



REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE- INRCA

INDICE

PARTE GENERALE.....	3
PRINCIPI GENERALI.....	3
OGGETTO E FINALITÀ.....	3
COSTITUZIONE, SEDE LEGALE, LOGO E PATRIMONIO.....	4
LA <i>MISSION</i> E LA <i>VISION</i>	5
IL SISTEMA ORGANIZZATIVO A RETE.....	6
LE ATTIVITA' CARATTERISTICHE.....	6
I PROCESSI E GLI STRUMENTI DI PIANIFICAZIONE.....	7
IL DECENTRAMENTO DELLE RESPONSABILITÀ E DELLE FUNZIONI AMMINISTRATIVE.....	8
ASSETTO ORGANIZZATIVO.....	8
GLI ORGANI ISTITUZIONALI.....	8
IL CONSIGLIO DI INDIRIZZO E VERIFICA.....	8
IL DIRETTORE GENERALE.....	10
IL COLLEGIO SINDACALE.....	11
IL DIRETTORE SCIENTIFICO.....	13
GLI ORGANISMI COLLEGIALI.....	13
L'ORGANIZZAZIONE DIPARTIMENTALE.....	15
IL SISTEMA DELLE DELEGHE.....	16
DISPOSIZIONI CONCERNENTI IL PERSONALE.....	17
LA DOTAZIONE ORGANICA.....	17
UFFICIO PER I PROCEDIMENTI DISCIPLINARI.....	17
IL RESPONSABILE PER LA TRASPARENZA E LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE.....	17
DISCIPLINA CONTABILE.....	18
IL SISTEMA DI CONTABILITÀ GENERALE.....	18
IL BILANCIO PLURIENNALE DI PREVISIONE.....	18
IL BILANCIO ECONOMICO PREVENTIVO ANNUALE.....	18
IL BILANCIO DI ESERCIZIO.....	19
RISULTATO DELL'ESERCIZIO.....	19
LIBRI CONTABILI OBBLIGATORI.....	20
LA GESTIONE PER BUDGET.....	20
IL BUDGET DEL DIPARTIMENTO E DELLE STRUTTURE OPERATIVE.....	20
IL FINANZIAMENTO DELLE ATTIVITA' DI RICERCA.....	21
LA CONTABILITÀ DIREZIONALE.....	21
DISPOSIZIONI GENERALI.....	21
DISPOSIZIONI CONCERNENTI IL PATRIMONIO.....	21
DISPOSIZIONI CONCERNENTI GLI APPROVVIGIONAMENTI.....	22
DISPOSIZIONI CONCERNENTI I LAVORI.....	22
DISPOSIZIONI CONCERNENTI IL SERVIZIO DI TESORERIA.....	22
DISPOSIZIONI CIRCA L'ATTIVITÀ IN ASSOCIAZIONE E PARTECIPAZIONI.....	22
LA VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI E DEI SERVIZI.....	22
LA PARTECIPAZIONE DELLA SOCIETÀ CIVILE.....	23
PARTE ANALITICA.....	23
FUNZIONI STRATEGICHE.....	23
L'ORGANIZZAZIONE DELLA RICERCA.....	23
LINEE DI RICERCA.....	24
ATTIVITA' SCIENTIFICA A PROGETTO.....	25
L'ORGANIZZAZIONE CLINICO-ASSISTENZIALE.....	26
IL GOVERNO CLINICO.....	27
I VETTORI FUNZIONALI FONDAMENTALI.....	28
LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO.....	30
L'ORGANIZZAZIONE DELLA FORMAZIONE.....	31
FUNZIONI OPERATIVE.....	32
LE STRUTTURE ORGANIZZATIVE.....	32
COMPITI E MODALITA' DI FUNZIONAMENTO DELLE STRUTTURE.....	32

LE UNITA' OPERATIVE COMPLESSE, SEMPLICI E SEMPLICI A VALENZA DIPARTIMENTALE.....	33
LE PROFESSIONI SANITARIE.....	34
NORME TRANSITORIE E FINALI	35
ASSETTO ORGANIZZATIVO DIPARTIMENTALE- ELENCO STRUTTURE.....	36

PARTE GENERALE

PRINCIPI GENERALI

OGGETTO E FINALITÀ

Il presente Regolamento, in conformità a quanto disposto dall'art. 11 L.R. Marche 21/06 e s.m.i. e con valenza di "atto aziendale", sancisce i principi e le disposizioni relativi al funzionamento del sistema aziendale. Il regolamento è articolato in una parte generale con particolare riferimento all'assetto organizzativo, alla gestione delle risorse umane, alla disciplina del sistema contabile ed in una parte analitica relativa alle strutture organizzative.

L'INRCA/IRCCS, attraverso il presente Regolamento, nonché i regolamenti attuativi da emanare in conformità alla legislazione statale e regionale ed ai correlati livelli di pianificazione, definisce l'organizzazione ed il disegno del governo dell'Istituto/Azienda e dei suoi rapporti con la Regione, gli altri Enti ed Istituti ed Enti Locali e rappresentanze dei cittadini; persegue obiettivi di qualità, trasparenza ed economicità nello svolgimento delle funzioni, delle attività e dei compiti affidati dagli artt. 1 comma 1, 2 comma 1 e 9 comma 1 della L. R. Marche 21/06 e s.m.i.

Il Regolamento, nel definire il modello organizzativo si ispira al principio della distinzione tra le funzioni di indirizzo e valutazione e le funzioni della gestione ed applica i criteri della pianificazione strategica della programmazione, della verifica e revisione, del controllo di gestione, del sistema di budget, della gestione per processi, della valutazione e del sistema premiante.

Per il raggiungimento della qualità dei servizi offerti e per la soddisfazione dei bisogni dell'utenza l'Istituto adotta strutture organizzative e procedure flessibili, provvede all'integrazione e interazione tra le diverse professionalità, umanizza e personalizza l'assistenza in relazione all'entità delle risorse assegnate.

Nel rispetto degli obiettivi posti dagli atti di pianificazione nazionale e regionali e strategica, l'Istituto finalizza l'erogazione delle prestazioni essenziali ed appropriate, lo sviluppo del sistema qualità, la massima accessibilità ai servizi per i cittadini, l'equità delle prestazioni erogate, il raccordo istituzionale, il collegamento e sinergia con le altre organizzazioni sanitarie, la consultazione e confronto con le associazioni di volontariato e di tutela, al fine anche di proposte di interventi volti al miglioramento degli ambiti informativi e comunicativi, nonché la ottimizzazione ed integrazione delle risorse e delle risposte assistenziali.

Il coinvolgimento delle OO.SS. e lo sviluppo del sistema delle relazioni sindacali è ritenuto uno degli strumenti indispensabili per garantire la realizzazione degli obiettivi posti, sia in relazione alla qualità delle prestazioni che all'efficacia/efficienza dell'azione gestionale che al miglioramento dell'ambiente di lavoro e clima interno.

L'Istituto valorizza il confronto nel rispetto delle prerogative di ciascun soggetto, da regolarsi con appositi e specifici regolamenti e/o protocolli.

L'Istituto promuove processi guida nella informazione e formazione della cittadinanza e delle Associazioni (empowerment) per la prevenzione e cura delle malattie caratterizzanti i pazienti, soprattutto anziani.

L'Istituto nell'esercizio delle sue funzioni istituzionali e nell'attività gestionale, si impegna a creare le condizioni per le pari opportunità del personale dipendente nei luoghi di lavoro e in tutti gli aspetti del rapporto nonché per l'accesso ai posti di lavoro.

L'Istituto persegue, anche mediante attività informativa, la presa di coscienza da parte del personale della normativa in materia di igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro, adottando le iniziative più appropriate per evitare condizioni di pericolosità e per prevenire i danni da fumo passivo e da agenti inquinanti. Il Direttore Generale attribuisce ai dirigenti la responsabilità del controllo sull'attività del personale dipendente nonché sulle strutture utilizzate per le quali sia stata previamente accertata la regolarità ai sensi del D. Lgs n. 81/2008 e s.m.i.

L'Istituto promuove la crescita professionale del personale. A tal fine definisce piani annuali di formazione ed aggiornamento in attuazione dei quali assume, anche direttamente, le iniziative utili per la qualificazione e lo sviluppo professionale. Il rapporto di lavoro del personale dell'Istituto è disciplinato dalle disposizioni di cui al D.Lgs n. 165/2001 e s.m.i., al DLgs n. 502/1922 e s.m.i. e dai CCNNL del Comparto e dell'Area della Dirigenza Medica e Veterinaria, Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa.

L'Istituto promuove al suo interno la cultura diffusa dell'etica e della legalità ed applica le disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione, previste dalla Legge 6 novembre 2012 n.190 e s.m.i. e dai provvedimenti conseguenti.

L'Istituto, adotta il codice etico comportamentale, in applicazione dell'articolo 54 del D.Lgs 30 marzo 2001, n. 165 e s.m.i. come sostituito dall'art.1 c.44 della L.190/2012, dove sono individuati i principi generali e le regole di comportamento cui viene riconosciuto valore etico positivo e definiti i doveri minimi di diligenza, lealtà, imparzialità e buona condotta che i dipendenti dell'INRCA sono tenuti ad osservare.

L'Amministrazione, recepisce con regolamenti specifici, le particolari disposizioni in materia di ineleggibilità, di incompatibilità, di conflitto di interesse, di cause di decadenza dalle cariche, in conformità a quanto previsto dal Decreto Legislativo 8 aprile 2013 n. 39 e s.m.i.

COSTITUZIONE, SEDE LEGALE, LOGO E PATRIMONIO

L'Istituto Nazionale di Riposo e Cura per Anziani (INRCA) è stato riconosciuto Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) già con il DM del 12.6.1968, mantenendo nel tempo tale qualifica poi confermata, da ultimo, come previsto dal D.Lgs n. 288/03 e s.m.i., con il DM del 07.06.2019.

Ai sensi e per effetto della legge, l'Istituto ha personalità giuridica di diritto pubblico ed autonomia imprenditoriale amministrativa, tecnica, patrimoniale e contabile.

La L.R. Marche n. 21/06 all'art. 2, comma 1 e 7 e s.m.i. prevede che l'Istituto avente sede nei territori regionali sia parte integrante dei Servizi Sanitari Regionali, nel cui ambito svolge funzioni di alta qualificazione di cura e assistenziale, di ricerca e di formazione.

Le sedi periferiche dell'INRCA operano nel rispetto della programmazione e della normativa sanitaria delle Regioni territorialmente competenti.

Resta ferma la possibilità di concludere appositi accordi nelle forme previste dalla normativa vigente tra la Regione Marche e le Regioni presso cui l'INRCA ha sedi operative ai sensi dell'art. 13 comma 7 della L.R. 21/2006 e s.m.i.

La sede legale dell'Istituto è in Ancona con indirizzo via S. Margherita, 5; lo stesso potrà essere trasferito dal Direttore Generale. Il sito web ufficiale è: www.inrca.it

L'INRCA svolge la propria attività presso i seguenti presidi sanitari e di ricerca:

Ancona Via Montagnola, 81

Ancona Via Birarelli, 8

Falconara Marittima (AN) Via Fossatello 2

Casatenovo Via Montereio, 13

Cosenza Contrada Muoio Piccolo

Fermo Contrada Mossa

Appignano Via IV Novembre
Osimo Via Leopardi 5

Il logo dell'INRCA ed il suo utilizzo sono previsti con apposito regolamento.

Il patrimonio dell'INRCA è costituito da tutti i beni mobili ed immobili ad essa appartenenti come risultanti a libro cespiti. L'INRCA dispone del proprio patrimonio secondo le norme del codice civile, fermo restando che i beni immobili non possono essere sottratti alla loro destinazione senza parere favorevole della Regione. L'INRCA riconosce la valenza strategica del patrimonio quale strumento di potenziamento e di qualificazione dell'offerta di servizio e, in questa prospettiva, adotta iniziative di investimento anche mediante processi di alienazione e trasferimento di diritti reali. Le dismissioni e i correlati investimenti sono programmati e analiticamente individuati.

L'INRCA può effettuare o concedere lo sfruttamento di brevetti, marchi ed invenzioni industriali attinenti alla funzione ed all'oggetto dell'attività aziendale.

Il finanziamento dell'attività di assistenza ospedaliera e dell'attività di ricerca sono disciplinate dall'art. 10 del D.Lgs n. 288/03 e smi.

L'attività di ricerca, accanto agli stanziamenti del Fondo Sanitario Nazionale (FSN) ex art 12, comma 2 del D.Lgs n. 502/92 e smi, può essere finanziata dalle Regioni e da altri organismi pubblici e privati.

L'attività assistenziale, attuata in coerenza con la programmazione sanitaria regionale, è finanziata dalla Regione competente per territorio, in base ai tetti di spesa ed ai volumi di attività predeterminati annualmente dalla programmazione regionale, nonché sulla base di funzioni concordate con le Regioni.

E' fatto divieto di utilizzare i finanziamenti ricevuti per l'attività di ricerca ad altri fini.

