



IRCCS INRCA

**Piano Integrato di
Attività e Organizzazione (PIAO)
2026-2028**

Sommario

PRESENTAZIONE DEL PIANO - INTRODUZIONE	5
SEZIONE 1: INRCA- SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE.....	5
SEZIONE 2: VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE VALORE PUBBLICO	6
Valore pubblico nella dimensione INRCA	6
Accessibilità e interventi di risparmio energetico	7
Il contesto esterno di riferimento.....	8
Il contesto interno di riferimento.....	8
Dati di attività	11
Assistenza ospedaliera	12
Assistenza nel territorio.....	13
L'attività di Ricerca.....	15
La certificazione del Sistema di Gestione Qualità, Rischio e Sicurezza (SGQRS)	23
PERFORMANCE	25
Il sistema di valutazione della performance	25
Il ciclo di valutazione della performance	25
Il sistema di valutazione della Performance di INRCA.....	25
Reporting e Analisi degli scostamenti	26
L'Istituto della revisione del Budget	27
Gli obiettivi di performance per l'anno 2026.....	28
L'albero della performance	28
Il Posizionamento dell'Istituto all'interno del PNRR	28
PNRR MISSIONE 6 SALUTE	29
PNRR MISSIONE 1 – DIGITALIZZAZIONE, INNOVAZIONE, COMPETITIVITA', CULTURA E TURISMO	31
La dimensione della performance organizzativa	33
In ambito dei Processi Interni di Supporto	36
La dimensione della Performance Individuale	37
Il sistema delle coerenze	37
La coerenza con la programmazione economico- finanziaria e di bilancio	37
La coerenza con il Piano Triennale per la Trasparenza e la Prevenzione della Corruzione	38

La coerenza con i percorsi di semplificazione, digitalizzazione e piena accessibilità	39
La coerenza con il Piano Triennale per le azioni Positive e la valutazione Partecipativa	42
ANTICORRUZIONE – Rischi corruttivi e trasparenza TRASPARENZA E PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE.....	43
Analisi del contesto esterno e del contesto interno con riferimento al rischio corruttivo	43
Distribuzione territoriale degli episodi di corruzione – anni 2016-2019	44
Valutazione del rischio e misure specifiche di prevenzione della corruzione	46
Le misure di carattere generale atte a prevenire il rischio di corruzione	46
Inconferibilità e incompatibilità in presenza di condanne	47
Inconferibilità e incompatibilità di incarichi dirigenziali	47
Conflitto di interessi in attività e incarichi istituzionali	48
Rotazione del personale	50
Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro – il c.d. "pantoufage"	50
Segnalazione di illeciti – procedura e tutele.....	50
Formazione	51
Il Programma della Trasparenza.....	52
L'organizzazione dell'Istituto per la Trasparenza	52
L'Accesso civico	52
Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile	53
SEZIONE 3: ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	54
STRUTTURA ORGANIZZATIVA	54
ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE.....	54
Introduzione al lavoro agile	54
Condizionalità e fattori abilitanti	55
Il programma Syllabus e la cyber security	55
Gli indicatori	56
Contributi al miglioramento della performance in termini di efficienza e di efficacia	56
SEZIONE 3 - ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	58
Sottosezione 3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE	58
3.3.1 Riferimenti normativi	58
3.3.2 Il Piano Triennale dei fabbisogni del personale	58
3.3.3 Riduzione della spesa del personale con rapporto di lavoro flessibile e stabilizzazione del precariato	60

3.3.4 Assunzioni L.68/99.....	61
3.3.5 Progressioni verticali tra le aree del personale del comparto.....	61
3.3.6 Piani Azioni Positive e Comitati Unici di Garanzia	61
3.3.7 Dotazione organica	61
3.3.8 Rispetto vincolo di spesa ex art. 2 L. n. 191/2009 rivisto ex art. 11, c.1, del D.L. n. 35/2019	62
3.3.9 Aspetti qualificanti del PTFP in relazione agli obiettivi ed alle finalizzazioni dettate dalla Giunta Regionale.....	62
3.3.10 Compatibilità della spesa con il bilancio di previsione dell'INRCA	63
3.3.11 Personale della ricerca ex Legge 205/2017 cd "Piramidati".....	63
La formazione del personale.....	64
Obiettivi triennali 2026-2028	66
Risorse interne ed esterne disponibili e/o 'attivabili' ai fini delle strategie formative	69
Monitoraggio	71
SEZIONE 4: MONITORAGGI	72
Obiettivi di Valore pubblico.....	72
Obiettivi di qualità.....	73
Obiettivi di Performance.....	75
Obiettivi del PTAP (Piano Triennale per le azioni Positive e la valutazione Partecipativa)	77
AZIONI POSITIVE 2027 – 2028	78
Obiettivi di anticorruzione e trasparenza	79
Obiettivi di lavoro agile	79
Obiettivi di formazione	80
Allegati	82

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).

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.
- Secondo quanto stabilito dal DPR 24 giugno 2022, n. 81 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:

Piano dei fabbisogni;

Piano della performance;

Piano di prevenzione della corruzione (PTCTP);

Piano organizzativo del lavoro agile;

Piani di azioni positive;

Piano per razionalizzare l'utilizzo delle dotazioni strumentali, anche informatiche, che corredano le stazioni di lavoro nell'automazione d'ufficio.

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 2025-2027 è stato adottato con determinazione n. 24/DGEN del 31/01/2025, tempestivamente pubblicata nella sezione amministrazione trasparente del sito d'Istituto, nonché sul portale dedicato del Dipartimento della funzione pubblica (PORTALE PIAO).

Il presente documento è stato elaborato su impulso della Direzione, coinvolgendo i referenti per il PIAO di ciascuna Unità Operativa interessata, nominati con determina INRCA n. 2/DGEN del 13/01/2025.

L'attività congiunta degli uffici 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 dall'ultimo decreto del Ministero della Salute del 1 agosto 2023. 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.

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 e/o Azienda ospedaliera del panorama 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;
- Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza: Dott.ssa Micaela Tonucci, Dirigente Amministrativo, nominata con determinazione INRCA n. 502/DGEN del 20/12/2024.

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. 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. 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.

Valore pubblico nella dimensione INRCA

L'INRCA genera Valore Pubblico attraverso le attività di assistenza e ricerca finalizzate a garantire il progresso scientifico e al contempo assicurare il mantenimento dei 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 missione strategica dell'INRCA si esplica nel dare soddisfazione ai bisogni e alle aspettative di salute dei cittadini, assicurando livelli essenziali ed uniformi di assistenza. In particolare, la *mission* dell'INRCA è focalizzata sulla comprensione delle sfide legate all'invecchiamento e sulla ricerca di soluzioni innovative per migliorare la qualità della vita del paziente anziano. Attraverso competenze cliniche, ricerca scientifica e l'impiego di tecnologie avanzate, l'Istituto si dedica alla diagnosi precoce, alla cura personalizzata e alla promozione di stili di vita sani per gli anziani, oltre che rappresentare il punto di riferimento per la gestione integrata delle patologie legate all'invecchiamento, garantendo un approccio multidisciplinare e la massima attenzione alle esigenze individuali. Il ruolo dell'Istituto all'interno del Sistema Sanitario Regionale della Regione Marche viene, inoltre, descritto nel Piano Socio Sanitario della Regione Marche 2023 - 2025, in cui vengono identificate le linee generali di attività svolte da INRCA, riportate sinteticamente di seguito:

- ✓ Promozione dell'invecchiamento attivo ed in salute, sia con la parte della componente sanitaria, che con quella di ricerca, contribuendo alla piena attuazione della legge regionale 1/2019 dedicata alla "Promozione dell'invecchiamento attivo".
- ✓ Implementazione di nuovi modelli assistenziali innovativi in ambito ospedaliero, volti a migliorare l'integrazione tra competenze specialistiche e competenze geriatriche, per garantire la gestione multidisciplinare di problematiche cliniche frequenti in età avanzata.
- ✓ Progressiva creazione di modelli organizzativi clinico-assistenziali, anche tramite collaborazione con le principali Università, con l'obiettivo di aumentare ed attivare processi di continuo miglioramento della qualità dell'assistenza rivolta al paziente anziano cronico, portatore sia di patologie acute, che croniche. In tale ottica, è necessario implementare modelli di integrazione ospedale-territorio e potenziare l'attività clinico-assistenziale svolta da INRCA in ambito territoriale. Tali obiettivi di tipo clinico - assistenziale dell'INRCA possono essere raggiunti tramite nuovi modelli organizzativi, che prevedono il ricorso alle straordinarie potenzialità delle nuove tecnologie, tra cui soluzioni di tecnoassistenza / telemedicina, con INRCA che svolge il ruolo di hub collegato a postazioni spoke (Punti Salute, domicilio del paziente, strutture residenziali), per la sperimentazione e successiva piena implementazione di una sanità di prossimità rivolta al paziente geriatrico, alla luce della competenza e dell'esperienza maturata dall'IRCCS INRCA.

Si riportano, di seguito, i principali obiettivi che guidano l'attività dell'IRCCS INRCA:

- migliorare la soddisfazione dei bisogni di salute della popolazione anziana e della qualità delle cure erogate, nel rispetto dei parametri previsti dalla normativa nazionale / regionale di riferimento (DM 70/2015, Nuovo Sistema di Garanzia, Piano Nazionale Esiti);
- migliorare l'integrazione tra ricerca di base, traslazionale e clinica, contribuendo a definire nuovi paradigmi nel trattamento delle malattie dell'invecchiamento, al fine di trasferire le scoperte scientifiche dal laboratorio al letto del paziente, garantendo cure basate su evidenze scientifiche all'avanguardia;
- sviluppare la presa in carico della persona, garantendo la continuità di cura;
- assicurare servizi di prossimità al cittadino soprattutto nelle aree maggiormente svantaggiate da un punto di vista geografico e demografico;
- favorire l'integrazione sociosanitaria, l'invecchiamento attivo, la promozione dell'inclusione sociale e la prevenzione della fragilità dei pazienti anziani;

- promuovere la digitalizzazione dei processi sanitari dell'Istituto (implementazione di soluzioni di tecnoassistenza / telemedicina / sviluppo di una rete di utilizzo dell'intelligenza artificiale) rivolti al trattamento e alla presa in carico dei pazienti anziani, cronici e fragili, così come previsto dalla Missione 6 del PNRR;
- favorire l'abbattimento delle liste di attesa, sia delle prestazioni di specialistica ambulatoriale che dei ricoveri chirurgici;
- garantire l'utilizzo ottimale delle risorse economico-finanziarie disponibili;
- perseguire l'appropriatezza delle prestazioni, di ricovero e ambulatoriali, anche attraverso la verifica puntuale della documentazione sanitaria, tramite la cartella clinica informatizzata;
- garantire la qualità del dato tramite controlli sistematici dei flussi informativi.

Per quanto riguarda l'attività di ricerca, nella mission, oltre al progressivo potenziamento della ricerca relativa alle problematiche connesse all'invecchiamento della popolazione nei settori biomedico, clinico-assistenziale e socioeconomico, è ricompresa l'attività di interazione scientifica e applicativa con il mondo imprenditoriale, sia l'integrazione con gli altri enti del sistema sanitario regionale, al fine di una ottimizzazione dell'offerta sanitaria caratterizzata dallo scambio di *know-how* ed expertise tra gli operatori. Nello specifico l'Istituto, coerentemente con quanto previsto all'art. 4 del D.lgs n. 200/2022, in quanto soggetto depositario di un *know-how* unico nell'ambito della geriatria e della gerontologia, si pone l'obiettivo di sperimentare nuove modalità di collaborazione con altri soggetti pubblici e privati (no e for-profit), nazionali ed internazionali. Tali sperimentazioni sono da realizzarsi di volta in volta nel rispetto della finalità pubblica della ricerca e senza oneri aggiuntivi per l'Istituto, con lo scopo unico di facilitare il trasferimento dei risultati scientifici in ambito assistenziale ed industriale.

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 presso cui il miglioramento viene prodotto (lo stato delle risorse). Considerando il Valore Pubblico 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, gli effetti che derivano dallo sviluppo delle attività sopra descritte rappresentano la capacità dell'Istituto di co-creare Valore Pubblico.

Accessibilità e interventi di risparmio energetico

Si sottolinea che l'INRCA garantisce il rispetto dei requisiti di legge in ordine all'accessibilità alle proprie strutture delle persone disabili e anziane, lavoratori o utenti (rif. DM 14 giugno 1989, n. 236 e s.m.i.). Nei presidi amministrativi e della ricerca è immediatamente possibile accedere direttamente ai locali o viene 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 richiesto. 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 con ridotta mobilità, segnaletica visibile e comprensibile, presidi e procedure per la sicurezza antincendio, parcheggi dedicati.

Pur in assenza di barriere architettoniche, le linee d'intervento tendono a facilitare ulteriormente l'accesso e la fruibilità dei locali da parte di persone con ridotta capacità motoria. In questo contesto si evidenzia che in occasione di ogni intervento di ristrutturazione programmato vengono adottati accorgimenti atti migliorare il comfort degli ambienti e garantirne una migliore accessibilità e fruibilità anche alle persone con ridotta deambulazione. Resta ferma, inoltre, l'attenzione per la progressiva riduzione delle fonti di pericolo e fonti di affaticamento per i soggetti con difficoltà motorie.

Dal punto di vista dell'efficientamento energetico, è presente un servizio di gestione calore, necessario per garantire il corretto funzionamento e la regolare manutenzione degli impianti di riscaldamento e di climatizzazione presenti nei Presidi Ospedalieri. Per rendere più efficiente tale servizio la U.O.C. Servizio Tecnico e Patrimonio ha utilizzato gli strumenti messi a disposizione dalla legislazione di settore. Più esattamente, l'art. 6 comma 2, lettera b), all.to II, d.lgs. 30 maggio 2008, n. 115, mira alla tutela dell'ambiente e al miglioramento dell'efficienza negli usi finali dell'energia. La sua ratio ha carattere ambientale ed è legata all'opportunità di conseguire un rapido adeguamento dei servizi energia ai sopravvenuti parametri di efficienza energetica. Per raggiungere tale obiettivo la norma, a certe condizioni, consente alle parti di un contratto di servizio energia di modificare i termini dell'accordo. La durata del contratto viene allungata a favore dell'operatore economico che eroga il servizio il quale, come contropartita, si obbliga a migliorare a sue spese gli impianti e le strutture ottimizzandone le prestazioni energetiche. Tali strumenti giuridici sono stati utilizzati per addivenire ad un miglioramento energetico degli

impianti e delle strutture con costi a carico degli operatori economici. I contratti di gestione calore vigenti per tutti i presidi sono stati rinegoziati per incrementare il risparmio energetico e aumentare il comfort ambientale degli edifici.

Il contesto esterno di riferimento

L'IRCSS INRCA si caratterizza per una serie di tratti distintivi che lo rendono unico nel panorama nazionale. La sua dimensione multiregionale, combinata con l'unicità dell'Istituto e con la vocazione geriatrica e gerontologica, lo identificano come un punto di riferimento nel campo dello studio e della cura delle patologie legate all'invecchiamento. Questa specificità si traduce nella capacità di affrontare i fenomeni sociali dell'invecchiamento con un approccio integrato e multidisciplinare, posizionando l'Istituto come una risorsa di rilevanza strategica a livello nazionale. Uno degli aspetti centrali dell'attività di ricerca e dei modelli clinici dell'Istituto è rappresentato dalla multi-morbidità, ossia la coesistenza di due o più patologie attive, che interessa oltre il 60% della popolazione anziana. Con l'avanzare dell'età, infatti, cresce anche la prevalenza delle patologie croniche e poli-croniche: tra i 65 e gli 85 anni più della metà delle persone convive con una patologia cronica e la quota aumenta fino ad interessare i tre quarti degli ultra-ottantacinquenni, di cui la metà risulta avere co-morbidità.

Il progressivo invecchiamento della popolazione è un fenomeno noto. A livello nazionale si registrano, al primo gennaio 2025, 14,57 milioni di persone di 65 anni o più, a fronte di 13,86 milioni di persone della stessa fascia di età rilevate all'inizio del 2020. Inoltre, si stima che entro il 2050 la proporzione di anziani raddoppierà e la quota di ultra 65enni ammonterà al 35,9% dell'intera popolazione (nel 2025: 24,7%). Con l'avanzare dell'età, aumenta anche la prevalenza delle patologie croniche e poli-croniche: tra i 65 e gli 85 anni più della metà delle persone convive con una patologia cronica e la quota aumenta fino a interessare i tre quarti degli ultra-ottantacinquenni, di cui la metà risulta poli-cronico.

Per quanto riguarda il ruolo che l'INRCA svolge all'interno delle regioni in cui ha le sedi, è importante sottolineare il contesto sociodemografico che le caratterizza, ovvero indici demografici ben al di sopra della media nazionale, che comportano un aumento di pazienti con incidenza e prevalenza di patologie croniche, con conseguente necessità di ospedalizzazione per riacutizzazione e di percorsi di presa in carico territoriali per controlli/ follow-up.

	<i>INDICE DI VECCHIAIA</i>	<i>INDICE DI DIPENDENZA STRUTTURALE</i>
CALABRIA	196,2	58,5
PROV. COSENZA	207,8	58
LOMBARDIA	195,5	56,4
PROV. LECCO	216,7	59,9
MARCHE	235,5	60,8
Media Nazionale	207,6	57,8

Ciò comporta un aumento dell'incidenza e della prevalenza delle patologie croniche, con conseguente necessità di ospedalizzazione per riacutizzazione e di percorsi di presa in carico per controlli/ follow-up.

L'IRCSS INRCA rappresenta, dunque, un pilastro per l'assistenza e la ricerca, con un ruolo strategico e riconosciuto nell'ambito della salute e del benessere della popolazione anziana.

Il contesto interno di riferimento

L'Azienda opera mediante Presidi Ospedalieri a gestione diretta situati in diverse regioni italiane:

Regione Marche

- Presidio di Ancona
- Presidio di Osimo
- Presidio di Fermo

Regione Calabria

- Presidio di Cosenza

Regione Lombardia

- Presidio di Casatenovo/Merate.

Si riporta, di seguito, la sintesi dei Presidi INRCA.

Il Presidio Ospedaliero di Ricerca di Ancona e il Presidio Ospedaliero di Osimo operano lungo due linee diretrici fondamentali, rappresentate rispettivamente dalla gestione del paziente geriatrico acuto complesso e dal percorso del paziente chirurgico anziano.

Relativamente alla gestione del paziente geriatrico acuto si sottolinea presso il Presidio di Ancona la presenza di una accettazione geriatrica d'urgenza H24, unica esistente in Italia, gestita dagli specialisti geriatri. Ai fini della gestione del paziente anziano chirurgico, considerate le caratteristiche cliniche peculiari di tale tipologia di pazienti, sono stati costruiti percorsi ad hoc nelle discipline di chirurgia generale, chirurgia vascolare, urologia e piede diabetico.

Il Presidio Ospedaliero di Ricerca di Fermo è rivolto principalmente alla cura ed alla ricerca epidemiologica delle cardio vasculopatie e delle demenze (in particolare Alzheimer), nonché alla riabilitazione, e risulta integrato con l'Ospedale "Augusto Murri" afferente all'AST di Fermo.

Il Presidio Ospedaliero di Ricerca di Casatenovo-Merate, in Lombardia, rappresenta un punto di riferimento per le malattie respiratorie croniche, che gestisce il paziente sia nella fase delle acuzie, che in quella della riabilitazione, compresa la riabilitazione respiratoria ad alta intensività.

Il Presidio Ospedaliero di Ricerca di Cosenza presenta posti letto per acuti nella disciplina di geriatria e posti letto di medicina riabilitativa. Il Presidio è fortemente integrato con l'ospedale AO di Cosenza rispetto al quale offre uno specifico supporto di tipo geriatrico.

In linea con la vocazione dell'Istituto, focalizzata sull'assistenza all'anziano fragile, nel 2025 sono state potenziate le attività di assistenza territoriale, che si affiancano ai servizi ambulatoriali offerti dai diversi presidi e che costituiscono una componente significativa dell'offerta assistenziale dell'INRCA.

Nello specifico, di seguito si riportano le strutture a gestione diretta e le attività di sanità di prossimità e di presa in carico a domicilio del paziente attraverso la telemedicina:

- ✓ Centro Diurno Alzheimer, che svolge la sua attività a favore dei pazienti della città di Ancona;
- ✓ Residenza Dorica: situata nel territorio del Comune di Ancona e che si caratterizza per una gestione mista, in quanto l'offerta alberghiera e socioassistenziale è garantita dall'Istituto Santo Stefano, proprietario della struttura, mentre l'attività clinica e riabilitativa è erogata direttamente da INRCA. Presso la Residenza Dorica risultano attivi 30 posti letto di cure intermedie. L'attività è comunque erogata dall'INRCA in una logica di *transitional care* con l'attività per acuti svolta dai POR di Ancona e Osimo;
- ✓ Struttura riabilitativa residenziale: nel 2025 l'attività è stata trasferita presso la struttura Villa Falconi di Appignano con l'utilizzo di 10 posti letto.;
- ✓ Punti Salute INRCA: ambulatori di prossimità, gestiti da infermieri di comunità qualificati nella gestione del paziente anziano. L'attività svolta dalle strutture verrà affrontata nel dettaglio del capitolo relativo alla Regione Marche;
- ✓ Teleriabilitazione: presso il Presidio di Casatenovo è attivo un programma di teleriabilitazione respiratoria che permette di proseguire a domicilio, tramite strumenti di telemedicina e con la supervisione a distanza del team riabilitativo, i percorsi riabilitativi avviati in ambito ospedaliero dall'unità di pneumologia riabilitativa;
- ✓ Teledialisi e DPA: al fine di favorire l'assistenza domiciliare del paziente anziano, nel 2025 è proseguito il servizio di Dialisi Peritoneale Assistita al domicilio.

L'attività di ricerca svolge un ruolo centrale e strategico all'interno dell'intero IRCCS INRCA, adottando un approccio multidimensionale all'invecchiamento e alle patologie età-correlate, integrando ricerca biomedica, clinico-epidemiologica, socio-economica e tecnologica.

Nel corso dell'anno 2024, in adempimento alla Legge regionale Marche n. 19/2022 "Organizzazione del Servizio Sanitario Regionale" e al D.lgs n. 288/03 come novellato dal D.lgs n. 200/2022 "Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico", si è proceduto alla stesura del nuovo regolamento di organizzazione dell'INRCA (atto aziendale), adottato con DGEN n.21 del 30/01/2025 ed inviato per l'approvazione alla Regione Marche. Successivamente lo stesso è stato rettificato con DGEN n. 191 del 09/06/2025, approvato dalla Regione Marche con DGR n. 897 del 16/06/2025 e INRCA ne ha preso atto con DGEN n. 306 del 05/08/2025. Con DGEN 501 del 30/12/2025, l'Istituto ha proceduto alla nomina provvisoria dei direttori di dipartimento di area sanitaria. Tale fase transitoria riveste particolare rilevanza in relazione ai processi di riorganizzazione dipartimentale necessari per rispondere ai fabbisogni emergenti connessi all'invecchiamento della popolazione, alla gestione delle patologie croniche, alla riduzione delle liste di attesa e al monitoraggio dei costi, nonché in vista di importanti sviluppi infrastrutturali, quali la realizzazione del nuovo complesso ospedaliero INRCA nell'area sud di Ancona e il rafforzamento della collaborazione con il nuovo ospedale di Fermo.

Il nuovo assetto organizzativo, per l'area sanitaria, è il seguente:

DIPARTIMENTO AREA CRITICA

UOC Cardiologia e UTIC

UOC Pronto Soccorso e Accettazione

UOC Pneumologia e Semintensiva Respiratoria (Ancona- Osimo)

UOC Pneumologia e Semintensiva Respiratoria (Merate) (A)

UOC Neurologia e Stroke

UOC Riabilitazione Intensiva Pneumologica (Casatenovo)

UOSD Fisiopatologia Cardiovascolare

UOSD Cardiologia Riabilitativa Fermo

UOSD Cardiologia Casatenovo

(A) *Funzionalmente all'interno del Dipartimento delle patologie respiratorie POR Casatenovo Merate – ASST Lecco (Det. 561/DGEN/22)*

DIPARTIMENTO AREA MEDICA

UOC Clinica Medica e Geriatrica (Ancona)

UOC Medicina Interna e DPA (Osimo)

UOC Nefrologia e dialisi

UOC Diabetologia, Malattie metaboliche e Piede Diabetico

UOSD Degenza Post Acuzie (DPA) – Cure Intermedie

UOSD Gastroenterologia ed Endoscopia digestiva (°)

UOSD Patologia Oncologica (°)

(°) *posti letto in AFO medica*

DIPARTIMENTO AREA GERIATRICO – RIABILITATIVA

UOC Geriatria e AGU

UOC Medicina Riabilitativa Ancona

UOC Geriatria e DPA Fermo

UOC Geriatria ed epidemiologia clinica Cosenza

UOC Medicina Riabilitativa Cosenza

UOSD Medicina Riabilitativa Fermo

UOSD Riabilitazione Estensiva Extra ospedaliera Appignano

DIPARTIMENTO AREA CHIRURGICA

UOC Clinica di Semeiotica Chirurgica

UOC Urologia

UOC Dermatologia

UOC Anestesia e Rianimazione (B)

UOC Ortopedia e traumatologia (C)

UOSD Dermatologia Fermo

UOSD Otorinolaringoiatria (*)

UOSD Oculistica (*)

(B) *A regime con l'avvio del nuovo Ospedale sarà collocata nel Dipartimento Area Critica*

(C) *Dalla trasformazione della UOC Odontostomatologia, attivata con l'avvio del nuovo Ospedale*

(*) *senza posti letto*

DIPARTIMENTO AREA DEI SERVIZI

UOC Diagnostica per immagini e Radiologia Interventistica

UOC Clinica di Medicina di laboratorio e di precisione (D)

UOC Farmacia e Farmacologia clinica (E)

UOSD Diagnostica per immagini neurologica (§)

UOSD Medicina Nucleare

UOSD Nutrizione Clinica

UOSD Radiologia Casatenovo

UOSD Laboratorio analisi Casatenovo

UOSD Radiologia Cosenza

UOSD Laboratorio analisi Cosenza

(D) Per la parte di ricerca afferente al Dipartimento Geroscienze

(E) Per la parte flussi informativi e politica del farmaco afferisce al Dipartimento Macroarea Organizzazione Ospedaliera in staff alla Direzione Generale

(§) Da intendersi esclusivamente diagnostica

DIPARTIMENTO DI GEROSCIENZE

UOC Centro Biogerontologia

UOC Modelli organizzativi innovativi integrazione ospedale-territorio (F)

UOC Centro studi e ricerche economico sociali per l'invecchiamento

UOC Clinica di Medicina di laboratorio e di precisione (D)

UOSD Centro Tecnologie per l'invecchiamento e TTO

UOSD Grant Office e Trial clinici (G)

(F) Dalla trasformazione dell'UOC Centro Neurobiologia dell'invecchiamento in seguito al collocamento in quiescenza al 31.12. 25 del Direttore

(D) Afferente funzionalmente esclusivamente per la parte di ricerca

(G) In staff alla Direzione Scientifica

STAFF DIREZIONE GENERALE

DIPARTIMENTO AREA ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA

UOC Direzione Medica dei Presidi INRCA

UOC Professioni Sanitarie

UOC Farmacia e Farmacologia Clinica (E)

UOSD Flussi Informativi Sanitari e Gestione Liste d'Attesa

UOSD Rischio clinico e Qualità

URP (funzione)

SPP (funzione)

(E) Per la parte flussi informativi e politica del farmaco afferisce al Dipartimento Area Organizzazione Ospedaliera in staff alla Direzione Generale

DIPARTIMENTO FUNZIONALE DELLE PATOLOGIE RESPIRATORIE POR Casatenovo Merate – ASST

Lecco

DIPARTIMENTO FUNZIONALE AZIENDALE DI BIOSTATISTICA, EPIDEMIOLOGIA FARMACOEPIDEMIOLOGIA CLINICA GERIATRICA

Dati di attività

L'INRCA complessivamente, nel corso dell'anno 2025, ha mantenuto i livelli di attività realizzati nel 2024, con dinamiche diverse nelle regioni in cui ha le sedi.

Regione Marche

Nel 2025, nelle Marche, l'attività è rimasta costante rispetto al 2024, con un potenziamento dell'attività chirurgica e dell'attività ambulatoriale. Nel 2025 è variato il mix di attività a favore di prestazioni a maggiore complessità che ha comportato l'aumento del DRG medio Chirurgico dei ricoveri ordinari di +200€ a ricovero. È stata, infatti, potenziata l'attività del blocco operatorio dei Presidi Marchigiani (Ancona e Osimo) comportando un aumento del +3% dei DRG chirurgici rispetto al 2024 e del +28% rispetto al 2023. In particolare, nel 2025 si è registrata una crescita dell'attività di cardiologia interventistica/aritmologia (+34 interventi; +5%; per un totale di 664 interventi nel 2025), neurochirurgia (+46 interventi; +57%; per un totale di 127 interventi nel 2025) e chirurgia per pazienti con diagnosi gastrointestinale maggiore (+31 interventi; +70%, per un totale di 75 interventi nel 2025), con un conseguente aumento del valore medio dei DRG chirurgici dell'1,3%.

