rilevazione customer satisfaction	Avvio e Analisi dati	

	dell'organizzazione la cultura e l'approccio proattivo alla valutazione ed al miglioramento continuo.						
--	---	--	--	--	--	--	--

Obiettivi di Performance

Area	Obiettivo	Strumenti per il monitoraggio	Periodicità monitoraggi
Obiettivi di area scientifica	Sviluppo delle attività di ricerca	Analisi dei risultati in termini di: IFN Citation Index Finanziamenti e progetti acquisiti Numero di trials clinici realizzati Partecipazione alle attività delle Reti Sviluppo delle attività delle facilities aziendali	Trimestrale e/o in base alle disponibilità dei dati
Obiettivi di area clinico assistenziale	Sviluppo delle attività clinico assistenziali anche in considerazione della dimensione Istituto di Ricerca	Analisi dei risultati in termini di: Attività ambulatoriali Innalzamento dei parametri di qualità dell'attività di ricovero Rispetto degli obiettivi sanitari del Direttore Generale Avvio e/o consolidamento di attività di tecnoassistenza Applicazione di PDTA adattati alla dimensione Inrca Sviluppo di attività di Dignity care Sviluppo della progettualità del nuovo ospedale di Osimo	Trimestrale e/o in base alle disponibilità dei dati
Obiettivi di area tecnico	Rafforzamento della dimensione di supporto alle attività di ricerca e clinico assistenziali	Analisi dei risultati in termini di: Miglioramento della tempestività dei pagamenti Implementazione del nuovo sistema Informativo aziendale	Trimestrale e/o in base alle disponibilità dei dati

professionale amministrativa		Sviluppo e miglioramento del Sistema informativo sanitario Attuazione del codice dell'amministrazione digitale Individuazione dell'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare	
Digitalizzazione	Digitalizzazione e innovazione dei processi	Analisi dei risultati in termini di: Numero di nuovi processi digitalizzati	Annuale
Piano Efficientamento energetico	Riduzione delle emissioni e risparmio energetico	Analisi dei risultati in termini di: Formazione/sensibilizzazione del personale sui temi dell'uso intelligente e razionale dell'energia e del risparmio energetico nei luoghi di lavoro (piattaforma Syllabus, corsi specifici ENEA). Partecipazione alle sessioni formative almeno del 50% del personale, per i primi due anni. Successivamente formazione dei neoassunti.	Annuale
Accessibilità	Eliminazione delle criticità note ed emergenti nell'accessibilità ai presidi INRCA	Per conoscere la percezione diffusa, facilitare segnalazioni e consentire progressive azioni di miglioramento si può ricorrere alla consultazione degli utenti e del personale attraverso somministrazione di questionari. Le performances possono essere misurate attraverso: La presa in carico delle criticità segnalate L'eliminazione delle criticità stesse	Elaborazione/aggiornamento questionario: annuale entro 15 gg entro 60 gg
Accessibilità digitale	Rendere accessibili gli strumenti on-line anche a persone con particolari disabilità o in presenza di cultural divide	Sono utilizzati periodicamente gli strumenti omologati da AgID con particolare riferimento al progetto Mauvee++ e wave	Semestrale

Obiettivi del PTAT (Piano Triennale per le azioni Positive e la valutazione Partecipativa)