LA MISSION E LA VISION

La missione dell'INRCA trova fondamento da un lato nell'essere Istituto a carattere scientifico di ricerca e dall'altro nell'avere una forte connotazione specialistica in senso geriatrico e gerontologico, nonché, in forza di Legge di riordino, come Ospedale di rete. Lo sviluppo recente delle politiche sanitarie richiede un'evoluzione della ragion d'essere dell'IRCCS-INRCA, dalla produzione di prestazioni sanitarie alla produzione di salute e conoscenze scientifiche.

La finalità è ben definita come unicum tra gli IRCCS italiani pubblici e privati, costituendo un punto di forza e di impegno capace di poter proiettare l'Istituto in un ambito di ricerca internazionale e di renderlo riferimento scientifico nazionale. Nella mission è ricompresa sia l'attività di interazione scientifica e applicativa con il mondo imprenditoriale e 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 dall'art.8 c.5 e c.6 della legge di riordino nazionale degli IRCCS, 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). Tali sperimentazioni saranno 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.

La missione dell'INRCA, inoltre, a seguito della Legge Regionale Marche 34/2017 si estende in forma strutturata anche verso la popolazione non geriatrica che ha nel Presidio Ospedaliero di Osimo il presidio di riferimento quale Ospedale di Rete per le attività programmate e in urgenza; così come le funzioni clinico assistenziali dell'Istituto si modellano nell'ambito di un

modello strutturale ed organizzativo più articolato e complesso, con maggiori e più differenziati livelli e tipologie di assistenza nel contesto del sistema regionale.

Nella sua duplice veste di struttura a carattere nazionale (Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico), inserita nei Sistemi Sanitari Regionali e, di conseguenza, nelle realtà territoriali, l'Istituto persegue obiettivi di:

- ottenere sempre più livelli di attività di eccellenza, attraverso il potenziamento della ricerca traslazionale e lo sviluppo di studi clinici, al fine di poter dare sempre maggiore evidenza degli effetti della ricerca sulle capacità assistenziali;
- continuare ad essere il "punto di riferimento strategico" a livello regionale, nazionale ed internazionale sulla ricerca e l'assistenza in campo geriatrico;
- potenziare il know-how dei professionisti, anche garantendo il trasferimento delle competenze dei professionisti più esperti operanti nell'Istituto, che ne caratterizzano l'eccellenza e le capacità di attrazione, ai più "giovani";
- sviluppo di nuovi e sempre più efficienti modelli organizzativi che facilitino l'integrazione tra assistenza e ricerca, tra Università e Servizio Sanitario, tra Unità Operative di assistenza e ricerca e servizi a supporto;
- garantire la risposta ai bisogni sanitari per la popolazione di riferimento anche integrando le attività non rivolte ai pazienti geriatrici svolte nel Presidio Ospedaliero attualmente non classificato come Presidio di Ricerca;
- sviluppare le proprie attività in una logica di rete interaziendale con gli altri Enti del SSR.

IL SISTEMA ORGANIZZATIVO A RETE

L'INRCA, al fine di perseguire efficacemente il proprio mandato istituzionale sancito dalla legge istitutiva e coerentemente con il carattere multireferenziale e multisede che contraddistingue le funzioni ad essa attribuite, adotta la configurazione a rete come modello di riferimento del proprio sistema organizzativo. L'articolazione della struttura organizzativa aziendale è differenziata per gestione di processi: processi primari e processi di integrazione e di servizio.

LE ATTIVITA' CARATTERISTICHE

L'Istituto si colloca come polo di offerta specialistica nazionale ad altissima qualità, offrendo risposta a fabbisogni ad alta complessità nell'area della geriatria sia sul piano assistenziale, sia su quello della ricerca. L'Istituto rappresenta per l'area un punto di riferimento all'interno delle reti di offerta regionali.

L'IRCCS- INRCA svolge le attività istituzionali riconducibili all'art. 2 L.R. Marche n. 21/06 e smi. Nello specifico:

- svolge attività di ricerca e assistenza nei confronti della popolazione anziana e non, nell'ambito della programmazione e della normativa sanitaria regionale, garantendo la coerenza tra le attività medesime e privilegiando progetti di ricerca in sinergia con strutture analoghe pubbliche e private, regionali, nazionali e internazionali;
- opera, in particolare, nell'area della tutela della salute degli anziani intervenendo nella prevenzione, cura e riabilitazione delle patologie e polipatologie disabilitanti. L'Istituto coniuga la pratica clinica con la ricerca scientifica, la formazione e l'aggiornamento professionale avanzato degli operatori sanitari e dei ricercatori;
- si avvale di risorse umane e tecnologiche adeguate, innovazioni culturali, finanziamenti ordinari e finalizzati, collaborazioni con le università ed altri istituti di ricerca nazionali ed internazionali;
- la ricerca è 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 dicembre 1992, n. 502 e smi;

- l'assistenza, volta prioritariamente alla sperimentazione di modelli innovativi di cura e riabilitazione, riguarda le fasi dell'acuzie, della post acuzie e della riabilitazione, anche attraverso l'assistenza territoriale e residenziale, nonché modelli organizzativi;
- svolge attività di alta formazione ai sensi dell'art. 8 comma 7 D.Lgs n. 288/03e smi e sviluppa un sistema di gestione della formazione per i propri dipendenti attraverso la rete dei referenti in tutte le aree aziendali; annualmente l'Istituto approva un piano di formazione aziendale i cui contenuti sono in linea con gli obiettivi del Piano Strategico.

In qualità di IRCCS, l'attività di ricerca è prevalentemente traslazionale. La ricerca si distingue in corrente ed a progetto: è ricerca corrente l'attività di ricerca scientifica diretta a sviluppare la conoscenza nell'ambito della biomedicina e della sanità pubblica; è ricerca a progetto quella attuata attraverso la partecipazione a specifici bandi diretti al raggiungimento dei particolari e prioritari obiettivi, biomedici e sanitari, individuati dai Piani Sanitario Regionali e dal Piano Sanitario Nazionale, e da Charities ed Istituzioni internazionali. La ricerca a progetto si sviluppa anche attraverso l'effettuazione di ricerche su commissione o sponsorizzate.

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

Integrare la ricerca, l'assistenza e la formazione rappresenta non solo un obiettivo istituzionale, ma soprattutto un valore di riferimento per garantire l'innovazione del sistema, attraverso la sinergia tra scienza medica e miglioramento dei percorsi di cura (all'interno dei quali è inserito il paziente). L'integrazione consente, inoltre, di offrire prestazioni appropriate rispetto al fabbisogno di salute ed organizzate rispetto al processo evolutivo dei bisogni sociali. Il valore prodotto dall'integrazione tra ricerca, assistenza e formazione rappresenta uno stimolo continuo al miglioramento della qualità dei servizi erogati all'utenza.

Oltre alle attività obbligatorie riconducibili all'art. 2 L.R. Marche n. 21/06 e s.m.i., l'IRCCS-INRCA svolge:

- attività istituzionali non obbligatorie su richiesta specifica dei Ministeri, delle Regioni e delle Istituzioni Locali e sono erogate a titolo oneroso previo accordo con le amministrazioni richiedenti.
- eventuali ulteriori attività aggiuntive, sempre a titolo oneroso a favore di soggetti terzi richiedenti, possono essere eseguite in via complementare rispetto all'espletamento delle attività istituzionali, devono essere congrue alla missione istituzionale e compatibili con gli obblighi di imparzialità ai quali il sistema è tenuto nell'esercizio delle proprie funzioni.

Tutte le attività esercitate dall' IRCCS - INRCA, attraverso le proprie articolazioni organizzative, sono svolte nel rispetto del panel normativo e programmatico nazionale e regionale e degli ambiti disciplinari individuati in sede di riconoscimento di IRCCS.

I PROCESSI E GLI STRUMENTI DI PIANIFICAZIONE

I processi di pianificazione sono guidati con apposito atto del Direttore Generale, avendo a riferimento specifici indirizzi ai sensi dell'art. 2 della L.R. Marche n. 47/96 e dell'art. 4 della L. R. Marche n. 21/06, in coerenza con il quadro previsionale delle risorse economiche e finanziarie a disposizione.

Gli strumenti di pianificazione, attraverso i quali si esprimono le strategie e le dimensioni operative sono gli Indirizzi del Consiglio di Indirizzo e Verifica, il Piano Strategico Aziendale (PSA), il Piano Strategico dell'Attività Scientifica, il Budget ed i Progetti di struttura.

Gli Indirizzi del Consiglio di Indirizzo e Verifica rappresentano le linee tecnico-politiche di riferimento per la programmazione e promozione, per la pianificazione e per la gestione da parte della Direzione Generale e del Direttore Scientifico per quanto di competenza.

Il Piano Strategico Aziendale individua e definisce gli obiettivi di sviluppo triennale dell'Istituto ed i correlati indirizzi evidenziando in particolare, attraverso il bilancio pluriennale di previsione, i fabbisogni economici e patrimoniali, e traducendo e contestualizzando le indicazioni degli Indirizzi definendo le iniziative di sviluppo e di miglioramento dei servizi, nonché quelle connesse alla gestione delle attività presenti nell'ambito territoriale di riferimento.

Il Piano Strategico dell'Attività Scientifica ha lo scopo di analizzare il posizionamento dell'Istituto rispetto agli scenari nazionali ed internazionali di riferimento al fine di individuare attività e strumenti attraverso i quali è possibile perseguire risultati volti all'eccellenza.

Il Progetto di struttura è lo strumento per definire le iniziative di qualificazione, sviluppo e di miglioramento dell'offerta dei Presidi nonché quelle connesse alla gestione delle attività già esistenti e per costruire un rapporto efficace con le differenti categorie di portatori di interessi.

Il Direttore Generale fornisce al Consiglio d'Indirizzo, con periodicità semestrale, una relazione sull'andamento e sulla gestione dell'Istituto.

IL DECENTRAMENTO DELLE RESPONSABILITÀ E DELLE FUNZIONI AMMINISTRATIVE

Al fine di sostenere operativamente l'autonomia dirigenziale, sono adottati sistemi di gestione interna ispirati al decentramento delle responsabilità e delle funzioni amministrative.

Il decentramento si basa sul riconoscimento e sulla declinazione operativa delle attribuzioni previste dalla L.R. Marche n. 21/06 e sul conferimento ai Direttori e alla Dirigenza, secondo le rispettive potestà, della competenza ad adottare i provvedimenti, anche a rilevanza esterna, attinenti la gestione finanziaria, tecnica ed amministrativa delle funzioni assegnate e sulla conseguente riserva in capo al Direttore Generale della competenza ad adottare gli atti espressione delle funzioni di alta gestione, coordinamento e controllo della rete.

Il decentramento si realizza nelle forme e con le procedure previste in apposito atto, avente natura ricognitiva e disciplinatoria posto in stretta connessione con la gestione budgetaria e con l'assetto organizzativo complessivo.

ASSETTO ORGANIZZATIVO

GLI ORGANI ISTITUZIONALI

Sono organi dell'IRCCS-INRCA il Consiglio di Indirizzo e Verifica, il Direttore Generale, il Collegio Sindacale ed il Direttore Scientifico (L.R. Marche n. 21/06). La Giunta della Regione Marche determina i compensi di detti organi (Art 3 comma 2 bis L.R. Marche n. 21/06).

IL CONSIGLIO DI INDIRIZZO E VERIFICA

Il Consiglio di Indirizzo e Verifica è composto e nominato ai sensi dell'art. 4 L.R. Marche n. 21/06 ovvero è composto da:

- a) il presidente, scelto dal Presidente della Giunta regionale, sentito il Ministro della salute;

- b) quattro membri designati dal Consiglio regionale tra esperti in programmazione e gestione sanitaria, con voto limitato a tre;
- c) un membro designato da ciascuna delle Regioni in cui l'INRCA ha sedi periferiche, escluse le Marche;
- d) un membro designato dal Ministro della salute.

Il Consiglio di Indirizzo e Verifica è nominato con decreto del Presidente della Giunta Regionale Marche e dura in carica cinque anni ed i suoi componenti, salvo revoca per giusta causa, possono essere rinominati.

Nel corso del mandato ove venga a cessare per qualsiasi motivo un componente, il soggetto che lo aveva nominato provvederà alla sua sostituzione con altro soggetto per il residuo periodo del mandato degli altri consiglieri in carica.

Il Consiglio ha il compito di:

- a) definire gli indirizzi strategici dell'Istituto, approvare i programmi annuali e pluriennali di attività e verificarne l'attuazione;
- b) svolgere le funzioni di verifica sulle attività dell'Istituto e sui risultati raggiunti rispetto agli indirizzi ed agli obiettivi predeterminati. In caso di risultato negativo riferisce al Presidente della Regione ed al Ministero della Salute;
- c) esprimere parere preventivo obbligatorio al Direttore Generale sul bilancio preventivo e il bilancio di esercizio, sul regolamento di organizzazione e sulle successive modifiche, sugli atti di alienazione del patrimonio e sui provvedimenti in materia di costituzione o partecipazione a società, consorzi, altri enti ed associazioni;
- d) nominare, su proposta del Direttore Scientifico, i componenti del Comitato Tecnico Scientifico.

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

Il Consiglio di Indirizzo e Verifica si riunisce almeno una volta al mese, nonché ogni qualvolta se ne ravvisi l'opportunità o ad istanza di almeno uno dei suoi componenti, le riunioni del consiglio sono di norma tenute presso la sede dell'Istituto. Il consiglio stabilisce alla prima riunione le modalità del proprio funzionamento.