Regione Lombardia

L'attività clinico assistenziale di degenza ordinaria per il 2025 è in sostanziale mantenimento rispetto all'anno 2024 per l'attività di riabilitazione di Casatenovo. L'attività di pneumologia per acuti erogata presso il Presidio di Merate è, invece, in riduzione rispetto allo standard tradizionale per le difficoltà relative al reperimento di personale infermieristico. A fronte di tale criticità, l'Istituto sta ponendo in essere tutte le iniziative possibili, pur operando in un contesto generale caratterizzato da una diffusa carenza di infermieri. Tale carenza del personale infermieristico ha inevitabilmente comportato la diminuzione di posti letto per Pneumologia per Acuti, ridotti da 22 a 13 nel I semestre 2025 e a 11 nel II semestre 2025.

Da sottolineare che l'INRCA ha adottato la DGEN 168 del 27/05/2025 avente come oggetto IRCCS-INRCA-ASST di Lecco- Presa d'atto del Progetto "Riqualificazione dell'attività di Pneumologia per acuti – IRCCS

INRCA", a firma congiunta del Direttore Generale INRCA e del Direttore Generale ASST di Lecco, inviato al Direttore Generale dell'ATS Brianza e al Direttore Generale Welfare Regione Lombardia (Prot. ASST di Lecco n. 23958/25U del 12/05/2025). Successivamente al progetto di riqualificazione è stato affidato, in via d'urgenza, il servizio di supporto infermieristico per un periodo massimo di 12 mesi (DGEN 171 del 28/05/2025 e BESE 64 del 04/06/2025), al fine di colmare temporaneamente e almeno in parte, la carenza di personale infermieristico. Inoltre, è in corso di aggiudicazione una nuova procedura di gara per la gestione complessiva del servizio infermieristico e di supporto assistenziale dell'attività dell'unità operativa di Pneumologia del Presidio Ospedaliero di Merate.

Per il 2026 è prevista nei primi mesi dell'anno, la riapertura dei 22 posti letto dell'Unità Operativa di Pneumologia per acuti, con il conseguente recupero dei volumi di attività. Tuttavia, sempre nei primi mesi dell'anno, si prevede una parziale riduzione dell'attività della Pneumologia riabilitativa, a causa della difficoltà di reclutamento del personale dipendente fisioterapista.

Regione Calabria

Nel corso del 2024 è stato adottato il DCA n. 204 del 07/08/2024, avente ad oggetto l'individuazione dell'area di consolidamento del Servizio Sanitario Regionale della Regione Calabria, da cui è stato escluso l'INRCA. A seguito di tale DCA, la Regione Marche, la Regione Calabria e l'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico – INRCA, hanno sottoscritto un Accordo di Collaborazione recepito con DGRM 608/2025 del 22/04/2025, DCA 214/2025 del 17/04/2025 e DGEN 131/2025 del 22/04/2025, al fine di formalizzare le modalità di integrazione dell'INRCA nell'ambito del sistema sanitario regionale della Regione Calabria, e comprensivo del Piano di sviluppo, di cui all'articolo 13 del D.Lgs.n. 288/2003 e smi.

Tale situazione ha reso impossibile garantire il necessario turnover del personale, determinando una significativa riduzione dell'organico. In particolare, nel 2025, vi è stata una significativa riduzione del personale presso il reparto di Geriatria, con un impatto diretto e rilevante sulla capacità operativa del reparto, limitando la possibilità di garantire i volumi di attività del 2024.

Per il 2026 si prevede di consolidare i risultati raggiunti nel 2025, proseguendo nel mantenimento dell'offerta di cure attraverso la presa in carico globale del paziente e l'adozione di misure di appropriatezza, atte a garantire l'erogazione delle prestazioni nel setting assistenziale più idoneo.

Assistenza ospedaliera

Nei Presidi Ospedalieri dell'INRCA, l'attività di ricovero è principalmente dedicata a una popolazione anziana, come evidenziato nella seguente tabella, caratterizzata da multi-morbilità. Questa peculiarità demografica si riflette nei modelli organizzativi dell'Istituto, che favoriscono un approccio interprofessionale e multidisciplinare.

Età Media	2025
POR Ancona	78,06
PO Osimo	67,29
POR Fermo	83,27
POR Casatenovo	72,68
POR Cosenza	80,37

Nella tabella seguente viene riportato il trend dei ricoveri ordinari e diurni nel corso degli anni 2021-2025, il quale evidenzia il grande sforzo organizzativo attuato all'interno dell'Azienda.

DIMESSI					
Presidi	2021	2022	2023	2024	PRE CONS 25
Marche	6.102	6.911	8.342	9.321	9.281
Cosenza	320	357	657	770	655
Casatenovo-Merate	538	1.182	1.187	1.174	926
TOTALE	6.960	8.450	10.186	11.265	10.862

VALORE RICOVERI					
Presidi	2021	2022	2023	2024	PRE CONS 25
Marche	24.191.379 €	26.250.801 €	33.385.751 €	37.113.867 €	37.470.436 €
Cosenza	1.537.706 €	1.734.498 €	3.498.819 €	4.102.271 €	3.545.447 €

Casatenovo-Merate	2.464.535 €	4.843.184 €	5.082.571 €	5.096.032 €	4.137.742 €
TOTALE	28.193.620 €	32.828.483 €	41.967.141 €	46.312.170 €	45.153.625 €

Assistenza nel territorio

Nell'anno 2025 (dati di prechiusura) sono state erogate complessivamente 1.623.376 prestazioni di specialistica ambulatoriale (laboratorio analisi incluso), in incremento rispetto al 2024.

Attività ambulatoriale per esterni			
Presidi	2023	2024	PRE CONS 25
PRESIDI MARCHE	992.446	1.151.208	1.171.272
PRESIDI CASATENOVO-MERATE	229.537	244.157	262.128
POR COSENZA	169.114	219.579	189.976
TOTALE INRCA	1.391.097	1.614.944	1.623.376

L'incremento dell'attività ambulatoriale è stato reso possibile dalla prosecuzione di programmi e strategie che garantiscono un uso razionale delle risorse e che intervengono sull'efficacia delle prestazioni, sull'efficienza del sistema, sulla trasparenza nei confronti del cittadino e sull'appropriatezza clinica ed organizzativa, al fine di contribuire al governo dei tempi di attesa. In particolare:

- Potenziamento dell'offerta a CUP, con monitoraggio quotidiano della congruità dell'offerta di prestazioni ambulatoriali rispetto alla domanda;
- Omogeneizzazione della configurazione delle Agende CUP, con appropriata indicazione del primo accesso e accessi successivi con relativo codice di priorità;
- Monitoraggio costante del tasso di utilizzo delle diagnostiche e degli spazi ambulatoriali, con incremento dell'utilizzo delle grandi apparecchiature.

Nonostante l'introduzione del nuovo nomenclatore, che ha penalizzato in particolare le prestazioni di laboratorio, il valore della produzione si è mantenuto costante rispetto al 2024.

Valore attività ambulatoriale per esterni			
Presidi	2023	2024	PRE CONS 25
PRESIDI MARCHE	16.974.894 €	18.130.152 €	18.134.191 €
PRESIDI CASATENOVO-MERATE	1.846.407 €	1.955.132 €	2.042.653 €
POR COSENZA	752.289 €	935.831 €	824.327 €
TOTALE INRCA	19.573.590 €	21.021.115 €	21.001.172 €

Anche nel 2026 continuerà l'impegno dell'Istituto nel governo delle Liste d'Attesa e nell'ottimizzazione dell'offerta ambulatoriale, includendo la prosecuzione (iniziata già nel maggio 2025) dell'erogazione programmata delle prestazioni nel fine settimana come da DGRM 1/2026.

Percorsi di presa in carico del paziente con patologia cronica nei POR INRCA Marche: Nel corso del 2025, presso l'INRCA sono stati messi in atto e ottimizzati i percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali, adottati negli anni precedenti per consentire ai pazienti cronici di essere seguiti dall'Istituto, mediante prenotazione eseguita dall'ente stesso all'atto della prescrizione in agende e slot dedicati, così da realizzare continuità delle cure come da Piano Nazionale del Governo delle Liste di Attesa e dalla normativa regionale a partire dalla DGR 640/2018. I percorsi attualmente in essere riguardano le seguenti patologie: Scompenso cardiaco; Broncopneumopatia cronica ostruttiva; Malattia di Parkinson; Patologie oncologiche (gastroenterologia e chirurgia addominale, dermatologia, urologia); Diabete; Nefropatia cronica.

Grazie all'attuazione di questi modelli organizzativi, nel corso del 2025 l'INRCA ha potuto garantire la diagnosi e la presa in carico di circa 18.200 pazienti con esenzione per malattia cronica (circa 26 mila visite di controllo).

Nel corso del 2025 è continuata anche l'attività dei "Punti Salute", ovvero nuovi modelli organizzativi implementati dall'Azienda nel corso del 2023, al fine di contribuire al governo dei tempi di attesa. I Punti Salute sono ambulatori di prossimità, gestiti da infermieri di comunità qualificati nella gestione del paziente anziano, nell'ambito di un più ampio modello organizzativo di tecno-assistenza rivolto al paziente anziano e fragile, sviluppato da INRCA, in previsione delle evoluzioni previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (subinvestimento M6C1 -1.2.3 - Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici).

Il Progetto ha avuto avvio il 24 giugno 2023, partendo da alcune aree interne della Regione Marche. Sono

stati aperti i punti salute nei comuni di Acquasanta Terme, Osimo, San Ginesio, Castelraimondo e Cingoli, caratterizzati da un progressivo e grave fenomeno d'invecchiamento della popolazione residente, così come si evince dagli indicatori demografici riportati di seguito, che dimostrano indici di vecchiaia e percentuale di over 65 al di sopra della media regionale e nazionale.

	Popolazione	Pop. Over	% pop.
	Residente	65	Over 65
Acquasanta Terme	2.423	847	35%
Appignano	4.078	1.070	26%
Osimo	34.774	8.121	23%
San Ginesio	3.055	984	32%
Castelraimondo	4.360	1.240	28%
Cingoli	9.556	2.622	27%
Regione MARCHE	1.482.746	388.839	26%

Il servizio si presenta come una proposta innovativa nella rete dei servizi territoriali, contribuendo a creare un collegamento tra l'assistenza territoriale ed ospedaliera.

All'interno degli ambulatori di prossimità vengono erogate sia prestazioni eseguibili in presenza dal personale infermieristico dedicato (esami di laboratorio, rilevazione parametri vitali, interventi di educazione sanitaria), sia prestazioni specialistiche erogate a distanza da personale medico INRCA tramite tele-refertazione/ tele-visita (ECG- spirometria- Holter Pressorio 24 ore- Videodermatoscopia).

Tra gli obiettivi del Punto Salute si ricordano i seguenti:

- ✓ Abilitare una più efficace copertura territoriale dei servizi sanitari, favorendo una sanità di prossimità;
- ✓ Migliorare la qualità di vita dei pazienti con patologie croniche, contribuendo a ridurre il numero di accessi impropri in pronto soccorso, alleggerendo la domanda sul sistema ospedaliero. A tal proposito, si ricorda il ruolo dell'infermiere di comunità del Punto Salute che svolge in ruolo chiave nella gestione proattiva della salute del paziente cronico, tra cui interventi di educazione alla corretta assunzione della terapia farmacologica e supporto motivazionale per la promozione di corretti comportamenti (counseling su stili di vita e abitudini voluttuarie, counseling e supporto alla gestione della persona fragile);
- ✓ Favorire la collaborazione tra i professionisti, in particolare tra MMG e specialisti ospedalieri;
- ✓ Favorire l'abbattimento delle liste di attesa di specialistica ambulatoriale. Nell'ambito degli ambulatori di prossimità vengono difatti erogate, tramite tele-refertazione, anche prestazioni monitorate dal PNGLA (es spirometria), riducendo al massimo la filiera di accesso dei cittadini ai servizi sanitari.

Sempre nell'ambito dell'attività territoriale va considerata l'attività erogata dalle strutture residenziali dell'Istituto, e cioè Appignano e Residenza Dorica. L'attività di Residenza Dorica, nel 2025, è aumentata di +124 giornate rispetto al 2024 per un valore tariffario complessivo pari a poco più di 1,2 milioni di €. L'attività della RSR di Appignano, data la riapertura di 10 posti letto dalla fine del mese di gennaio, è anch'essa aumentata con +1.365 giornate per un valore complessivo di circa 565 mila €.

GIORNATE DI DEGENZA	2022	2023	2024	PRE CONS 2025
TREIA - APPIGNANO	3.623	4.229	1.912	3.277
RESIDENZA DORICA	8.527	9.687	9.942	10.066

Infine, si riportano i dati di attività del Centro Alzheimer per cui nel 2025 sono state erogate un totale di 1.953 giornate di assistenza, per un valore tariffario pari a 113.274€.

L'attività di Ricerca

L'Istituto si pone come punto di riferimento a livello nazionale e internazionale nell'assistenza agli anziani, fragili e non, con un approccio all'invecchiamento e alle patologie età-correlate multidimensionale, attraverso attività di ricerca biomedica, clinico-epidemiologica, socio-economica e tecnologica.

Coerentemente con il contesto demografico, socio-economico e scientifico nazionale e internazionale, l'obiettivo globale verso cui convergeranno le attività scientifiche delle diverse aree di competenza dell'IRCCS INRCA, è stato incentrato anche per il 2025 sulla ricerca gerontologico-geriatrica, considerata come una disciplina unica, basata su un approccio multidimensionale patient-oriented, e su meccanismi patogenetici comuni allo sviluppo ed alla progressione delle singole patologie età associate.

Nel 2025, l'IRCCS INRCA ha proseguito le attività dei numerosi progetti, studi, trial clinici e sperimentazioni, già attivate negli anni precedenti e/o che ha iniziato nel 2025, e ha partecipato a bandi per il finanziamento su base competitiva di progetti nazionali e internazionali. I progetti coordinati dall'Istituto, o a cui l'IRCCS INRCA partecipa, si caratterizzano per il prevalente carattere traslazionale e interdisciplinare, con l'obiettivo di contribuire ad approfondire la conoscenza del fenomeno dell'invecchiamento da un punto di vista non solo bio-molecolare, ma anche demografico, socio-economico, nonché delle applicazioni delle nuove tecnologie nell'ambito della gestione e della cura del paziente anziano (es. telemedicina, domotica...), ad integrazione della ricerca clinico-geriatrica tradizionale. Sono state anche consolidate le competenze di Project Management.

Nell'anno 2025 sono stati portati avanti i seguenti obiettivi prioritari:

- promuovere l'eccellenza e l'innovazione nel campo della ricerca sull'invecchiamento, guidata dai bisogni di salute della popolazione anziana;
- implementazione della ricerca in collaborazione con altri Enti di ricerca italiani e internazionali, mediante collaborazioni nell'ambito delle reti degli IRCCS, dei Partenariati estesi, con le università e altri istituti di ricerca nazionali ed internazionali;
- promozione e internazionalizzazione dell'attività di ricerca biomedica, demografica, socioeconomica, tecnologica (tecniche innovative applicabili al paziente anziano), anche mediante la promozione di progetti internazionali (sia europei che extraeuropei);
- promozione della qualità della ricerca, supportando ed incentivando i ricercatori a focalizzarsi su progetti di elevato valore scientifico, i cui risultati potrebbero tradursi in pubblicazioni scientifiche su riviste ad alto valore di IF, con ricadute nazionali ed internazionali in termini di visibilità scientifica dell'Ente;
- integrazione delle innovazioni della ricerca nell'ambito di nuovi modelli assistenziali;
- promozione della valorizzazione del core curriculum del personale coinvolto in attività di ricerca secondo il piano di formazione aziendale;
- promozione della condivisione di un percorso focalizzato su specifici obiettivi per il personale dell'area della ricerca e di supporto, inserito nell'ambito della "Piramide" (Decreto del Ministero della Salute 20/11/2019, n. 164). Nel corso del 2025 è stato stabilizzato a TI il personale piramidato che aveva maturato nel frattempo i requisiti previsti dalla normativa di riferimento per un totale di 19 stabilizzazioni;
- ricerca indirizzata verso obiettivi utili alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dell'anziano curando, in modo particolare, la trasferibilità dei risultati nella pratica clinica e in nuovi modelli organizzativi. La ricerca è esercitata in coerenza con il programma di ricerca sanitaria nazionale di cui all'articolo 12 bis del D. Lgs. 30/12/1992, n. 502 e s.m.i. (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23/10/1992, n. 421).

In qualità di IRCCS, l'INRCA ha implementato i progetti previsti nella Programmazione triennale 2025-2027 della Ricerca Corrente rientranti nelle Quattro Linee di Ricerca approvate dal Ministero della Salute:

- Linea di ricerca n.1: Geroscienza: studio dei meccanismi biologici coinvolti nei processi di invecchiamento e nello sviluppo delle patologie età-associate ed identificazione di biomarcatori, potenziali target, ed interventi terapeutici in modelli sperimentali e nell'uomo.
- Linea di ricerca n.2: Ricerca clinica e traslazionale su invecchiamento in salute e malattie nell'anziano: dalla multimorbilità alle sindromi geriatriche ed alla disabilità.
- Linea di ricerca n.3: Trattamento del paziente anziano: approccio integrato alle patologie età correlate, alla multi morbilità, alle sindromi geriatriche ed alla disabilità.
- Linea di ricerca n.4: Modelli sociosanitari innovativi e tecnologie emergenti per la promozione di salute, benessere e vita indipendente degli anziani e degli adulti che invecchiano.

Il Ministero della Salute ha attivato l'iter di modifica al D.lgs 23 dicembre 2022, n. 200, "Riordino della

disciplina degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico", il cui testo attualmente è stato approvato in esame preliminare nella seduta del Consiglio dei Ministri del 22 dicembre 2025.

Produzione scientifica IRCCS INRCA: indicatori bibliometrici

Per quanto riguarda la produzione scientifica, considerando i criteri del Decreto Legislativo n. 200/22, secondo cui la produzione scientifica annuale degli IRCCS monotematici nella disciplina della Geriatria prevede il raggiungimento di almeno 700 punti di Impact Factor, al fine di garantire caratteri di eccellenza nelle strutture di assistenza e ricerca e il riconoscimento del carattere di IRCCS la produzione complessiva dell'Istituto anche per il 2026 si prevede indicativamente su un valore non inferiore ai 700 punti di IFM.

Di seguito i criteri di valutazione della performance degli IRCCS.

- Area di riconoscimento per IRCCS monotematico in Geriatria: patologie a carico di persone con età>70 anni e attività di ricerca su campioni di pazienti con età>70 anni;
- IFN: 700 punti;
- % International collaboration: maggiore del 25% rispetto alla media migliore tra quella nazione ed europea;
- % National collaboration: maggiore del 25% rispetto alla media migliore tra quella nazione ed europea;
- FWCI: maggiore del 25% rispetto alla media migliore tra quella nazione ed europea. Il Field – Weighted Citation impact (FWCI) indica il numero di citazioni ricevute dalle pubblicazioni in un ente in confronto al numero medio di citazioni ricevute da tutte le altre pubblicazioni simili.

Inoltre, per la valutazione dell'attività di ricerca corrente, che determina il finanziamento annuale erogato dal Ministero della salute agli IRCCS, i criteri definiti dal Ministero stesso sono riportati nello schema seguente:

- 50% Produzione scientifica: impact factor, impatto attività scientifica;
- 15% Capacità di attrarre risorse: competitività scientifica (fondi competitivi);
- 20% Attività assistenziale: numero ricoveri per i 5 DRG più frequenti, complessità casistica trattata, efficienza ed efficacia assistenza erogata, % dimessi fuori regione, % dimessi non risedenti in Italia di nazionalità europea, % SDO in ricovero ordinario e riabilitativa (con rilevazione dolore);
- 10% Capacità di operare in rete: numero annuo pazienti in studi multicentrici, numero centri assistenziali di riferimento HUB regionali, numero accordi con altri ospedali per teleconsulti;
- 5% Trasferimento tecnologico: valore economico brevetti negli ultimi 3 anni e numero contratti in co-development stipulati.

Nella tabella sottostante sono riportati i valori degli ultimi anni, considerando che si è in attesa di sottoporre a rendicontazione e validazione da parte del Ministero della Salute i valori per il 2025 e che i valori del 2025 sono quelli consuntivi alla data del 31/12/2025.

	2023	2024	2025
IFM rendicontato	594,68	792,92	776,6
IFM validato dal Ministero	465,42	732,92	
Nº pubblicazioni	119	157	158
Nº pubblicazioni validate	92	142	
IF/articolo	5	5,05	4,91
	80	99	87
Nº pubblicazioni con IFM ≥4 (% rispetto il totale)	(67,2%)	(63,2%)	(55,1%)

L'Impact Factor Normalizzato pari a 776,6 è stato realizzato attraverso la pubblicazione di 158 articoli scientifici da parte del personale afferente a tutti i POR INRCA, con il seguente contributo:

- 31 pubblicazioni del personale della sede di Cosenza
- 3 pubblicazioni del personale della sede di Casatenovo
- 4 pubblicazioni del personale della sede di Fermo
- 143 pubblicazioni del personale della sede di Ancona

Accordo Quadro Università Politecnica delle Marche-IRCCS INRCA

Nel corso del 2024, è stata sottoscritto l'Accordo-Quadro Università Politecnica delle Marche-IRCCS INRCA per la realizzazione di una "Piattaforma congiunta integrata di ricerca e di ricerca traslazionale IRCCS-Università" dal titolo "Modelli innovativi di management clinico-sanitario in geriatria: medicina di precisione, medicina di iniziativa, tecnoassistenza, Intelligenza Artificiale, tecnologie, modelli gestionali". Tale accordo

ha permesso la presentazione di proposte progettuali da parte del personale in esso presente al Bando Ministeriale "Finalizzata 2024". L'attività scientifica dei ricercatori inseriti nella piattaforma può contribuire alla definizione del target di Impact Factor prodotto dal nostro Istituto nel 2026. Inoltre, ciò offrirà all'IRCCS INRCA la possibilità di promuovere sinergie con altre Università e enti di ricerca con cui già collabora l'UNIVPM.

Progetti INRCA finanziati su base competitiva

Nel 2025 è proseguita l'attività scientifica dell'IRCCS INRCA attraverso la partecipazione a bandi competitivi e la realizzazione delle attività relative ai progetti finanziati fino al 2024. I progetti finanziati nel 2025 sono di seguito elencati:

COMMESSE APERTE ANNO 2025					
Titolo del progetto	Soggetto Finanziatore	Tipologia Finanziamento	Budget iniziale intero progetto	Budget quota IRCCS INRCA	Speso 2025
OREO	Ministero Salute	THCS	-	400.000,00	-
DIPOFAM 3	Presidenza Consiglio dei Ministri	Accordo con Dipartimento Politiche della Famiglia	362.000,00	362.000,00	5.601,96
MOUSE LIFESPAN	Privato	Accordo di Collaborazione fra IRCCS INRCA e NUS	117.000,00	57.000,00	-
CARA	Fondazione Cariplo	Bando Giovani Ricercatori	197.150,00	45.950,00	-
KALOS	Ministero Salute	Ministero delle Imprese e del made in Italy	51.507,88	51.507,88	-

Mentre i Progetti attivi nell'anno 2025 risultano essere:

PROGETTI GESTITI ANNO 2025 POR MARCHE						
Titolo del Progetto	COM	Soggetto Finanziatore	Tipologia Finanziamento	Budget iniziale intero progetto	Budget quota IRCCS INRCA	Speso 2025
DC- Pressure	170024	Regione	FESR 2014-2020		337.579,96	7.600,16
Si-Robotics	190042	MUR	MUR		149.974,05	32.939,81
Studio efficacia per prevenzione sarcopenia	200030	Università Milano	Finanziamento diretto		10.140,50	3.398,98
Get-Health	200046	Ministero Salute	Finalizzate Min. Salute		580.000,00	62.579,26
Siri	200058	Ministero Salute	Programma di rete	1.047.910,00	95.931,52	270,61
Interceptor	200060	AIFA	Finanziamento diretto		25.627,35	3.050,00
Evita	210036	EU	EU - H2020		282.619,43	21.613,11
Promotera	210040	Ministero Salute	Finalizzate Min. Salute		388.233,34	50.555,45
Fox 04	210045	Privati	Finanziamento diretto		70.000,00	4.056,59
Promising	210052	Ministero Salute	Programma di rete		145.850,63	1.340,08
CareUp	220030	Ministero Salute	AAL		150.000,00	3.559,00
Sound	220031	EU	Erasmus-Plus	249.992,00	60.226,00	2.834,17
Manifestazioni cardiovascolari	220032	Ministero Salute	Programma di rete		81.111,00	24.225,20
IFOM	220034	Privati	Finanziamento diretto		75.000,00	239,88
Coordinamento nazionale politiche....	220035	Presidenza Consiglio Ministri	Accordo con Dipartimento Politiche della Famiglia	495.000,00	495.000,00	54.978,47
HomeAge	220048	EU	Marie Curie- ITN	3.273.918,80	205.625,56	13.831,53
Rete RIN 2021	220050	Ministero Salute	Programma di rete		25.000,00	75,50
Rete RIN 80%	220053	Ministero Salute	Programma di rete		56.000,00	6.328,48
Vitality	220054	MUR	PNRR		402.804,54	120.434,74
Starting Grant- Triple I	230026	Ministero Salute	Starting Grant		130.000,00	24.999,97
Rete Aging 80- NGP	230027	Ministero Salute	Programma di rete	1.852.250,00	240.250,00	1.593.479,38
Rete Aging 20	230028	Ministero Salute	Programma di rete	505.938,00	58.938,00	438.010,37
Rete RIN 20%	230029	Ministero Salute	Programma di rete		11.025,00	73,50
Rete Cardio 80%	230030	Ministero Salute	Programma di rete		94.703,26	-
Rete Cardio 20%	230031	Ministero Salute	Programma di rete		17.360,00	7.500,00
Silver Agri Age	230033	Regione Marche	Programma sviluppo rurale Regione Marche		20.460,00	2.657,80
Elderly...	230035	Ministero Salute	PNRR		200.000,00	75.569,04
Nexus	230036	EU	Erasmus-Plus		43.848,00	11.634,06
Viroma	230037	Ministero Salute	PNRR	1.000.000,00	220.000,00	74.377,94
PNC TT Network	230041	Ministero Salute	PNRR		103.790,00	32.899,89
Age-it	230042-43-44-46-47	MUR	PNRR		13.725.984,68	2.743.868,88
PNC Dheal-Com	230048	Ministero Salute	PNRR	15.000.000,00	2.641.000,00	1.010.837,49
Dante	230050	EU	DIGITAL-2021-EDIH		101.598,23	26.792,03
WHO	230055	WHO	Finanziamento diretto	10.614,00	10.614,00	7.862,77
Well Care	230063	EU	HORIZON- HLTH-2023-CARE	5.999.895,00	478.000,00	105.675,07
JA-Prevent	230064	EU	EU4H		328.704,00	52.513,79
I-Comet	230069	Ministero Salute	Programma di rete	5.000.000,00	1.168.000,00	-
Sherlock	240002	Privato	Finanziamento diretto	27.226,60	27.226,60	3.039,71
Jacardi	240003	EU	EU4H		550.887,36	99.715,15
Dance Care	240007	EU	Erasmus-Plus	400.000,00	103.751,74	157.814,18
Oisin	240032	Privato	Finanziamento diretto	30.000,00	30.000,00	6.249,90
Pheno-lard	240033	Ministero Salute	Procedura conto capitale		592.047,70	398.555,70
Transcare	240036	Ministero Salute	THCS		300.000,00	62.440,01
Renew	240037	Ministero Salute	THCS		275.000,00	46.131,40
CV-Risk	240043	Ministero Salute	Programma di rete		532.850,00	46.032,18
Bad Ger	240045	Ministero Salute	PNRR	1.000.000,00	385.000,00	454.780,77
Bloom Science	240046	Privato	Finanziamento diretto	25.000,00	25.000,00	10.072,11
Training materials for informal carers	240047	WHO- Eurocarers	Finanziamento diretto	10.000,00	10.000,00	8.491,69
PNRR Exploiting a Xanthinic...	240050	Ministero Salute	PNRR		250.000,00	89.248,71
				TOTALE	26.312.762,45	8.005.234,51

PROGETTI GESTITI ANNO 2025 POR CASATENOVO						
Titolo del Progetto	COM	Soggetto Finanziatore	Tipologia Finanziamento	Budget iniziale intero progetto	Budget quota IRCCS INRCA	Speso 2025
Active	220047	Regione Lombardia- Fondazione Cariolo	Fondi regionali-privati		200.000,00	5.229,99
				TOTALE	200.000,00	5.229,99

PROGETTI GESTITI ANNO 2025 POR COSENZA						
Titolo del Progetto	COM	Soggetto Finanziatore	Tipologia Finanziamento	Budget iniziale intero progetto	Budget quota IRCCS INRCA	Speso 2025
Ermes	230038	Ministero Salute	Fondo per lo sviluppo e la coesione (ex POS)	2.864.125,00	713.800,62	346,80
Age-it	230045	MUR	PNRR		482.172,00	58.846,52
Poc Rehab	230049	Ministero Salute	PNRR	1.000.000,00	400.000,00	77.304,43
Bio-Sign	230053	Ministero Salute	PNRR	1.000.000,00	240.000,00	41.885,07
Functional Food Italy Network	240008	Ministero Salute	Piano Sviluppo Coesione Salute (ex POS)	960.000,00	48.000,00	18.660,00
Ease Dep	240044	Ministero Salute	PNRR	562.795,70	156.989,25	13.499,70
Fa.Per.me	240051	Ministero Salute	Piano Sviluppo Coesione Salute (ex POS)	1.719.900,00	196.000,00	-
				TOTALE	2.236.961,87	210.542,52

Focus Bandi a Cascata Progetto AGE-IT

Age-IT coinvolge i più importanti enti di ricerca italiani che si occupano dello studio dell'invecchiamento ed altri partner privati, per un totale di 25 partecipanti.