Obiettivo 1	Strumenti	Giugno 2023	Ottobre 2023	Dicembre 2023	Marzo 2024	Giugno 2024
Indagine sul benessere organizzativo coordinata con le altre aree aziendali, per la realizzazione di un questionario in un'ottica che tenga presente tutte le aree attualmente presenti nei presidi, quale: sicurezza - prevenzione e protezione, area qualità dei servizi offerti agli operatori (mensa, bar), area benessere organizzativo, oltre ad item specifici sullo smart working e conciliazione vita professionale/personale.	Definizione sottogruppo Cug che si interfacci con i responsabili delle altre aree per la definizione del questionario da somministrare ai dipendenti - Questionario stesso	Definizione questionario	Somministrazione ai dipendenti	Raccolta dati ed elaborazione report	Interfaccia con Direzione Strategica e piano di azione rispetto alle criticità rilevate dall'indagine e analisi delle misure proposte dalla direzione strategica idonee a garantire il miglioramento delle criticità percepite	Monitoraggio e verifica piano delle azioni di miglioramento messe in atto dalla Direzione Strategica
Obiettivo 1 bis	Strumenti	Marzo 2024	Giugno 2024	Ottobre 2024- Dicembre 2024	Marzo 2025	Dicembre 2025
Proposta di attivazione di uno sportello di ascolto per operatori in burn out o comunque con problemi di stress lavoro-correlati, soprattutto per gli operatori del PS Osimo e Agu Ancona	Creazione sportello di ascolto sia in presenza che online con psicologi dell'Istituto	Informazione e divulgazione tramite intranet ed altri strumenti dell'opportunità di accesso a tale sportello	Attivazione ed organizzazione, tempistica e gestione dello sportello	Monitoraggio dell'utilità di tale strumento	Resa dati e report alla direzione strategica	Monitoraggio e verifica tramite questionario agli operatori che hanno usufruito dello sportello dell'efficacia dello stesso ed Interfaccia in merito a tale azione con la Direzione Strategica

Obiettivo 2	Strumenti	Marzo 2023	Giugno 2023	Dicembre 2023	Anno 2024	Anno 2025
Realizzazione di iniziative di informazione/sensibilizzazione sull'attività del Cug Inrca	Riposizionamento Area CUG online, aggiornamento brochure ed incontri aperti a tutti i dipendenti sull'attività Cug, sulla base della normativa di riferimento	Riposizionamento area CUG sia su intranet che su internet. Revisione procedura accesso al CUG da parte dei dipendenti e aggiornamento brochure CUG	Redazione di linee guida per l'uso di un linguaggio rispettoso delle differenze di genere, per favorire una maggiore consapevolezza all'interno della nostra organizzazione. Esso potrà contribuire all'acquisizione di nuove consuetudini linguistiche che tengano in maggior conto la presenza femminile, allineandosi pertanto ad analoghe iniziative avviate in altre amministrazioni pubbliche. Aggiornamento codice etico quale	Giornata l'anno di informazione e sensibilizzazione diretta a tutto il personale Inrca per far conoscere il CUG	Una giornata l'anno di informazione e sensibilizzazione diretta a tutto il personale Inrca per far conoscere il CUG	Una giornata l'anno di informazione e sensibilizzazione diretta a tutto il personale Inrca per far conoscere il CUG

			parte integrante del codice di comportamento dipendenti			
--	--	--	---	--	--	--

L'Amministrazione verificherà l'attuazione delle azioni sopra indicate in collaborazione con il CUG e proporrà misure idonee a garantire il rispetto dei principi fissati dalla legislazione vigente

Obiettivi di anticorruzione e trasparenza

Si rinvia agli allegati 2,3 e 4 al presente atto.

Obiettivi di lavoro agile

Area	Obiettivo	Strumenti	Giugno 2023	Ottobre 2023	Dicembre 2023	note
Coordinamento organizzativo	Ricognizione e Aggiornamento Mappatura delle attività smartabili e non	Comunicazione da parte delle UO interessate	Caricamento mappatura attività pervenute dalle UUOO		Aggiornamento mappatura su eventuale indicazione delle UUOO interessate	
Monitoraggio del lavoro agile	Monitoraggio del lavoro agile anno 2022- Somministrazione questionario di gradimento e successiva analisi	Questionario di gradimento	Elaborazione questionario	Somministrazione questionario	Raccolta dati e avvio analisi risultati	