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

Il Consiglio, si riunisce validamente con la presenza della maggioranza dei componenti e delibera a maggioranza dei presenti; in caso di parità prevale il voto del Presidente. E' richiesta la maggioranza di due terzi dei componenti del consiglio per ogni modificazione del livello e delle tipologie di servizi sanitari erogati in regime di accreditamento e per l'approvazione delle modifiche al regolamento di organizzazione.

In caso di assenza o impedimento temporaneo, il Presidente è sostituito dal componente presente più anziano di età.

Al termine di ciascuna adunanza del Consiglio viene redatto il verbale, contenente le deliberazioni pertinenti, sottoscritto dai membri presenti all'adunanza.

Copia del verbale viene comunque inviata: agli organi aziendali: Collegio Sindacale, Direttore Generale, Direttore Scientifico e alle autorità competenti: Regioni rappresentate nel Consiglio, Ministero della Salute D.G. Ricerca Scientifica e Tecnologica.

Il Consiglio esprime i propri pareri entro quarantacinque giorni dalla richiesta; in caso di silenzio, il parere si intende positivo.

Il Consiglio è assistito nell'espletamento dei propri lavori da un segretario designato dal Direttore Generale.

I componenti del Consiglio percepiscono il compenso stabilito dalla Giunta regionale con DGRM n.1158/2008 così come previsto dall'art.3 comma 2 bis Legge regionale Marche n.21/2006 e s.m.i salvo diversa disposizione normativa per particolari casistiche.

IL DIRETTORE GENERALE

Il Direttore Generale viene nominato dalla Giunta della Regione Marche, ai sensi dell'art. 5 LR Marche n. 21/06, tra i soggetti presenti nell'elenco di idonei in base alla normativa nazionale, sentito il Ministro della Salute.

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

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

Non sono comunque delegabili gli atti indicati nell'art. 3 D.Lgs. n. 502/02 e s.m.i. e l'emanazione dei regolamenti aziendali.

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

Il Direttore Generale nomina il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario tra i soggetti in possesso dei requisiti di cui all'art. 11 D.Lgs n. 288/2003 s.m.i..

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

Il Direttore Generale, per l'esercizio delle proprie funzioni, si avvale di un supporto organizzativo ed operativo denominato Staff del Direttore Generale e Scientifico, la cui composizione è definita nel presente Regolamento. Lo stesso è dotato di un coordinatore scelto e nominato dal Direttore Generale sentito il Direttore Scientifico.

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

Il Direttore Amministrativo

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

Il Direttore Amministrativo:

- dirige i servizi amministrativi dell'Istituto, in conformità agli indirizzi generali di programmazione ed alle direttive e/o disposizioni del Direttore Generale;

- collabora allo svolgimento dell'insieme delle attività aziendali;
- esercita l'alta direzione sulle attività delle aree funzionali amministrativo/tecnico/logistico;
- formula proposte al Direttore Generale, per le parti di competenza, ai fini della elaborazione dei piani pluriennali, dei programmi annuali e dei progetti di attività, nonché per la nomina dei responsabili delle strutture organizzative di rilevanza amministrativa o tecnica;
- svolge ogni altra funzione, ivi compresa l'adozione di atti a rilevanza esterna, attribuitagli dalla legislazione vigente, dal presente atto, dai regolamenti aziendali attuativi ovvero delegatagli dal Direttore Generale.

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

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

Il Direttore Sanitario

Il Direttore Sanitario è nominato dal Direttore Generale scelto tra i soggetti in possesso dei requisiti di legge. Il relativo incarico, di durata non inferiore a tre e non superiore ai cinque anni, è disciplinato da contratto di diritto privato stipulato con il Direttore Generale, ha natura autonoma ed esclusiva.

Il Direttore Sanitario:

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

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

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

IL COLLEGIO SINDACALE

Il Collegio Sindacale è composto e nominato ai sensi dell'art 3 ter comma 3 del D.Lgs n. 502/92 e s.m.i. e così come indicato dalla circolare del Ministero della Salute DGVESC 9981 del 23/03/2015.

Nello specifico il Collegio è composto da tre componenti di cui uno designato dalla Regione Marche, uno dal Ministero della Salute ed uno dal Ministero dell'Economia e Finanze.

Il Collegio svolge le funzioni previste dall'art. 3 ter D.Lgs n. 502/92 e s.m.i. e in particolare:

- a) verifica l'amministrazione dell'azienda sotto il profilo economico;
- b) vigila sull'osservanza della legge;
- c) accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili, ed effettua periodicamente verifiche di cassa;
- d) riferisce almeno trimestralmente alla Regione, anche su richiesta di quest'ultima, sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti se vi è fondato sospetto di gravi irregolarità; trasmette periodicamente, e comunque con cadenza almeno semestrale, una propria relazione sull'andamento dell'attività alle Regioni in cui sono ubicate le sedi INRCA, al Ministero della Salute, alla Conferenza Permanente Regionale Socio Sanitaria. e al Ministero dell'Economia e delle Finanze.

Svolge altresì le attività previste dalla normativa cui quelle declinate nel Decreto Legislativo 118/2011 e nel Decreto Legislativo 123/2011 in materia di Bilancio preventivo economico annuale e Bilancio consuntivo nonché nel D.Lgs n. 165/01 e s.m.i. (art. 40 bis).

Il Collegio dura in carica cinque anni e si riunisce, con periodicità autonomamente definita, su convocazione scritta da parte del Presidente. Per la validità delle adunanze è necessaria la presenza di almeno 2/3 (due terzi) dei componenti; le riunioni del Collegio sono di norma tenute presso la sede dell'Istituto.

La convocazione deve contenere la data ed il luogo della riunione nonché l'ordine del giorno dei punti che verranno discussi nel corso della riunione.

La convocazione può altresì essere richiesta al presidente da almeno due componenti del Collegio, dal Direttore Generale e dall'Assessore regionale competente.

La parte richiedente deve indicare espressamente i punti che desidera siano trattati. Il Presidente è tenuto a convocare il collegio entro 10 giorni dal ricevimento della richiesta.

Il Presidente presiede alle riunioni del Collegio; in caso di assenza o di impedimento lo sostituisce il componente presente più anziano di età.

Le decisioni del Collegio sono adottate a maggioranza dei componenti del Collegio stesso. Il componente dissenziente ha diritto di far scrivere a verbale i motivi del proprio dissenso.

Al termine di ciascuna adunanza del Collegio viene redatto il verbale, sottoscritto dai membri del Collegio presenti all'adunanza.

Copia del verbale viene comunque inviata: agli organi aziendali: Consiglio di Indirizzo e Verifica, Direttore Generale, Direttore Scientifico, alle autorità competenti: Regione Marche, Servizio Salute, Ministero della Salute D.G. Ricerca Scientifica e Tecnologica, Ufficio 2, Conferenza Permanente Regionale Socio Sanitaria.

I membri del Collegio possono, anche individualmente, prendere visione di tutti gli atti amministrativi e contabili e svolgere verifiche presso i Presidi, gli Uffici e Servizi dell'Istituto; di tali verifiche i revisori, che se ne sono occupati, riferiranno nella prima riunione del Collegio.

Il Collegio è assistito nell'espletamento dei propri lavori da un segretario designato dal Direttore Generale.

L'indennita' annua lorda spettante ai componenti del collegio dei revisori e' fissata in misura pari al 10 per cento degli emolumenti del Direttore Generale. Al Presidente del Collegio compete una maggiorazione pari al 20 per cento dell'indennita' fissata per gli altri componenti (ai sensi dell'art.3 c.13 del Dlgs.502/92 smi.).

IL DIRETTORE SCIENTIFICO

Il Direttore Scientifico è nominato dal Ministro della Salute, sentito il Presidente della Regione Marche, ai sensi dell'art. 5 del D.Lgs n. 288/03 e s.m.i.. Il relativo incarico, di durata quinquennale come previsto dalla Intesa Stato Regioni del 01/07/2014, è disciplinato da contratto di diritto privato stipulato con il Direttore Generale, ha natura autonoma ed esclusiva ed è incompatibile con l'incarico di direzione di struttura all'interno dell'istituto e con qualsiasi altro incarico.

Il Direttore Scientifico promuove, coordina e gestisce l'attività di ricerca scientifica delle diverse aree aziendali di cui è responsabile concordando annualmente con il Direttore Generale il finanziamento della stessa, in relazione agli indirizzi stabiliti dal Consiglio di Indirizzo e Verifica. Stabilisce relazioni con l'industria, enti pubblici e privati mettendo a disposizione il potenziale scientifico dell'IRCCS per lo sviluppo tecnologico e della ricerca applicata. Promuove l'attività scientifica attraverso l'organizzazione di corsi di aggiornamento e di formazione alla ricerca scientifica. Favorisce la diffusione dei risultati delle ricerche tramite la relazione di rendicontazione scientifica annuale.

Il Direttore Scientifico presiede il Comitato Tecnico Scientifico ed esprime parere obbligatorio al Direttore Generale in ordine agli atti concernenti le attività cliniche e scientifiche nonché al reclutamento e all'utilizzo di personale medico e sanitario non medico nell'ambito delle attività stesse.

Il Direttore Scientifico, per l'esercizio delle proprie funzioni, si avvale di un supporto organizzativo ed operativo denominato Staff del Direttore Generale e Scientifico, la cui composizione è definita nel presente Regolamento. Lo stesso è dotato di un coordinatore scelto e nominato dal Direttore Generale sentito il Direttore Scientifico.

Il Direttore Scientifico percepisce il compenso stabilito dalla Giunta regionale con DGRM n.1158/2008 così come previsto dall'art.3 comma 2 bis Legge regionale Marche n.21/2006 e smi.

GLI ORGANISMI COLLEGIALI

Collegio di Direzione

Il Collegio di Direzione svolge i compiti previsti dall'art. 9 della Legge Regionale Marche n. 21/2006, dall'art. 17 del Dlgs n. 502/1992, in coerenza con le linee di indirizzo approvate con DGR Marche n. 1238/2019.

La composizione, l'organizzazione ed il funzionamento sono disciplinati con apposito Regolamento.

Ai componenti del predetto collegio non e' corrisposto alcun emolumento, compenso, indennita' o rimborso spese.

Comitato Tecnico Scientifico

Il Comitato Tecnico Scientifico (CTS) è l'organismo di consulenza e di supporto tecnico-scientifico all'attività clinica e di ricerca del Consiglio di Indirizzo e Verifica dell'Istituto.

Il CTS è nominato dal Consiglio di Indirizzo e Verifica, sulla base di quanto stabilito nella Conferenza Stato – Regioni del 01/07/2014, ed è composto da n. 8 membri: in numero di quattro tra i responsabili di dipartimento, di uno tra il personale medico dirigente, di uno tra il personale delle professioni sanitarie con incarichi dirigenziali e da due esperti esterni.

Il CTS è presieduto dal Direttore Scientifico e vi partecipa di diritto il Direttore Sanitario. I componenti del CTS restano in carica per una durata non superiore a quella del Direttore Scientifico. Qualora nel corso del mandato venga a cessare per qualsiasi motivo un componente del CTS, questo sarà sostituito da altro soggetto per il residuo periodo del mandato dei componenti in carica. Il CTS viene informato dal Direttore Scientifico sull'attività dell'Istituto e formula pareri consultivi e proposte sui programmi e sugli obiettivi scientifici e di ricerca dello stesso, nonché in via preventiva, sulle singole iniziative di carattere scientifico.

Il funzionamento è disciplinato con apposito Regolamento pubblicato nel sito web dell'Istituto nella sezione "Regolamenti".

Ai componenti del Comitato Tecnico Scientifico non è corrisposto per tale attività alcun compenso.

Ufficio di Direzione

Presso la Direzione generale è istituito l'Ufficio di Direzione, composto dal Direttore Generale, che lo presiede, dal Direttore Scientifico, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo con il compito di formulare e proporre le strategie e i programmi aziendali e di verificarne la realizzazione.

L'organizzazione ed il funzionamento sono disciplinati con apposito Regolamento.

Il Comitato Etico

Il Comitato Etico è un organismo indipendente, composto da personale sanitario e non, che ha la responsabilità di garantire la tutela dei diritti e del benessere dei soggetti in sperimentazione e di fornire pubblica garanzia di tale tutela, esprimendo, ad esempio, un parere sul protocollo di sperimentazione, sull'idoneità degli sperimentatori, sulla adeguatezza delle strutture e sui metodi e documenti che verranno impiegati per informare i soggetti e per ottenerne il consenso informato. Il Comitato Etico è responsabile, fra l'altro, dell'approvazione e revisione costante dei protocolli di studio e dei relativi emendamenti, oltre che dei metodi e del materiale da utilizzare per ottenere e documentare il consenso informato dei soggetti coinvolti nello studio, nonché della idoneità del/degli Sperimentatore/i e delle strutture. Il Comitato Etico è periodicamente informato dell'andamento degli studi in corso ed è informato immediatamente di eventuali Eventi Avversi Seri (SAE) o Reazioni Avverse Serie da Farmaci (ADR).