Costo complessivo: 115.243.888,77 - Agevolazione MUR: 114.700.000,00 - Fondi assegnati all'IRCCS INRCA € 4.424.927,22 - Bandi a cascata: 19% dei costi di progetto.

L'obiettivo di Age-It è quello di realizzare un progetto interdisciplinare di ricerca sull'invecchiamento, che guida l'innovazione in relazione ai cambiamenti sociali, ambientali, economici ed ai fattori biomedici, ponendo le basi per un sistema di welfare che renda l'Italia una società più inclusiva e coesa. Il programma Age-IT promuove l'adozione di politiche e strategie basate sul concetto di "invecchiamento attivo e in salute" e mira a comprendere come diverse combinazioni di fattori biologici, clinici, culturali e socioeconomici, oltre a una varietà di risposte istituzionali da parte dei sistemi sanitari e di assistenza sociale al processo di invecchiamento, portino a diversi risultati individuali e sociali. Il programma Age-It si sviluppa su dieci linee di azione (Spoke) tra cui lo spoke 3 "Fattori clinici e ambientali, stato funzionale e multimorbilità: stratificare la progressione e la prognosi di malattie, fragilità e disabilità" di cui l'IRCCS INRCA coordina le attività di ricerca tra cui l'emanazione di bandi a cascata. Il valore aggiunto dei bandi a cascata è quello di favorire la collaborazione tra il mondo della ricerca e quello dell'impresa, dando l'opportunità di collaborare con attori del sistema produttivo italiano, come università e centri di ricerca, al fine di sviluppare progetti innovativi, strategici e di valore per potenziare le competenze della ricerca nell'ambito dell'invecchiamento. Il finanziamento pubblico, basato su una logica selettiva e competitiva, come previsto dal regolamento, ha selezionato i progetti vincitori in due fasi, determinando l'ammissibilità, nell'ambito delle tematiche bandite. Il primo bando a cascata (BAC1) era destinato ad enti pubblici e/o privati non destinatari di aiuti di stato; il secondo (BAC2) a soggetti non destinatari e destinatari di aiuti di stato (micro, piccola e media impresa; grande impresa e organismi di ricerca pubblici/privati). I progetti finanziati saranno implementati dai vincitori e strettamente monitorati dall'IRCCS INRCA sia per quanto concerne l'attività amministrativa, che scientifica. A fronte di uno stanziamento per bandi a cascata di € 2.416.000, nel 2025 sono stati erogati € 396.160 ai 6 progetti approvati su 6 diverse linee di ricerca/tematiche nell'ambito di due bandi a cascata.

Si riporta di seguito la sintesi dei nuovi progetti che sono stati attivati nell'anno 2025 e proseguiranno le attività nel 2026.

Il progetto intitolato "Mouse lifespan extension using novel bioactive dietary compounds (sulforaphane and trigonelline)", finanziato da NUS - National University of Singapore, è finalizzato a indagare il potenziale effetto di due composti bioattivi di origine naturale, il sulforafano e la trigonellina, sulla longevità e sulla fragilità associata all'invecchiamento. Il sulforafano e la trigonellina sono nutraceutici noti per le loro proprietà antiossidanti e antinfiammatorie; tuttavia, il loro ruolo nella modulazione della longevità e del declino funzionale associato all'invecchiamento non è stato ancora chiaramente definito. Questo studio valuta l'effetto dell'integrazione dietetica con sulforafano e trigonellina sulla sopravvivenza media e sulla progressione della fragilità in un modello murino di invecchiamento naturale (C57BL/6J), con l'obiettivo di generare evidenze precliniche sul loro potenziale nel promuovere un invecchiamento in salute.

Il progetto KALOS è finanziato dal Mimit nell'ambito del Bando per il finanziamento di progetti di

potenziamento e capacity building degli Uffici di Trasferimento Tecnologico (UTT) delle Università italiane, degli enti pubblici di ricerca (EPR) italiani e degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) al fine di aumentare l'intensità dei flussi di trasferimento tecnologico verso il sistema delle imprese. Il progetto ha come obiettivo il potenziamento delle attività di trasferimento tecnologico dell'Istituto attraverso la promozione della cultura della proprietà intellettuale e del trasferimento tecnologico, l'identificazione di nuovi risultati da valorizzare e lo sviluppo di strategie di valorizzazione e promozione industriale dei risultati di ricerca.

CARA - Povertà assistenziale nelle società che invecchiano. Uno studio quali-quantitativo sull'Italia (Care Poverty in Ageing Societies. A quali-quantitative study on Italy) è un progetto finanziato dalla Fondazione Cariplo il cui scopo è duplice: indagare empiricamente i fattori sociali (istituzionali e culturali) e individuali che influenzano il rischio di povertà assistenziale tra gli anziani fragili in Italia, esplorare come le disuguaglianze socio-economiche influenzino le esperienze vissute di povertà assistenziale e le relative strategie di coping degli anziani in Italia.

Inoltre, in forza di un Accordo di collaborazione biennale tra le due parti, l'IRCCS INRCA sta attualmente supportando il Dipartimento per le politiche della famiglia presso la Presidenza del Consiglio dei ministri, nell'espletamento dei compiti che gli sono stati assegnati in materia di invecchiamento attivo, dal Decreto Legislativo n. 29 del 2024, ai commi 3 e 4 dell'articolo 6. Vale a dire, secondo il comma 3: ricevere, entro il 30 aprile di ogni anno, relazioni sulle attività in materia di invecchiamento attivo svolte nell'anno precedente, nonché sulle possibili iniziative da avviare per rafforzare la promozione dell'invecchiamento attivo da parte di: tutte le Regioni e le Province Autonome; tutti gli Enti Locali presenti sul territorio nazionale; tutte le istituzioni scolastiche del sistema nazionale di istruzione; i Dipartimenti o PCM per le pari opportunità e per le politiche giovanili e il servizio civile universale. Secondo il comma 4: predisporre, anche sulla base delle informazioni acquisite attraverso le relazioni di cui sopra, una relazione entro il 31 dicembre di ogni anno, sulle misure intraprese dalle amministrazioni in materia di invecchiamento attivo, e sulle possibili iniziative da avviare per rafforzare la promozione dell'invecchiamento attivo. Tale relazione, una volta sottoposta all'Autorità politica con delega alla famiglia, andrà presentata al Comitato Interministeriale per le Politiche a favore degli Anziani (CIPA) ai fini dell'adozione e dell'aggiornamento del "Piano nazionale per l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione delle fragilità nella popolazione anziana". Per il 2025, le azioni previste al comma 3 sono state realizzate anche in collaborazione con l'Istituto Nazionale per l'Analisi delle Politiche Pubbliche (INAPP) nella forma di una rilevazione telematica con risposte a domande strutturate (questionario online con invio finale). La relazione al comma 4 è stata consegnata al Dipartimento Famiglia ed è in fase di editing. Questo accordo biennale segue due precedenti accordi triennali (il primo attivato nel 2019), i quali sono stati utili per creare e consolidare un coordinamento nazionale partecipato multilivello delle politiche in materia di invecchiamento attivo.

Sperimentazioni cliniche INRCA

L'attività di ricerca e la produzione scientifica istituzionale si estrinsecano 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 Territoriale (CET) delle Marche. Nel 2025 sono stati approvati dal CET 19 studi clinici autorizzati con determina.

Di seguito si riporta l'elenco degli studi approvati, che verranno condotti nel 2026:

- JACARDI: intervento a supporto dell'alfabetizzazione tecnologica dei pazienti anziani con diabete di tipo 2;
- DHEAL-COM cognitive: intervento socio-economico nell'ambito della medicina di prossimità in pazienti con mild cognitive impairment (MCI);
- DHEAL COM osteoporosis: intervento di teleriabilitazione nell'ambito della medicina di prossimità in pazienti con osteoporosi;
- DHEAL COM parkinson: intervento di riabilitazione nell'ambito della medicina di prossimità in pazienti con Parkinson;
- Ottimizzazione della prevenzione della disabilità acquisita in ospedale attraverso interventi integrati multidominio: progetto AGE-IT;
- Studio osservazionale pilota del microbiota intestinale in soggetti anziani con sindrome coronarica acuta e cronica (MISCA);
- Analisi retrospettiva del valore prognostico dei biomarcatori ematici, urinari e di altri campioni biologici analizzati nell'ambito della routine clinica laboratoristica nei pazienti anziani ricoverati presso strutture ospedaliere INRCA;

- CAREFALL: comparazione dell'approccio riabilitativo nell'età avanzata per ridurre le cadute: un'indagine sugli effetti dei trattamenti robotici e di teleriabilitazione;
- DANCECARE-dance movement therapy and conscious movement as innovative tools in emotional education and support for long-term caregivers;
- TRANSCARE: new care pathways for supporting transitional care from hospital to home using ai and personalized digital assistance;
- Studio JACARDI HEART: un intervento tecnologico innovativo a supporto dei pazienti anziani con insufficienza cardiaca;
- Studio sulla prevenzione delle patologie non trasmissibili basato su una popolazione anziana" codice protocollo: JA – PREVENT NCD;
- VITALITY: pilot di musicoterapia a distanza;
- Approccio ecoguidato alla cannulazione della vena giugulare interna distale per scopi infusionali;
- Efficacia e sicurezza dell'acido bempedoico in combinazione con ezetimibe e rosuvastatina in pazienti con ipercolesterolemia primaria (Studio TRICONOS);
- JACARDI: Connected Care: A Structured Intervention for Type 2 Diabetes Self-Management through technology and healthcare collaboration" codice protocollo: RCT_SM;
- Studio osservazionale, prospettico, sulle caratteristiche del paziente che guidano il processo decisionale dei dermatologi alla terapia con tildrakizumab e al relativo dosaggio nella psoriasi a placche da moderata a severa; codice protocollo: M-14745-53;
- Novel Risk prediction approaches for the primary prevention of cardiovascular diseases in Italy: the CVRISK-IT trial (Approcci innovativi di predizione del rischio per la prevenzione primaria di malattie cardiovascolari in Italia: il progetto CVRISK-IT);
- AGE-IT: Valutazione attraverso la simulazione in Realtà Virtuale degli effetti sullo Stress e sul Benessere del design degli Ambienti di Attesa", codice protocollo: Age.It.

Partecipazione dell'INRCA alle Reti IRCCS riconosciute dal Ministero della Salute

Nel panorama della ricerca sanitaria, l'INRCA svolge attività scientifica congiuntamente ad altri IRCCS Nazionali attraverso la partecipazione alle Reti IRCCS riconosciute dal Ministero della Salute.

Esso coordina la Rete Aging ed è parte di altre due reti IRCCS, la Rete delle Neuroscienze e della Neuroriabilitazione (RIN) e la Rete Cardiologica (Cardio).

Rete Aging

La Rete Aging, riconosciuta dal Ministero della Salute nel 2017 e formalizzata con proprio Statuto nel 2020 (DGEN n. 456 del 26/11/2020 e DGEN 175 del 14/05/2021), attualmente raggruppa 13 IRCCS coordinati dal Direttore Scientifico dell'IRCCS INRCA, con lo scopo di armonizzare la ricerca sul tema dell'invecchiamento in Italia.

Anche per l'anno 2025 i principali obiettivi dei progetti della Rete Aging sono stati:

- Armonizzare, sostenere e potenziare le attività di ricerca e cura in ambito Geriatrico-Gerontologico sull'intero territorio nazionale.
- Lavorare in sinergia, attivando collaborazioni anche a livello internazionale, per migliorare la comprensione delle caratteristiche della popolazione anziana e delle strategie per la gestione del cittadino anziano con bisogni sanitario-assistenziali complessi.
- Standardizzare le definizioni cliniche di Multimorbidità, Fragilità e Polifarmacoterapia, utilizzando un approccio multidisciplinare e interdisciplinare che tenga conto della complessità e dell'unicità clinica e biologica della persona.
- Caratterizzare i meccanismi biologici associati all'invecchiamento ed alle malattie età-correlate e studiare possibili strategie d'intervento individualizzate, anche tramite l'utilizzo di tecnologie innovative.
- Adottare un approccio condiviso integrato alle patologie croniche e alle sindromi geriatriche per studiare i fattori che influenzano la performance fisico-cognitiva e l'autonomia funzionale, analizzare l'impatto dei trattamenti riabilitativi sugli outcome geriatrici e sviluppare trial clinici non farmacologici dedicati ai pazienti anziani.
- Mettere a fattor comune le risorse presenti negli IRCCS in termini di competenze scientifiche cliniche, sperimentali e biotecnologiche, tecnologie avanzate, casistiche, biobanche e registri di malattia.
- Stimolare la nascita di sperimentazioni e studi clinici che rendano possibile l'utilizzo di informazioni complesse per consentire al medico di prescrivere la terapia più appropriata.
- Promuovere l'adozione di protocolli condivisi a livello nazionale.
- Supportare le attività di networking dei ricercatori.

Nel corso dell'anno 2025 il Direttore Scientifico dell'IRCCS INRCA è stato riconfermato in qualità di

Presidente della Rete Aging.

Rete delle Neuroscienze e della Riabilitazione (RIN)

La Rete IRCCS delle Neuroscienze e della Riabilitazione (RIN), il più grande network di ricerca italiano d'ambito, è stata fondata nel 2017 dal Ministero della Salute per stimolare la collaborazione tra gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), favorire la diffusione delle informazioni sulla attività clinico-scientifica e coordinare azioni di rilevanza internazionale volte ad aumentare il rilievo e la competitività del settore.

La Rete promuove ed agevola, inoltre, la ricerca scientifica e tecnologica e le attività di formazione favorendo lo scambio di dati e risultati scientifici, l'accesso a tecnologie complesse e lo sviluppo di progetti comuni per migliorare prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle malattie specifiche (neurologiche, neuropsichiatriche e patologie connesse) e di trasferire i risultati delle ricerche nella filiera industriale (technology transfer). Alla Rete sono attualmente associati 30 Istituti tra cui l'IRCCS INRCA.

L'IRCCS INRCA è parte attiva della Rete anche tramite i risultati clinici derivanti dall'erogazione di tutte le principali prestazioni connesse alla diagnostica neurologica clinica e strumentale, finalizzate in particolare alla cura ed alla riabilitazione delle patologie neurodegenerative e vascolari e delle loro complicanze (malnutrizione, disturbi della continenza, disfagia, disturbi motori e cognitivi), con l'utilizzo di trattamenti farmacologici, psicosociali e tecnologici, specifici ed innovativi.

Le specifiche aree di attività sono: demenze e patologia neurodegenerativa; morbo di Parkinson e parkinsonismi; patologia cerebrovascolare; neurofisiologia clinica; competenze neurologiche generali.

Rete Cardiologica

La rete cardiologica è il più grande network di ricerca italiano in ambito cardiovascolare, promosso dal Ministero della Salute e costituito nel 2017 per favorire la cooperazione tra Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) attraverso la realizzazione di una rete di informazione e collaborazione tra IRCCS a indirizzo cardiovascolare e/o impegnati in modo significativo in ambito cardiovascolare (di diritto pubblico e/o privato). Missione della Rete Cardiologica è quella di agevolare e promuovere la ricerca scientifica e tecnologica nel settore delle malattie cardiovascolari e dei relativi fattori di rischio con il fine di migliorare diagnosi, terapie e cura. Gli obiettivi che la Rete si propone di perseguire sono: promuovere la ricerca scientifica e tecnologica nel settore delle malattie cardiovascolari e dei relativi fattori di rischio; favorire la realizzazione di piattaforme di ricerca sperimentale e clinica comuni; favorire l'ottimizzazione delle cure e l'armonizzazione delle stesse; favorire la formazione anche definendo nuovi percorsi di carriera.

L'IRCCS INRCA è parte attiva della Rete anche tramite i risultati clinici derivanti dall'erogazione di tutte le principali prestazioni connesse alla diagnostica cardiologica clinica e strumentale. In particolare, l'ente si occupa dello studio, della cura e della riabilitazione delle principali patologie cardiache, dallo scompenso cardiaco cronico ed acuto, alla patologia ischemica ed aritmica e delle loro complicanze con l'utilizzo di trattamenti farmacologici e tecnologici, specifici ed innovativi. L'INRCA, tra le altre attività di ricerca, studia i biomarcatori precoci di infarto e ischemia cardiaca (microRNA) e delle infiammazioni delle patologie cardiache. Nel corso del 2025 sono state portate avanti le attività del nuovo progetto della Rete Cardiologica: Novel risk prediction approaches for the primary prevention of cardiovascular diseases in Italy: the CVRISK-IT trial, della durata di 48 mesi finanziato per un totale di 20 milioni di euro.

La Ricerca scientifica dell'Istituto si avvale della disponibilità di diverse strutture. Tra queste, rivestono particolare rilevanza le seguenti:

Banca biologica istituzionale per la ricerca sull'invecchiamento (BioGer)

La missione di BioGer - Banca biologica istituzionale per la ricerca sull'invecchiamento (BioGer), un'unità di servizio finalizzata alla raccolta, conservazione e distribuzione di materiale biologico umano e dei dati ad esso associati per attività di ricerca finalizzate all'avanzamento delle conoscenze scientifiche nel settore dell'invecchiamento e delle patologie età - correlate - è quella di sostenere la ricerca scientifica favorendo l'accesso a campioni biologici di elevata qualità, accuratamente annotati, necessari allo svolgimento di ricerche sull'invecchiamento e alla produzione di risultati utili a migliorare le possibilità diagnostiche e terapeutiche nell'ambito delle patologie dell'invecchiamento e a sostanziale beneficio dei pazienti. La struttura rappresenta, pertanto, una preziosa risorsa in grado di fornire campioni biologici di soggetti anziani per indagini di biologia molecolare, genomica e proteomica, per studi di epidemiologia molecolare e per lo sviluppo e la validazione di metodiche diagnostiche innovative.

A novembre del 2020 BioGer è ufficialmente entrata a far parte del nodo nazionale BBMRI (Biobanking and BioMolecular resources Research Infrastructure) con successiva sottoscrizione del partner charter BBMRI-ERIC, il nodo Nazionale della Infrastruttura di Ricerca Europea delle Biobanche e delle Risorse BioMolecolari. I campioni biologici (costituiti da sangue, siero, plasma, urine e liquidi biologici) provenienti da soggetti anziani reclutati nell'ambito dei progetti di ricerca approvati dal Comitato Etico dell'IRCCS INRCA e/o dai CE

indipendenti per gli studi multicentrici e che hanno fornito il loro consenso informato al progetto/studio di riferimento e alla conservazione di materiale biologico sono conservati nella Bioger e distribuzione di materiale biologico umano e dei dati ad esso associati per attività di ricerca finalizzate all'avanzamento delle conoscenze scientifiche nel settore dell'invecchiamento e delle patologie età - correlate. Tutti i campioni che sono stati raccolti nel 2025 sono conservati in BioGer, dove risultano stoccati circa 32.487 campioni biologici a fronte di 5.671 soggetti anziani reclutati.

L'Allevamento e Clinica del Topo Geriatrico (ACTG)

L'Allevamento e Clinica del Topo Geriatrico (ACTG) dell'IRCCS INRCA è una struttura unica nel suo genere, progettata per supportare e accelerare la ricerca sulle patologie legate all'età attraverso l'utilizzo di modelli preclinici avanzati. La struttura integra un'unità di riproduzione e stabulazione in ambiente Specific Pathogen Free (SPF) con disponibilità di ceppi murini specifici, come HET-3 (ibridi per studi di longevità) e NFL-KO (per lo studio della demenza e del declino cognitivo) e una clinica dedicata alla fenotipizzazione e al monitoraggio del declino fisico, cognitivo e clinico di topi geriatrici.

La missione dell'ACTG è quella di favorire lo sviluppo di interventi terapeutici innovativi per migliorare la qualità della vita e la salute degli anziani. Grazie alla disponibilità di modelli murini in età avanzata e a tecniche avanzate di fenotipizzazione non invasiva, l'ACTG fornisce un contributo significativo alla comprensione dei meccanismi biologici dell'invecchiamento e delle patologie età-correlate.

L'ACTG è una delle poche strutture a livello internazionale in grado di mantenere piccoli roditori fino all'invecchiamento avanzato in ambiente SPF, garantendo: benessere animale (arricchimento ambientale, monitoraggio etologico, interventi veterinari personalizzati); tecnologie avanzate (sistemi di fenotipizzazione non invasivi per il monitoraggio clinico, fisico e cognitivo); Certificazioni di qualità (ISO 9001 e adozione delle raccomandazioni FELASA per il benessere animale e la sicurezza microbiologica).

L'ACTG punta ad ampliare le collaborazioni internazionali e attrarre nuovi investimenti, ad introdurre modelli murini avanzati e nuove tecnologie di fenotipizzazione e a sviluppare progetti interdisciplinari e sinergie con partner industriali e accademici per accelerare il trasferimento tecnologico e l'applicazione clinica.

L'ACTG, infine, rappresenta una struttura d'eccellenza, integrata in una rete di collaborazioni internazionali e attrezzata con tecnologie avanzate per la ricerca sull'invecchiamento. Partner di rilievo includono IFOM (Milano), Università di Cambridge, Oisin Biotech (USA), e molti altri.

La partecipazione a progetti competitivi contribuisce al progresso scientifico nel campo delle Geroscienze, garantendo risultati traslabilibili e innovazioni che possono migliorare significativamente la comprensione e il trattamento delle patologie legate all'età. La capacità di fornire modelli preclinici unici e protocolli standardizzati fa dell'ACTG una risorsa fondamentale per il futuro della ricerca biomedica.

LIVING LAB - YOUSE

Il laboratorio di usabilità YOUSE è dotato di attrezzatura tecnologica di alto livello volta a sviluppare e testare soluzioni tecnologiche eterogenee nell'ambito dell'usabilità, accettabilità e co-design di tecnologie rivolte al paziente anziano, tra cui:

- il sistema Noldus: rappresenta il core di tutto il laboratorio. Si tratta di un sistema hardware/software che si compone di diverse workstation assemblate e collegate fra loro capaci di lavorare sia individualmente che in sincrono. Il sistema ha come funzione quella di analizzare il comportamento di essere viventi in un ambiente e/o in specifiche situazioni.
- Face Reader: composto di un computer, un monitor ed una webcam HD collegata, esso è capace di analizzare in real time le emozioni dell'utente filmato.
- Bionomadix: composto da sensori indossabili eterogenei minimamente invasivi e da un sistema di rice-trasmissione del segnale, questo modulo permette di indagare lo stress complessivo o individuare situazioni che comportano stress per l'utente durante un'interazione.
- Eye Tracker: composto da un computer, un monitor ed un sensore di movimento oculare abbinato al monitor, questo dispositivo intercetta e traccia lo sguardo dell'utente durante un'interazione a schermo, restituendo le traiettorie dello sguardo. La sua funzione è quella di analizzare quantitativamente l'HCI andando ad indagare l'usabilità di un'interfaccia. Il suo impiego può essere utile, ad esempio, nella co-progettazione di un'app al fine di renderla intuitiva, facile da utilizzare e comprensibile all'utente.

Una parte importante della dotazione e dell'attività di Youse è rappresentata dai robot sociali, che forniscono assistenza all'utente e tramite l'interazione lo supportano attraverso la comunicazione verbale, gestuale, tattile e mediatica (combinazione con schermo, tipo tablet).

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, a tutti gli aspetti del governo clinico, 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. Erogazione di prestazioni sanitarie di ricovero ordinario, day surgery, punto di primo intervento, prestazioni residenziali e semiresidenziali, specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale. Erogazione Corsi di formazione in ambito sanitario accreditati con rialsco ECM". Il sistema di gestione è stato pianificato per processi, quali: P01 (ricerca, progettazione e sviluppo), P02 (degenze e chirurgie), P03 (servizi), con i processi di supporto (P04: gestione risorse umane, formazione; P05: strutture, infrastrutture e Tecnologia Clinica; P06: Information Techonology; 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 programmato 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 negli anni.

Nel Corso del 2025 il Sistema è migliorato integrando nel sistema di Gestione due Schemi di Certificazione, nell'ottica di sistema integrato con l'UNI EN ISO 45001 (relativa alla gestione della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro) e la certificazione sulla parità di genere UNI/PdR 125/2022 (misure per garantire la parità

di genere in tutti i processi aziendali sanitari, amministrativi e di ricerca). Sono state redatte procedure per la parità di genere, anche per la predisposizione del Bilancio di Genere, dove gli obiettivi sono inseriti nel ciclo della performance.

Per il processo di Certificazione per la Sicurezza è stata effettuata una revisione completa e totale di tutti i processi aziendali, in applicazione dell'UNI EN ISO 45001, con il coinvolgimento del SPPA e di tutte le Unità Operarive. A tal fine è stato definito dalla Direzione Aziendale un Coordinamento della Sicurezza e della Prevenzione Aziendale.

Pertanto, nel corso del 2026 il Sistema di Gestione integrato dovrà consolidarsi nel monitoraggio dell'implementazione di tutti gli schemi UNI 9001- 45001- Pdr 125 in un'ottica di coordinamento trasversale tra i vari processi.

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 rappresentano 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, tramite il contenuto dedicato alla Performance, l'INRCA dà avvio al ciclo di gestione della performance, che risulta 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;
- 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 e 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 trovano 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 eventuali progetti direzionali e l'individuazione delle attività svolte dal personale, il modo in cui vengono eseguite, il potenziale espresso e il livello di coerenza con la posizione occupata 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 fondo

residuo viene così suddiviso:

SETTORE	Dirigenza	Comparto
<i>Performance Organizzativa – Scheda di Budget</i>	70%	70%
<i>Performance Individuale – Scheda Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi</i>	30%	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 (eventuali 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 la misurazione del grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla Azienda nel suo complesso, così come sono stati declinati alle varie articolazioni organizzative aziendali (Strutture Complesse, Strutture Semplici Dipartimentali) nell’ambito del Processo di Budgeting e tra più soggetti attraverso specifici progetti.

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%.

I “resti” derivanti dal mancato o parziale raggiungimento da parte del singolo dipendente degli obiettivi individuali e degli obiettivi di budget e i resti derivanti dalle assenze sono redistribuiti solo ai dipendenti che hanno raggiunto una valutazione positiva, sia nella scheda individuale, che nella scheda di budget ed in proporzione alla quota percepita.

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, dai titolari di incarichi di funzione, dal Direttore Generale, dal Direttore Sanitario, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Scientifico. 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.

RXXXXXX - SOC XXXXXXXXXXXX		Responsabile : XXXXXX Direttore Dipartimento: XXXXX		BUDGET ANNO XXXX					
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE
Economico-finanziario									
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)									
Prospettiva dell’utenza e stakeholder									

Reporting e Analisi degli scostamenti

L’attività di reporting e analisi degli scostamenti ha cadenza trimestrale. Il prospetto per il reporting di CdR è speculare a quello della scheda di Budget. Il processo di reporting e analisi degli scostamenti è ispirato al pieno coinvolgimento degli operatori al fine di stimolare gli opportuni interventi correttivi in caso di scostamenti rispetto ai risultati attesi. Al fine di rafforzare l’analisi degli scostamenti è proseguito, nel 2025, il percorso di sviluppo del controllo di gestione incentrato sulle tematiche dell’Informazione (partendo dal

presupposto che attraverso la comunicazione si forma la conoscenza e si consolida l'esperienza aziendale) e dell'Organizzazione (per la conoscenza approfondita dei processi aziendali alla base della creazione del valore). Rientrano in questo ambito:

- L'istituzionalizzazione di incontri formativi/informativi periodici
- L'istituzionalizzazione di momenti di confronto "comunitari" per la discussione di problematiche generali
- L'analisi dei processi aziendali e organizzativi alla base della creazione del valore
- Il miglioramento della fruibilità delle "informazioni" prodotte dal sistema informativo per favorirne l'uso da parte dei diversi attori aziendali
- L'implementazione di strumenti di reporting più tempestivi e mirati, utili a supportare le decisioni operative e strategiche
- Il rafforzamento delle attività di monitoraggio delle performance, attraverso indicatori quantitativi e qualitativi maggiormente integrati nei processi decisionali.

L'Istituto della revisione del Budget

Qualora si verificassero significative variazioni nelle risorse strutturali, umane o tecnologiche a disposizione del singolo CdR e/o Dipartimento, o emergessero eventi esterni al di fuori del controllo del responsabile di progetto e/o U.O., è necessario prevedere meccanismi di revisione del budget, con particolare riferimento agli obiettivi assegnati e agli indicatori individuati (anche in termini di valore obiettivo).