Competenze digitali	Partecipazione al Progetto Syllabus	Piattaforma ministeriale	Elaborazione report di partecipazione al progetto		Elaborazione report di partecipazione al progetto	
Sistema VPN Intranet dedicata allo SW Sistemi di collaboration in cloud Processi digitalizzati Servizi digitalizzati	Verifica e aggiornamento sistemi	Risorse finanziarie	Verifica sistemi	Valutazione eventuali aggiornamenti necessari	Avvio iter procedurale per eventuale aggiornamento	Compatibilmente con le risorse finanziarie a disposizione

Si precisa che la cadenza del monitoraggio verrà conservata, per quanto compatibile, anche per gli anni 2024-2025

Obiettivi relative al Piano Triennale del Fabbisogno del Personale

Area	Obiettivo	Strumenti	Maggio 2023	Agosto 2023	Dicembre 2023	note
Monitoraggio del Piano triennale dei fabbisogni del personale	Assunzione del personale previsto nel piano occupazionale	Report	Elaborazione report quadrimestrale	Elaborazione report quadrimestrale	Elaborazione report quadrimestrale	La cadenza quadrimestrale del monitoraggio verrà conservata anche per gli anni 2024-2025

Obiettivi di formazione

Area	Obiettivo	Marzo 2023	Marzo 2023	Settembre 2023	Novembre 2023	Dicembre 2023
Attività Provider ECM accreditato presso la Regione Marche	Realizzazione ed erogazione di attività formative riconosciute per il Sistema di formazione continua (ECM) attribuendo direttamente i crediti ai progetti formativi	Pagamento contributo annuale a favore della Regione Marche quale ente accreditante	Invio alla Regione Marche della relazione annual sull'attività formativa svolta nel 2022 (adottata con determina nel 2021	Avvio della richiesta del fabbisogno formative, con indicazione delle linee strategiche di indirizzo, ai Referenti della Formazione, ai Direttori di Dipartimento e di UO	Elaborazione delle proposte formative da parte dell'UOSD Formazione ed invio al Comitato Scientifico per la Formazione della bozza del PFA per la validazione	Il PFA viene sottoposto alle OO.SS. e, infine, al Collegio di Direzione per il previsto parere consuntivo Trasmissione alla Regione Marche della determina di adozione del Piano Formativo Annuale PFA 2024 entro il 31/12/2023

Area	Attori coinvolti	Entro il 1° trimestre	Entro il 1° 3° trimestre	Almeno 45 gg. prima del singolo progetto formativo	Entro 15 gg. prima del progetto formativo	Entro 30 gg il termine progetto formativo	Entro 90 gg il termine del progetto
Progettazione esecutiva dei progetti formativi presente del PFA	Provider INRCA	Invito ai Responsabili Scientifici a predisporre una calendarizzazione degli eventi	Invio al Comitato Scientifico della Formazione dello stato di attuazione del PFA		Accreditamento del progetto formativo		Rendicontazione del corso, nel portale ECM Marche, se svolto nei POR Marche, e per le sedi esterne nel sito dell'Agenas. Trasferimento dei dati al Co.Ge.A.P.S. (Consorzio Gestione Anagrafica Professioni Sanitarie) Generazione e firma digitale degli attestati direttamente dal portale ECM-Marche

	Responsabile Scientifico			Invio del progetto esecutivo all'UO Formazione per l'inserimento del corso nel portale ECM-Marche, per le sedi esterne per le sedi esterne nel sito dell'Agenas		Trasmissione di tutta la documentazione necessaria alla rendicontazione del corso	
--	--------------------------	--	--	---	--	---	--

Allegati:

All. 1: Elenco dei referenti per la prevenzione della corruzione

All. 2. Misure specifiche di prevenzione della corruzione

All. 3: Misure generali di trasparenza e prevenzione della corruzione

All. 4: Dati e informazioni da pubblicare nella sezione "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" ex D.lgs. n.33/2013, delibera ANAC n.1310/2016 e PNA 2022
- ruoli, compiti e responsabilità