Il Comitato Etico svolge anche funzioni consultive in relazione a questioni etiche connesse con le attività scientifiche ed assistenziali, di particolare rilevanza, come il fine vita ed altre, allo scopo di proteggere e promuovere i valori della persona. I comitati etici, inoltre, possono proporre iniziative di formazione di operatori sanitari relativamente a temi in materia di bioetica.

Il Comitato Etico è istituito come definito nel D.L. n. 158 del 13 settembre 2012, convertito, con modificazioni, dalla L. n. 189 del 8 novembre 2012, ed i criteri per la sua composizione e funzionamento sono stati definiti nel D.M. 8 febbraio 2013.

Nello specifico, in esecuzione della DGRM n.244 del 20/03/2017 l'INRCA ha un Comitato Etico IRCCS-INRCA(CE-INRCA) con sede presso l'Istituto composto secondo le indicazioni contenute nella Delibera stessa. Il Comitato è costituito con determina del Direttore Generale ed i componenti restano in carica tre anni.

Le sedi dell'INRCA comprese quelle periferiche site in altre Regioni, operano nel rispetto della normativa vigente nazionale e regionale nonché delle procedure previste dalle Regioni territorialmente competenti.

Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)

Facendo seguito alla normativa in materia di Valutazione e di Trasparenza, l'INRCA ha istituito con determina n. 156/DG/2016 un Organismo Indipendente di Valutazione della performance (OIV) ex art. 14 D.Lgs n. 150/2009 e smi.

L'OIV, istituito con i criteri di cui al D.Lgs n. 150/2009 e s.m.i. e alla delibera CIVIT n. 12/2013, è composto da tre membri esterni ed esercita le funzioni e i compiti previsti dalla normativa vigente.

In materia di trasparenza ed Anticorruzione l'OIV ai sensi dell'art. 1 comma 8 bis della Legge 190/2012 e smi verifica, anche ai fini della validazione della Relazione sulla performance, che i piani triennali per la prevenzione della corruzione siano coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza. Esso verifica i contenuti della Relazione di cui al comma 14 in rapporto agli obiettivi inerenti alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza. A tal fine, l'Organismo medesimo può chiedere al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza le informazioni e i documenti necessari per lo svolgimento del controllo e può effettuare audizioni di dipendenti. L'Organismo medesimo riferisce all'Autorità nazionale anticorruzione sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza. Comunica inoltre, ai sensi dell'art.1 comma 39, al Dipartimento della funzione pubblica tutti i dati utili a rilevare le posizioni dirigenziali attribuite a persone, anche esterne alle pubbliche amministrazioni, individuate discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione.

L'ORGANIZZAZIONE DIPARTIMENTALE

L'Istituto assume il modello dipartimentale quale strumento organizzativo portante per raggiungere il massimo grado di flessibilità e di integrazione nell'attività aziendale.

La "missione specifica" di ricerca traslazionale si riflette anche sul piano organizzativo dove ciascuno dei dipartimenti, è costituito dall'aggregazione di unità operative assistenziali e di ricerca. L'obiettivo principale dei dipartimenti è infatti la convergenza di competenze di varie unità operative per consentire la più stretta integrazione tra attività di ricerca scientifica ed attività clinico-assistenziale.

I Dipartimenti sono di due tipi:

1) dipartimenti strutturali. Questi assumono rilevanza per la costituzione del Collegio di direzione e per la graduazione delle funzioni, nascono dall'aggregazione di più strutture complesse e di strutture semplici dipartimentali e semplici; Il Dipartimento strutturale è dotato di autonomia gestionale e garantisce il raggiungimento degli obiettivi assegnati anche mediante la gestione in comune delle risorse umane, degli spazi, delle risorse tecnico-strutturali ed economiche ad esso assegnati.

2) dipartimenti non strutturali: funzionali, macrostrutture, funzioni di coordinamento di attività interaziendali e/o interaziendale ed anche regionali. I dipartimenti non strutturali attengono ad una modalità di gestione di attività e obiettivi comuni intra e interaziendali da realizzare ed assumono rilevanza ai fini della partecipazione al Collegio di direzione senza diritto di voto. I dipartimenti non strutturali, sono finalizzati sia al coordinamento di funzioni strategiche che

alla gestione di percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali cui concorre una pluralità di strutture operative anche aggregate in Dipartimenti strutturali diversi. I Dipartimenti non strutturali non sono dotati di budget autonomo; al Coordinatore del Dipartimento non strutturale il Direttore Generale assegna obiettivi clinico-assistenziali e di ricerca. L'organizzazione ed il funzionamento di ogni Dipartimento non strutturale è disciplinato in apposito regolamento adottato dal Direttore Generale contestualmente alla sua istituzione.

Il modello di funzionamento prescelto massimizza l'organizzazione a matrice fra i dipartimenti strutturali e non strutturali, ritenendola più innovativa ed efficace rispetto alle tradizionali forme organizzative. Particolari connotati assume il Dipartimento delle Professioni Sanitarie (ex art. 8 L.R. Marche n. 13/03).

Il governo del Dipartimento strutturale è assicurato dal Direttore del Dipartimento, dal Comitato, organo collegiale presieduto dal Direttore e dall'Assemblea del Dipartimento.

I Direttori di Dipartimento strutturale sono nominati dal Direttore Generale, individuati su una terna, proposta dal Comitato di Dipartimento tra i Dirigenti delle strutture complesse afferenti al Dipartimento.

Il governo del Dipartimento non strutturale è assicurato dal Coordinatore e dal Comitato di Programma.

La composizione, le funzioni e le modalità di funzionamento dei Dipartimenti sono definiti nei regolamenti organizzativi.

Nella definizione dell'assetto organizzativo, il Direttore Generale valuta espressamente le esigenze connesse all'attività di ricerca, alle collaborazioni in atto tra unità e tra laboratori, anche appartenenti a diverse unità operative e favorisce, su richiesta, la mobilità interna dei ricercatori. Sulle predette materie il Direttore Generale acquisisce il parere obbligatorio del Direttore Scientifico.

IL SISTEMA DELLE DELEGHE

Il Direttore Generale, salva la ripartizione di competenze operate con il presente Regolamento, può delegare le proprie funzioni al Direttore Amministrativo, al Direttore Sanitario, ed ai Dirigenti per ambiti settoriali di attività ovvero per l'adozione di singoli atti di diritto privato o di diritto pubblico.

La delega relativa all'attività gestionale di diritto privato è conferita per scritto nei modi e nelle forme necessarie rapportate alla tipologia di attività delegata.

L'originale dell'atto di delega è inserito in apposito registro conservato presso la segreteria del Direttore Generale e, ove si riferisca ad un ambito settoriale di attività, è anche pubblicato in copia all'albo.

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

Il soggetto delegato ha la piena responsabilità degli atti compiuti.

Nel caso di inerzia del soggetto delegato il Direttore Generale può adottare direttamente l'atto di diritto privato o il provvedimento ovvero delegarne ulteriormente l'adozione ad altro incaricato previa comunicazione al delegato rimasto inerte.

Il Direttore Generale nell'ambito delle attività di controllo e nel rispetto dei principi generali dell'ordinamento può annullare e/o revocare i provvedimenti amministrativi illegittimi o inopportuni assunti dal delegato mentre per gli atti gestionali di diritto privato invalidi o non convenienti assunti dal delegato provvede a norma del Codice Civile.

DISPOSIZIONI CONCERNENTI IL PERSONALE

LA DOTAZIONE ORGANICA

Il Direttore Generale, sulla base delle direttive in materia impartite dalla normativa nazionale e dalla Giunta Regionale, provvede con apposito atto alla definizione della dotazione organica del personale almeno con cadenza triennale. Il Direttore, come previsto dall'art. 6 del D.Lgs n. 165/2001 e s.m.i., procede annualmente alla revisione della dotazione organica, con i vincoli derivanti dalle capacità di bilancio aziendale, dalle esigenze di esercizio delle funzioni, dei servizi e dei compiti attribuiti.

Nella definizione organica l'Istituto prevederà un ruolo non dirigenziale della ricerca sanitaria e delle attività di supporto alla ricerca sanitaria così come previsto dall'art. 1 commi 422-434 della L. 205/2017 e s.m.i.

Le variazioni della dotazione organica sono approvate dal Direttore Generale in coerenza con la programmazione triennale di fabbisogno di personale di cui all' art. 39 e s.m.i della legge n. 449/1997 e con gli strumenti di programmazione economico finanziaria triennale.

Gli atti inerenti la dotazione organica dell'Istituto sono soggette alla procedura di controllo atti ai sensi dell'art. 28 L.R Marche n. 26/96 e s.m.i.

UFFICIO PER I PROCEDIMENTI DISCIPLINARI

Il Direttore Generale, mediante proprio provvedimento, individua l'ufficio competente per i procedimenti disciplinari ai sensi dell'art. 55 bis, comma 4, del D. Lgs. 165/01 e s.m.i.

Nel sito aziendale vengono pubblicati i regolamenti di funzionamento e la determina di costituzione.

IL RESPONSABILE PER LA TRASPARENZA E LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Ai sensi della L. n. 190/2012 e s.m.i. art. 1 comma 7, il Direttore Generale nomina il responsabile per la trasparenza e la prevenzione della corruzione (RTPC).

Il responsabile è scelto tra i Dirigenti di ruolo in servizio a tempo indeterminato.

La Direzione Aziendale, ai sensi dell'art.1, comma 8 L. n. 190/2012 e s.m.i., su proposta del responsabile per +

3) la trasparenza e la prevenzione della corruzione adotta il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione (PTPC) entro il 31 gennaio di ogni anno.

Il Piano risponde alle seguenti esigenze:

- individuare le attività, nell'ambito delle quali e' più elevato il rischio di corruzione, anche raccogliendo le proposte dei dirigenti, elaborate nell'esercizio delle competenze previste dall'articolo 16, comma 1, lettera a-bis), del D. Lgs. n.165/2001 e s.m.i.;
- prevedere meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione;
- prevedere obblighi di informazione nei confronti del responsabile, individuato ai sensi del comma 7, chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del piano;
- monitorare il rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti;
- monitorare i rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'amministrazione;

- individuare specifici obblighi di trasparenza ulteriori rispetto a quelli previsti da disposizioni di legge.

Ai sensi dell'art. 1 c. 14 della L. n.190/2012 e s.m.i., il responsabile per la prevenzione della corruzione, redige annualmente, entro la data stabilita dalla Autorità Nazionale Anticorruzione, una relazione sull'efficacia delle misure di prevenzione definite dal PTPC e che viene pubblicata sul sito web dell'Amministrazione.

Ai sensi del D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i., il RTPC verifica l'adempimento da parte della Amministrazione degli obblighi di pubblicazione, segnalando alla Direzione Aziendale, all'organismo di valutazione, e, nei casi più gravi, all'Autorità Nazionale Anticorruzione e all'ufficio procedimenti disciplinari (UPD), il mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione e interviene per assicurare la regolare attuazione dell'accesso civico sulla base di quanto stabilito dal del D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i..

L'Amministrazione assicura al RTPC un adeguato supporto, mediante assegnazione di appropriate risorse umane, strumentali e finanziarie, nei limiti della disponibilità di bilancio.

DISCIPLINA CONTABILE

IL SISTEMA DI CONTABILITÀ GENERALE

L'Istituto è dotato di un sistema contabile di tipo economico-patrimoniale compatibile con quanto previsto dalla normativa ministeriale di cui al D. Lgs n. 118/2011 e s.m.i. "Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabile e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli art.li 1 e 2 della L. n.42/2009 e s.m.i." e dalla normativa regionale di cui alla L.R. Marche n. 47/96 e s.m.i.. Nell'ambito di tale sistema di contabilità l'Istituto è tenuta a redigere i seguenti documenti:

- bilancio pluriennale di previsione;
- bilancio preventivo economico annuale;
- bilancio di esercizio.

IL BILANCIO PLURIENNALE DI PREVISIONE

Il bilancio pluriennale di previsione è elaborato con riferimento al PSA e ne rappresenta la traduzione in termini economici, finanziari e patrimoniali; è un preventivo economico di durata triennale, aggiornato annualmente.

Il bilancio pluriennale di previsione è composto da un conto economico preventivo che riassume ricavi e proventi, costi e oneri previsti per ciascuno dei tre anni di riferimento.

IL BILANCIO ECONOMICO PREVENTIVO ANNUALE

Il bilancio economico preventivo dà dimostrazione, a valere per l'esercizio di riferimento, del risultato economico prevedibile ed è redatto in coerenza con la programmazione sanitaria e con la programmazione economica-finanziaria della regione in cui insistono i Presidi dell'Istituto. Lo stesso è corredato dai seguenti documenti di cui all'art. 25 del D. Lgs n. 118/2011 e s.m.i:

- Conto economico preventivo;

- Piano dei flussi di cassa prospettici;
- Conto Economico dettagliato a valenza triennale;
- Nota Illustrativa;
- Piano degli investimenti;
- Relazione del Direttore Generale.

Il Direttore Generale approva il bilancio pluriennale di previsione e il bilancio economico preventivo annuale entro il 30 Novembre di ogni anno, salvo diverse disposizioni regionali, e lo invia alla Giunta Regionale per l'esercizio del controllo preventivo, dopo avere acquisito il parere del Consiglio di Indirizzo e Verifica.