Analogamente, è opportuno stabilire un processo di revisione degli obiettivi di budget nel caso in cui, in corso d'opera, sopraggiungano condizioni che impediscono totalmente la loro attuazione e venga dimostrata l'effettiva impossibilità di realizzarli a causa di eventi o normative imprevedibili al momento della loro definizione. 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, per 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.

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. Nella realizzazione di questa attività, la Direzione 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 proporzionale alla presenza in servizio. A conclusione del percorso di budgeting è obbligatoria la compilazione, da parte del responsabile di CdR, della 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 riportato sulla performance organizzativa, relativamente alle linee guida del budget e agli obblighi derivanti dalle diverse normative che fanno riferimento alla valutazione della performance. È 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 $\geq 60\% < 90\%$ obiettivi raggiunti da compensare economicamente in misura percentuale al loro raggiungimento
- risultato $\geq 90\%$ obiettivi raggiunti da compensare economicamente al 100%.

Gli obiettivi di performance per l'anno 2026

L'albero della performance

L'albero della performance rappresenta, in sintesi, i capisaldi del sistema di programmazione aziendale, riferendosi ad obiettivi strategici di primo livello, discendenti dalla mission aziendale e dagli obiettivi di mandato, cui si collegano gli obiettivi strategici aziendali definiti in coerenza con la programmazione regionale. La mission dell'INRCA è focalizzata sulla comprensione delle sfide legate all'invecchiamento e sulla ricerca di soluzioni innovative per migliorare la qualità della vita del paziente anziano. Attraverso competenze cliniche, ricerca scientifica e l'impiego di tecnologie avanzate, l'Istituto si dedica alla diagnosi precoce, alla cura personalizzata e alla promozione di stili di vita sani per gli anziani, oltre che rappresentare il punto di riferimento per la gestione integrata delle patologie legate all'invecchiamento, garantendo un approccio multidisciplinare e la massima attenzione alle esigenze individuali.

Rientra tra gli obiettivi dell'Istituto l'implementazione di modelli organizzativi innovativi, anche tramite l'introduzione di innovazioni tecnologiche, tra cui gli strumenti di tecno-assistenza / telemedicina, big data ed intelligenza artificiale, volti a raggiungere i seguenti obiettivi strategici per il 2026:

- Mantenimento e miglioramento degli standard di qualità e degli esiti, con particolare riferimento agli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) e del Programma Nazionale Esiti (PNE), attraverso il monitoraggio costante delle performance, la rilevazione periodica degli scostamenti e l'attivazione tempestiva di azioni correttive, nonché il trasferimento delle evidenze scientifiche nella pratica clinica;
- Uso appropriato di farmaci, dispositivi e tecnologie, mediante la valutazione sistematica dell'introduzione e dell'impiego delle innovazioni sanitarie e tramite l'istituzione di un Board di Health Technology Assessment (HTA) con funzioni di indirizzo, controllo e analisi dell'impatto;
- Potenziamento di modelli di presa in carico e continuità assistenziale, orientati a garantire la gestione integrata dei percorsi di cura;
- Potenziamento dei servizi sanitari di prossimità, soprattutto nelle aree più svantaggiate;
- Promozione dell'integrazione sociosanitaria, dell'invecchiamento attivo e della prevenzione della fragilità, con attenzione alla tutela e all'inclusione sociale dei pazienti anziani, cronici e fragili;
- Favorire l'abbattimento delle liste di attesa, sia delle prestazioni di specialistica ambulatoriale che dei ricoveri chirurgici;
- Migliorare l'integrazione tra ricerca di base, traslazionale e clinica, contribuendo a definire nuovi paradigmi nel trattamento delle malattie dell'invecchiamento, al fine di trasferire le scoperte scientifiche dal laboratorio al letto del paziente, garantendo cure basate su evidenze scientifiche all'avanguardia;
- Promuovere la digitalizzazione dei processi sanitari dell'Istituto (implementazione di soluzioni di tecnoassistenza / telemedicina / sviluppo di una rete di utilizzo dell'intelligenza artificiale) rivolti al trattamento e alla presa in carico dei pazienti anziani, cronici e fragili, così come previsto dalla Missione 6 del PNRR;
- Garantire l'utilizzo ottimale delle risorse economico-finanziarie disponibili.

Il Posizionamento dell'Istituto all'interno del PNRR

All'interno del PNRR l'Istituto ha trovato 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 il 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'Azienda è stata finanziata 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).

Con determina del Direttore Generale n. 245/2023 è stata approvata la struttura organizzativa aziendale

per l'attuazione degli interventi previsti nel PNRR presso l'IRCCS INRCA, con l'obiettivo di supportare metodologicamente le diverse fasi progettuali di programmazione, monitorare e rendicontare lo stato di avanzamento dei progetti.

PNRR MISSIONE 6 SALUTE

Sezione digitalizzazione

M6 C2 1.1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero

(Digitalizzazione rafforzamento strutturale SSN" PROGETTI IN ESSERE" ex art. 2 D.L. 34/2020)

Fondi di cui al D.L. 19 maggio 2020, n. 34 "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19" inseriti nel PNRR. Rispetto a questa linea di attività si precisa che, riguardo al Pronto Soccorso di Osimo, le opere previste sono state concluse e collaudate in data 11/04/2025, come da determina di presa d'atto dello stato finale lavori e approvazione del certificato di regolare esecuzione n. 342/DGEN del 11/09/2025.

Sezione Telemedicina e FSE

M6 C1 1.2.3 Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici

Nell'ambito del gruppo di lavoro PNRR Missione 6, Componente 1 (M6C1) – "Reti di prossimità, strutture e Telemedicina per l'assistenza territoriale" l'investimento 1.2 ("Casa come primo luogo di cura e telemedicina") e, in particolare, il sub-investimento 1.2.3 ("Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici"), sub-codifica 1.2.3.2 ("Servizi di Telemedicina"), INRCA ha individuato i Direttori Operativi. A seguito del collaudo della piattaforma IRT (Infrastruttura Regionale di Telemedicina), alcune delle attività del gruppo di lavoro regionale condotte da ARS Marche, sono state le seguenti:

- Definizione di software integrabili con la piattaforma e già utilizzati in ogni Azienda, con ipotesi di spesa per integrazione con IRT e ricognizione fabbisogno di dispositivi per Azienda;
- Condivisione dell'aggiornamento del catalogo di specialistica ambulatoriale al fine di specificare, nella descrizione di alcune prestazioni, l'erogabilità in telemedicina;
- Raccolta dati relativi ai dispositivi di telemonitoraggio (Livello 1 e/o 2) già utilizzati in ogni Azienda e dei percorsi clinici in essere, ai fini della ricognizione delle possibili piattaforme di terzi da integrare con l'IRT;
- Sono attive le integrazioni con Cohesion per autenticazione degli operatori, Anagrafica Regionale e SIRTE. È in programma lo sviluppo prioritario delle integrazioni con CUP, DIH, Cartella diabetologica, Cartella cardiologica, firma digitale e CDR/FSE. La piattaforma allo stato attuale è raggiungibile al link: <https://telemedicina.marche.it/marche/>.

L'INRCA ha individuato i propri referenti di Diabetologia, Cardiologia e Pneumologia per condividere con il fornitore, i workflow di processo da implementare nei Servizi Minimi di Telemedicina dell'IRT. Le attività di ogni tavolo di lavoro sono state avviate e si stanno definendo i processi e i percorsi clinico assistenziali per la successiva configurazione della piattaforma. Successivamente saranno coinvolti anche i referenti clinici per le branche di Oncologia e Neurologia. In tale ambito, "M6 C1 1.2.3 Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici", sono state assegnate all'INRCA postazioni di lavoro per erogazione dei servizi di telemedicina per un totale di 111 unità, le quali verranno consegnate nel 2026.

M6 C2 1.3.1(b) Adozione e utilizzo FSE da parte delle regioni

Con DGR n. 892 del 26/06/2023 "Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) Missione M6C2 "Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale" - Investimento 1.3.1(b) "Adozione e utilizzo FSE da parte delle regioni": delega delle attività e ripartizione delle risorse agli Enti del SSR "la Regione Marche ha provveduto a delegare alle Aziende del Servizio Sanitario Regionale le funzioni e l'esercizio delle competenze relative all'avvio, alla realizzazione operativa e a ripartire tra le Aziende del SSR le risorse finanziarie per la realizzazione dei competenti interventi previsti per l'intervento di investimento M6C2 1.3.1 b) «Adozione e utilizzo FSE da parte delle regioni».

Tale Missione risulta essere trasversale, andando ad interessare sia l'ambito informatico, che quello formativo e comunicativo. In risposta alla nota della Regione Marche prot. Inrca 22655 del 20/7/2023 l'INRCA ha comunicato con prot. 23620 del 28/7/2023, successivamente modificata con nota mail al Dipartimento Salute - Regione Marche del 18/12/2024 i nominativi dei Rup e i seguenti CUP:

- F31C23000640006 per Interventi volti al potenziamento dell'infrastruttura digitale
- F33C22001550001 Interventi volti all'incremento delle competenze digitali dei professionisti del sistema sanitario – formazione
- F39B2200011000 Interventi volti all'incremento delle competenze digitali dei professionisti del sistema

sanitario – comunicazione.

Con DGR n. 1841 del 5/12/2023 “Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) Missione M6C2 “Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale” – Investimento 1.3.1. (b) “Adozione e utilizzo FSE da parte delle Regioni”: approvazione provvedimento di delega ed assegnazione delle risorse agli Enti del SSR” la Regione Marche ha provveduto a delegare alle Aziende del Servizio Sanitario Regionale le funzioni di Soggetti Attuatori esterni e sono state assegnate le risorse finanziarie per la realizzazione del relativo investimento M6C2 1.3.1 b) «Adozione e utilizzo FSE da parte delle regioni», secondo la ripartizione prevista dalla D.G.R. n. 892 del 26/06/2023 pari per l’INRCA a 408.887,24 € per il potenziamento infrastruttura digitale e 649.555,92 € per il potenziamento delle competenze digitali (324.777,96 € per interventi di Formazioni e per la Comunicazione 324.777,96 €). Tali somme sono state liquidate con decreto Regione Marche n. 82 del 28/12/2023 e con Determina n. 6/DGEN del 12/1/2024 l’Istituto ha preso atto del finanziamento.

Relativamente agli interventi volti al potenziamento dell’infrastruttura digitale nel 2024 per la configurazione del sistema informativo verticale necessario alla pubblicazione su sistema regionale Marche dei documenti secondo gli standard FSE 2.0 è stato fatto un affidamento di 61.000 €.

A Maggio 2024 l’INRCA ha concluso la fase 1 del cronoprogramma delle attività che devono essere messe in atto dai Soggetti Attuatori Delegati, così come indicato da Regione Marche, con l’avvio in produzione della pubblicazione dei documenti prodotti secondo nuovo formato del FSE 2.0.

In sintesi, l’INRCA riversa nel Fascicolo sanitario elettronico 2.0 i referti di radiologia, laboratorio analisi, lettera di dimissione ospedaliera, verbale di pronto soccorso e referto ambulatoriale.

Relativamente all’interoperabilità con FSE, la Regione Marche ha definito ed inviato ad ogni azienda il piano dei fabbisogni per aderire all’Accordo Quadro Sanità digitale per l’interoperabilità FSE e gli adeguamenti DIH (Digital Integration HUB regionale) per l’integrazione dei servizi INRCA, anche relativamente al clinical data repository e all’integrazione con FSE 2.0., prevedendo la configurazione e parametrizzazione di funzionalità già presenti nel DIH per l’evoluzione dei sistemi di archiviazione dell’infrastruttura regionale, al fine di introdurre un repository per l’INRCA accreditato per l’alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE). Il progetto prevede un costo per INRCA di 173.018,75 € Iva Esclusa (211.082,87 € iva inclusa) (all’interno dei fondi INRCA PNRR assegnati). L’INRCA ha provveduto in data 01 agosto 2025, con i fondi PNRR assegnati, alla contrattualizzazione per 211.082,87 € iva inclusa.

Nel 2026 le attività riguarderanno l’integrazione del sistema informatico sanitario INRCA con il nuovo repository all’interno del DIH e il completamento della dematerializzazione dei documenti sanitari (lettera di dimissione ospedaliera, verbale di pronto soccorso e referti ambulatoriali) attraverso l’utilizzo da parte dei medici della firma digitale. Nel 2026, pertanto, saranno distribuite le firme digitali a tutti i medici e sarà configurato il sistema informatico sanitario per permettere l’utilizzo dei certificati di firma acquisiti da Regione Marche.

In relazione agli interventi di competenza dell’area formazione, con Decreto del Dirigente Settore Risorse Umane e Formazione n. 32 del 16/07/2025 è stato approvato il Piano operativo della formazione FSE 2025, con il quale si dispone la realizzazione dei corsi sugli applicativi FSE. Con il PFA INRCA 2025 infatti, l’Istituto ha realizzato i corsi di formazione sugli applicativi relativi a: Lettera di dimissione ospedaliera, Verbale di Pronto Soccorso, Referto di specialistica ambulatoriale e Referto di radiologia. Nel 2026 si prevede di completare la formazione spoke già avviata nel 2025 sugli applicativi sopra citati.

Per i suddetti corsi, la cui docenza è stata affidata, come da indicazione regionale, alle ditte fornitrice degli applicativi sopra citati, è stata prevista una spesa complessiva di euro 9.234.

Per quanto riguarda gli interventi di comunicazione e al fine di diffondere in maniera capillare le novità e le opportunità introdotte dal FSE 2.0, l’INRCA ha inviato a tutti i dipendenti una comunicazione interna con un focus sul diritto all’oscuramento e sulle conseguenze del suo esercizio.

M6 C2 2.2 (b) Corso di formazione infezioni ospedaliere

Con DGRM n. 398 del 27/03/2023 è stato approvato il “Piano formativo regionale sulle infezioni correlate all’assistenza (ICA) in ambito ospedaliero” e sono stati individuati come Provider per la realizzazione delle attività formative relative al corso di cui all’oggetto tutti gli Enti del SSR. Con la medesima delibera è stato definito anche il programma del corso basato su 4 moduli (A, B, C e D) organizzati dalla Regione Marche in 3 corsi distinti, con cui l’Istituto dovrà formare in totale 325 dipendenti:

- Corso FAD (modulo A) di circa 14 ore, propedeutico ai moduli B e C
- Corso pratico moduli B+C di almeno 14 ore
- Corso modulo D riservato ai Comitati aziendali ICA di almeno 14 ore, propedeutico agli altri moduli.

L'Istituto ha svolto nel 2023 il corso modulo D riservato ai membri dei Comitati aziendali ICA e propedeutico agli altri moduli e nel corso del 2024 e 2025 ha realizzato il corso blended (moduli A+B+C) di 26 ore raggiungendo il target assegnato di n. 325 dipendenti ospedalieri formati in tema di infezioni ospedaliere. Per l'attività di docenza dei moduli A+B+C l'Istituto si è avvalso dei professionisti interni, già debitamente formati tramite la partecipazione al modulo D. La spesa prevista per il compenso dei docenti relativa all'anno 2025 è di circa 2.300 euro, analogamente a quanto speso nel 2024.

Nel 2026 l'Istituto ha scelto di continuare la formazione sulle infezioni correlate all'assistenza con un corso FAD di 20 ore ricavato dal corso blended ormai concluso, che sarà rivolto a tutti gli operatori sanitari neoassunti e agli OSS.

Il progetto formativo, seppur più breve, costituisce un'importante attività di prevenzione nell'ambito dei programmi di cui si compone il Piano della Prevenzione e Piano Nazionale di Contrasto all'Antimicrobico Resistenza (PNCAR), nonché della prevenzione alle pandemie (PanFlu).

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

M1 C 1 1.4.3 ADOZIONE APP IO

La Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per la trasformazione digitale- ha pubblicato sul Portale Pa Digitale l'avviso pubblico per la presentazione di domande di partecipazione a valere su PNRR – M1C1 -Investimento 1.4 “Servizi e cittadinanza digitale” - Misura 1.4.3 Adozione App IO Altri Enti (Regioni/Province autonome, Aziende sanitarie locali e ospedaliere, Università, Enti di ricerca e AFAM), a cui l'INRCA ha inviato la propria candidatura in data 08/9/2022.

Con decreto n. 47 - 3 / 2022 – PNRR della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per la trasformazione digitale, la domanda dell'INRCA è stata ammessa al finanziamento per un valore pari a 35.424,00 € (CUP F31F22002830006). Con Determina n.448/DGEN del 21/11/2023 l'Azienda ha preso atto del finanziamento. I servizi di integrazione ad App Io per un valore pari a 9.760 € sono stati completati positivamente nel 2025 e sono state concluse le attività di richiesta finanziamento sul Portale PA Digitale.

M1 C1 1.4.4. ESTENSIONE DELL'UTILIZZO DELLE PIATTAFORME NAZIONALI DI IDENTITÀ DIGITALE - SPID CIE

La Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per la trasformazione digitale - ha pubblicato sul Portale Pa Digitale l'avviso pubblico per la presentazione di domande di partecipazione a valere su PNRR – M1C1 -Investimento 1.4 “Servizi e cittadinanza digitale” - Misura 1.4.4 ESTENSIONE DELL'UTILIZZO DELLE PIATTAFORME NAZIONALI DI IDENTITÀ DIGITALE - SPID CIE - Altri Enti (Amministrazioni pubbliche diverse da Comuni e Istituzioni Scolastiche, a cui l'INRCA ha inviato la propria candidatura in data 08/9/2022. Con decreto n. 49 - 3 / 2022 – PNRR della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per la trasformazione digitale la domanda dell'INRCA è stata ammessa al finanziamento per un valore pari a 14.000,00 € (CUP F31F22002820006). Con Determina n.450 del 21/11/2023 il Direttore Generale ha preso atto del finanziamento. Nel 2024 si sono contrattualizzate le attività per l'integrazione dei servizi con CIE per 9.760 €. Nel 2025 sono state completate le attività e sono state concluse le attività di richiesta finanziamento sul Portale PA Digitale.

M1 C1 1.1 Infrastrutture Digitali e 1.2 Abilitazione al Cloud per le Pa locali ASL/AO

La Presidenza del Consiglio dei ministri - Dipartimento per la trasformazione digitale ha pubblicato sul Portale Pa Digitale l'avviso pubblico multi misura per la presentazione di domande di partecipazione a valere su PNRR - Missione 1 – Componente 1 Investimento 1.1 “Infrastrutture Digitali” e investimento 1.2 “Abilitazione al Cloud per le Pa locali” ASL/AO a cui l'INRCA ha inviato la propria candidatura in data 06/06/2023. Con decreto n. Decreto n. 48 - 3/ 2023 – PNRR – PNRR della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per la trasformazione digitale la domanda dell'INRCA è stata ammessa al finanziamento per un valore complessivo pari a 341.532,00 € (CUP F31C23000620006).

Con Determina n.451 del 21/11/2023 il Direttore Generale ha preso atto del finanziamento. Nel 2024 relativamente alla Misura 1.1, che prevede la migrazione al Cloud PSN, l'INRCA ha aderito al Polo Strategico Nazionale. Ad agosto 2024 si è provveduto a migrare con successo su Polo strategico nazionale il Portale web dell'Istituto e le attività propedeutiche alla migrazione su Polo Stategico Nazionale degli altri servizi applicativi previsti nel bando. Nel 2025 è stato migrato in cloud PSN tutto il sistema clinico sanitario SIS in data 22/7/2025 e il sistema clinico sanitario BCS in uso presso Casatenovo/Merate in data 1/9/2025. La migrazione dei servizi su PSN è pertanto completata ed anche le attività di chiusura progetto sul Potale PA

Digitale si sono concluse.

Relativamente alla Misura 1.2:

- a luglio 2024 l'INRCA ha migrato con successo il sistema di protocollo, relativamente ad un affidamento di 42.164,00 €.
- a febbraio 2024 l'INRCA ha approvato la convenzione con Regione Marche per la migrazione del sistema informativo amministrativo e del personale (SIA-AREAS) al Cloud gestito dalla Regione Marche.
- Il sistema AREAS è stato migrato con successo in data 1/9/2025 nell'infrastruttura PA Adeguata della Regione Marche.

La migrazione su infrastruttura Pa Adeguata e su Cloud Qualificato e le attività di chiusura progetto sul Portale PA Digitale sono concluse.

Per la parte di finanziamento PNRR alla ricerca, si rinvia al paragrafo già trattato "Progetti di ricerca PNRR". L'IRCCS INRCA ha partecipato, inoltre, a numerosi bandi PNRR finanziati dal Ministero della Salute, del Mise e del MUR. Tali progettualità sono descritte in dettaglio nell'apposita sezione attività di ricerca.

M6 C2 1.3.1(b) Adozione e utilizzo FSE da parte delle regioni

Regione Calabria

Con DCA della Regione Calabria n. 156 del 14.6.2023 "Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) - Missione 6 Salute, Componente 2 Investimento 1.3.1(b) "Adozione e utilizzo FSE da parte delle regioni". Individuazione soggetti attuatori e riparto delle risorse", la Regione Calabria aveva provveduto a delegare alle Aziende del Servizio Sanitario Regionale le funzioni di Soggetti Attuatori esterni e ripartire tra le Aziende stesse del SSR-Soggetti Attuatori esterni, le risorse finanziarie per la realizzazione dei competenti interventi previsti dell'intervento di investimento M6C2 1.3.1 b) «Adozione e utilizzo FSE da parte delle regioni».

In risposta alla nota della Regione Calabria prot. 291587 del 27/6/2023 ad oggetto "Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) - Missione 6 Salute, Componente 2 Investimento 1.3.1(b) "Adozione e utilizzo FSE da parte delle regioni". Richiesta nomina Rup e acquisizione CUP.", con protocollo INRCA n. 23477 del 27/7/2023 l'INRCA aveva comunicato il CUP F81C23000710006 e il nominativo del Rup.

Con DCA n. 231 del 22/08/2023 della Regione Calabria "Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) - Missione 6 Salute, Componente 2 Investimento 1.3.1(b) "Adozione e utilizzo FSE da parte delle regioni". Approvazione Provvedimento di Delega amministrativa ai Soggetti Attuatori esterni. Assegnazione delle risorse alle Aziende del Servizio Sanitario Regionale." sono state assegnate le risorse finanziarie per la realizzazione del relativo investimento M6C2 1.3.1 b) «Adozione e utilizzo FSE da parte delle regioni», secondo la ripartizione prevista nel DCA 156 del 14.6.2023 pari per l'INRCA a 268.044,93 euro.

Il Provvedimento di Delega amministrativa era stato firmato dalle parti e ricevuto dall'INRCA in data 6 ottobre e con prot.30432/2023 e con Determina n. 415/DGEN del 3/11/2023, l'INRCA aveva preso atto del finanziamento.

Nel 2023 sono stati effettuati affidamenti per un valore di 61.488,00 €, nel corso del 2024 sono state completate le attività di deployment e sin dall'esercizio scorso si stanno riversando regolarmente i documenti nel formato FSE 2.0., mentre nel corso del 2025 non è stata effettuata alcuna attività specifica e non ci sono, ad oggi, indicazioni relative al 2026.

La dimensione della performance organizzativa

Le strategie delineate saranno realizzate attraverso l'assegnazione di obiettivi a tutte le Unità Operative e ai singoli dirigenti, articolati nelle dimensioni riportate di seguito.

In ambito Clinico Assistenziale

MACROAREE	INDICATORI
<i>Obiettivi Economici</i>	<p>Attuazione di politiche aziendali, volte a rispettare gli obiettivi economici, assegnati a livello regionale, tramite azioni di miglioramento dell'appropriatezza organizzativa ed azioni di efficientamento e governo dei costi, garantendo al tempo stesso un mantenimento dei volumi di tutte le attività, al fine di contribuire all'abbattimento delle liste di attesa e promuovere l'equità di accesso alle cure.</p> <p>Tra le principali azioni che si prevede di attuare nel 2026 si citano le seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓Board aziendale di HTA e potenziamento delle sue attività, per una valutazione sistematica delle tecnologie sanitarie e il monitoraggio di farmaci e dispositivi medici, grazie all'introduzione di strumenti per l'analisi di costo-efficacia e per l'analisi dell'impatto clinico-organizzativo. Il board monitorerà con attenzione l'uso appropriato degli antibiotici, contribuendo alla prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA); ✓Il monitoraggio dei processi economici per supportare efficacemente la Direzione Strategica e garantire il raggiungimento degli obiettivi aziendali in modo efficace ed efficiente, grazie a un costante controllo operativo che consentirà di rilevare e analizzare i risultati delle singole Unità Operative e dell'Azienda nel suo complesso.
<i>Digitalizzazione dei processi sanitari</i>	Digitalizzazione dei processi sanitari che interessano l'Istituto, tra cui potenziamento di soluzioni di tecnoassistenza/ telemedicina/ sviluppo di una rete di utilizzo dell'intelligenza artificiale, rivolte al trattamento ed alla presa in carico dei pazienti anziani, cronici e fragili, così come previsto dalla Missione 6 del PNRR. Saranno, inoltre, potenziate le soluzioni di intelligenza artificiale, utilizzate per la stratificazione del rischio e la previsione dei bisogni assistenziali.
<i>Governo Clinico e la Data Governance</i>	<p>Miglioramento continuo della qualità delle cure, attraverso l'adozione di linee guida, audit clinici e monitoraggio delle performance.</p> <p>Perseguimento dei controlli sanitari, al fine di migliorare la qualità delle prestazioni erogate, tra cui appropriatezza dei ricoveri, verifica della documentazione sanitaria, verifiche sul flusso SDO, dei flussi EMUR PS ed EMUR. File C e File F.</p> <p>Completezza, accuratezza e protezione dei dati clinici, raccolti e utilizzati a fini di ricerca e assistenza.</p>
<i>PNRR</i>	Rispetto di tutti gli adempimenti previsti per l'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza per le parti di competenza, sia in ambito clinico- assistenziale che di ricerca. Strategie di accrescimento delle competenze digitali del personale sanitario.
<i>Attività ambulatoriale</i>	<p>Governo delle Liste d'Attesa e ottimizzazione offerta ambulatoriale, includendo l'erogazione programmata delle prestazioni nel fine settimana come da DGRM 1/2026;</p> <p>Garanzia del Rispetto dei tempi di attesa per classe di priorità (B e D);</p> <p>Ottimizzazione della produzione di prestazioni di specialistica ambulatoriale;</p> <p>Obiettivi regionali non considerati nell'elenco precedente;</p>

Attività di Ricovero	<p>Ottimizzazione del valore della produzione dei ricoveri; Miglioramento della qualità delle prestazioni erogate volti a favorire l'efficacia delle cure erogate, nel rispetto dei parametri previsti dalla normativa nazionale/ regionale di riferimento (DM 70/2015, Nuovo Sistema di Garanzia, Piano Nazionale Esiti). A titolo di esempio, si ricordano i seguenti indicatori: DRG ad alto rischio di inappropriatezza, DRG medici da reparti chirurgici, Ricoveri oltresoglia per pazienti over 65 ecc; Garanzia del rispetto dei tempi d'attesa dei ricoveri chirurgici per classe di priorità, coerentemente al PNGLA; Obiettivi regionali non considerati nell'elenco precedente; Miglioramento dell'efficienza nell'utilizzo dei posti letto; Miglioramento del percorso del paziente, che prevede una presa in carico tempestiva e appropriata, con il coinvolgimento dei professionisti più idonei per affrontare ogni caso clinico.</p>
Qualità e sicurezza delle cure	<p>Adozione di protocolli standardizzati per la gestione del rischio clinico e strumenti digitali per il monitoraggio degli eventi avversi; Formazione continua del personale; Controlli regolari per verificare il rispetto degli standard qualitativi.</p>
Modelli Clinico Assistenziali e di Ricerca	<p>Implementazione di modelli organizzativi innovativi finalizzati a promuovere dignità e autonomia delle persone anziane, attraverso una nuova governance dei servizi e degli strumenti a disposizione.</p>
	<p>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.</p>
	<p>Rafforzamento dell'integrazione Ospedale-Territorio attraverso lo sviluppo di modelli organizzativi innovativi e il potenziamento di ulteriori Punti Salute INRCA.</p>

In ambito Scientifico

MACROAREE	INDICATORI
Produzione scientifica (50%)	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.
Capacità di attrarre risorse (15%)	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.
Attività assistenziale (20%)	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
	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
<i>Operare in Rete</i>	Partecipazione a gruppi di lavoro nazionali, internazionali ed europei. Incremento della partecipazione a trial clinici profit
	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

In ambito dei Processi Interni di Supporto

La macroarea 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>	Mantenimento / miglioramento standard raggiunti sugli obiettivi regionali in termini di: Invio tempestivo e completo dei flussi e dei report periodici, Invio tempestivo e completo delle reportistiche su POA e TD, Obiettivi regionali non considerati nell'elenco precedente.
	Miglioramento del ciclo dei pagamenti in termini di tempestività
	Piena attuazione di tutti processi e percorsi relativi al PNRR
	Supporto al potenziamento della tecno-assistenza 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 indicate nell'ambito dello SMIVAP
	Sviluppo e miglioramento del sistema informativo sanitario
	Incrementare la qualità e la completezza del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)
	Gestione del patrimonio mobiliare e immobiliare con prosecuzione delle procedure per l'alienazione del patrimonio disponibile
	Individuazione delle modalità e delle azioni finalizzate, nel periodo di riferimento 2024 - 2026, a realizzare la piena accessibilità, fisica e digitale, alle pubbliche amministrazioni da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità
	Reingegnerizzazione e semplificazione secondo le misure previste dall'Agenda Semplificazione e, per gli enti interessati dall'Agenda Digitale, secondo gli obiettivi di digitalizzazione ivi previsti
	Realizzazione attività per favorire le pari opportunità e l'equilibrio di genere
	Aggiornamento e adozione atti e procedure in materia di sicurezza sul lavoro
	Raggiungimento degli obiettivi regionali di area economico/amministrativa e sanitaria

La dimensione della Performance Individuale

Per quanto sopra, gli obiettivi strategici si traducono in obiettivi operativi da assegnare alle strutture organizzative aziendali mediante le negoziazioni di budget.

Le stesse dimensioni 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 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 rappresentate 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 con riferimento anche ad altri aspetti dimensionali delle prestazioni, come testimoniato dagli Items della scheda.

Il sistema delle coerenze

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

Di seguito si rappresentano 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 realizzare 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 150/2009e 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. 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 primis 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.

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 e dispositivi medici
- 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, pertanto la trasparenza, 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 coinvolte, 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 e s.m.i., venisse alimentato e aggiornato con regolarità e tempestività, e nominati, 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 a definire 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, inizialmente costituita con determinazione INRCA n. 324/DGEN del 03.10.2013, viene aggiornata annualmente con l'approvazione del Piano Triennale per la Trasparenza e la Prevenzione della Corruzione (di seguito anche PTTPC o Piano), oggi assorbito dal PIAO, 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 così come gli utenti che operativamente effettuano le pubblicazioni con le proprie credenziali di accesso in modalità "back-office", aggiornano direttamente il sito web istituzionale, alimentando in particolare la sottosezione "Amministrazione Trasparente", contenente ordinariamente 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, in conformità a quanto previsto dall'art. 37 del d.lgs. 33/2013 e s.m.i. in combinato disposto con il d.lgs 36/2023.

Garantire elevati livelli di trasparenza rappresenta un costante 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>L'Istituto si riserva di agire, in una logica di miglioramento continuo, sulla semplificazione e la eventuale reingegnerizzazione di tutte le procedure su cui poggia la propria operatività, sia dal punto di vista della modalità che a livello di applicazione software. Gli obiettivi principali sono la semplificazione e il riordino attraverso la reingegnerizzazione dei processi amministrativi prima della loro digitalizzazione (cd. approccio "Once Only").</p> <p>Dal punto di vista della comunicazione si continuerà ad implementare l'attuale sito web, specificatamente pensato in termini aperti e comunicativi e che adotta un nuovo approccio alla erogazione dei servizi e meccanismi di facilitazione per i visitatori, in ottica di massima semplificazione delle procedure. 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>Per quanto relativo al Procurement Digitale le linee di azione previste tendono a favorire l'uso delle cd. "Gare Strategiche" (es. accordi quadro Consip) al fine di accelerare l'acquisto di servizi cloud e di software specifico.</p> <p>Nell'ambito della semplificazione sono integrate le connessioni con le piattaforme nazionali come PagoPA e AppIO per migliorare la fruibilità dei servizi da parte del paziente. Le piattaforme integrano l'autenticazione con SPID/CIE sono in valutazione della possibilità di integrazione dei servizi pubblici con il nuovo portafoglio dell'identità digitale (cd. IT-Wallet).</p> <p>Sono in corso le attività di semplificazione del processo di accesso al laboratorio analisi all'interno di un progetto regionale per tutti gli enti dell'SSR.</p>	<p>Pazienti Potenziali pazienti Familiari pazienti Dipendenti Fornitori (e-procurement)</p>
Digitalizzazione e reingegnerizzazione	<p>Ponendo il vincolo dell'acquisizione di nuove piattaforme esclusivamente in modalità SaaS, qualificate ACN, si sono poste le basi per la completa digitalizzazione di tutti i processi; nella pratica le vecchie applicazioni sono solitamente aggiornate o effettuato replatforming, refactoring o repurchasing, cambiandone la modalità da on-premises al cloud.</p> <p>Nel corso dell'anno 2025 è stata effettuata la migrazione delle applicazioni software presso il Polo Strategico Nazionale secondo il progetto finanziato con i fondi PNRR.</p> <p>Si tratta di un vero salto culturale e di una nuova consapevolezza da parte di gran parte degli operatori, abituati a modalità di lavoro non adeguate agli standard di mercato, grazie ai quali è possibile il reperimento delle informazioni necessarie.</p> <p>In procinto vi è la migrazione della posta elettronica che porta con sé l'adozione della scheda di produttività individuale specificatamente pensata in cloud la massima condivisione. L'implementazione non è mai una operazione semplice ma si tratta anche in questo caso di salto culturale e possibilità di</p>	Personale Sanitario e amministrativo

	<p>migliori performance lavorative, specie per le attività in mobilità. Relativamente alla gestione dei flussi documentali l'adozione al tempo del disciplinare del protocollo e di gestione dei flussi documentali ha permesso la ridefinizione dei singoli processi informatizzati, in via di semplificazione e normalizzazione secondo gli obiettivi strategici, adottando delle specifiche procedure volte a garantire la necessaria continuità operativa. L'applicativo è stato migrato in modalità SaaS, qualificato ACN. La migrazione avvenuta al nuovo applicativo di contabilità, gestione presenze e risorse umane, sempre in modalità SaaS, è un altro tassello di miglioramento dei processi digitalizzati e unificati ed ospitati nel datacenter regionale.</p> <p>Per quanto riguarda l'area clinica e sanitaria gran parte delle attività riguardanti i processi coinvolti sono stati completamente digitalizzati, sia dal punto di vista sanitario che amministrativo. In un percorso dinamico e di continua evoluzione è in corso lo sviluppo e miglioramento del sistema informativo sanitario e clinico attraverso una revisione continua dei processi sanitari e clinici e della loro digitalizzazione.</p> <p>Completa il quadro, il progetto di acquisizione di una innovativa data-platform che, nonostante la complessità e la generale difficoltà nel reperimento delle risorse necessarie allo sviluppo, dovrebbe permettere 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>Le applicazioni software in ambito sanitario sono state migrate al Polo Strategico Nazionale, al fine di garantire la necessaria sicurezza, continuità operativa anche in condizioni limite, garanzia di sovranità dei dati, protezione dei dati personali. Questo in combinazione con le previsioni previste per il FSE 2.0, in corso di attuazione, in particolare per quanto relativo al CDR e di conseguenza all'Ecosistema Dati Sanitari.</p> <p>Nel 2026 il processo di dematerializzazione della documentazione sanitaria si arricchirà della dematerializzazione dei referti, della lettera di dimissione ospedaliero e del verbale di pronto soccorso introducendo la firma digitale ai professionisti sanitari all'interno del progetto FSE 2.0.</p> <p>In tutti i casi sono tenuti in debito conto i principi guida (Piano triennale per l'informatica nella Pubblica Amministrazione) ad ogni livello decisionale e in ogni fase di implementazione, declinati nello specifico della missione istituzionale.</p> <p>In relazione al tema dell'interoperabilità attraverso il PDND sono in fase di valutazione delle estensioni alla Piattaforma Digitale Nazionale Dati, volta a garantire lo scambio automatico di informazioni tra enti.</p> <p>L'adozione di piattaforme basate sull'intelligenza artificiale permette di completare il quadro, sia in ambito di AI generativa per la parte documentale e amministrativa che verticalizzata nell'analisi dei dati. In questo ambito è prevista l'adozione di</p>	
--	---	--

	<p>specifica regolamentazione al fine di tutelare sia il patrimonio informativo dell'Istituto che i singoli assistiti o pazienti; questo al fine di ottenere una reale governance dell'AI con l'adozione di regolamentazione e linee guida per l'adozione etica e sicura, in linea con l'AI Act europeo.</p> <p>Le aree di intervento sono orizzontali rispetto all'organizzazione. In questo ambito è fondamentale l'adozione di una strategia volta alla Data Quality, con il miglioramento della qualità dei dati e dei relativi metadati, al fine di renderli pronti all'uso in sistemi complessi, come appunto in eventuali istanze separate dell'AI.</p>	
Accessibilità digitale	<p>Sono rispettati gli obblighi di progettazione dei servizi in modalità "User-Centric", in modo da garantire l'accessibilità a tutti i cittadini, indipendentemente da eventuali disabilità e secondo le linee guida di design della PA.</p> <p>Come previsto dalla Direttiva europea 2016/2102 sull'accessibilità dei siti web, le Amministrazioni sono tenute alla compilazione e pubblicazione della relativa Dichiarazione di Accessibilità.</p> <p>Per tale motivo è stata redatta specifica "Dichiarazione di accessibilità" il cui link è disponibile nel footer della home page del sito web istituzionale e delle eventuali piattaforme applicative rientranti nel perimetro della legge di attuazione della direttiva (l. 4/2004).</p> <p>Tale attività è periodicamente condotta dal gruppo di sviluppo del sito web che utilizza strumenti dedicati di validazione per le verifiche secondo la disciplina sull'accessibilità dei siti e piattaforme web, in modo da garantire la dovuta accessibilità ai contenuti rispetto ai potenziali visitatori.</p> <p>La formazione obbligatoria per il personale della PA, prevista dalla vigente normativa, dovrebbe ulteriormente ridurre il divario digitale, evitando a monte diseguaglianza nell'accesso e nell'uso delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione a causa delle parziali competenze in materia.</p> <p>In tale contesto si inseriscono anche i requisiti previsti per la NIS2 (D.lgs. 138/2024) che prevedono obbligatoriamente e per tutti i livelli formazione specifica in ambito cyberigiene. È inoltre prevista un'offerta formativa strutturata sia per gli addetti IT che per il restante personale, amministrativo, sanitario o di ricerca al fine di colmare il gap di competenze digitali.</p> <p>Sono, inoltre, attuate le linee di azione per la gestione e mitigazione del rischio cyber, potenziamento della prevenzione e formazione specifica per il personale in conformità a quanto previsto dalla Direttiva NIS2.</p>	Soggetti anziani o con disabilità Personale dipendente

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

Il Comitato Unico di Garanzia, insediato in data 15.01.2025, ha proposto il Piano Triennale delle Azioni Positive (PTAP) 2026-2028 (nota Prot. INRCA n. 40137/2025). Si riporta, di seguito, il contenuto macro delle azioni positive per il triennio 2026-2028 che l'amministrazione, con la collaborazione del Comitato Unico di Garanzia e dei soggetti di riferimento coinvolti, intende realizzare. Nella sezione obiettivi sono, invece, descritte in dettaglio le azioni positive del triennio 2026-2028. Ogni azione è stata dotata di indicatori e target di realizzazione, al fine di facilitarne il relativo monitoraggio.

AZIONI POSITIVE 2026

Miglioramento attività CUG; Implementazione di progetti per inclusione; Promuovere il benessere di chi lavora - Strategie di Age Management: regolamentazione per il personale over 60 (Art. 49 CCNL), Sensibilizzazione tematica conciliazione vita – lavoro; Azioni per contrastare ogni forma di discriminazione: regolamento per il funzionamento del disability manager; Strumenti di monitoraggio per la verifica del bilanciamento di genere.

AZIONI POSITIVE 2027-2028

Di seguito le prospettive di azioni positive da introdurre negli anni 2027 – 2028 che saranno sottoposte ad aggiornamento nell'anno di riferimento, anche in relazione allo stato di attuazione delle azioni positive promosse nel corso del 2026 ed il loro mantenimento: Implementazione e misurazione dei fenomeni previsti nelle Linee Guida sulla parità di genere nell'organizzazione e gestione del rapporto di lavoro delle Pubbliche amministrazioni; Certificazione della parità di genere/ monitoraggio per la verifica del bilanciamento di genere; Analisi di fattibilità per avviare azioni di conciliazione vita - lavoro e welfare; Rafforzare il CUG (su formazione e informazione parità di genere).

Il Piano triennale delle azioni positive 2026-2027 raccoglie le azioni programmate per favorire l'attuazione dei principi di parità e pari opportunità nell'ambiente di lavoro, realizzare politiche di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, prevenire situazioni di malessere tra il personale.

Il PTAP 2026-2028 si inserisce anche nell'ambito delle attività di pianificazione e programmazione promosse dall'IRCCS INRCA per dare attuazione agli obiettivi di pari opportunità, promuovere la cultura dell'inclusione nel profondo rispetto delle diversità e nel costante contrasto ad 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 come, ad esempio, nel "Piano per l'uguaglianza di Genere 2026- 2028 (Gender Equality Plan/GEP)" adottato con DGEN 67/2025 e nei "BILANCI DI GENERE" (atti reperibili sul sito Web dell'Istituto).

Le azioni del PTAP 2026-2028 si pongono in linea con i contenuti del GEP e dei BILANCI DI GENERE e sono parte integrante di un insieme di azioni strategiche dell'Istituto, inserite in una visione complessiva di sviluppo dell'organizzazione, in cui le stesse azioni non sono di solo un mezzo di risoluzione per le disparità di trattamento tra i generi, ma hanno la finalità di promuovere le pari opportunità e sanare ogni altro tipo di discriminazione negli ambiti di lavoro, per favorire l'inclusione lavorativa e sociale. Tali azioni 2026-2028 rappresentano il risultato di un processo graduale e continuo, avviato da diversi anni dal CUG INRCA, affrontando tematiche di diversità ed inclusione, attraverso varie iniziative istituzionali, prevedendo anche rapporti e collaborazioni con stakeholder esterni all'Istituto. 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, con 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).

ANTICORRUZIONE – Rischi corruttivi e trasparenza TRASPARENZA E PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

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. In quest'ottica il sistema per la prevenzione della corruzione dell'Istituto ha come funzione specifica e naturale la tutela del valore pubblico e degli utenti ed è articolato come di seguito riportato.

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 misure di prevenzione, e ne cura il monitoraggio, 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 sub-responsabili per la trasparenza e la prevenzione della corruzione, nominati formalmente con cadenza annuale (parte di riferimento dell'allegato n.1), collaborano con il RTPC nella mappatura dei rischi e nell'implementazione del sistema della trasparenza e dell'anticorruzione dell'Istituto, vigilano sull'applicazione delle misure di prevenzione e nei processi di loro competenza, valutando gli eventuali profili di rischio, 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 formalmente con cadenza annuale (parte di riferimento dell'allegato n.1), 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 ritenuto fondamentale e realizzato con programmi specifici di formazione e attraverso un processo "a cascata" che coinvolge i responsabili delle unità operative complesse, semplici e semplici dipartimentali, i quali contribuiscono alla divulgazione del Codice Etico Comportamentale e alla promozione dell'etica e della legalità, in modo che tutti i propri collaboratori ne abbiano la piena conoscenza e ne rispettino i principi e delle prescrizioni.

Il presente Piano è stato elaborato in base agli esiti del monitoraggio annuale del PIAO INRCA 2025-2027 che ha avuto ad oggetto la verifica a campione di ciascuna misura prevista in detto Piano e alle indicazioni contenute nei Piani Nazionali Anticorruzione (di seguito PNA) di riferimento.

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

Ferma l'analisi sul contesto esterno ed interno contenuta nella sottosezione relativa al Valore Pubblico alla quale in questa sede si rinvia, si riporta di seguito un'analisi specificatamente riferita al rischio corruttivo.



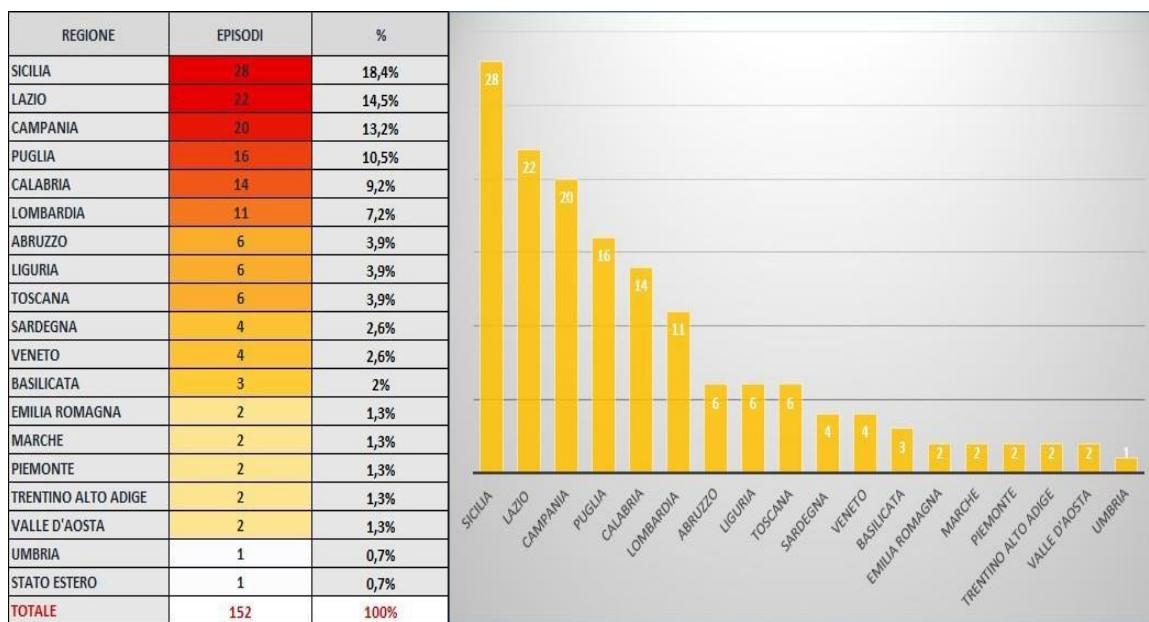
Fig. 1 Fonte: https://www.transparency.it/images/CPI/2024/IT_CPI2024.png

L'indice, elaborato periodicamente da Transparency International per tutti i paesi, misura il livello di corruzione percepita nel settore pubblico secondo una scala che va da 0 a 100 con un punteggio tanto più alto quanto minore è la corruzione percepita. L'Italia (Fig.1), sebbene ancora in una posizione intermedia rispetto agli altri paesi, 52/180, è passata da un punteggio di 42/100 di dieci anni fa a 54/100, miglioramento dovuto,

a parere di Transparency, alla crescente attenzione dedicata da parte delle Istituzioni al problema della corruzione. È stata acquisita una sempre maggiore consapevolezza da parte dei cittadini e degli operatori sul fatto che determinati comportamenti, una volta tollerati o considerati "normali", sono indicativi di un *humus* favorente comportamenti non corretti. Da questo punto di vista, 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, alla relativa "fragilità" del principale portatore di interesse: *l'utente* cui deve essere garantito il bene primario della salute.

Le maggiori criticità sono riconducibili alle pressioni e influenze derivanti dai rapporti con i diversi portatori di interessi, che anche quando non configurano ipotesi di reato, possono comunque determinare potenziali conflitti di interessi. Ciò richiede un'azione preventiva articolata su più fronti: da un lato il sistema delle regole, dall'altro il sistema di monitoraggio a tutti i livelli dell'organizzazione, teso a scoraggiare eventuali comportamenti deviati. È quanto emerge dal 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.

Distribuzione territoriale degli episodi di corruzione – anni 2016-2019

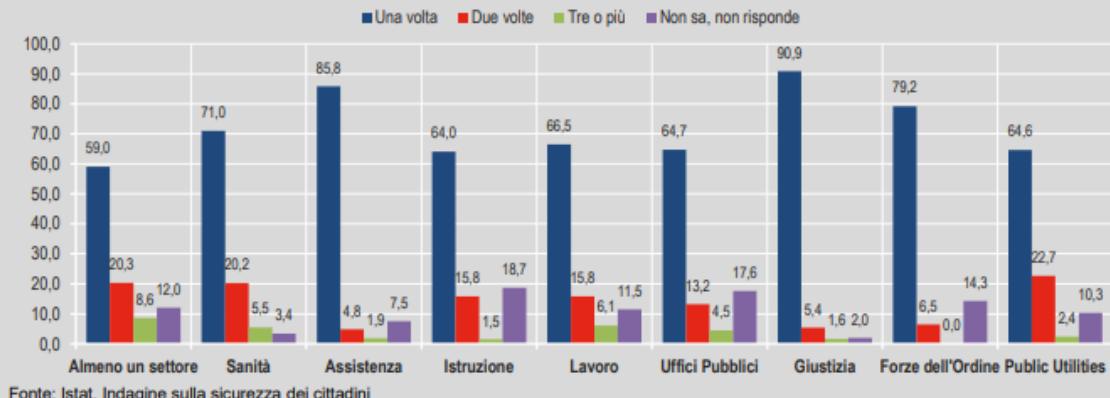


Fonte: ANAC *La corruzione in Italia (2016-2019): Numeri, luoghi e contropartite del malaffare*

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 familiari 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.

Il report ISTAT 2024 sulla corruzione in Italia relativo agli anni 2022-2023 evidenzia l'incidenza per settori con cui le famiglie italiane sono state interessate da richieste di denaro, regali o altre utilità per ottenere agevolazioni o servizi.

FIGURA 1. FAMIGLIE CHE HANNO RICEVUTO, NEL CORSO DELLA VITA, RICHIESTE DI DENARO, REGALI O ALTRO PER OTTENERE AGEVOLAZIONI O SERVIZI, PER NUMERO DI EPISODI DI CORRUZIONE E SETTORE.
Anno 2022-23 per 100 famiglie che hanno avuto richieste (totale famiglie = 1 milione 200 mila)



3

Si riportano di, seguito, i dati presentati dal Procuratore Generale della Repubblica presso la Corte di Appello di Ancona in occasione dell'inaugurazione dell'anno giudiziario 2025, nei quali si evidenzia che il totale delle denunce per delitti contro la pubblica amministrazione è passato da 1282 durante il periodo 01/07/2021-30/06/2022, alle 1304 nel periodo 01/07/2023 - 30/06/2024, passando per i 1242 del periodo 01/07/2022-30/06/2023 con un andamento in diminuzione del 3 % e una variazione nell'ultimo anno pari al 5%.

Procure della Repubblica del Distretto delle MARCHE												
Andamento delle denunce di particolari categorie di reato - Iscrizioni nel periodo ad opera di noti (mod. 21) e ignoti (mod. 44)												
Categoria	Riferimenti normativi	1/7/21 - 30/6/22			1/7/22 - 30/6/23			1/7/23 - 30/6/24			andamento (*)	Variazioni ultimo anno
		noti	ignoti	totale	noti	ignoti	totale	noti	ignoti	totale		
Delitti contro la pubblica amministrazione	241, 255-256, 270-270 sexies, 276-278, 280, 280 bis, 289 bis, 290-292, 294, 301-313, 314, 316 bis e ter, 317-348, 353-360 cp, DL 625/79	1082	200	1282	1071	171	1242	1174	130	1304	-3 %	5%
di cui corruzione	318, 319 e 321 cp	10	1	11	9	2	11	11	2	13	+0 %	18%
di cui concussione	317 cp	6	0	6	9	0	9	0	0	0	+40 %	-100%
di cui peculato	314, 316 cp	54	2	56	45	3	48	39	4	43	-15 %	-10%
di cui malversazione a danno dello Stato e indebita percezione contributi	316 bis e ter cp	203	3	206	109	1	110	112	5	117	-61 %	6%
Attività terroristiche	270-270 sexies cp	1	0	1	5	5	10	0	6	6	+164 %	-40%

Fonte: Intervento del Procuratore Generale Roberto Rossi sull'amministrazione della Giustizia nel Distretto all'inaugurazione dell'anno giudiziario 2025 presso la Corte d'appello di Ancona.

Relativamente al contesto interno, si rappresenta che nel corso del 2023 è stato adottato un provvedimento di sospensione dal servizio nei confronti di un dipendente operante nell'area degli appalti di lavori, sottoposto a misura cautelare per ipotesi di reato afferente alla sfera corruttiva.

Nel corso dell'anno 2024, venendo meno i presupposti costituenti il fondamento della misura sospensiva, il dipendente è stato riammesso in servizio e assegnato ad un'unità operativa diversa dalla precedente.

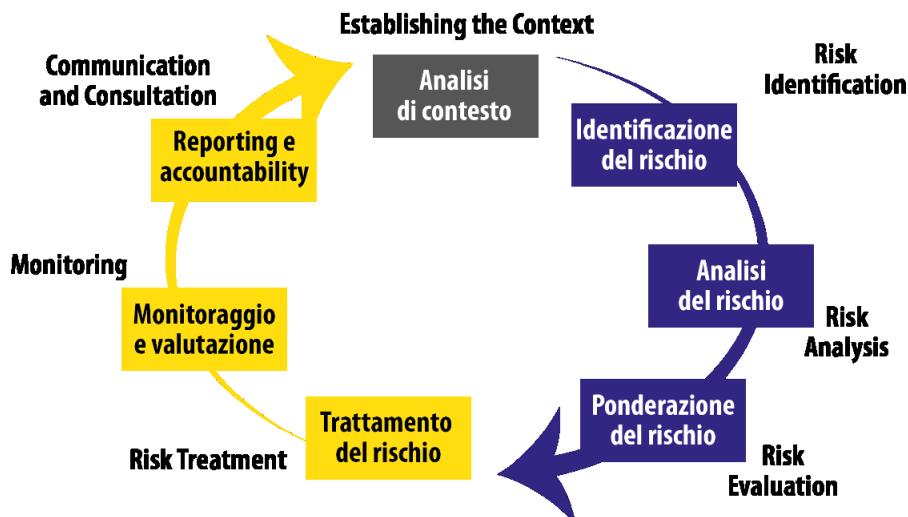
Tale fenomeno, ancora in corso di accertamento, rappresenterebbe comunque un caso isolato, avendo verificato, a seguito del monitoraggio effettuato sull'unità operativa di appartenenza, l'applicazione delle misure di prevenzione.

Nel corso dell'anno 2025 la Corte dei conti, prima sezione giurisdizionale centrale d'Appello, si è espressa sulla responsabilità amministrativa di un Dirigente dell'Istituto accogliendone parzialmente l'appello e condannando il dipendente al pagamento di un importo ridotto rispetto a quello quantificato nel giudizio di primo grado.

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 valore pubblico creato dall'Istituto.

L'IRCCS INRCA ha adottato un Sistema Integrato (Qualità Rischio e Sicurezza-SGQRS) che utilizza il metodo "PLAN – DO –CHECK – ACT" (pianificare – eseguire – verificare – agire).

Nella pianificazione del sistema l'organizzazione tiene 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.

Nella valutazione dei rischi vengono considerati parametri o indicatori numerici tratti da dati in letteratura, dalle valutazioni sopra descritte e dall'andamento delle criticità/non conformità/infortuni. Dalla combinazione degli indici relativi ai livelli di Probabilità di accadimento (P) e Magnitudo del Danno (D) si ricava la matrice del rischio.

La metodologia utilizzata per l'analisi e valutazione dei rischi è una ponderazione degli stessi attraverso una matrice di indicizzazione calcolata con il prodotto $F*D$ (frequenza dell'evento * danno conseguente).

Nella parte di riferimento dell'allegato n.1 sono indicati i processi maggiormente rilevanti ai fini della prevenzione della corruzione, la valutazione del rischio e le misure da intraprendere nel triennio 2026-2028. Al fine di assicurare la realizzazione di quanto previsto in detto documento è opportuna l'adozione di checklist di auto-controllo periodico e/o report di sintesi da parte dei dirigenti responsabili delle rispettive misure.

Le misure di carattere generale atte a prevenire il rischio di corruzione

La parte di riferimento dell'allegato n.1 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 s.m.i.) 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, anche

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.

Inconferibilità e incompatibilità in presenza di condanne

Ai sensi dell'art. 3 del d.lgs. n. 39/2013 e s.m.i. a coloro che sono stati condannati anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal capo I (Dei delitti dei pubblici ufficiali contro la pubblica amministrazione) del titolo II (Delitti contro la pubblica amministrazione) del libro secondo del codice penale, non possono essere attribuiti:

- a) gli incarichi amministrativi di vertice nelle amministrazioni statali, regionali e locali nonché negli enti di diritto privato in controllo pubblico;
- b) gli incarichi di amministratore di ente pubblico, di livello nazionale, regionale e locale;
- c) gli incarichi dirigenziali, interni e esterni, comunque denominati, nelle pubbliche amministrazioni, negli enti pubblici e negli enti di diritto privato in controllo pubblico di livello nazionale, regionale e locale;
- d) gli incarichi di amministratore di ente di diritto privato in controllo pubblico, di livello nazionale, regionale e locale;
- e) gli incarichi di direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo nelle aziende sanitarie locali del servizio sanitario nazionale.

Altresì ai sensi dell'art. 35 bis del d.lgs.165/2001, coloro che sono stati condannati, anche se con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale non possono:

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

Al fine di consentire all'Amministrazione 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 (i quali ai sensi dell'art. 16, c.1, lett.l- quater, d.lgs.165/2001 e s.m.i.), si accertasse la presenza di situazioni di incompatibilità, queste vanno formalmente comunicate all'U.O. Amministrazione Risorse Umane, all'UPD, per l'accertamento dell'eventuale responsabilità disciplinare, ed al RTPC, che provvede 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. Sul punto è recentemente intervenuta la delibera ANAC n. 464 del 26/11/2025 nella quale si precisa che il sistema di vigilanza sull'osservanza delle disposizioni contenute nel d.lgs. n. 39/2013 è demandata all'azione sinergica di due soggetti, il Responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (d'ora in avanti "RPCT") di ciascuna amministrazione pubblica, ente pubblico ed ente di diritto privato in controllo pubblico (c.d. vigilanza interna) e l'Autorità nazionale anticorruzione (c.d. vigilanza esterna). Tali soggetti operano contestualmente, tanto in via preventiva quanto in fase di accertamento, per garantire il pieno rispetto della normativa in parola.