Qualora nel corso dell'esercizio si verificano situazioni tali da giustificare scostamenti rilevanti rispetto alle previsioni originarie, il Direttore Generale approva le conseguenti rettifiche e le trasmette alla Giunta Regionale per il controllo.

IL BILANCIO DI ESERCIZIO

Il bilancio di esercizio rappresenta il risultato economico, la situazione patrimoniale e finanziaria relativamente all'esercizio di riferimento ed è redatto con riferimento all'anno solare. Esso viene predisposto secondo le disposizioni del D. Lgs n. 118/2011 e s.m.i., quindi facendo riferimento al Codice Civile ed ai Principi Contabili Nazionali (OIC), fatto salvo quanto difformemente previsto dallo stesso D. Lgs n. 118/2011, nonché dai successivi decreti ministeriali di attuazione. Lo stesso è corredato dai seguenti documenti di cui all'art. 26 del D. Lgs n. 118/2011 e s.m.i.:

- stato patrimoniale;
- conto economico;
- rendiconto finanziario;
- nota integrativa;
- relazione del Direttore Generale sulla gestione.

La nota integrativa deve contenere tutte le informazioni richieste dal D. Lgs n. 118/2011 e s.m.i.; nonché dai successivi decreti ministeriali di attuazione. Fornisce inoltre tutte le informazioni supplementari, anche se non specificatamente richieste da disposizioni di legge, ritenute necessarie a dare una rappresentazione veritiera e corretta dei fatti aziendali ed in ottemperanza al postulato di chiarezza del bilancio.

A corredo del bilancio di esercizio il Direttore Generale allega la relazione annuale sull'attività svolta e sui risultati conseguiti. Nel caso di perdita di esercizio nella suddetta relazione deve essere formulata un'ipotesi per la copertura della stessa e per il riequilibrio della gestione.

Il Direttore Generale approva il bilancio di esercizio entro il 30 Aprile successivo alla chiusura dell'esercizio, salvo diverse disposizioni regionali, dopo avere acquisito il parere del Consiglio di Indirizzo e Verifica e lo invia alla Giunta Regionale per il controllo, unitamente alla relazione del Collegio Sindacale.

RISULTATO DELL'ESERCIZIO

Ai sensi dell'art.30 D.Lgs n.118/2011 relativo alla destinazione del risultato d'esercizio degli enti del SSN l'eventuale risultato positivo di esercizio degli enti di cui alle lettere b), punto i), c) e d) del comma 2 dell'articolo 19 e' portato a ripiano delle eventuali perdite di esercizi precedenti.

L'eventuale eccedenza e' accantonata a riserva ovvero, limitatamente agli enti di cui alle lettere b) punto i), e c) del comma 2 dell'articolo 19, e' reso disponibile per il ripiano delle

perdite del servizio sanitario regionale. Resta fermo quanto stabilito dall'articolo 1, comma 6, dell'Intesa Stato-Regioni in materia sanitaria per il triennio 2010-2013, sancita nella riunione della conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano del 3 dicembre 2009.

LIBRI CONTABILI OBBLIGATORI

L'Istituto tiene i libri contabili obbligatori previsti dall'art. 12 L.R. Marche n. 47/96 e s.m.i. Relativamente ai criteri, alle modalità di tenuta e di conservazione dei libri si applicano le norme degli artt. 2214 e segg. del Codice Civile.

LA GESTIONE PER BUDGET

L'Istituto adotta il budget come metodo gestionale ordinario.

Il bilancio economico preventivo annuale è la traduzione in valori economici, finanziari e patrimoniali dei budget delle singole articolazioni organizzative.

Il Direttore Generale approva, il bilancio economico preventivo annuale e il budget delle singole articolazioni organizzative.

I budget dei centri di responsabilità, corrispondenti alle Unità Operative sono formulati sulla base di linee elaborate dalla Direzione Generale. I budget dei centri di responsabilità contengono previsioni di costi, di ricavi e di attività, espresse attraverso indicatori utili al monitoraggio in corso d'anno e finalizzati a consentire valutazioni di efficacia, qualità, efficienza ed economicità.

Il Direttore Generale, che è il responsabile del bilancio economico preventivo annuale negozia obiettivi e risorse, garantendo la coerente distribuzione dei fattori produttivi, con i titolari di budget di cui al comma precedente, i quali rispondono dei risultati raggiunti.

Nell'ambito degli obiettivi di budget si esplica la responsabilità e l'autonomia gestionale di ciascun dirigente assegnatario di budget.

Il bilancio economico preventivo annuale e il budget dei centri di responsabilità sono sottoposti a verifiche trimestrali dello stato di avanzamento dell'attività e dei relativi costi gestionali e ricavi, allo scopo di rilevare gli scostamenti e definire gli eventuali correttivi nel rispetto dell'equilibrio complessivo della gestione.

IL BUDGET DEL DIPARTIMENTO E DELLE STRUTTURE OPERATIVE

Ogni anno la Direzione generale, nell'esercizio delle funzioni ad essa spettanti, sentito il Direttore Scientifico per quanto di competenza, previa negoziazione con i Direttori di Dipartimento e i Responsabili delle Strutture Complesse e Semplici Dipartimentali, approva il budget definendo i programmi di attività da realizzare e gli obiettivi da raggiungere ed assegna

le risorse umane, tecniche, strumentali ed economiche necessarie al raggiungimento degli obiettivi.

I dati relativi allo stato di utilizzazione del budget, sono monitorati dalla struttura preposta al Controllo di Gestione.

IL FINANZIAMENTO DELLE ATTIVITA' DI RICERCA

Le risorse attribuite alle attività di ricerca dell'Istituto, la cui misura, in ogni caso non può essere inferiore ai finanziamenti pertinenti destinati, sono concordate annualmente dal Direttore Scientifico con il Direttore Generale, in relazione agli indirizzi stabiliti dal Consiglio di Indirizzo e Verifica.

Il Consiglio, entro il mese di ottobre di ciascun anno, determina gli indirizzi strategici per le attività di ricerca, relativi all'anno successivo, nel contesto del programma triennale per la ricerca del Ministero della Salute e i programmi regionali.

Entro il mese di novembre di ciascun anno il Direttore Generale, sulla base di detti indirizzi, concorda con il Direttore scientifico il budget per l'attività di ricerca per l'anno successivo sulla base dei seguenti criteri di massima:

- determinazione, ancorché in via presunta, dei fondi a qualunque titolo destinati all'istituto per le attività di ricerca;
- determinazione dei costi diretti per la copertura dei fabbisogni di personale a qualunque titolo addetto in via esclusiva a compiti derivanti dalle attività di ricerca nonché dei fabbisogni di beni e servizi;
- determinazione dell'incidenza: dei costi indiretti e per spese generali derivanti dalle attività di ricerca;
- determinazione degli ulteriori costi sostenibili con i fondi della ricerca.

LA CONTABILITÀ DIREZIONALE

L'Istituto applica il sistema della contabilità direzionale per centri di responsabilità, di costo e di risultato al fine di realizzare, attraverso operazioni di riclassificazione, localizzazione e imputazione, la rilevazione di valori economici connessi alle attività e ai processi produttivi ed erogativi dei servizi.

I dati di costo derivanti dalla contabilità analitica sono elaborati in conformità alla classificazione delle attività realizzata tramite apposito atto.

DISPOSIZIONI GENERALI

DISPOSIZIONI CONCERNENTI IL PATRIMONIO

Il patrimonio è costituito dai beni assegnati e trasferiti ai sensi della L.R. Marche n. 21/06 e s.m.i. nonché da quelli acquisiti nel corso della successiva gestione. Il trasferimento all'Istituto dei beni avviene a titolo di proprietà.

L'Istituto può modificare la consistenza del proprio patrimonio disponendo l'alienazione dei beni immobili, previa autorizzazione della Giunta Regionale, sentito il parere del Consiglio di Indirizzo e Verifica ed il reinvestimento delle utilità realizzate per lo sviluppo delle attività e servizi sanitari e socio-sanitari conformemente a quanto stabilito nel Piano pluriennale degli investimenti e nei limiti previsti dal comma 2 art. 5 3 L.R. Marche n. 13/03 e s.m.i.

Gli investimenti relativi al patrimonio possono essere finanziati, previa autorizzazione della Giunta Regionale, mediante la contrazione di mutui o forme simili di indebitamento con ammortamento di durata non superiore a 10 anni.

Non possono essere contratti nuovi debiti, nelle forme appena citate qualora la relativa rata annuale di ammortamento, sommata a quella dei debiti già in corso di ammortamento, superi il 15% dei ricavi e proventi di natura ordinaria o caratteristica evidenziati nel conto economico del bilancio di esercizio relativo all'anno precedente a quello di contrazione.

DISPOSIZIONI CONCERNENTI GLI APPROVVIGIONAMENTI

Per le acquisizioni di beni e servizi sotto soglia comunitaria e per gli acquisti con cassa economale il Direttore Generale può disciplinare le capacità contrattuali con appositi regolamenti, nel rispetto della normativa sui contratti pubblici.

DISPOSIZIONI CONCERNENTI I LAVORI

Mediante appositi regolamenti emanati dal Direttore Generale, sono disciplinate la gestione del patrimonio immobiliare con particolare riferimento alle procedure di alienazione e locazione del patrimonio disponibile e le competenze circa la programmazione, progettazione e gestione dei lavori dei servizi e degli investimenti in conformità a quanto previsto dalle normative vigenti (D.Lgs n. 50/2016 e smi e alla normativa attuativa) recepite nei regolamenti aziendali.

DISPOSIZIONI CONCERNENTI IL SERVIZIO DI TESORERIA

Il servizio di tesoreria dell'Istituto è affidato con procedura concorrenziale svolta in ossequio alla normativa sugli appalti ad un'unica banca idonea a garantire la regolare gestione del servizio. La convenzione di tesoreria regola le condizioni di tasso e l'ammontare dell'anticipazione. L'Istituto può attivare anticipazioni di cassa con la banca affidataria del servizio.

DISPOSIZIONI CIRCA L' ATTIVITÀ IN ASSOCIAZIONE E PARTECIPAZIONI

L'Istituto può associarsi con Enti pubblici o privati al fine di partecipare a programmi di ricerca, e progetti commissionati da Enti pubblici e da privati in ambito nazionale ed internazionale. È data altresì facoltà all'Istituto, previa autorizzazione della Giunta Regionale e sentito il parere del Consiglio di Indirizzo e Verifica, di acquisire partecipazioni in società e consorzi costituiti per l'esecuzione di attività rientranti nelle funzioni ad essa attribuite dalla legge.

LA VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI E DEI SERVIZI

Il Direttore Generale, al fine di consentire alla Regione l'esercizio delle funzioni di indirizzo, verifica e controllo ad essa attribuiti dalla L.R. Marche n. 21/06 e s.m.i., predispone e invia alla Giunta Regionale una relazione annuale sulla attività svolta e sui risultati conseguiti.

L'Istituto realizza un sistema di monitoraggio, sulla base di specifici indicatori di efficacia, efficienza ed economicità, delle prestazioni erogate e dei relativi tempi di risposta.

LA PARTECIPAZIONE DELLA SOCIETÀ CIVILE

L'Istituto favorisce, nelle forme e con la regolamentazione prevista in appositi atti regionali, la più ampia consultazione e partecipazione della società civile nei processi di programmazione e valutazione delle attività.

In ottemperanza delle disposizioni previste nel Capo V della L.n. 241/90 e s.m.i., l'Istituto adotta un regolamento, unico per l'intero sistema, che disciplina l'esercizio da parte dei cittadini del diritto di accesso ai documenti amministrativi disponibili presso le diverse strutture.

L'Istituto garantisce il rispetto della privacy in base alla normativa nel tempo vigente mediante l'adozione di appositi regolamenti.

PARTE ANALITICA

FUNZIONI STRATEGICHE

L'ORGANIZZAZIONE DELLA RICERCA

L'attività di ricerca (corrente, a progetto, istituzionale, su commissione, ecc.) si caratterizza per una forte interdisciplinarietà e connotati prevalentemente traslazionali sulla pratica clinica, sui programmi formativi e sulla complessiva politica di sviluppo istituzionale.

Le attività sono svolte da strutture denominate Centri e Laboratori di Ricerca; sono altresì soggetti della ricerca singoli Esperti e tutto il personale. Le dotazioni organiche dei Centri e Laboratori di ricerca includono il personale strutturato, collaboratori a progetto, collaboratori esterni. Gli operatori sono normalmente coinvolti in una o più strutture. Le attività dei Centri e Laboratori sono soggetti a valutazione periodica necessaria al fine di garantire il raggiungimento degli obiettivi e l'efficiente utilizzo dei fondi allocati.

I Centri di ricerca operano su filoni di particolare rilevanza ed ampiezza e sono caratterizzati dalla convergenza di una varietà significativa di interessi scientifici e rivestono carattere interdisciplinare.

I Centri possono avere delle sub-articolazioni (Laboratori) con le quali operano in stretta collaborazione per favorire la condivisione delle competenze e del flusso bidirezionale di conoscenze.

I Centri offrono l'opportunità di aggregare all'attività di ricerca dell'Istituto studiosi ed esperti esterni, favorendo la collaborazione sia con strutture Accademiche e Centri di ricerca italiani ed esteri sia con soggetti privati.