All'atto del conferimento dell'incarico i vertici aziendali e i dirigenti dell'Istituto titolari di incarichi di struttura (cfr. Delibera ANAC n. 58/2013 - Parere sull'interpretazione e sull'applicazione del d.lgs. n. 39/2013 nel settore sanitario) presentano all'UO Amministrazione risorse Umane 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.

Le dichiarazioni vengono verificate dall'amministrazione mediante verifiche su un campione del 10% delle stesse da parte dell'UO Amministrazione risorse Umane con l'ausilio dell'RPCT ove si pongano questioni relative alla corretta applicazione del d.lgs. 39/2013 (vedi. P. 20 Delibera ANAC 464/2025).

Qualora venisse accertata la non veridicità delle dichiarazioni rese, l'U.O. competente dovrà comunicarlo formalmente al RTPC che provvederà 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.

Il legislatore è intevenuto a più riprese sul tema, tra cui si annoverano l'art. 16 del d.lgs. 36/2023, l'art. 7 e l'art. 14 c. 2 del DPR n. 62/2013, con detto art. 14, in particolare, ha disposto 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 dei contratti pubblici, l'Istituto ha approvato il nuovo patto di integrità in materia di contratti pubblici aventi ad oggetto lavori, opere, servizi e forniture, 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 (determina n. 451/DGEN/2025).

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

Come ulteriore misura è prevista, come indicato nel PNA 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.

In ossequio al PNA 2025 (versione in consultazione al 26/01/2026) si condividono riportando di seguito le possibili criticità e le opportune misure di gestione del rischio:

Norma	Possibili eventi rischiosi	Misure previste
Art. 16, d.lgs. n. 36 del 2023 Articolo 24 Dir. UE 24/2014 e articolo 35 Dir. UE 23/2014	Mancata conoscenza delle circostanze che possono integrare un'ipotesi di conflitto di interessi rilevante ai fini dell'astensione. Alterazione del processo decisionale secondo logiche non di interesse pubblico.	Obbligo per ogni dipendente o soggetto comunque incaricato, di comunicare al proprio dirigente, con l'apposita modulistica standardizzata, le situazioni di potenziale conflitto di interesse soggettivo o oggettivo che vengano in evidenza in quanto sopravvenute o divenute rilevanti in relazione ad attività specifiche assegnate. In caso di dirigente la comunicazione è fatta al direttore amministrativo, unitamente al RPCT.
Art. 16, d.lgs. n. 36 del 2023 Articolo 24 Dir. UE 24/2014 e articolo 35 Dir. UE 23/2014	Impossibilità o difficoltà, per mancanza di risorse idonee, a sostituire nella sua attività il soggetto che versa in una situazione di conflitto di interesse.	Si prevede di introdurre sistemi di cogestione procedimentale, riduzione dell'ambito discrezionale solitamente ammesso, tracciamento rafforzato delle attività svolte mediante redazione di processo verbale.
Art. 16, co. 2, d.lgs. n. 36 del 2023 Art. 24 Dir. UE 24/2014 e articolo 35 Dir. UE 23/2014	Mancata denuncia, da parte di chi ne sia a conoscenza, di circostanze che rilevano ai fini della sussistenza del conflitto di interessi in capo a colui che interviene con compiti funzionali nella procedura.	Precisazione nell'avviso/atto indittivo della procedura delle modalità con cui segnalare a mezzo e-mail da parte di terzi al RPCT, potenziali conflitti di interesse in capo a colui che interviene con compiti funzionali nella procedura, consentendo così al RPCT di richiedere spiegazioni e darne evidenza al Responsabile, Dirigente o Direttore in caso di effettiva e comprovata rilevanza.

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.l.-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. In relazione all'effettiva applicazione delle misure della rotazione ordinaria l'RPCT, preso atto delle ragioni addotte in relazione al monitoraggio delle misure contenute nel PIAO INRCA 2025-2027 raccomanda, laddove la rotazione ordinaria non fosse applicabile, di mettere in atto meccanismi di condivisione delle fasi procedurali e di valutazione al fine di evitare la concentrazione di più mansioni e responsabilità in capo ad un unico soggetto.

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

Il fenomeno del c.d. "pantoufage", recentemente interessato dalla Delibera ANAC n. 493 del 25 settembre 2024 integrativa del PNA 2022 (Linee Guida n. 1 in tema di divieto di pantoufage- art. 53, comma 16-ter, d.lgs. 165/2001), consiste nel 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 (c.d. periodo di raffreddamento), 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 anche con l'orientamento n. 24 del 21 ottobre 2015 che prevede l'estensione del divieto di pantoufage 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. Al fine di prevenire tale fenomeno è previsto l'inserimento nei contratti di assunzione del personale INRCA di specifiche clausole con dichiarazione di impegno al rispetto al divieto di pantoufage.

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/MODM6/>.

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; in caso sussista l'ipotesi di reato, provvede affinché sia data informativa all'autorità giudiziaria.

È fatta salva la perseguitabilità 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 l'U.O. Formazione e Comunicazione, ha avviato fin dall'anno 2013 percorsi di formazione specifici e differenziati in base al ruolo organizzativo dei soggetti individuati come destinatari.

Tra le azioni periodiche già messe in atto dall'Istituto per conseguire il raggiungimento degli obiettivi triennali di fomazione 2026-2028 è annoverata quella in materia di anticorruzione e trasparenza.

In particolare, rilevanza verrà data al rafforzamento della cultura della trasparenza all'interno dell'IRCCS INRCA al fine di garantire che i dipendenti siano aggiornati sulle normative di trasparenza, sugli strumenti tecnologici per la gestione dei dati pubblici e sulle pratiche etiche e legali da seguire, per ulteriori dettagli si rinvia alla sezione relativa alla formazione del personale contenuta nel presente Piano.

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.

Gli obiettivi strategici per il triennio 2026-2028 sono i seguenti:

- Adeguamento dell'albero della trasparenza agli schemi obbligatori di cui alla deliberata ANAC n. 495 del 25/09/2024 e alle relative modifiche in itinere intercorse, in conformità alle Istruzioni operative per una corretta attuazione degli obblighi di pubblicazione ex d.lgs. 33/2013" di cui all'all. 4 della delibera citata;
- Adeguamento delle credenziali di accesso al back - office della sezione Amministrazione Trasparente del sito intenet dell'Istituto;
- Svolgimento 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).

Si precisa, in ogni caso, che l'Istituto si è tempestivamente adeguato agli schemi standard di pubblicazione obbligatori di cui alla delibera ANAC 495/2025 con termine di scadenza il 13 novembre 2025 e alle successive modifiche di cui alla delibera ANAC 481/2025.

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, oltre che di utenti coinvolti operativamente nella 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 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, con cadenza semestrale, relazionando dell'attività svolta all'RPCT, delle sezioni di cui sono responsabili.

Il programma operativo della Trasparenza (contenuto nella parte di riferimento dell'Allegato 1) presenta la declinazione di ruoli, tempi, per l'attuazione e il monitoraggio degli obblighi di pubblicazione cui è soggetto l'INRCA. 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 e s.m.i., secondo le indicazioni date annualmente dall'ANAC, e con cadenza periodica controlli a campione su sottoinsiemi di informazioni, coinvolgendo i referenti e i dirigenti delle strutture competenti alla pubblicazione dei dati. Il RTPC evidenzia le eventuali anomalie ai sensi dell'art. 43 del D.lgs. n.33/2013.

L'attività di monitoraggio 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.

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 perseguitamento 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 controlli interessati	Tenuta e aggiornamento registro degli accessi	Istanze di riesame	Monitoraggio 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 nella sezione Amministrazione Trasparente - Altri contenuti: accesso civico, rinvenibile al seguente link: https://www.inrca.it/INRCA/ELABAT52/?pag=TRA_ALB_ALTRIACCCIV_HOME&mnu=65&vd=0

Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile

La gestione del rischio di corruzione è un processo trasparente ed inclusivo che prevede il coinvolgimento dell'utenza e l'ascolto della cittadinanza. 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 incontri specifici ed eventi, anche mediante la realizzazione di indagini on line e l'utilizzo dei social network che rappresentano le piattaforme permanenti di dialogo con l'intera cittadinanza.

Gli stakeholder possono svolgere un ruolo attivo anche nella fase di programmazione. Anche a tale scopo ai fini della stesura del presente documento è stato sottoposto a consultazione pubblica il PIAO INRCA 2025-2027 mediante apposito avviso sul sito intenet dell'Istituto.

Un ruolo chiave in questo ambito è svolto dagli Uffici Relazioni con il Pubblico (di seguito URP), che sono per missione istituzionale il primo punto di contatto con la cittadinanza. Gli operatori 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

L'INRCA IRCCS non trasformato in fondazione è stata istituita con legge regionale 21/2006. L'INRCA è dotata di personalità giuridica pubblica e di autonomia imprenditoriale - ai sensi delle disposizioni regionali - è parte del Servizio Sanitario Regionale delle Marche e ha sedi nelle Regioni Lombardia, POR di Casatenovo-Merate e Regione Calabria, POR di Cosenza. L'INRCA svolge le sue attività assistenziali e di ricerca nel rispetto degli obiettivi assegnati e delle direttive impartite dalle Giunte delle tre Regioni sopra richiamate nonché dal Ministero della Salute per la parte della ricerca.

Ai sensi dell'art.13 comma 3 septies del d.lgs. 288/2003 e smi: *"Le regioni in cui insistono diverse sedi di un medesimo IRCCS adottano specifici accordi per definire un piano di sviluppo valido per le diverse sedi dell'Istituto anche con riferimento ad un sistema di accreditamento e di convenzionamento uniforme, disciplinando l'implementazione dei percorsi di diagnosi e cura dei pazienti, i piani assunzionali e disciplinando la copertura di perdite di bilancio o di squilibri finanziari, anche relative all'attività di ricerca".*

In forza di quanto sopra, relativamente alla sede INRCA di Cosenza, la Regione Marche, la Regione Calabria e l'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico – INRCA, hanno sottoscritto un Accordo di Collaborazione recepito con DCA 214/2025 del 17/04/2025, DGRM 608/2025 del 22/04/2025 e DGEN 131/2025 del 22/04/2025.

Per il presidio della Regione Lombardia, invece, la cornice di riferimento è ancora da individuarsi nella DGR Regione Lombardia XI/1015 del 17/12/2018 e nella DGR Regione Marche n. 1761/2018: "L. R. 21/2006 art. 13 comma 7 - Approvazione schema di Accordo tra la Regione Lombardia e la Regione Marche per l'implementazione dei percorsi di diagnosi e cura dei pazienti complessi affetti da patologie croniche e acute, in particolare geriatrici". La necessità di dover ottemperare all'art.13 comma 3 septies del d.lgs. 288/2003 e smi, oltre che per quanto espressamente previsto nel citato articolo, è rilevante anche ai fini della semplificazione del percorso di approvazione degli atti che riguardano congiuntamente, le regioni di riferimento (PIAO, Bilanci Consuntivi e Preventivi, ecc.).

Nel corso dell'anno 2024, in adempimento alla Legge regionale Marche n. 19/2022 "Organizzazione del Servizio Sanitario Regionale" e al D.lgs n. 288/03 come novellato dal D.lgs n. 200/2022 "Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico", si è proceduto alla stesura del nuovo regolamento di organizzazione dell'INRCA (atto aziendale), adottato con DGEN n. 21 del 30/01/2025 ed inviato per l'approvazione alla Regione Marche. Successivamente lo stesso è stato rettificato con DGEN n. 191 del 09/06/2025, approvato dalla Regione Marche con DGR n. 897 del 16/06/2025 e INRCA ne ha preso atto con DGEN n. 306 del 05/08/2025 (alla quale si rimanda).

Allo stato attuale, l'assetto organizzativo dell'Istituto, per l'area della dirigenza della sanità e per l'area della dirigenza professionale-tecnico-amministrativa, in termini di dipartimenti, unità operative complesse, unità operative semplici e semplici dipartimentali è quello risultante dalla determina sopra richiamata.

Per quanto riguarda l'area del personale del comparto, l'assetto degli incarichi di funzione in essere è quello della determina n. 450 del 29.11.2021 da ridefinire in coerenza con il nuovo regolamento di organizzazione e con il CCNL 27.10.2025.

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 già menzionate disposizioni attraverso una fase di "sperimentazione".

L'applicazione durante il periodo emergenziale ha costituito il "banco di prova" per l'entrata a regime del lavoro agile, favorito peraltro dal CCNL Comparto sanità 2019 -2021 del 2/11/2022 il quale 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 *"Adozione regolamento INRCA per la disciplina del lavoro agile e del telelavoro"* l'Istituto ha adottato una prima regolamentazione del lavoro agile e del telelavoro, tale provvedimento è stato modificato con determinazione INRCA n. 57/DGEN del 22/01/2024 *"Modifica determinazione INRCA n. 564/DGEN del 25/11/2022- Adozione regolamento INRCA per la disciplina del lavoro agile e del telelavoro"* a seguito della Direttiva della Presidenza del Consiglio del Consiglio dei Ministri - Ministero per la Pubblica amministrazione del 29/12/2023 e della contrattualistica.

Gli interventi della contrattazione collettiva in materia di lavoro agile sono poi proseguiti dapprima con il CCNL Area Sanità 2019-2021 del 23/01/2024 e successivamente con il CCNL Comparto sanità 2022-2024 sottoscritto in data 27/10/2025.

Condizionalità e fattori abilitanti

In riferimento alle misure organizzative, alle piattaforme tecnologiche e alle competenze professionali si evidenzia che l'Istituto oltre ad aver adottato e aggiornato il regolamento per la disciplina del lavoro agile e del telelavoro, ha anche aggiornato, in conformità a quanto previsto dai PIAO 2024-2026 e 2025-2027, la mappatura dei processi e delle attività smartabili e non. In considerazione del carattere scientifico dell'Istituto vengono perseguiti, 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 al solo dispositivo 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. Tale sistema di autenticazione per l'accesso via VPN prevede l'invio di codici secondari di autenticazione attraverso una specifica app per dispositivi mobile.

I collegamenti di cui al punto 1 sono consultabili anche da dispositivi mobili come tablet o smartphone, mentre la VPN è installabile soltanto su personal computer.

Per quanto concerne il punto 2, 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 è concessa per tutto il periodo di validità dell'accordo individuale.

Il programma Syllabus e la cyber security

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

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.

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.

Inoltre, in conformità a quanto disposto dal d.lgs. 138/2024, attuativo della Direttiva europea NIS2 relativa a misure per un livello comune elevato di cybersicurezza nell'Unione Europea, l'Istituto si è adoperato per garantire la necessaria continuità operativa ai servizi importanti ed essenziali poiché, nel caso di indisponibilità di sistemi e piattaforme, sussiste il rischio di blocco delle attività.

Tra i previsti adempimenti vi è la sensibilizzazione e la formazione di tutto il personale in tema di cyberigiene, ovvero l'insieme delle buone pratiche da seguire al fine di ridurre al minimo i rischi derivanti dall'utilizzo delle tecnologie, in modo da preservare la riservatezza, l'integrità e la disponibilità delle informazioni.

Nel corso dell'anno 2025 l'Istituto ha organizzato diversi corsi di formazione, tra cui in tema di cybersicurezza e competenze digitali in genere tra i quali si ricordano: "CYBER-IGIENE NIS2", "Protezione dati personali (GDPR) + Elementi di Cybersicurezza", "Documento informatico firme elettroniche e accessibilità"

Gli attuali scenari di rischio richiedono uno sforzo a tutti i livelli delle organizzazioni al fine di evitare esfiltrazioni, accessi non autorizzati o illeciti e la perdita, la distruzione o il danno accidentali al patrimonio informativo, gli obiettivi di cambiamento sono relativi alla consapevolezza degli operatori.

I contenuti dei corsi sopra indicati hanno un risultato atteso volto tra l'altro all'aumento della consapevolezza, alla diminuzione dei rischi legati ai sistemi, ai dispositivi e agli applicativi software nonché a garantire la necessaria continuità operativa delle infrastrutture.

Gli indicatori

Di seguito sono riepilogati i possibili 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 nell'anno 2023 ha monitorato, tramite questionari somministrati ad hoc ai propri dipendenti, 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. L'indagine è stata rivolta a coloro che, in conformità a quanto previsto dalla regolamentazione vigente al momento della somministrazione, possono

svolgere l'attività lavorativa in modalità agile.

Di seguito si riportano gli esiti dell'ultimo questionario somministrato il quale è stato pubblicato nell'intranet aziendale dal 10/07/2023 al 30/11/2023.

Hanno partecipato all'indagine 46 lavoratori di cui 16 maschi e 30 femmine, corrispondenti rispettivamente al 35% e al 65% del totale dei partecipanti. Tra i partecipanti, la classe di età più rappresentata è quella compresa tra i 31 e i 40 anni, che ha contemplato 15 partecipanti, pari al 32% del totale, seguita a parimerito dalle classi dei 41-50 e 51-60 che hanno registrato 11 partecipanti ciascuna, pari al 24% del totale, a loro volta succedute dalla fascia degli over 60 interessata da 5 partecipanti, corrispondenti all'11% del totale; la fascia meno rappresentata è stata quella dei lavoratori tra i 20 e i 30 anni, 4 dipendenti corrispondenti al 9% dei partecipanti. Dei 46 partecipanti all'indagine 28 hanno dichiarato di avere figli ovverosia il 61% del totale. Hanno risposto al questionario 37 dipendenti appartenenti al comparto e 9 Dirigenti. Dei partecipanti 4 appartengono all'area tecnica, 20 a quella amministrativa, 5 a quella sanitaria (nelle ipotesi previste dall'art 2 co. 1 del regolamento di cui alla determina INRCA n. 564/DGEN del 25/11/2022) e 17 a quella di ricerca. Tra coloro che hanno partecipato all'indagine 27 hanno dichiarato di riuscire a conciliare la gestione familiare con l'attività lavorativa anche se con difficoltà (pari al 59% del totale), mentre i restanti hanno dichiarato di riuscire senza difficoltà.

Degli aderenti all'indagine 36 hanno dichiarato di aver praticato lo smart working durante l'emergenza Covid (pari al 78%) e 32 di praticarlo attualmente (pari al 70%).

Per i partecipanti che hanno dichiarato di non aver svolto lo smart working durante l'emergenza Covid e di non svolgerlo attualmente, non è stata resa obbligatoria la risposta a domande legate all'esperienza lavorativa in modalità agile, ragion per cui in detti quesiti alcuni partecipanti non hanno inserito risposte.

L'80% dei partecipanti (37) ha dichiarato che il lavoro agile ha migliorato le condizioni lavoro- famiglia, il 9% (4) che su di esse è risultato indifferente e soltanto per un partecipante sono peggiorate, 3 aderenti non hanno risposto.

Per quanto concerne lo stress lavoro-correlato l'80% (37) ha dichiarato una diminuzione dello stesso lavorando in modalità agile, il 7% (3) ha manifestato un aumento e il 4% (2) ha assunto che lo stesso è indifferente, 4 non hanno risposto. Tra coloro che hanno dichiarato l'aumento di stress un partecipante ha affermato che le cause sono sia il maggiore carico di lavoro che la presenza di persone in casa (alla domanda in esame erano ammesse risposte multiple), un partecipante ha indicato solo il maggiore carico di lavoro e il terzo problemi organizzativi.

A fronte di 4 mancate risposte, 37 partecipanti (pari all'80%) hanno dichiarato che il carico di lavoro in smart working è stato invariato, 4 hanno affermato essere aumentato e 1 soltanto essere diminuito. Quanto alle difficoltà tecnico-comunicative riscontrate durante l'attività in smart working tra coloro che hanno risposto (42), il 59%, ovverosia 27, ha affermato di non averne riscontrate, 15 di averle incontrate soltanto a volte, nessuno ha dato una risposta completamente affermativa.

Circa l'indicazione di una figura aziendale di riferimento in caso di difficoltà tecniche, ferme le 4 mancate risposte, 30 (pari al 65%) partecipanti hanno dichiarato che la stessa è stata individuata, 5 che non lo è stata e 7 hanno affermato di non saperlo (corrispondenti al 15%).

Quanto all'influsso sul rapporto tra colleghi, 9 partecipanti hanno risposto che incide positivamente, 1 negativamente, 32 (il 70% del totale) che è indifferente e 4 non hanno dato alcuna risposta.

Significativo è il fatto che posti innanzi alla scelta circa la modalità di svolgimento dell'attività lavorativa 34 partecipanti (pari al 74%) preferirebbero lo smart working a fronte dei 12 che hanno attribuito la loro preferenza al lavoro in sede.

Rispetto alle aspettative lo smart working è risultato migliore per 27 partecipanti (59%), peggiore per 2 (4%), uguale per 13 (28%), 4 non hanno risposto.

A conclusione l'85% dei partecipanti (39) ha dichiarato che lo smart working è un'esperienza positiva, il 4% (2) che trattarsi di un'esperienza negativa, il 2% (1) essere indifferente, 4 non hanno risposto.

L'Istituto si riserva per l'anno 2026 di ripetere la rilevazione in merito all'attività lavorativa in modalità agile al fine di vagliare eventuali evoluzioni verificatesi nel triennio intercorso.

L'Istituto si riserva di valutare la necessità di apportare modifiche al vigente regolamento in materia di lavoro agile alla luce del CCNL Comparto sanità 2022-2024 sottoscritto in data 27/10/2025.

SEZIONE 3 - ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

Sottosezione 3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE

3.3.1 Riferimenti normativi

Ai sensi dell'art. 6 del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 e s.m.i., come originariamente introdotto dall'art. 39 della L. 27 dicembre 1997, n. 449, al fine di assicurare le esigenze di funzionalità e di ottimizzare le risorse per il migliore funzionamento dei servizi, compatibilmente con le disponibilità finanziarie e di bilancio, le amministrazioni pubbliche adottano la programmazione triennale del fabbisogno di personale, oggi compresa nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO).

Il D.lgs 75/2017 ha introdotto significative innovazioni all'art. 6 del D.lgs 165/2001 e s.m.i., modificando il concetto di dotazione organica e di fabbisogno di personale conferendo a quest'ultimo il ruolo di "strumento strategico per individuare le esigenze di personale in relazione alle funzioni istituzionali e agli obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini". Il Piano di fabbisogni di personale (di seguito PTFP) implica un'analisi qualitativa e quantitativa delle risorse umane necessarie allo svolgimento della *mission* aziendale e si configura come un atto di programmazione modulabile e flessibile. In sede di determinazione del PTFP deve essere, inoltre, definita la consistenza della dotazione organica da esprimersi in termini di unità e del relativo valore economico-finanziario.

3.3.2 Il Piano Triennale dei fabbisogni del personale

Il PTFP 2026-2028, redatto secondo le linee di indirizzo di cui al DM 08/05/2018 (linee guida per la definizione del piano triennale del fabbisogno) definisce il fabbisogno di personale dipendente necessario all'INRCA per raggiungere gli obiettivi assegnati ed i livelli di servizi da erogarsi in favore dei cittadini assistiti determinati in base ai LEA, nonché gli obiettivi di ricerca assegnati dal Ministero della Salute, nel rispetto dei vincoli economici di legge e programmati. Il fabbisogno di personale dipendente viene quindi definito sotto un duplice profilo:

- Quantitativo perché riferito alla consistenza numerica di unità necessarie ad assolvere la missione aziendale, nel rispetto dei vincoli di finanza;
- Qualitativo perché riferito alle tipologie e profili professionali corrispondenti alle esigenze aziendali.

Il PTFP è quindi un atto programmatore, più che meramente autorizzatorio; esso si inquadra all'interno dei tre vincoli sopra indicati: quantitativo (unità di personale), qualitativo (contingente di personale per specifico profilo professionale) ed economico (tetto di spesa). Come è noto, l'articolazione della dotazione organica dell'Istituto che comprende le tre dimensioni sopra richiamate si sub-articola in quattro distinti sezionali, tre riconducibili alle singole Regioni e l'altro riferito al personale della ricerca ex Legge 205/2017 cosiddetti "Piramidati". Il tetto di spesa, unico e indistinto, fa riferimento ai tre sezionali regionali mentre non comprende il sezionale della ricerca finanziato con le risorse di cui alla Legge citata. Limitatamente all'analisi del rapporto tra dotazione organica e tetto di spesa, occorre precisare che il tetto per il 2025 ai sensi della DGRM 54/2025 era di euro 57.355.000,00, mentre il nuovo tetto definito con la DGR 43/2026 è di euro 58.702.647,00; l'aumento pari a 1.347.647,00 è destinato ai Presidi marchigiani.

Nel rispetto di tale perimetro complessivo insuperabile l'azione dell'Istituto è quella di garantire la copertura completa dei posti in dotazione e gestire tempestivamente la sostituzione delle cessazioni che si concretizzano in corso d'anno, cercando di anticipare la conoscenza di quelle prevedibili e gestire con gli strumenti a disposizione le cessazioni improvvise.

Il PTFP 2026-2028 assume quale punto di partenza la situazione al 31.12.2025 del piano occupazionale 2025. La gestione del Piano Occupazionale si caratterizza per fenomeni diversi da regione e regione e pertanto non è possibile che farne una trattazione distinta.

Presidi Ospedalieri della Regione Marche: rispetto a 1.073 posti autorizzati con DGRM 528/2025 ne sono risultati coperti 1.065 (1.028 T.I. + 37 T.D. di cui 23 ordinarie, 14 straordinari). Si specifica che 14 contratti a tempo determinato (8 dirigenti medici e 6 comparto) sono riconducibili al progetto PGNLA per l'abbattimento delle liste d'attesa.

Con DGRM 43/2026 la Regione Marche ha provveduto a determinare il nuovo tetto di spesa del personale per l'annualità 2025 e 2026 ai sensi dell'art 5 comma 2 del D.L. 73/2024 e dell'articolo 1 comma 362 della L. 199/2025. Il nuovo tetto di spesa del personale per l'INRCA complessivamente è pari a 58.702.647 euro e l'aumento rispetto al tetto precedente, come già scritto, è destinato ai presidi marchigiani.

Tale incremento è diviso per annualità in base al riferimento normativo. Ai sensi del DL 73/2024 è stato determinato un aumento pari a 639.700 euro, mentre ai sensi della L 199/2025 l'aumento è pari a 707.947. L'aumento del tetto del personale è destinato a quanto previsto nella DGRM 43/2026 dove si riporta "Per l'INRCA l'incremento della capacità assunzionali è in oltre finalizzata all'ampliamento delle attività nei confronti della popolazione regionale anziana in costante crescita e anche in vista del nuovo ospedale". In particolare la prima quota sarà destinata alle esigenze di varia natura che impattano nel costo del personale, mentre la seconda sarà specificatamente destinata alle assunzioni a tempo indeterminato del personale sanitario e sarà oggetto di specifico e dettagliato monitoraggio.

Dalla lettura degli allegati B 2,3,4 emerge:

-per il 2026 un incremento di personale di n. 47 unità (79 assunzioni a TI e 32 cessazioni tra TI e TD) per una spesa di euro 1.457.595 e un risparmio per cessazioni di euro 939.694, con un incremento di costi del personale pari ad euro 517.901 a cui si aggiunge il costo del trascinamento anno 2025 di euro 89.183. Nel dettaglio, le n. 79 assunzioni a T.I. si riferiscono a n. 29 posti di dirigenza (2 direttori medici, 24 medici, 1 dirigente professioni, 1 dirigente ingegnere, 2 dirigenti amministrativi) e n. 50 posti del comparto (19 infermieri, 1 Fisioterapista, 2 terapisti occupazionali, 2 tecnici di laboratorio, 3 tecnici di radiologia, 10 OSS, 1 collaboratore tecnico professionale, 1 operatore tecnico specializzato, 1 operatore tecnico, 7 collaboratori amministrativi, 1 assistente amministrativo e 1 coadiutore amministrativo specializzato). Si precisa che la quota parte del costo per assunzioni 2026 pari a 1.457.595 riferibile alla L 199/2025 è pari a 361.668 euro.

-per il 2027 si garantisce la copertura del turnover, al momento sono noti i pensionamenti di 4 Direttori medici, 1 OSS e 1 operatore tecnico

-per il 2028 un incremento di personale n. 2 unità (TI) entrambi Dirigenti amministrativi, oltre alla copertura del turnover, per una spesa aggiuntiva di 74.664 euro. Si specifica e si attesta che il trascinamento di 61.969 sul 2029 sarà annullato da cessazioni di pensionamenti certi per limite di età.

A completamento dei processi di stabilizzazione del personale precario, nel corso del 2025 sono stati stabilizzati n. 5 collaboratori amministrativi e n. 2 dirigenti medici. Per il 2026 si prevede la stabilizzazione ex L. 234/2021 per 7 figure professionali: 2 dirigenti medici, 1 dirigente delle professioni sanitarie, 1 infermiere e 3 OSS.