Ogni Centro ha un Direttore che gestisce le attività delle strutture secondo le finalità e le modalità previste nella delibera istitutiva; l'incarico ha durata e contenuti previsti da norme e accordi contrattuali.

E' compito del Direttore definire, in accordo con le direttive e le linee di ricerca identificate dal Direttore Scientifico gli obiettivi e le attività scientifiche, identificare le opportunità di finanziamento e attivarsi per la loro acquisizione. Il Direttore redige e trasmette annualmente agli organi e organismi aziendali competenti un rapporto scientifico sulle attività svolte e sui risultati ottenuti, inclusi i contributi in termini di produzione scientifica, immagine, attrazione, e un rendiconto economico/finanziario, secondo tempi e modalità definiti.

I Laboratori di ricerca operano per favorire lo sviluppo della ricerca in specifici settori scientifici e disciplinari rilevanti, caratterizzati da specifica connotazione sperimentale ed applicativa; oltre che la ricerca, gli obiettivi possono anche riguardare lo sviluppo tecnologico e la formazione.

Presentano, rispetto ai Centri un minore livello di complessità gestionale, indipendentemente dalla numerosità dell'organico, strutturato e non, presente.

Ogni Laboratorio ha un Responsabile scelto tra i ricercatori strutturati che partecipano alle attività. L'incarico ha durata e contenuti previsti da norme e accordi contrattuali.

Il Responsabile del funzionamento del laboratorio coordina e gestisce le attività ad esso connesse secondo le finalità e le modalità previste nella delibera istitutiva.

E' compito del Responsabile definire, in accordo con il Direttore del Centro di Ricerca a cui afferisce gli obiettivi del laboratorio, identificare le opportunità di finanziamento e attivarsi per la loro acquisizione. Il Responsabile redige e trasmette annualmente al Direttore del Centro un rapporto scientifico sulle attività svolte e sui risultati ottenuti, inclusi i contributi in termini di produzione scientifica, immagine, attrazione, e un rendiconto economico/finanziario secondo tempi e modalità definiti.

Ai Direttori dei Centri di Ricerca ed ai Responsabili dei laboratori si applicano le norme di legge ed i regolamenti aziendali delle UOC, delle UOS/UOSD e della tipologia degli incarichi dirigenziali.

Per attività di ricerca di rilevante impegno e che coinvolgano più Dipartimenti, il Direttore Scientifico può disporre, previa delibera del Direttore Generale, sentito il CTS, la costituzione di Centri o Laboratori interdipartimentali di ricerca; l'istituzione di tali Centri può essere connessa alla partecipazione a progetti scientifici promossi da enti pubblici o svolti sulla base di contratti o convenzioni.

L'Esperto quale centro di responsabilità professionale, corrisponde ad un profilo che richiede competenze specialistiche che può essere responsabile di specifiche attività e/o ricoprire funzioni di staff ad un Direttore o ad un Responsabile.

Il Direttore Scientifico si avvale di un gruppo di lavoro, per gli aspetti operativi dell'attività scientifica, costituito dai Responsabili di Linea di Ricerca e dai Responsabili delle U.O in staff alla direzione Scientifica.

LINEE DI RICERCA

L'INRCA svolge attività di ricerca corrente pertinente al proprio mandato istituzionale che si sviluppa lungo Linee di Ricerca proposte dal Direttore Scientifico sulla base degli indirizzi del CIV, sentito il CTS. Tali linee di ricerca vengono identificate nel rispetto delle indicazioni fornite dal Ministero competente ed in subordine all'accettazione da parte dello stesso. Per ogni linea di ricerca viene individuato un Responsabile.

I Responsabili di Linea di Ricerca dipendono dal Direttore Scientifico ed hanno responsabilità di:

- identificare le strutture dell'Istituto che svolgono attività scientifiche inerenti la Linea di Ricerca;

- coordinare il gruppo di lavoro per la definizione degli obiettivi da sottoporre al Direttore Scientifico;
- predisporre modalità di verifica intermedia per lo scostamento dell'aderenza ai criteri di valutazione predisposti dal Ministero competente;
- rendicontare l'attività di ricerca inerente la Linea, secondo i tempi e le modalità definite;
- favorire l'interdisciplinarietà e l'integrazione tra la ricerca e l'attività clinico-assistenziale;
- definire i percorsi e le procedure atti a valorizzare attività di ricerca avanzate anche in termini assistenziali;
- proporre nuove strategie per la valorizzazione delle attività di ricerca
- valorizzare l'utilizzo coordinato della strumentazione, delle banche dati e delle casistiche inerenti la Linea di ricerca;
- individuare strumenti di incentivazione per favorire la realizzazione di prodotti della ricerca.

ATTIVITA' SCIENTIFICA A PROGETTO

Il progetto rappresenta, insieme con la ricerca corrente, il principale strumento attraverso cui la ricerca viene realizzata. Al fine del budget il progetto assume la configurazione di "commessa".

Un progetto di ricerca è costituito da un insieme di attività caratterizzate da finalizzazione, multidisciplinarietà, temporaneità e unicità. Si tratta quindi di un complesso organizzato che prevede:

- un obiettivo o più obiettivi
- una durata predefinita
- una specifica struttura e meccanismi operativi
- uno specifico sistema di relazioni, ruoli e responsabilità
- un sistema di valutazione e rendicontazione.

I ruoli e le figure di ogni progetto sono rappresentati da:

- il Committente. È l'istituzione o persona giuridica/fisica che ha posto l'obiettivo. Frequentemente ma non necessariamente il committente sostiene i costi e rappresenta quindi anche il finanziatore. Quando il committente è l'istituzione di appartenenza il committente sarà l'organo direttivo. Il committente potrà ovviamente valutare i risultati finali e intermedi raggiunti.
- il Principal Investigator (PI). È il responsabile scientifico del progetto. Ha la responsabilità del raggiungimento dell'obiettivo/i previsto/i con tempi, costi e risultati conformi a quanto concordato con il Direttore Scientifico.
- il Project Manager (PM). È un professionista con competenze trasversali in grado di dare attuazione ad ogni fase del progetto. Lavora in stretta integrazione con il PI, potendo eventualmente coincidere con lo stesso in alcuni progetti.
- il Ricercatore. È la figura centrale del processo di ricerca. È competente nella tematica e nei metodi di riferimento del progetto di ricerca nel rispetto dei principi enunciati nella Carta Europea del Ricercatore.
- il Clinical Research Coordinator (CRC). È una figura operante nelle fasi operative della ricerca. È la persona cui è affidato il compito di organizzare, implementare, seguire e controllare l'andamento delle attività di ricerca e degli studi presso le sedi dove vengono svolte. Il CRC deve garantire che gli studi siano effettuati nel rispetto dell'etica, delle normative di riferimento e delle procedure previste, anche visitando direttamente le sedi di studio per verificare i dati raccolti.

- il Data-Manager. È una figura fondamentale nei processi/progetti di ricerca; opera all'interno dei diversi dipartimenti, in staff alla Direzione Scientifica, con funzioni di supporto alle équipes nel processo di raccolta e trattamento dei dati di carattere demografico, clinico-funzionali e protocollo-specifici richiesti dallo studio; gestisce il flusso di informazioni necessarie ai progetti di ricerca scientifica (Randomized Clinical Trial, Studi osservazionali, etc.);
- il Supporto Statistico corrispondente ad una figura laureata in matematica/statistica/economia;
- il Team di progetto. È composto dai singoli ricercatori ed eventualmente da altri professionisti che hanno competenze specifiche nel settore di riferimento del progetto, sia di carattere scientifico che economico-amministrativo e gestionale. I membri del Team concorrono alla realizzazione della ricerca, secondo le modalità stabilite d'accordo con il PI e il PM.

Le attività di sperimentazione clinica sono orientate a rendere possibili progressi nelle conoscenze trasferibili all'assistenza, per garantire sempre maggiore efficacia nel campo della diagnostica e dei trattamenti terapeutici. Le attività di sperimentazione possono essere condotte in ambito clinico-assistenziale e della gestione. L'Istituto ammette, nei limiti imposti dalla legge, l'intervento di sponsor profit e no profit a sostegno di specifici programmi di sperimentazione. Ogni programma di sperimentazione clinica deve comunque essere preventivamente sottoposto alle valutazioni del Comitato Etico oltre che del Direttore Scientifico, sentito il Direttore Sanitario.

Al fine di disciplinare l'attività di sperimentazione clinica, multicentrica, studi osservazionali eseguiti presso le Unità operative dell'Istituto, è adottato apposito regolamento organizzativo disciplinante la materia.

L'ORGANIZZAZIONE CLINICO-ASSISTENZIALE

L'INRCA eroga prestazioni clinico assistenziali nei regimi ospedaliero, residenziale, ambulatoriale e domiciliare ai sensi dell'art. 2 comma 5 L.R. Marche n. 21/06 e s.m.i..

Le attività clinico-assistenziali sono svolte nelle strutture ospedaliere ed extraospedaliere nell'ambito delle norme e degli indirizzi e delle programmazioni regionali e nazionale.

Il Presidio Ospedaliero di Ricerca (POR) è la struttura operativa, costituita quale complesso unitario delle dotazioni strutturali, strumentali, organizzative e professionali necessarie per l'erogazione delle prestazioni specialistiche in regime di ricovero ed ambulatoriale, coordinate ed integrate fra loro. Il POR garantisce il trattamento delle patologie acute che, per gravità, complessità ed intensità assistenziale, non possono trovare risposte efficaci in altri regimi assistenziali, così come garantisce interventi nella fase sub acuta (lungodegenza ospedaliera) e riabilitativa.

L'Istituto persegue come scelta strategica nell'organizzazione della risposta clinico assistenziale ai bisogni del paziente geriatrico e fragile, il modello della presa in carico globale.

Il POR fa parte di un sistema a rete che vede coinvolte in modo integrato le varie strutture con la formazione di una rete ospedaliera d'Istituto che, tra l'altro, rende disponibili le équipes specialistiche per i diversi siti, allo scopo di assicurare al cittadino anziano la fruizione programmata dei servizi offerti e l'accesso ai medesimi da qualsiasi punto della rete.

L'organizzazione del Presidio Ospedaliero di Ricerca (POR), risponde ai principi dell'appropriatezza e della globalità dell'intervento, dell'integrazione tra ricerca ed assistenza nell'ottica dell'approccio assistenziale multidisciplinare mirato a soluzioni articolate ed unitarie al bisogno espresso dall'utente anziano, scambi di attività di ricerca scientifica e di applicazione traslazionale, alla migliore efficienza operativa.

L'assetto direzionale dei P.O.R., indipendentemente dalle strutture organizzative che lo compongono, è costituita dalla Direzione Medica responsabile delle funzioni igienico-organizzative. La Direzione Medica si articola in funzione della necessità di garantire il presidio delle esigenze igienico organizzative al livello di tutti i POR dell'Istituto.

Le funzioni amministrative di ogni Presidio sono assicurate da un unico Direttore Amministrativo per tutti i POR dell' Istituto.

Il Direttore Medico ed il Direttore Amministrativo unico dei POR concorrono, secondo le rispettive competenze, al conseguimento degli obiettivi fissati dalla Programmazione Aziendale. Tra i Direttori, il Direttore Generale individua il Direttore con compiti di rappresentanza esterna.

Il Presidio Ospedaliero si articola nel modo seguente:

- Direzione Medica;
- Direzione Amministrativa unica dei POR;
- Dipartimenti:
 - U.O. clinico-assistenziali;
 - U.O. diagnostico- strumentali;
- Centri e laboratori di ricerca

Le residenze (riabilitative e assistenziali) ed i Centri, costituiscono strutture intermedie dedicate alla continuità delle cure per la cronicità, con variegata tipologie e regimi d'offerta: residenziale, protetta, semiresidenziale, e si correlano, da una parte, con l'area ospedaliera dell'acuzie e dall'altra con i servizi territoriali e socio-assistenziali. Le diverse tipologie d'offerta rispondono ad una unitarietà di conduzione e gestione finalizzata a curare ed assistere pazienti con bisogni molto diversi per qualità, quantità, estensione e modalità di presa in carico ed intervento.

Le residenze rappresentano polo di formazione e diffusione delle competenze relative alla cura delle malattie cronico degenerative.

La specialistica ambulatoriale rappresenta opzione strategica di rilievo all'interno della operatività dell'Istituto. La tendenza a ridurre i tassi di ospedalizzazione e la crescente domanda di prestazioni soprattutto diagnostiche, impongono il presidio di questa attività come raccordo tra le funzioni più complesse e l'assistenza primaria.

Le funzioni specialistiche ambulatoriali sono organizzate secondo modelli in grado di passare dalla erogazione di prodotti elementari (dalla singola visita all'isolata indagine strumentale), a interventi più complessi e addirittura integrati e mirati alle problematiche più ricorrenti e gravose (malattie cardiovascolari, diabete, malattie respiratorie), fino a garantire forme di fruizione domiciliare.

Per concretare l'orientamento al paziente fragile, è istituito il sistema di dimissione protetta ed il tutoring del paziente afferenti alla DM INRCA, con il compito di accompagnarlo nel percorso diagnostico-terapeutico intra ed extra ospedaliero.

Particolare attenzione è posta, nella logica di rete curante, al rapporto con il Medico di Medicina Generale, che in particolare, configura lo snodo strategico della attività tutelare contiguo al bisogno del cittadino.