Con riferimento alle categorie protette l'Istituto nel corso del 2025 ha provveduto ad assumere 3 operatori tecnici e 1 coadiutore amministrativo di cui all'art. 18 della L. 68/1999 (categorie protette). Per il 2026 provvederà a rinnovare la convenzione con la Regione Marche per la copertura dei posti per disabili di cui all'art. 1 della L. 68/99 per un posto di operatore tecnico, oltre altri posti che si renderanno vacanti.

Si riporta altresì che con riferimento alle attività di tutoraggio ai corsi universitari presso l'Università Politecnica delle Marche l'INRCA ha dedicato interamente alle attività di tutoraggio due risorse, Logopedista e Fisioterapista. Nell'anno in corso è stata garantita una seconda logopedista sempre al fine il supporto alle attività formative nell'ambito dei Protocolli d'intesa Regione-Università per assicurare lo svolgimento dei corsi di laurea delle professioni sanitarie.

Infine rispetto al lavoro interinale, l'Istituto ha gestito nel 2025 n. 11 contratti, per un costo complessivo di circa € 452.266. La spesa complessiva prevista per il 2026 si stima sia la medesima dell'anno precedente.

Presidio di Cosenza: come già sopra riportato, in data 17 aprile 2025 è stato sottoscritto l'accordo di cui all'articolo 13 comma 3 septies del D. LGS 288/2003 e s.m.i. tra le Regioni Marche e Calabria, ritenuto condizione sine qua non, per la valutazione e approvazione del Piano di fabbisogno triennale del POR di Cosenza (DGRM 528 dell'11/04/2025 approvazione del PIAO 2025-2027).

Il personale in servizio presso il POR di Cosenza al 31/12/2025 risulta pari a n. 76 unità (67 TI e 9 TD). Rispetto all'anno precedente si registra una riduzione di 3 unità. Come già scritto, il Piano occupazionale 2025 prevedeva l'assunzione di 85 unità, in coerenza con il Piano di Sviluppo, ma la mancata approvazione regionale dello stesso non ha consentito i reclutamenti aggiuntivi che pertanto si ripropongono integralmente nell'attuale PTFP 2026-2028 successivo all'accordo previsto dalla normativa citata, scongiurando così il rischio della mancata realizzazione del Piano di Sviluppo, anch'esso recepito con la DGRM 608 del 22/04/2025. In particolare, si prevede di assumere n. 1 direttore di struttura complessa, n. 3 dirigenti medici e n. 14 unità del comparto per un impatto di euro 154.461 sterilizzato in parte dall'effetto del trascinamento negativo di euro 50.721 nel 2026. Per il biennio 2027-2028 si garantisce la copertura del turnover senza costi aggiuntivi. A completamento dei processi di stabilizzazione del personale precario avviato nel 2024 e sospeso nel 2025, nel corso del 2026 saranno stabilizzati n. 9 dipendenti di cui n. 2 dirigenti medici, 2

infermieri, 2 fisioterapisti, 1 OSS, 1 coadiutore amministrativo, 1 operatore tecnico

Rispetto al lavoro interinale, l'Istituto ha gestito nel 2025 n. 4 contratti, per un costo complessivo di circa € 124.368 che si manterrà fino a copertura dei posti di fisioterapisti e OSS.

Presidio Casatenovo-Merate: rispetto a tale presidio, si evidenzia la situazione di criticità del 2025 determinata dalla parziale riduzione dell'attività di pneumologia per acuti erogata presso il Presidio di Merate, conseguente alle difficoltà di reperimento di personale infermieristico. A tal proposito l'istituto ha posto in essere tutte le iniziative possibili (espletamento di ripetute procedure concorsuali e tentativo di reclutamento tramite agenzie di lavoro interinale, entrambe con esito negativo). La carenza di personale ha, inevitabilmente comportato la diminuzione di posti letto, ridotti da 22 a 13 nel I semestre 2025 e a 11 nel II semestre, 2025. Tale percorso è stato condiviso con tutti gli attori istituzionali interessati (ASST, ATS, Organizzazioni sindacali, Prefettura). Da sottolineare che l'INRCA ha adottato la DGEN 168 del 27/05/2025 avente come oggetto: "IRCCS-INRCA- ASST di Lecco- "Presa d'atto del Progetto Riqualificazione dell'attività di Pneumologia per acuti – IRCCS INRCA", a firma congiunta del Direttore Generale INRCA e del Direttore Generale ASST di Lecco, inviato al Direttore Generale dell'ATS Brianza e al Direttore Generale Welfare Regione Lombardia (Prot. ASST di Lecco n. 23958/25U del 12/05/2025). Successivamente al progetto di riqualificazione, in via d'urgenza e per un periodo massimo di 12 mesi (DGEN 171 del 28/05/2025 e BESE 64 del 04/06/2025), è stato affidato un servizio di supporto infermieristico, al fine di colmare temporaneamente e almeno in parte, la carenza di personale infermieristico. Inoltre, è in corso di esecuzione una nuova procedura di gara per la gestione complessiva del servizio infermieristico e di supporto assistenziale dell'attività dell'unità operativa di Pneumologia del Presidio Ospedaliero di Merate (DGEN 310 del 06.08.2025). Ciò significa in termini assunzionali che nel PIAO 2026-2028 sono comprese unicamente Fisioterapisti e Dirigenti medici, considerata congrua l'attuale dotazione di infermieri e OSS per il reparto di Pneumologia Riabilitativa di Casatenovo.

Il personale in servizio al POR di Casatenovo-Merate al 31/12/2025 risulta pari a n. 74 unità (72 TI e 2 TD). Il Piano occupazionale 2025 prevedeva l'assunzione di 110 unità, ma le circostanze sopra richiamate relative da una parte alle difficoltà di reclutamento di infermieri e OSS e dell'altra alla mancata approvazione del PTFP del POR di Casatenovo-Merate 2025-2027 con la DGRM 528/2025 per quanto riguarda i dirigenti medici e fisioterapisti, non ha consentito i reclutamenti necessari. Le assunzioni che si ripropongono nel 2026 pertanto sono minori, 85 unità, e si limitano a n. 2 direttori di struttura complessa, n. 2 dirigente medici e n. 9 unità del comparto per fisioterapista (5) e tecnici-amministrativi (4) per complessive n. 13 unità di cui aggiuntive 11 considerando 2 cessazioni. L'impatto economico è euro 153.895 completamente sterilizzato dal trascinamento negativo 2025 di euro 430.732, nel 2026. Per il biennio 2027-2028 si garantisce la copertura del turnover senza costi aggiuntivi.

Rispetto al lavoro interinale, l'Istituto ha gestito nel 2025 n. 1 contratto, per un costo complessivo di circa € 34.196 che si manterrà fino a copertura dei posti di fisioterapisti.

I piani 2027 e 2028, allo stato attuale, rappresentano il consolidamento prospettico del piano 2026 soprattutto con riferimento alle nuove progettualità per i presidi marchigiani.

I piani di fabbisogno degli anni 2026, 2027 e 2028 espongono il PTFP 2026-2028 distintamente per Regione, in termini di:

- Stato iniziale dei contingenti divisi per profilo- qualifica
- Stato finale dei contingenti costituente limite assunzionali

In particolare gli allegati si riferiscono a:

- Presidi Marche: allegati B 1 2 3 4
- Presidi Lombardia: allegati C 1 2 3 4
- Presidi Cosenza: allegati D 1 2 3 4
- totale Presidi Inrca: allegati E 1 2 3 4

3.3.3 Riduzione della spesa del personale con rapporto di lavoro flessibile e stabilizzazione del precariato

Come già accennato, per la Regione Calabria a sostegno della stabilizzazione è giunta formale nota della Regione Calabria del 20/11/2025 che recita testualmente "Nelle more di definire quanto sopra emarginato, in coerenza con quanto espresso dalla Sezione Regionale di Controllo della Corte dei Conti della Regione

Calabria, la necessità manifestata di stabilizzazione di n. 9 unità di personale, come tali già ricomprese nella dotazione organica comunicata con nota prot. 0029845 del 30/09/2025, è compatibile con il calcolo del fabbisogno di personale effettuato ai sensi della Metodologia approvata con D.C.A. n. 192/2019" a cui si è aggiunto il DCA 315 del 05/12/2025. Il presidio sito nella Regione Lombardia non ha precari, ma solo 2 contratti a tempo determinato che sono supplenti di titolari assenti.

Per la Regione Marche i tempi determinati esistenti al 31/12/2025 sono pari a 37 di cui 16 di ruolo sanitario, 8 di ruolo socio sanitario e 13 di ruolo tecnico-amministrativo.

Rispetto all'esigenza del ricorso al lavoro flessibile, dei 37 contratti 14 si riferiscono alle progettualità del PGNLA (8 dirigenti medici, 2 infermieri e 4 OSS), mentre 23 hanno origine nella momentanea copertura del posto vacante, in attesa delle procedure di assunzione a tempo indeterminato. Per il 2026 si prevede il riassorbimento nei ruoli a tempo indeterminato, anche in considerazione del fatto che la Regione Marche ha autorizzato le procedure concorsuali per l'area amministrativa a fine anno e che pertanto tale riassorbimento risente inevitabilmente dai tempi di espletamento delle procedure concorsuali.

I 6 tempi determinati previsti al 31/12/2026 si riferiscono a supplenti necessari a coprire l'assenza dei titolari, limitatamente al personale dedicato all'assistenza. Si attesta il rispetto del limite di spesa per lavoro flessibile di cui all'art. 9, c. 28 del D.L. n. 78/2010. Si attesta altresì il rispetto del tetto di spesa per missioni, formazioni e consulenze previsto dalla medesima legge.

3.3.4 Assunzioni L.68/99

La legge n. 68/1999 stabilisce obblighi di assunzioni di disabili e categorie protette nelle percentuali ivi indicate. Le scoperture sono censite nel debito informativo del 31/12/2025 inserito il 20/01/2026 con ID 65226 nel portale della Regione Marche dell'istruzione e formazione lavoro.

L'art. 11 della citata Legge n. 68/99 prevede, per favorire l'inserimento lavorativo delle suddette categorie, la stipula di una convenzione al fine di determinare un programma mirato al conseguimento di obiettivi occupazionali di cui alla citata legge.

A seguito del suddetto debito informativo si provvederà a modificare la determina di convenzione che prevede la programmazione totale delle scoperture previste.

3.3.5 Progressioni verticali tra le aree del personale del comparto

L'Istituto aveva già provveduto a portare a compimento il programma di progressioni interne in applicazione del CCNL 02.11.2022. Ulteriori possibilità di progressioni verticali dell'area comparto sono state introdotte dal CCNL 27.10.2025. L'attuazione di tali norme rientra nell'ambito del processo di riclassificazione e riordino di tutta l'area, posti dal nuovo CCNL e del quale si terrà conto nei processi di copertura dei posti vacanti.

3.3.6 Piani Azioni Positive e Comitati Unici di Garanzia

Il Comitato Unico di Garanzia (CUG) allo stato in carica, è stato nominato ed insediato con determina n. 1 del 13/01/2025. Il CUG ha definito il piano triennale delle azioni positive (PAP) integrato con il piano per la parità di genere (Gender Equality Plan) in relazione al quale, la Consigliera di parità della Provincia di Ancona, ha espresso parere favorevole.

3.3.7 Dotazione organica

Il D.lgs 75/2017 ha introdotto significative innovazioni all'art. 6 del D.lgs 165/2001 e s.m.i. modificando il concetto di dotazione organica e di fabbisogno di personale conferendo a quest'ultimo il valore prevalente di programmazione modulabile e flessibile. In tale contesto la dotazione organica si connota come un quadro di riferimento, sia storico (definizione ab origine dei fondi contrattuali) sia programmatico (un volume di spesa ai sensi del D.M. 08.05.2018) e quindi quale risultato finale a tendere del PTFP.

Con riferimento alla dotazione organica, con il PTFP 2026-2028 si prevedono sia delle conversioni di posto sia degli incrementi di posti.

Con riferimento alla conversione, si prevede:

- per i Presidi marchigiani la trasformazione di 3 posti di Assistente amministrativo in n. 2 di Collaboratore amministrativo e n. 1 di operatore tecnico specializzato e la trasformazione di n. 1 posto di Assistente tecnico in n. 1 posto di Tecnico di Laboratorio

- per il Presidio di Cosenza si prevede la conversione di n. 1 posto di operatore tecnico specializzato in n. 1 posto di OSS.
- Non si prevedono modifiche per Casatenovo-Merate

Con riferimento all'ampliamento complessivo dei posti, si specifica che l'aumento previsto con la DGRM 43/2026 è destinato, tra le altre progettualità, al finanziamento di 35 nuovi posti in dotazione organica dei Presidi Marchigiani di cui 10 per garantire la riduzione delle liste d'attesa e il rispetto dei tempi di erogazione delle prestazioni sanitarie e 25 per *"perequare le possibilità di sviluppo organizzativo per gli Enti che non hanno beneficiato dei potenziamenti territoriali di cui alla L.234/2021"* e garantire *"l'ampliamento delle attività nei confronti della popolazione regionale anziana in costante crescita e anche in vista del nuovo polo ospedaliero"*.

I 45 posti aggiuntivi si riferiscono a:

- n. 9 dirigenti medici
- n. 1 tecnico di radiologia
- n. 14 infermieri
- n. 1 fisioterapista
- n. 10 OSS

Tale incremento di posti di dotazione organica determina un aumento dei fondi della dirigenza medica di € 212.391,00 più oneri e dei fondi del comparto di € 191.627,00 più oneri, corrispondenti alla quota media 2018 per i posti di nuova istituzione in applicazione dell'art. 11 comma 1 del D.L. 35/2019 e della DGR n.55/2025.

3.3.8 Rispetto vincolo di spesa ex art. 2 L. n. 191/2009 rivisto ex art. 11, c.1, del D.L. n. 35/2019

A decorrere dal 2019, la spesa per il personale degli enti del Servizio sanitario nazionale delle Regioni, nell'ambito del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato e ferma restando la compatibilità finanziaria, sulla base degli indirizzi regionali e in coerenza con i piani triennali dei fabbisogni di personale, non può superare il valore della spesa sostenuta nell'anno 2018, come certificata dal Tavolo di verifica degli adempimenti di cui all'articolo 12 dell'Intesa 23 marzo 2005 sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, o, se superiore, il valore della spesa prevista dall'articolo 2, comma 71, della legge 23 dicembre 2009, n. 191.

Per quanto riguarda l'INRCA il presente PIAO si basa sulla DGRM n.43 del 26.01.2026 che assegna per l'anno 2025 e seguenti un tetto di spesa per un importo di euro 58.702.647,00 che va a costituire la quota aziendale, all'interno della ripartizione fra Enti del SSR, del tetto di spesa unico per l'intero Istituto e che quindi, allo stato, rappresenta l'effettivo vincolo di spesa per il PTFP 2026-28 di cui appunto all'art. 11, c.1, del D.L. n. 35/2019. La spesa prodotta dal PTFP 2026-2028, elaborata e coordinata con i criteri ed i parametri aggiuntivi previsti dal Tavolo di verifica degli adempimenti di cui all'articolo 12 dell'Intesa 23 marzo 2005 sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano rientra nel tetto di spesa per il personale come sopra individuato. L'allegato consente di individuare la finalizzazione dell'incremento di tetto di spesa disponibile per il PTFP 2026-28 rispetto al tetto su cui è stato definito il PTFP 2025-2027, il cui importo, oltre a coprire il delta positivo assunzioni/cessazioni consente di stanziare le risorse necessarie: all'incremento dei fondi contrattuali stimato secondo circolare M.E.F. del 01.09.2020, all'avvio del potenziamento delle capacità assunzionali stabilite dalla medesima DGRM n. 43 del 26.01.2026, alla definizione delle misure di soddisfacimento del diritto alla mensa/buono pasto da parte dei lavoratori, secondo gli emergenti orientamenti giurisprudenziali, anche nell'ottica di circoscrivere i numerosi conteniosi aperti sull'argomento.

3.3.9 Aspetti qualificanti del PTFP in relazione agli obiettivi ed alle finalizzazioni dettate dalla Giunta Regionale.

La DGRM n. 43 del 26.01.2026 nell'assegnare il tetto di spesa stabilisce per le Aziende specifici obiettivi di intervento in settori strategici tra i quali il progetto abbattimento Liste d'attesa.

Già il PIAO 2025 prevedeva tali obiettivi che si ripropongono. Il numero e la tipologia di assunzioni previste

per l'anno 2026 e per ciascuna Regione sono i medesimi previsti nel PIAO 2025 a cui si aggiunge la progettualità già richiamata.

3.3.10 Compatibilità della spesa con il bilancio di previsione dell'INRCA

È noto che la spesa per il personale dipendente è una delle voci principali all'interno del budget aziendale e quindi del Bilancio di previsione.

Con l'atto di adozione del PTFP 2026-2028 viene attestata la compatibilità economica dei fattori produttivi considerati per l'anno 2026, con relativo Bilancio di Previsione. Per gli anni 2027 e 2028, coerentemente con la programmazione occupazionale adottata dovrà essere garantita analoga compatibilità.

3.3.11 Personale della ricerca ex Legge 205/2017 cd "Piramidati".

Con la Legge n. 205/2017, il Legislatore ha introdotto un percorso innovativo e una disciplina organica per i rapporti di lavoro del personale di ricerca impiegato negli Istituti di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), dando vita alla cosiddetta "Piramide".

La Piramide rappresenta lo strumento fondamentale per superare il precariato nel settore, prevedendo un percorso di stabilizzazione della durata di 10 anni. Al termine di questo periodo, coloro che avranno annualmente raggiunto gli obiettivi assegnati, entrano a far parte del Sistema Sanitario Nazionale (S.S.N.) con un contratto a tempo indeterminato. Questa iniziativa, oltre a rispondere all'esigenza di stabilizzare il personale, è concepita anche per promuovere la crescita professionale e scientifica all'interno dell'Istituto. In tal senso, mira a favorire la creazione di un ambiente di lavoro dinamico, stimolante e all'avanguardia nel panorama della ricerca sanitaria. L'obiettivo a lungo termine è sviluppare competenze altamente specializzate e formare figure professionali in grado di contribuire significativamente al consolidamento dell'Istituto come centro di eccellenza, non solo nella ricerca, ma anche nell'innovazione, rafforzando la sua posizione di leadership nel settore.

Con il C.C.N.L. 11/07/2019 è stato istituito il ruolo della ricerca sanitaria (non dirigenziale) e una specifica sezione contrattuale prevendendo due diversi profili professionali: il Ricercatore sanitario cat. Ds e il Collaboratore professionale di ricerca sanitaria cat. D. Lo scorso 21/02/2024 tale CCNL è stato rinnovato per il biennio 2019-2021 e con il CCNL 27.10.2025 per il biennio 2022-2024.

In applicazione dell'art. 12, comma 2, del C.C.N.L. 11/07/2019 si prevede specificatamente la redazione di Piani assunzionali del personale della ricerca.

Si specifica che la dotazione organica dei Piramidati è aggiuntiva rispetto alla dotazione organica dell'Istituto. L'Istituto ha provveduto con l'adozione dell'atto n. 278 del 02/07/2023 "Piano Occupazionale annuale 2023 per la piramide dei Ricercatori" ad approvare l'assunzione di dei 40 dipendenti a tempo determinato, tra Ricercatori e Collaboratori di ricerca per i quali è stata prevista la stabilizzazione in applicazione della L. 87/2023. Tale Legge, approvata il 3 luglio 2023 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 10 maggio 2023, n. 51, recante disposizioni urgenti in materia di amministrazione di enti pubblici, di termini legislativi e di iniziative di solidarietà sociale", all'art. 3 ter statuisce una deroga al comma 428 dell'art 1 che prevedeva i 10 anni per il processo di stabilizzazione, prevedendo la possibilità di assunzione a tempo indeterminato già a partire dal 1° luglio 2023.

Con determina del Direttore Generale IRCCS INRCA n. 312/DGEN del 09/08/2024 è stato dato avvio alla prima procedura di stabilizzazione mediante indizione di un Avviso Pubblico, riservato al personale con profilo di Ricercatore Sanitario e Collaboratore Professionale di Ricerca Sanitaria ed in possesso dei requisiti previsti dall'art. 3 ter del D.L. 51/2023 coordinato con la Legge di conversione luglio 2023 n. 87 per l'assunzione diretta a tempo indeterminato. Con determina del Direttore Generale IRCCS INRCA n. 186/DGEN del 30/05/2025 è stato dato avvio alla seconda procedura di stabilizzazione.

A seguito delle due procedure sopra richiamate sono stati stabilizzati complessivamente 19 dipendenti di cui: n. 10 dipendenti nel profilo professionale di Ricercatore Sanitario;

n. 9 dipendenti nel profilo professionale di Collaboratore Professionale di Ricerca.

Restano in attesa di stabilizzazione 20 dipendenti per i quali si attende la maturazione dei requisiti di legge necessari per il passaggio a tempo indeterminato.

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 ed 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, ed al contempo per i professionisti 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. La formazione e l'aggiornamento del personale sono quindi obiettivi istituzionali.

La formazione e l'aggiornamento continuo del personale sono al sostegno della pianificazione strategica dell'Istituto accompagnando le riflessioni e lo sviluppo delle competenze dei professionisti, attivandosi in modo interdisciplinare, per il raggiungimento degli obiettivi.

La formazione del personale costituisce una delle determinanti della creazione di Valore Pubblico. La nuova Direttiva del Ministro Zangrillo, del 14 gennaio 2025, fornisce indicazioni metodologiche e operative alle amministrazioni per la pianificazione, la gestione e la valutazione delle attività formative al fine di promuovere lo sviluppo delle conoscenze e delle competenze del proprio personale. La Direttiva, in particolare, mira a guidare le amministrazioni verso l'individuazione di soluzioni formative funzionali al raggiungimento degli obiettivi strategici e al perseguimento delle finalità sottese alla formazione dei dipendenti pubblici richieste dal PNRR e necessarie per il conseguimento dei suoi target. Sono previste n. 40 ore annuali di formazione pro capite e ciascun dirigente deve assicurare la partecipazione attiva dei dipendenti alle iniziative formative, in modo da garantire, a partire dal 2025, il conseguimento di tale obiettivo, come di seguito illustrato:

Obiettivo: valorizzazione del capitale umano nelle amministrazioni pubbliche attraverso la formazione;

Formazione obbligatoria: minimo 40 ore pro capite annue a partire dal 2025;

Strategie: integrazione nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO);

Competenze chiave: leadership, transizioni digitale ed ecologica, etica e trasparenza;

Monitoraggio: valutazione dell'impatto della formazione sulla performance aziendale e individuale.

L'Istituto, in qualità di Provider, sulla base di formale riconoscimento della Regione Marche, relativamente agli aspetti organizzativi e funzionali conforma le proprie azioni alla disciplina nazionale e regionale in materia di Educazione Continua in Medicina.

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 e di integrarle con esigenze formative specifiche e differenziate. Sulla base dei Macro obiettivi formativi Nazionali e degli obiettivi ritenuti prioritari dalla Regione Marche, la Direzione dell'Istituto, individua gli obiettivi strategici formativi.

L'Istituto si avvale della rete dei Referenti per la Formazione e del Comitato Scientifico per la Formazione Continua. I primi hanno il compito, collaborando con i Dirigenti e Coordinatori delle Unità Operative e con il Direttore di Dipartimento di riferimento, di declinare gli input provenienti dalla Direzione Strategica e dalle UU.OO, garantendo la coerenza dei progetti formativi proposti con gli obiettivi strategici e i marco-obiettivi formativi. Il secondo è un organismo propositivo e consultivo, costituito da professionisti esperti nelle discipline di riferimento, è nominato dal Direttore Generale e si occupa della valutazione delle proposte formative da inserire nel Piano Formativo Aziendale (PFA) e del 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'UOSD 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’UOSD 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 sono stati designati a livello dipartimentale con Determina n. 411 del Direttore Generale del 05.11.2024. 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”.

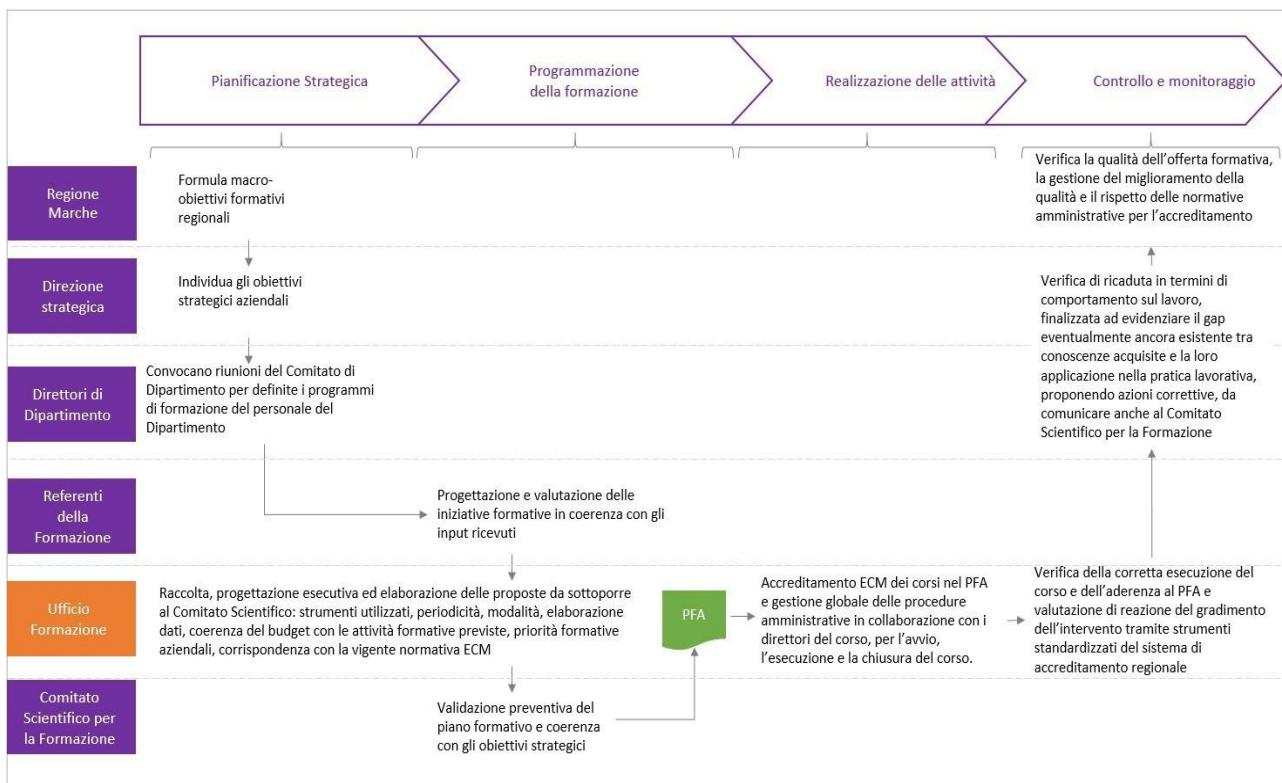
Il Comitato Scientifico per la Formazione Continua i cui componenti sono stati designati con Determina del Direttore Generale n. 381 del 15.10.2024 è deputato a valutare preventivamente le proposte formative che saranno inserite dall’UOSD Comunicazione, Formazione e Aggiornamento del Personale e Alta 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 al Responsabile Scientifico dei singoli corsi, il quale garantisce i contenuti dell’evento formativo e della loro valenza scientifica. In particolare, si occupa della progettazione analitica dell’iniziativa formativa in riferimento agli obiettivi formativi, ai destinatari, ai contenuti tecnico scientifici, alla tipologia formativa, alle metodologie didattiche e di valutazione degli apprendimenti.

Livello 4) Verifica 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’UOSD 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’UOSD Comunicazione, Formazione e Aggiornamento del Personale e Alta Formazione, tenuto conto della valenza strategica delle funzioni alla stessa assegnate dal regolamento di organizzazione e funzionalmente assegnata alla Direzione Generale e Scientifica, 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")



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.

Obiettivi triennali 2026-2028

Gli obiettivi strategici per il prossimo triennio sono il quadro di riferimento in cui l'Istituto si muove e per il cui conseguimento è richiesto uno sforzo partecipato tra i vari attori, facendo leva sulle competenze esistenti e sullo sviluppo di competenze nuove. L'Istituto ha individuato gli obiettivi strategici riferiti alla mission, nell'essere l'Istituto di ricerca e dall'altro nell'avere una forte connotazione specialistica in ambito assistenziale in senso geriatrico e gerontologico.

Gli obiettivi strategici sono stati definiti anche in coerenza con la direttiva Zangrillo che promuove lo sviluppo del valore pubblico in termini di sviluppo delle competenze chiave quali: leadership e soft skills, transizione digitale, transizione ecologica, etica integrità e valore PA.

Gli obiettivi strategici individuati per il triennio 2026-2028 sono:

1. implementazione di modelli organizzativi e assistenziali che tengano conto del Regolamento di Organizzazione dell'IRCCS INRCA, legata altresì alla realizzazione del nuovo ospedale;
2. orientamento costante alla ricerca traslazionale, integrata con la clinica e multidimensionale;
3. sviluppo delle competenze specialistiche, organizzative, relazionali nella gestione di processi e percorsi e delle competenze di management sia per le professioni sanitarie che per il supporto amministrativo;
4. promozione del benessere degli operatori sanitari con particolare attenzione alla violenza contro di essi;
5. sviluppo permanente della qualità e sicurezza dei pazienti;
6. sviluppo delle competenze in Sanità digitale e Innovazione tecnologica;
7. sviluppo delle conoscenze e competenze necessarie per il raggiungimento degli indicatori previsti nei programmi di cui si compone il piano della prevenzione;
8. sviluppo delle competenze manageriali e soft skills di dirigenti e dipendenti;

9. sviluppo delle competenze utili a garantire la transizione digitale ed amministrativa;
10. etica e valori della PA;
11. PNRR M6 C2 – 2.2 (b): sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario - corso di formazione in infezioni ospedaliere;
12. PNRR M6 C2 – 1.3.1(b): rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione - Adozione del Fascicolo Sanitario Elettronico.

Tra le azioni periodiche già messe in atto dall'Istituto per conseguire il raggiungimento degli obiettivi sopra descritti. Si riportano le seguenti iniziative.

L'INRCA garantisce il costante aggiornamento ed incremento delle competenze di tutto il personale rispetto alle continue novità apportate dal legislatore nelle materie che interessano l'esercizio dell'azione amministrativa su temi quali, ad esempio, il lavoro agile, contratti pubblici, approfondimenti CCNL, secondo quanto disposto dalla direttiva del Ministro per la pubblica amministrazione avente ad oggetto la "Valorizzazione delle persone e produzione di valore pubblico attraverso la formazione. Principi, obiettivi e strumenti." del gennaio 2025 (Direttiva Zangrillo). In particolare, già nell'anno 2025 è stato attivato un corso specifico: IL PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONEDI CUI ALL'ART. 6 COMMA 6 DL 80/21 (PIAO) NEGLI ENTI DEL SSR erogato in modalità FAD per un totale di n. 30 ore

L'Istituto ha aderito al progetto "Syllabus competenze digitali per la PA" iscrivendo tutti i dipendenti alla piattaforma governativa "Competenze Digitali" per fornire una formazione personalizzata, in modalità e learning, sulle competenze digitali di base a partire da una rilevazione strutturata e omogenea dei fabbisogni formativi, al fine di aumentare coinvolgimento e motivazione, performance, diffusione e qualità dei servizi online, semplici e veloci, per cittadini e imprese. Il progetto Syllabus è uno strumento creato dall'Ufficio per l'innovazione e la digitalizzazione del Dipartimento della funzione pubblica che racchiude l'insieme minimo delle conoscenze e abilità che ogni dipendente pubblico, non specialista IT, dovrebbe possedere per partecipare attivamente alla trasformazione digitale della pubblica amministrazione. È organizzato in 5 aree tematiche: Dati, informazioni e documenti informatici; Comunicazione e condivisione; Sicurezza informatica; Servizi on-line; Trasformazione digitale.

L'Istituto considera la Sicurezza nei luoghi di lavoro una condizione essenziale per garantire una performance assistenziale sicura e di qualità sia nei confronti degli assistiti sia nei confronti degli operatori offrendo un'ampia e qualificata formazione su questa tematica, come peraltro previsto dal Decreto Lgs 81/08.

La formazione in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro ha comportato negli anni un sempre maggiore approfondimento delle discipline specialistiche riguardanti i diversi profili professionali e relativi rischi. Sarà, comunque, da erogare sia una formazione generale ex art. 37 D. Lgs. 81/2008 (particolarmente rilevante per i neoassunti) sia una formazione specifica (relativa alle mansioni svolte effettivamente e agli incarichi attribuiti dal datore di lavoro) come disciplinata dallo stesso D.Lgs. 81/2008 e dalle varie normative settoriali. Organizzazione annuale di eventi formativi, nell'ambito del codice di condotta comportamentale e privacy, sia volti a formare il nuovo personale che ad aggiornare, in un'ottica di formazione continua, il personale dipendente.

Anticorruzione e Trasparenza: particolare rilevanza verrà data al rafforzamento della cultura della trasparenza all'interno dell'IRCCS-INRCA al fine di garantire che i dipendenti siano aggiornati sulle normative di trasparenza, sugli strumenti tecnologici per la gestione dei dati pubblici e sulle pratiche etiche e legali da seguire.

In particolare verranno approfondite le novità che la normativa impone nella gestione degli obblighi di pubblicità e trasparenza, ricordate dalla Delibera ANAC n. 213 del 24 aprile 2024 ed in particolare il par. 4 "Attività di controllo interno sul corretto assolvimento degli obblighi di pubblicazione" e le recenti novità introdotte dal nuovo PNA 2022, dall'aggiornamento PNA 2023 e dalla Delibera ANAC n. 601 del 19 dicembre 2023 in merito agli atti e documenti da pubblicare in "Amministrazione Trasparente".

Tali obiettivi verranno conseguiti attraverso la realizzazione di corsi formativi sui temi:

- Anticorruzione e trasparenza
- Normative in materia di trasparenza: Delibere ANAC e criteri
- Pubblicazione di dati: formati e standard per la pubblicazione.

All'interno del PFA assumono particolare rilievo le iniziative formative previste dai progetti PNRR di cui l'Istituto è risultato assegnatario e che riguardano l'attività di formazione. Si riportano di seguito i progetti PNRR che interessano il PFA 2026:

- PNRR M6 C2 – 2.2 (b): Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario - corso di formazione in infezioni ospedaliere

Con Delibera n. 398 del 27/03/2023 è stato approvato il "Piano formativo regionale sulle infezioni correlate

all’assistenza (ICA) in ambito ospedaliero” e sono stati individuati come provider per la realizzazione delle attività formative relative al corso di cui all’oggetto tutti gli Enti del SSR.

Con la medesima delibera veniva definito anche il programma del corso basato su 4 moduli (A, B, C e D). L’Istituto ha svolto nel 2023 il corso modulo D riservato ai membri dei Comitati aziendali ICA e propedeutico agli altri moduli e nel corso del 2024 e 2025 ha realizzato il corso blended (moduli A+B+C) di 26 ore raggiungendo il target assegnato di n. 325 dipendenti ospedalieri formati in tema di infezioni ospedaliere. Nel 2026 l’Istituto ha scelto di continuare la formazione sulle infezioni correlate all’assistenza con un corso FAD di 20 ore ricavato dal corso blended ormai concluso, che sarà rivolto a tutti gli operatori sanitari neoassunti e agli OSS.

Il progetto formativo, seppur più breve, costituisce un’importante attività di prevenzione nell’ambito dei programmi di cui si compone il Piano della Prevenzione e Piano Nazionale di Contrastto all’Antimicrobico Resistenza (PNCAR), nonché della prevenzione alle pandemie (PanFlu).

- PNRR M6 C2 – 1.3.1(b): Rafforzamento dell’infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l’elaborazione, l’analisi dei dati e la simulazione - Adozione del Fascicolo Sanitario Elettronico

Con Delibera n. 892 del 26/06/2023 la Regione Marche ha anticipato il conferimento della delega agli Enti del SSR per l’attuazione dell’investimento di cui sopra e successivamente con Decreto n. 82 del 28.12.2023 sono state assegnate alle Aziende del SSR risorse economiche pari a € 9.478.149,68, di cui € 324.777,96 spettano all’Istituto per gli interventi di formazione.

Nel triennio 2023 - 2026 il target formativo consiste nella realizzazione dei seguenti corsi individuati dalla Regione Marche quali:

- Formazione apicali (HUB)
- Formazione tecnica formatori (HUB)
- Formazione generica FSE (SPOKE)
- Formazione alla divulgazione FSE (SPOKE)
- Formazione dell’uso del dato in ambito sanitario (SPOKE)
- Formazione applicativi (SPOKE)

Nello specifico, con il PFA 2024 e 2025, come da indicazioni regionali, l’Istituto ha svolto i corsi di formazione spoke sugli applicativi relativi a:

- Referto di radiologia
- Referto di medicina di laboratorio
- Lettera di dimissione ospedaliera
- Verbale di pronto soccorso
- Referto di specialistica ambulatoriale

Nel 2026 si prevede di completare la formazione spoke già avviata nel 2025 sugli applicativi sopra citati.

Gli obiettivi sopra descritti sono a loro volta punti di riferimento per la realizzazione dei piani di formazione annuali, all’interno dei quali gli stessi vengono declinati in proposte formative riconducibili a specifiche aree d’intervento. Il Piano annuale della formazione, inoltre, tiene conto degli obiettivi formativi stabiliti dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua in Sanità e delle Linee di indirizzo per la programmazione delle attività formative 2026 comunicate dalla Regione Marche Servizio Sanità PF Risorse Umane e Formazione con nota n. 30293 del 03.10.2025.

Il PFA 2026 è progettato coerentemente con gli obiettivi formativi specifici di seguito elencati:

1. Implementazione di modelli organizzativi e assistenziali per ottimizzare i processi di integrazione del personale nella struttura dipartimentale identificata attraverso il regolamento di organizzazione INRCA:
 - promuovere e mantenere il cambiamento dell’organizzazione aziendale
 - sperimentazioni di nuove modalità organizzative
2. Sviluppo permanente del sistema di gestione del rischio a partire dalla mappatura dei rischi dell’Istituto:
 - Sicurezza operatori e sicurezza paziente
 - Rischio clinico e amministrativo
 - Approfondire le conoscenze sulla violenza, anche verbale, nei confronti degli operatori
 - Responsabilità professionale
3. Promuovere il benessere degli operatori sanitari attraverso interventi mirati al miglioramento della qualità di vita lavorativa e a favorire la gestione delle dinamiche intra e interpersonali che si giocano nella relazione con l’utente e con l’équipe
4. Sviluppo delle competenze di management sia per le professioni sanitarie che amministrative:
 - approfondire e migliorare le soft skills del personale con particolare focus su competenze di leadership a supporto della governance
 - sviluppare le capacità decisionali in contesti complessi

- apprendere strumenti e metodi per la pianificazione strategica a partire dagli obiettivi
5. Orientamento costante alla ricerca traslazionale, integrata con la clinica e multidimensionale
- conoscere vantaggi e limiti dell'intelligenza artificiale nella pratica clinico-assistenziale, nella ricerca e nell'organizzazione dei servizi sanitari con particolare riferimento all'ambito della telemedicina/teleassistenza
 - sanità digitale e Innovazione tecnologica: valutazione, miglioramento dei processi di gestione delle tecnologie biomediche e dei dispositivi medici HTA
6. Sviluppo delle conoscenze e competenze necessarie per il raggiungimento degli indicatori previsti nei piani nazionali:
- PNRR M6 C2 – 2.2 (b): Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario - corso di formazione in infezioni ospedaliere
 - PNRR M6 C2 – 1.3.1(b): Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione - Adozione del Fascicolo Sanitario Elettronico
7. Sviluppo delle competenze specialistiche, organizzative, relazionali nella gestione di processi e percorsi:
- Promozione delle politiche di umanizzazione finalizzate a rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici terapeutici orientati quanto più possibile alla persona considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica
 - Dignity care, palliazione geriatrica e fine vita
 - Medicina di genere quale approccio per garantire maggiore appropriatezza nella prevenzione, diagnosi e cura
 - Promozione delle competenze comunicative relazionali per migliorare la qualità delle cure
 - Aggiornamento delle competenze del personale amministrativo
8. Attuazione corsi obbligatori:
- Anticorruzione, trasparenza e antiriciclaggio
 - Codice di comportamento
 - Privacy
 - GDPR - Regolamento generale sulla protezione dei dati
 - Sicurezza sul lavoro (D.lgs 81/2008)
 - Cybersecurity (D.lgs. 138/2024)

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.

Per l'attuazione del PFA 2026 si prevede l'utilizzo dei docenti interni, iscritti all'Albo dei docenti 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 2026, 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);

oltre che ai corsi in modalità e-learning che sono realizzati dal Gruppo di Lavoro Academy regionale e compresi nella piattaforma regionale Marche.

B. 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. È 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 e art. n. 62 del CCNL del 02.11.22, prevede la possibilità per 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.

C. 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 agendo con appropriatezza e correttezza tecnico/ 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 2026

La costruzione del Piano 2026, 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 del 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.

Il piano formativo 2026 è in fase di programmazione coerentemente con quanto previsto dalla normativa regionale.

Monitoraggio

Le attività inerenti alla formazione vengono monitorate durante il corso dell’anno. Infatti, al fine di organizzare al meglio le iniziative formative, periodicamente si verifica quanti corsi sono già stati svolti e quanti sono in attesa di essere concretamente realizzati, confrontandosi con i responsabili scientifici in merito alla calendarizzazione e ad eventuali modifiche in termini di attuazione rispetto a quanto inizialmente progettato. È compito dell’UOSD 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 03.12.2023. 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 particolar 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.

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	Indicatori 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	Indicatori NSG	Trimestrale
Miglioramento economico ambientale	benessere sociale	Soddisfacimento dei bisogni di salute dei cittadini attraverso l'erogazione di servizi efficaci ed efficienti	Indicatori DM 70/2015	Trimestrale
Miglioramento economico ambientale	benessere sociale	Soddisfacimento dei bisogni di salute dei cittadini attraverso l'erogazione di servizi efficaci ed efficienti	Obiettivi assegnati dalla Regione agli Enti del SSR	Trimestrale

Obiettivi di qualità

Area	Obiettivo	Strumenti	Febbraio- Marzo 2026	Marzo- Aprile 2026	MAGGIO 2026	MAGGIO - Settembre 2026	Settembre 2026	Dicembre 2026
Qualità- Sistema Gestione Qualità e Sicurezza delle cure (SGQRS)	<p>Sistema di Gestione Certificato NORMA ISO 9001, accreditabile e basato sul "risk based thinking"- organizzato per PROCESSI. Mantenimento, attraverso un percorso di continuo miglioramento e verifica del SGQRS, ora integrato. Acquisizione, in ottica di sistema integrato, della Certificazione UNI EN ISO 45001 e certificazione sulla parità di genere UNI/PdR 125/2022</p>	<p>ATTIVITA' di AUDIT, con Verifiche Ispettive interne- SEA AUDIT E AUDIT CLINICI e Monitoraggio di INDICATORI- Attraverso il SGQRS.</p>	<p>Attività di Audit specifici per i tre schemi di certificazione intutte le sedi ed i Presidi dell'Istituto</p>	<p>Attività di raccolta dati ed indicatori per Predisposizione Riesame della Direzione Integrato</p>	<p>Verifica di Certificazione ISO 9001- 2015; UNI EN ISO 45001 e certificazione sulla parità di genere UNI/PdR 125/2022</p>	<p>Pianificazione, gestione e verifica delle attività di miglioramento continuo</p>	<p>Pianificazione, gestione e verifica delle attività di miglioramento continuo</p>	<p>Pianificazione, gestione e verifica delle attività di miglioramento continuo per le azioni concrete da sviluppare nell'anno 2027</p>

Area	Obiettivo	Strumenti	Febbraio- Marzo 2026	Marzo - Settembre 2026	Settembre- Dicembre 2026		Aprile -dicembre 2026	
BOLLINI ROSA E AZZURRO	Attuare azione proattive per il mantenimento e l'implementazione di servizi di assistenza e ricerca volti al genere.	Partecipazione Bandi ONDA e Organizzazione convegni e corsi su temi specifici	Pianificazione, gestione e verifica delle attività di miglioramento continuo specifico	Adesione iniziative previste sulla medicina di genere, proposte dall'associazione onda	Convegno sulla Medicina di genere		Pianificazione, gestione e verifica delle attività di miglioramento continuo per le azioni concrete da sviluppare nell'anno 2027	

Obiettivi di Performance

Area	Obiettivo	Strumenti per il monitoraggio	Periodicità monitoraggi
Obiettivi di area clinico assistenziale	Sviluppo delle attività clinico assistenziali anche in considerazione della dimensione Istituto di Ricerca	<p>Analisi dei risultati in termini di:</p> <p>Attività di ricovero</p> <p>Attività ambulatoriali</p> <p>Consumi di farmaci e di dispositivi</p> <p>Uso appropriato degli antibiotici</p> <p>Potenziamento di soluzioni di tecnoassistenza/telemedicina</p> <p>Qualità delle prestazioni erogate nel rispetto dei parametri previsti dalla normativa nazionale/ regionale di riferimento (DM 70/2015, Nuovo Sistema di Garanzia, Piano Nazionale Esiti).</p> <p>Rispetto dei tempi di attesa dei ricoveri chirurgici per classe di priorità, coerentemente al PNGLA</p> <p>Rispetto degli altri obiettivi regionali non considerati in quelli precedenti</p>	Trimestrale e/o in base alle disponibilità dei dati
Obiettivi di area scientifica	Sviluppo delle attività di ricerca	<p>Analisi dei risultati in termini di:</p> <p>IFN</p> <p>Citation Index</p> <p>Finanziamenti e progetti acquisiti</p> <p>Numero di trials clinici realizzati</p> <p>Partecipazione alle attività delle Reti</p> <p>Sviluppo delle attività delle facilities aziendali</p>	Trimestrale e/o in base alle disponibilità dei dati
Obiettivi di area tecnico professionale amministrativa		<p>Analisi dei risultati in termini di:</p> <p>Raggiungimento degli obiettivi regionali</p> <p>Miglioramento della tempestività dei pagamenti</p> <p>Rispetto delle tempistiche d'acquisto e monitoraggio procedure e rendicontazioni PNRR</p> <p>Realizzazione ulteriori Punti salute e/o medicina di prossimità</p> <p>Sviluppo e miglioramento del Sistema informativo amministrativo e sanitario</p>	Trimestrale e/o in base alle disponibilità dei dati

		<p>Semplificazione e reingenierizzazione di tutte le procedure individuate</p> <p>Numero di procedure di alienazione del patrimonio disponibile</p> <p>Definizione procedure e regolamenti in tema di sicurezza sul lavoro</p>	
Digitalizzazione	Digitalizzazione e innovazione dei processi	Risultati in termini di: numero di nuovi processi digitalizzati	Annuale
Piano Efficientamento energetico	Riduzione delle emissioni e risparmio energetico	Riqualificazione energetica con l'intervento delle ditte di gestione del calore, finalizzata alla riduzione dei consumi attraverso l'implementazione di impianti di cogenerazione. Razionalizzazione impiantistica meccanica.	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 Mauve++ e wave	Semestrale

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

Si espongono di seguito le azioni positive che l'amministrazione, con la collaborazione del Comitato Unico di Garanzia e dei soggetti di riferimento coinvolti, intende realizzare nel 2026. Ogni azione è dotata di indicatori e target di realizzazione, al fine di facilitarne il relativo monitoraggio.

1) Miglioramento attività CUG				
DESCRIZIONE AZIONE				
Predisporre e/o aggiornare una procedura per le segnalazioni interne per il CUG				
DESCRIZIONE TARGET	TIPO TARGET	VALORE TARGET		
Predisporre e/o aggiornare una procedura per le segnalazioni interne per il CUG - 31/12/2026	Fatto/non fatto	100%		
STRUTTURE COINVOLTE NELLA PREDISPOSIZIONE DELL'AZIONE POSITIVA				
CUG, per le attività necessarie: le UU.OO dell'INRCA e altre professionalità dell'INRCA.				
2) Implementazione di progetti per inclusione				
DESCRIZIONE AZIONE				
Promuovere progetti e/o attività per l'attivazione di tirocini finalizzati, tirocini di orientamento, formazione e inserimento/reinserimento finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione, secondo le indicazioni contenute nella Delibera di Giunta Regionale n. 593 del 07.05.2018				
DESCRIZIONE TARGET	TIPO TARGET	VALORE TARGET		
Predisporre attività - entro 31/12/2026	Fatto/ non fatto	100%		
STRUTTURE COINVOLTE NELLA PREDISPOSIZIONE DELL'AZIONE POSITIVA				
CUG, URP, UO Amministrazione risorse umane				
3) Promuovere il benessere di chi lavora - Strategie di Age Management: regolamentazione per il personale over 60 (Art. 49 CCNL).				
DESCRIZIONE AZIONE				
Predisposizione di un regolamento aziendale (PFA2026) finalizzato alla gestione dell'invecchiamento attivo e alla prevenzione del <i>burn-out</i> . L'azione prevede la definizione di misure di flessibilità (riduzione turni notturni e pronta disponibilità) e la valorizzazione dell'esperienza senior attraverso percorsi di tutoraggio e affiancamento per i neoassunti.				
DESCRIZIONE TARGET	TIPO TARGET	VALORE TARGET		
Predisposizione bozza di regolamento entro il 31/12/2026. - entro 31/12/2026	Fatto/ non fatto	100%		
STRUTTURE COINVOLTE NELLA PREDISPOSIZIONE DELL'AZIONE POSITIVA				
CUG, per le attività necessarie: le UUOO dell'INRCA e altre professionalità dell'INRCA. (esempio OPI (Organismo Paritetico per l'Innovazione e U.O. Risorse Umane.				
4) Sensibilizzazione tematica conciliazione vita - lavoro				
DESCRIZIONE AZIONE				
Adottare azioni che promuovono e/o facilitano la conciliazione dei tempi di vita e dei tempi di lavoro.				
DESCRIZIONE TARGET	TIPO TARGET	VALORE TARGET		
Aggiornamento attività smartabile e non – entro il 31/12/2026	Fatto/ non fatto	100%		
STRUTTURE COINVOLTE NELLA PREDISPOSIZIONE DELL'AZIONE POSITIVA				
CUG, per le attività necessarie: le UUOO dell'INRCA e altre professionalità dell'INRCA (ad esempio: gruppo di lavoro bilancio di genere, UO Amministrazione risorse umane, UO Affari generali).				

5) Azioni per contrastare ogni forma di discriminazione: Regolamento per il funzionamento del disability manager		
DESCRIZIONE AZIONE Regolamento per il funzionamento del disability manager ai sensi dell'art. 39-ter del d.lgs. 165/2001		
DESCRIZIONE TARGET Il D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 e s.m.i. recante "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche", e in particolare l'art. 39-ter, che prevede la nomina di un Responsabile dei processi di inserimento delle persone con disabilità. Proposta di una bozza di regolamento che disciplini compiti, relazioni, strumenti operativi e modalità di funzionamento del Disability Manager, entro il - 31/12/2026		
STRUTTURE COINVOLTE NELLA PREDISPOSIZIONE DELL'AZIONE POSITIVA CUG, UO Amministrazione risorse umane per la predisposizione delle bozze.		
6) Strumenti di monitoraggio per la verifica del bilanciamento di genere		
DESCRIZIONE AZIONE Introduzione strumenti di monitoraggio per la verifica del bilanciamento di genere: L'Istituto per rendere più semplice e strutturata la dinamica ed il monitoraggio dell'uguaglianza di genere ha adottato una procedura interna che si articola in diverse fasi (quattro) che costituiscono un ciclo continuo di miglioramento (ciclo PDCA - Plan-Do-Check-Act).		
DESCRIZIONE TARGET Monitoraggio ed applicazione della procedura- entro il 31/12/2026		
STRUTTURE COINVOLTE NELLA PREDISPOSIZIONE DELL'AZIONE POSITIVA CUG, per le attività necessarie: le UO dell' INRCA e altre professionalità dell'INRCA (ad esempio: gruppo di lavoro bilancio di genere, UO Amministrazione risorse umane, UO Affari generali).		

AZIONI POSITIVE 2027 – 2028

Di seguito le prospettive di azioni positive da introdurre negli anni 2026 – 2027 che saranno sottoposte ad aggiornamento nell'anno di riferimento, anche in relazione allo stato di attuazione delle azioni promosse nel corso del 2026 ed il loro mantenimento:
7) Implementazione e misurazione dei fenomeni previsti nelle Linee Guida sulla parità di genere nell'organizzazione e gestione del rapporto di lavoro delle Pubbliche amministrazioni
Verificare il grado di attuazione delle misure contenute nelle Linee Guida sulla Parità di genere nell'organizzazione e gestione del rapporto di lavoro con le pubbliche amministrazioni, del Dipartimento della Funzione Pubblica e del Dipartimento delle Pari opportunità della Presidenza del Consiglio dei ministri del 7 ottobre 2022.
8) Certificazione della parità di genere/ monitoraggio per la verifica del bilanciamento di genere
Predisporre le eventuali azioni necessarie per ottenere la certificazione della parità di genere. Certificazione contenuta Codice delle pari opportunità ed istituita dal 1° maggio 2022, con l'entrata in vigore delle modifiche introdotte dal DL n. 36/2022 "Ulteriori misure urgenti per l'attuazione del PNRR" agli articoli del codice degli appalti in tema di parità di genere.
9) Analisi di fattibilità per avviare azioni di conciliazione vita - lavoro e welfare
Valutare la possibilità e la fattibilità di attivare delle azioni migliorative di conciliazione vita-lavoro come, ad esempio, la sottoscrizione di convenzioni con enti terzi.
10) Rafforzare il CUG (su formazione e informazione parità di genere). Promuovere il dialogo e la progettazione comune tra più amministrazioni con l'intento di valorizzare il ruolo che i Comitati Unici di Garanzia.

Obiettivi di anticorruzione e trasparenza

Si rinvia all'allegato 1 del presente Piano.

Obiettivi di lavoro agile

Area	Obiettivo	Strumenti	Giugno 2025	Dicembre 2025	Realizzato
Coordinamento organizzativo	Valutazione	Questionario	/	Somministrazione questionario	SI/NO
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	SI/NO

Obiettivi di formazione

Area	Obiettivo	Febbraio 2026	Marzo 2026	Marzo 2026	Settembre 2026	Novembre/Dicembre 2026
Attività Provider ECM accreditato presso la Regione Marche e presso ECM Nazionale	Realizzazione ed erogazione di attività formative riconosciute per il Sistema di formazione continua (ECM) attribuendo direttamente i crediti ai progetti formativi	Il PFA viene sottoposto alle OO.SS. e al Collegio di Direzione per il previsto parere consuntivo. Trasmissione alla Regione Marche della determina di adozione del Piano Formativo Annuale PFA 2026 entro il 28.02.2026	Pagamento contributo annuale 2026 a favore della Regione Marche quale ente accreditante	Invio alla Regione Marche della relazione annuale sull'attività formativa svolta nel 2025	Avvio della richiesta del fabbisogno formativo per l'anno 2027, 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 2027 per la validazione

Area	Attori coinvolti	1° trimestre	2° trimestre	Almeno 30 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 del PFA	Provider INRCA	Programmazione e pianificazione delle attività propedeutiche alla realizzazione degli eventi con i Responsabili Scientifici dei progetti formativi	Invio al Comitato Scientifico della Formazione dello stato di attuazione del PFA		Accreditamento ECM del progetto formativo		Rendicontazione del corso, nel portale ECM Marche, se svolto nei POR Marche, e per le sedi di Casatenovo e Cosenza nel sito dell'Agenas. Generazione e firma digitale degli attestati direttamente dal portale ECM-Marche e trasferimento dei dati al Co.Ge.A.P.S. (Consorzio Gestione Anagrafica Professioni Sanitarie)
	Responsabile Scientifico			Invio del progetto esecutivo all'UO Formazione per l'inserimento del corso nel portale ECM-Marche, per le sedi di Casatenovo e Cosenza nel sito dell'Agenas		Trasmissione di tutta la documentazione necessaria alla rendicontazione del corso	

Allegati

All. 1 Documentazione relativa alla sezione concernente la prevenzione della corruzione e la trasparenza, in particolare:

- Elenco dei sub-responsabili per la trasparenza e la prevenzione della corruzione
- Misure specifiche di prevenzione della corruzione
- Misure generali di trasparenza e prevenzione della corruzione
- "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" – ruoli, compiti e responsabilità

Sottosezione 3.3 – FABBISOGNI PERSONALE

all. A quadro economico

all. B1 stato iniziale dei contingenti 2025 – Presidi Marche

all. B2 piano fabbisogno 2026 – Presidi Marche

all. B3 piano fabbisogno 2027– Presidi Marche

all. B4 piano fabbisogno 2028 – Presidi Marche

all. B5 dotazione organica e stima impatto incrementi contrattuali ex circolare M.E.F.
01.09.2020– Presidi Marche

all. B6 piano di stabilizzazione 2026 – Presidi Marche

all. B7 Sintesi dei profili – Presidi Marche

all. C1stato iniziale dei contingenti 2025 – Presidio Lombardia

all. C2 piano fabbisogno 2026 – Presidio Lombardia

all. C3 piano fabbisogno 2027– Presidio Lombardia

all. C4 piano fabbisogno 2028 – Presidio Lombardia

all. C5 dotazione organica– Presidio Lombardia

all. C6 Sintesi dei profili – Presidio Lombardia

all. D1 stato iniziale dei contingenti 2025 – Presidio Cosenza

all. D2 piano fabbisogno 2026 – Presidio Cosenza

all. D3 piano fabbisogno 2027– Presidio Cosenza

all. D4 piano fabbisogno 2028 – Presidio Cosenza

all. D5 dotazione organica- Presidio Cosenza

all. D6 piano di stabilizzazione 2026 – Presidio Cosenza

all. D7 Sintesi dei profili – Presidio Cosenza

all. E limite di spesa per lavoro flessibile di cui all'art. 9, c. 28 del D.L. n. 78/2010– totali
Presidi Inrca

all. F tetto di spesa per Missioni, Formazione e Consulenze - Presidi Inrca