IL GOVERNO CLINICO

Il governo clinico rappresenta l'approccio fondamentale allo sviluppo, alla gestione e alla valutazione della qualità complessiva dei servizi resi.

Il contributo del governo clinico alla vita aziendale si realizza nell'esercizio della responsabilità del miglioramento continuo dei servizi erogati e nella salvaguardia di alti standard assistenziali da parte dei professionisti e dell'organizzazione nel suo complesso.

In questa prospettiva il governo clinico ridefinisce e orienta le rappresentazioni della qualità nella convinzione che il servizio offerto esplicita i suoi livelli di accettabilità su più dimensioni, da quella tecnica a quella relazionale, organizzativa ed economica.

L'INRCA adotta i principi e gli strumenti del governo clinico come elementi strategici del modello professionale sia nella dimensione di sistema, caratterizzata dal raggiungimento di uno standard qualitativo delle prestazioni derivato dall'applicazione di modelli operativi scientificamente validati, sia nella dimensione applicativa, caratterizzata dalla complementarità del rapporto tra adeguatezza di sistema ed appropriatezza delle prestazioni erogate.

Il governo clinico attiva un percorso in grado di integrare la componente preventivo-clinico-assistenziale e quella organizzativo-gestionale attraverso il diretto coinvolgimento degli operatori nei principali processi gestionali.

La responsabilità del governo clinico è pertanto di ogni livello organizzativo e professionale e in primo luogo di coloro che hanno ruoli di responsabilità nell'area sanitaria.

Gli elementi costitutivi di un "sistema" di governo clinico sono indicativamente i seguenti:

- orientamento delle azioni degli operatori sanitari e dei pazienti verso obiettivi di efficacia e appropriatezza, mediante interventi sanitari basati sulle migliori evidenze scientifiche disponibili a livello internazionale. Le linee-guida cliniche e clinico - organizzative rappresentano sia lo strumento di sintesi delle evidenze disponibili e di definizione degli obiettivi generali e di cambiamento da raggiungere, condivisi tra componente clinica ed amministrativa, che quello attraverso il quale si possano valutare i risultati e la qualità della assistenza sanitaria fornita, definendo specifici indicatori di appropriatezza attesi da raggiungere o verso cui tendere;
- definizione, all'interno dei processi, dei ruoli, delle relazioni e delle responsabilità dei soggetti operativi coinvolti, in particolare nella presa in carico operativa di casistica e problematiche ad elevata complessità;
- definizione di standard dotazionali e di modelli organizzativi ed operativi tendenziali, usualmente basati su principi di rete integrata;
- standard informativi unificati in grado di guidare l'applicazione di standard di processo, di valutare il prodotto, e di garantire una base informativa per le procedure di audit interno, ai fini sia della gestione del rischio clinico che dello sviluppo di percorsi di validazione tecnico-scientifica delle attività rese;
- audit clinico: sono le azioni con cui gli operatori sanitari revisionano le performance dell'assistenza fornita rispetto a uno standard definito; è utile per aumentare il grado di conoscenza del proprio operato e favorire un confronto tra pari;
- formazione permanente;
- gestione del rischio intesa come strumento per prevenire rischi o incidenti che possono verificarsi nell'esecuzione di pratiche sanitarie e per informare correttamente pazienti ed operatori;
- trasparenza e verificabilità dei risultati raggiunti.

I VETTORI FUNZIONALI FONDAMENTALI

I vettori fondamentali dei processi clinico-assistenziali sono rappresentati da:

- i meccanismi di accesso ai diversi "sistemi di cura" codificati e regolamentati;
- i sistemi di valutazione (integrata e multidimensionale), per calibrare la risposta assistenziale sull'effettivo bisogno, anche evitando consumi impropri di risorse;
- i meccanismi che garantiscono la presa in carico e la continuità dell'assistenza, accompagnando l'utente all'interno dei diversi sistemi di cura.

Si configura così l'applicazione del "two step approach" che vede affiancare al ruolo tradizionale svolto dall'Ospedale quale luogo di cura dell'acuzie, quello di nodo che contribuisce all'utilizzo appropriato ed efficace degli altri servizi della rete.

L'accesso rappresenta un momento fondamentale da presidiare e monitorare; l'INRCA prevede due modalità opportunamente configurate, con cui il cittadino accede al sistema aziendale: l'urgenza/emergenza e il distretto/MMG/Medico specialista.

Queste due "porte di accesso" non devono essere intese tanto come luoghi fisici ma come contenitori logici di modalità organizzative progettate con approccio di tipo funzionale.

Una volta realizzato/garantito l'accesso, si pone l'altra criticità, non meno importante: la valutazione del bisogno assistenziale preliminare alla definitiva presa in carico del paziente quale terzo pilastro dei processi metodologici di funzionamento di sistema. Questa funzione/attività è ritenuta lo snodo strategico fondamentale, l'elemento che interpreta il bisogno e lo traduce in risposta mirata.

La funzione, opportunamente regolamentata e gestita, rappresenta la modalità con cui l'INRCA raggiunge più obiettivi:

- risponde al problema-bisogno e rende esplicite le proprie logiche di intervento;
- rende compatibili le scelte con le risorse disponibili, sostanziando il costante monitoraggio della proprietà e pertinenza dell'accesso ai servizi;
- realizza l'appropriatezza, di regime e di processo assistenziale, calibrati sul bisogno espresso, puntualmente decodificato, e non sulla casualità dell'offerta.

L'INRCA assume come valore strategico e quindi come obiettivo da perseguire la continuità dell'assistenza nei percorsi di cura.

Questa è da intendersi come quell'insieme di processi assistenziali che permettono, la presa in carico globale dell'assistito e la massima integrazione dei singoli momenti del percorso di cura. Attraverso queste procedure viene migliorata l'accessibilità ai servizi e viene garantita un'adeguata successione temporale degli interventi, senza soluzione di continuità ed orientando il paziente ed i familiari verso le soluzioni più adeguate ai problemi presentati.

La continuità dei percorsi di cura si realizza attraverso l'organizzazione di un sistema a rete, individuando processi assistenziali integrati, che superino le impostazioni verticali monodisciplinari per assumere quella dei processi trasversali funzionali, privilegiando sempre la mobilità nella rete delle risorse rispetto a quella dei pazienti.

La continuità dei percorsi di cura è garantita anche rispetto alla dimensione ospedale - territorio (dimissioni protette) e viceversa.

Altro vettore fondamentale è rappresentato dall'intensità di cura, durata di degenza e modalità di accesso che configura l'opzione entro cui ridefinire le logiche di funzionamento. Le dimensioni virtuose che tale assetto presidia sono infatti le seguenti:

- rafforzare la modifica nella erogazione dell'assistenza, focalizzando l'attenzione sul processo e sui risultati;
- centrare il sistema sulla priorità clinica, piuttosto che sul posto letto;
- valorizzare il ruolo delle Professioni Sanitarie (infermieri, TdR, T.O.) all'interno del processo assistenziale, ridefinendo l'enfasi sull'integrazione con il ruolo medico quale componente specialistica.

Il focus sulla competenza specialistica, in sostituzione dell'arcaica centratura sul posto letto, l'intensità e il regime di cura, l'identificazione di specifiche linee produttive, declina una nuova organizzazione che modifica, fino ad annullare, i tradizionali confini di specialità/organo, creando aree diverse a seconda della durata e della intensità della degenza, con la seguente articolazione:

- per alta intensità, che assicurano l'assistenza ai malati che necessitano di un ricovero prolungato;
- il blocco week hospital (surgery in particolare), che lavora da lunedì al venerdì;

- il blocco delle attività diurne (day hospital e surgery) e quello delle attività ambulatoriali;
- il sistema della DO viene riorganizzato per linee produttive di alta, media e bassa intensità di cura, in una logica matriciale con le aree di degenza prima descritte.
- Quest'ultimo si configura come il servizio di collegamento tra ospedale e territorio in cui i medici di medicina generale devono avere un ruolo primario.

Stante queste premesse, assume rilevanza strategica per l'INRCA l'attività di ricerca sui modelli gestionali e l'organizzazione dei servizi, attraverso l'integrazione delle diverse competenze. Tutto ciò con il duplice obiettivo di favorire il ciclo di miglioramento continuo interno all'Istituto e di contribuire al consolidamento delle metodologie della ricerca traslazionale di tipo T2, volta al trasferimento dei risultati alle scelte di politica sanitaria.

LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Il risk management o sistema di gestione del rischio, rappresenta il complesso coordinato di attività atto a consentire la gestione dell'organizzazione aziendale con riferimento ai rischi, attraverso specifici processi di identificazione, valutazione degli impatti potenziali, approntamento di tutte le misure per il loro controllo, la prevenzione e la gestione delle possibili conseguenze.

La gestione del rischio clinico in particolare, costituisce attività strategica dell'INRCA per molteplici ragioni legate sia alla qualità ed alla sicurezza delle attività prestata che ai profili delle responsabilità ed alla loro idonea copertura attraverso forme di assicurazione.

Inserendosi nella prospettiva del sistema integrato per la qualità e la sicurezza dei pazienti, la gestione del rischio clinico considera l'errore quale "difetto del sistema", e non come responsabilità del singolo professionista, e si propone di diffondere la cultura della gestione del rischio come strumento di miglioramento professionale e organizzativo, che passa attraverso le fasi di identificazione delle potenziali fonti di rischio, di messa a punto di strategie di prevenzione e di attuazione di modalità correttive in caso di manifestazione di eventi avversi.

Le attività fondamentali del sistema di gestione del rischio clinico dell'Istituto sono:

- Identificazione del Rischio
- Analisi e valutazione del Rischio
- Prevenzione e correzione del Rischio

Il sistema di gestione del Rischio clinico sarà a forte caratterizzazione geriatrica e quindi orientato alle specificità dei rischi per i pazienti geriatrici. La premessa per l'attuazione del sistema di gestione del rischio è la definizione di un assetto organizzativo aziendale condiviso che individui gli attori principali ed i relativi ruoli all'interno dell'Istituto. L'attività per la sicurezza dei pazienti e la gestione del rischio clinico non si svolge quindi esclusivamente in una struttura ad hoc, piuttosto in una rete di funzioni, coordinata e distribuita a ciascun livello nel sistema INRCA. Questa scelta è motivata dalla volontà di sviluppare la sicurezza con chi lavora a stretto contatto con i pazienti, dove cioè il rischio viene affrontato ogni giorno. Solo coinvolgendo gli operatori di prima linea come diretti responsabili nella gestione del rischio è infatti possibile realizzare un vero cambiamento.

A livello di Sistema Istituto si prevedono le seguenti funzioni e ruoli:

- una Struttura "Qualità, sicurezza del paziente, benessere organizzativo. accreditamento" in Staff al Direttore Sanitario di Istituto. La struttura coordina l'implementazione del Programma Aziendale per la sicurezza dei pazienti e la gestione del rischio clinico all'interno dell'Istituto, rappresenta l'interfaccia fra l'azienda stessa e l'esterno (centro regionale, altre aziende) per quanto riguarda la sicurezza dei pazienti;
- un Comitato di Gestione del Rischio (CO.GE.RI.) – Gruppo multi professionale e multidisciplinare (medici, biologi, infermieri, amministrativi) nominati dalla Direzione Aziendale e coordinato dal Responsabile della Struttura Semplice "Qualità e Sicurezza

del Paziente". Il comitato ha il compito di definire e proporre alla Direzione Generale, nel rispetto della politica Aziendale di Qualità/Risk Management attuata conformemente alla NORMA ISO 9001-2015, un piano aziendale per la gestione del rischio clinico e di lavorare in maniera coordinata con le altre funzioni. Per realizzarlo si avvale di una rete di *Facilitatori/Referenti Qualità/Rischio Clinico* di Dipartimento e di Unità Operativa sia a livello di Dirigenza che di Comparto. La rete dei Facilitatori/Referenti viene individuata dal CO.GE.RI. e proposta alla Direzione Generale per la formalizzazione. La composizione e le funzioni del CO.GE.RI. verranno definite da apposito Regolamento;

- un Comitato Valutazione dei Sinistri INRCA (CO.VA.SI). Il CO.VA.SI. ha il compito di monitorare e gestire i sinistri, valutando la fondatezza delle richieste di risarcimento, promuovere e organizzare eventuali incontri preliminari a fini conciliativi anche in caso di richieste di mediazione formulate anche dalla Compagnia e di elaborare le eventuali tesi difensive. Si occupa della specifica tematica di analisi-gestione sinistri e risarcimenti danni, con l'obiettivo di minimizzare l'impatto economico del sinistro sull'Istituto ed evitarne il riaccadimento attraverso attività specifiche.

Le funzioni del CO.VA.SI. sono:

- Organizzazione della raccolta delle informazioni indispensabili alla gestione dei sinistri;
- Accertamento e valutazione delle eventuali responsabilità imputabili all'Istituto ed ai propri dipendenti in caso di richiesta risarcitoria di terzi;
- Promozione di incontri tra le parti interessate dalla segnalazione del sinistro, anche su delega, al fine di agevolare una definizione conciliativa/transattiva della vertenza, anche in caso di richiesta formulata dalla Compagnia;
- Valutazione di congruità delle offerte risarcitorie;
- Contributo alla definizione della politica assicurativa aziendale;
- Esame dell'eventuale attività preliminare svolta all'interno dei procedimenti di mediazione.

Il CO.VA.SI. attua quindi una *Fase Istruttoria Preliminare di Gestione Sinistri*, per cui in caso di ricezione di un atto relativo a un procedimento giudiziario o di una richiesta scritta di risarcimento danni, o di mediazione ai sensi del D.Lgs n. 28/2010 e s.m.i. (L. n. 98/2013 e s.m.i. salvo altre), l'U.O. Affari Legali e Contenzioso provvede alla registrazione al protocollo generale dell'INRCA ed attribuisce al sinistro un numero progressivo, annotandolo in apposito elenco sinistri aziendale.

La composizione e le funzioni del CO.VA.SI verranno definite da apposito Regolamento.

- Il Comitato per il controllo delle infezioni associate all'assistenza istituito con determina del Dg n. 269 del 10/07/2019, in modo che si realizzi l'integrazione tra rischio clinico e rischio infettivo.

L'ORGANIZZAZIONE DELLA FORMAZIONE

La programmazione e l'erogazione di servizi, caratterizzati da un elevato standard di qualità e finalizzati alla soddisfazione personalizzata, multidimensionale ed integrata dei fabbisogni di soggetti anziani, richiede una costante attenzione alla qualificazione delle competenze dei professionisti quali attori chiave del sistema di erogazione dei servizi.

Sulla base delle premesse normative ed in coerenza con la propria missione, l'INRCA pianifica e gestisce un insieme organico di attività di aggiornamento, formazione ed alta formazione, con una duplice destinazione:

- interna, rivolta a sviluppare le competenze del personale operante nelle diverse articolazioni dell'Istituto, nella convinzione più sopra dichiarata, che le risorse umane rappresentano il principale "fattore di successo" per erogare servizi di alta qualità, coerenti con le finalità aziendali;

- esterna, rivolta ad un target di professionisti di settore e non, per la progettazione, l'erogazione, il controllo e la valutazione di servizi ed attività di assistenza e ricerca sui temi dell'invecchiamento.

L'Istituto, attraverso percorsi specifici di formazione interna di tipo interattivo e sul campo promuove e favorisce l'integrazione organizzativa, le capacità di lavoro in team, il trasferimento delle informazioni e delle competenze ai vari livelli dell'organizzazione.

In base agli Accordi Stato Regioni e alla DGR Marche n. 520/2013, l'INRCA è provider ECM, ovvero soggetto attivo e qualificato nel campo della formazione continua in sanità, che governa l'intero processo formativo e realizza attività riconosciute idonee per il sistema di formazione continua (ECM) attribuendo direttamente i crediti agli eventi formativi.

L'Istituto ha istituito un Comitato Scientifico per la Formazione, la cui composizione deve essere tale da rappresentare tutte le professionalità presenti nell'Istituto e assicurare, tenendo conto delle istanze provenienti dai vari livelli dell'organizzazione, una formazione qualitativamente elevata e coerente con gli obiettivi strategici dell'Istituto. Il Comitato Scientifico per adempiere ai suoi compiti si avvale del supporto tecnico del responsabile dell'U.O. "Formazione e Aggiornamento del personale e Alta Formazione".

FUNZIONI OPERATIVE

LE STRUTTURE ORGANIZZATIVE

Le strutture dell'INRCA si distinguono sulla base della dimensione strutturale in:

- gestionali, presso le quali è decentrata la gestione di fattori produttivi significativi per quantità e valore economico, ed il cui obiettivo principale è il governo efficiente ed efficace delle risorse ad esse assegnate, finalizzate all'erogazione delle attività. Le articolazioni gestionali sono sovraordinate rispetto alle strutture che le compongono;
- funzionali, che hanno compiti prevalenti di tipo tecnico-scientifico, operano come tecnostrutture con funzioni di coordinamento, di produzione di indirizzi tecnico-scientifici, di elaborazione di linee guida e protocolli, di supervisione di progetti di ricerca, di programmazione della formazione di tipo specialistico;

della dimensione funzionale in:

- con funzioni di "line", collegate lungo la catena gerarchica e partecipano direttamente o come supporto indispensabile alla produzione. Comprendono le strutture Clinico-Assistenziali, della Ricerca e la tecnostruttura ATL.
- con funzioni di "staff", di supporto metodologico ed operativo al funzionamento dell'Istituto e delle articolazioni organizzative di "line".

COMPITI E MODALITA' DI FUNZIONAMENTO DELLE STRUTTURE

Le aree caratteristiche di intervento (cura-assistenza, ricerca, formazione) sono articolate in strutture organizzative nelle quali sono aggregate risorse umane, tecnologiche e strutturali,

competenze gestionali e professionali, finalizzate all'assolvimento di funzioni la cui specificità, complessità e valenza strategica richiedono l'individuazione di distinte responsabilità.

L'individuazione delle strutture organizzative avviene sulla base di soglie operative scaturenti dal quadro complessivo e risultante dalla considerazione congiunta di più variabili:

- la rilevanza strategica o il grado di priorità di azione che riveste, nel medio-lungo periodo;
- la riconducibilità del sistema tecnico (competenze e conoscenze) a discipline definite;
- la natura e l'intensità dei rapporti da intrattenere con soggetti istituzionali esterni all'Istituto;
- il grado di intersettorialità, di interdisciplinarietà ed interprofessionalità che è necessario governare per assicurare migliori livelli di efficacia, efficienza e rendimento degli interventi;
- la rilevanza qualitativa e quantitativa delle risorse da allocare, da monitorare, da organizzare, da gestire;
- il livello di autonomia e di responsabilità che è necessario assicurare per un appropriato, efficace ed efficiente assolvimento della funzione.

Per valorizzare attività caratterizzate da elevata professionalità correlata a competenze tecnico-professionali e all'utilizzo di metodologie/strumentazioni complesse, comunque di importanza strategica per l'Istituto, sono conferiti incarichi di natura professionale di alta specializzazione non strutturali articolate per livelli di importanza e di competenza acquisite

Il conferimento degli incarichi di direzione di strutture organizzative complesse e di responsabilità delle strutture organizzative semplici o di alta specializzazione avviene secondo le procedure, a tal fine previste in materia, dalla vigente normativa e previste da specifico regolamento.

In relazione agli incarichi dei professori e ricercatori universitari che svolgono attività assistenziale, coerentemente con quanto previsto al comma 4 dell'art. 5 del Decreto legislativo n.517 del 21/12/1999 (vedi anche la DGRM n.1092 del 6 agosto 2018 relativa all'approvazione del protocollo d'intesa per la regolamentazione dei rapporti tra Regione Marche e Università Politecnica delle Marche) , ai professori di prima fascia ai quali non sia stato possibile conferire un incarico di direzione di struttura semplice o complessa, il direttore generale, sentito il rettore, affida, comunque la responsabilità e la gestione di programmi, infra o interdipartimentali finalizzati alla integrazione delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca, con particolare riguardo alle innovazioni tecnologiche ed assistenziali, nonché al coordinamento delle attività sistematiche di revisione e valutazione della pratica clinica ed assistenziale. La responsabilità e la gestione di analoghi programmi può essere affidata, in relazione alla minore complessità e rilevanza degli stessi, anche ai professori di seconda fascia ai quali non sia stato conferito un incarico di direzione semplice o complessa. Gli incarichi sono assimilati, a tutti gli effetti, agli incarichi di responsabilità rispettivamente di struttura complessa e di struttura semplice.

LE UNITA' OPERATIVE COMPLESSE, SEMPLICI E SEMPLICI A VALENZA DIPARTIMENTALE

Le strutture organizzative, in relazione all'intensità delle variabili citate e dai livelli di autonomia e di responsabilità attribuiti, si qualificano in complesse, semplici e semplici a valenza dipartimentale.

L'Unità Operativa Complessa è struttura con una propria autonomia funzionale in ordine alle attività di assistenza e di ricerca e, presuppone, pertanto, una completa autonomia clinico-professionale e una autonomia organizzativa, soggette a rendicontazione analitica, nel rispetto delle linee di indirizzo definite dall'Istituto.

L'Unità Operativa Complessa può essere Clinico-Assistenziale, di Servizi Diagnostico-strumentali, Centro di Ricerca e Amministrative e Professionali.

Le funzioni e le attribuzioni del dirigente cui è affidata la responsabilità di una Unità Operativa Complessa sono disciplinate da specifico regolamento.

Le Unità Operative Semplici sono articolazioni delle Unità Operative Complesse, con caratteristiche di peculiarità funzionale ed operativa e con autonomia clinico/professionale e di ricerca, nel rispetto delle linee di indirizzo definite dall'U.O.C.. L'attribuzione delle risorse umane, tecniche e finanziarie compete al Direttore della U.O.C. sovraordinata, sulla base delle caratteristiche delle attività svolte, e delle prestazioni erogate, nel rispetto del budget assegnato.

Le Unità Operative semplici a valenza Dipartimentale sono strutture che si configurano come articolazioni non afferenti ad alcuna Unità Operativa Complessa, dotate di autonomia gestionale, ovvero con attribuzione di responsabilità di gestione di risorse nel rispetto delle linee di indirizzo definite dal Dipartimento.

LE PROFESSIONI SANITARIE

Nell'ambito del percorso di realizzazione e sviluppo del Dipartimento delle Professioni Sanitarie il Dirigente delle Professioni Sanitarie concorre al perseguimento della politica aziendale assicurando la qualità, la sicurezza, l'efficacia e l'efficienza delle attività assistenziali e tecnico-sanitarie erogate nell'ambito delle attività di promozione della salute, diagnosi, cura e riabilitazione, sulla base delle funzioni individuate dalle norme istitutive dei profili professionali, nonché dagli specifici codici deontologici in integrazione con i sistemi organizzativi aziendali.

Tali funzioni sono collocate nell'ambito della Direzione Sanitaria in stretta sinergia con la Direzione Medica di Presidio; attengono al governo e gestione aziendale dell'assistenza infermieristica, riabilitativa e tecnico-sanitaria. Il servizio partecipa alla definizione delle politiche e strategie aziendali relativamente:

- alla pianificazione, programmazione, gestione e sviluppo del personale di competenza coniugando la valorizzazione delle specificità professionali, con elementi di efficacia ed efficienza operativa, nonché allo sviluppo del sistema premiante;
- all'attuazione del governo clinico-assistenziale mediante la definizione, lo sviluppo e la direzione di modelli organizzativi di erogazione dell'assistenza anche ad elevata autonomia tecnico-organizzativa e gestionale;
- analisi dei fabbisogni formativi del personale afferente alle professioni sanitarie;
- al programma di sviluppo della qualità e di gestione del rischio per gli ambiti specifici.

Partecipa alla definizione delle politiche dipartimentali e collabora con la Direzione Medica di Presidio e i Direttori di Dipartimento allo sviluppo di processi assistenziali coerenti con le strategie aziendali e gli obiettivi dipartimentali. Assicura la gestione del personale assegnato ai dipartimenti, attraverso le posizioni organizzative di riferimento. Promuove lo sviluppo professionale e la programmazione, selezione, inserimento e valutazione delle risorse professionali di competenza.

In seguito a quanto approvato con atti interni, il modello di assetto si sviluppa su due ambiti: centrale, con funzioni di tipo strategico-programmatorio, che si integra nei processi aziendali attraverso i processi organizzativi; decentrato, con funzioni di tipo gestionale-operativo, che si rapporta con la struttura dipartimentale.

In base alle indicazioni del Direttore Sanitario, in linea con la strategia del Direttore Scientifico partecipa alla definizione del coinvolgimento delle professioni sanitarie all'attività di ricerca dell'Istituto.

NORME TRANSITORIE E FINALI

Nella fase di transizione il funzionamento dell'Istituto continuerà in modo conforme alla disciplina e alla prassi pregressa, integrato con quanto previsto con atti successivi, per quanto compatibile con il presente Regolamento.

Gli incarichi di Direzione di Dipartimento, di Direzione di struttura, nonché tutti gli altri incarichi a qualunque titolo conferiti in base alla precedente organizzazione interna e non più compatibili con il nuovo assetto organizzativo, si intendono decaduti a decorrere dal primo giorno del mese successivo al 90° giorno di validità ed efficacia del presente regolamento di organizzazione.

Gli atti adottati dal Direttore Generale e dai Direttori e Dirigenti delegati assumono la denominazione di "determina". Gli atti adottati dai Dirigenti sono giuridicamente imputabili all'Istituto e comportano la responsabilità del Dirigente che li adotta.

Nel funzionigramma derivante dall'atto regolamentare di decentramento delle responsabilità e delle funzioni amministrative, sono indicate, a fronte delle competenze delle singole unità operative, le tipologie dei diversi atti di gestione:

- determine del Direttore Generale
- determine dei Direttori e Dirigenti
- atti vari diversi dalle determine dirigenziali.

Per quanto non previsto nel presente Regolamento si rinvia alle normative nazionali e regionali, nonché ai contratti collettivi nazionali di lavoro, vigenti.

Per i Regolamenti Organizzativi e Operativi specifici, si rimanda alle singole determine di adozione.

ASSETTO ORGANIZZATIVO DIPARTIMENTALE – ELENCO STRUTTURE