



PIANO DELLA PERFORMANCE

Triennio 2021 - 2023

INDICE

1	EXECUTIVE SUMMARY.....	3
2	INTRODUZIONE.....	4
3	IDENTITA' DELL'ISTITUTO	5
3.1	Chi siamo e cosa facciamo	5
4	DATI DI ATTIVITA' 2020	7
4.1	Assistenza Ospedaliera.....	8
4.1.1	Impatto Covid nei presidi marchigiani INRCA	8
4.1.2	Impatto Covid nel presidio Casatenovo INRCA.....	17
4.2	Assistenza territoriale	18
5	ANALISI DEL CONTESTO	19
5.1	Il contesto esterno di riferimento.....	19
5.1.1	Invecchiamento della popolazione.....	19
5.1.2	Multiregionalità.....	21
5.1.3	Le specificità dell'IRCCS	21
5.1.4	Ricerca scientifica	22
5.1.5	Attività assistenziale	22
5.2	Il contesto interno di riferimento.....	23
5.2.1	L'articolazione aziendale	23
5.2.2	Le risorse umane	39
5.2.3	Il quadro economico.....	40
6	LA STRATEGIA E LE DIMENSIONI DELLE PERFORMANCE.....	51
6.1	La dimensione strategica dell'Istituto e l'albero della Performance	51
6.2	La dimensione strategico-operativa dell'Istituto.....	53
6.3	La dimensione della performance organizzativa.....	54
6.3.1	In ambito scientifico.....	54
6.3.2	In ambito Assistenziale	56
6.3.3	Nell'ambito dei Processi Interni Di Supporto.....	58
6.4	La dimensione della Performance Individuale.....	60
6.5	Fasi e Tempi del Budget 2021.....	60
7	IL SISTEMA DELLE COERENZE	61
7.1	La coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio	61
7.2	La coerenza con il Piano Triennale per la Trasparenza e la Prevenzione della Corruzione.....	62
7.3	La coerenza con il Piano Triennale per le azioni Positive e la valutazione Partecipativa ..	64

1 EXECUTIVE SUMMARY

Il Piano della Performance è un documento programmatico triennale in cui sono contenuti gli indirizzi, gli obiettivi strategici ed operativi, le risorse e gli indicatori per la misurazione della performance dell'organizzazione; definisce inoltre i criteri adottati per le attività di monitoraggio e di valutazione ed il grado di performance che l'Azienda intende conseguire.

Il presente Piano è redatto in conformità con quanto previsto dalle determinate (la più recente è la 375/DGEN del 04/10/2019) con cui l'IRCCS INRCA si è dotato dell'Organismo Indipendente di Valutazione (d'ora in avanti OIV) e ai sensi dell'articolo 15, comma 2, Lettera b), del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 aggiornato con il decreto legislativo n. 74 del 25 maggio 2017.

Il PdP è suddiviso in 3 parti:

Nella prima si descrive l'Istituto, il contesto esterno ed interno nel quale opera anche con particolare riferimento al suo assetto giuridico in un contesto come quello sanitario fortemente regionalizzato. Il contesto interno viene rappresentato attraverso la fotografia delle risorse umane ed economiche gestite, la descrizione dell'attuale assetto organizzativo e la rappresentazione del nuovo assetto, dei principi di riferimento.

Nella seconda si individuano la dimensione strategica dell'istituto, gli obiettivi strategici che la Direzione Generale vuole perseguire e le azioni da realizzare in coerenza con la mission e la natura aziendale che rappresentano la base di riferimento per le dimensioni/aree della performance organizzativa e individuale.

Nella terza parte viene rappresentato il sistema delle coerenze, ovvero il collegamento tra le aree della performance con le principali attività e funzioni aziendali.

2 INTRODUZIONE

L'IRCCS INRCA (di seguito INRCA), nell'intento di adempiere a quanto disposto dall'art. 10 del decreto legislativo 27 ottobre 2009 n. 150, presenta il documento di programmazione triennale denominato Piano della Performance 2021-2023 (di seguito PdP 2021-2023).

Nel predetto documento, in coerenza con le risorse assegnate, sono esplicitati gli obiettivi strategici e operativi, gli indicatori ed i target, ovvero quegli elementi fondamentali che, consuntivati nella relazione annuale, costituiscono la base per la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance al fine di migliorare l'erogazione dei servizi, l'organizzazione stessa e rendere più trasparente la rendicontazione del proprio operato agli stakeholder.

Gli ambiti di misurazione e valutazione della Performance sono:

- La Performance organizzativa, cioè la misurazione e valutazione dei risultati dell'attività dell'INRCA nel suo complesso e quali sintesi della misurazione e valutazione dei risultati delle unità organizzative e dei servizi offerti volti alla soddisfazione dei bisogni di salute del cittadino.
- La Performance individuale, cioè la misurazione e valutazione dei risultati ottenuti dai singoli e, pertanto, il contributo individuale fornito ai risultati dell'INRCA.

Il PdP 2021-2023 è in linea con le strategie, la programmazione pluriennale, quella annuale e il relativo sistema di monitoraggio dell'INRCA, in coerenza con il quadro normativo nazionale e regionale e con la mission aziendale; tenendo conto altresì le situazioni ed esigenze specifiche dei diversi sistemi sanitari regionali all'interno dei quali insistono i presidi INRCA.

Il PdP 2021-2023 dal punto di vista della performance organizzativa è in linea con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio.

In considerazione del fatto che tale piano è redatto prima della conclusione del percorso di budgeting 2021 si evidenzia che all'interno dello stesso sono indicate le linee di indirizzo di pianificazione e programmazione dell'Istituto. In questa logica il Piano delle Performance sarà integrato con il Budget annuale in cui saranno esplicitati gli obiettivi aziendali definiti per il 2021 e che rappresenta lo strumento di programmazione annuale, costituito dalle schede di budget con cui si realizza l'attività di programmazione, monitoraggio e verifica dei risultati prestazionali e dei costi delle Unità operative. Tale integrazione sarà realizzata alla conclusione del percorso di budgeting 2021.

Parimenti, in considerazione dell'avviato percorso aziendale per la definizione del Piano Organizzativo Lavoro Agile, anche in questo caso, una volta che lo stesso sarà approvato, si provvederà ad una integrazione del Piano della Performance aziendale. Il PdP 2021-2023 nella sezione valutazione della performance individuale richiama gli obiettivi assegnati al personale dirigente attraverso la scheda di valutazione individuale dei processi produttivi, relazionali e organizzativi.

3 IDENTITA' DELL'ISTITUTO

3.1 Chi siamo e cosa facciamo

L'INRCA è stata riconosciuta Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico con DM del 12.6.1968. Periodicamente vengono effettuate Site Visit per il riconoscimento del carattere di scientificità dell'Istituto e proprio in data 7 giugno 2019 il Ministero della Salute ha emanato il Decreto con il quale è stato confermato il carattere scientifico dell'INRCA per il prossimo triennio.

Ai sensi e per effetto della legge, l'Istituto ha personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale. L'IRCCS INRCA (di seguito INRCA) è stato riordinato con la Legge Regionale Marche 21/2006 che all'art. 2, comma 1 e 7 ha previsto che l'Istituto avente sede nei territori regionali sia parte integrante dei Servizi Sanitari Regionali, nel cui ambito svolge funzioni di alta qualificazione assistenziale, di ricerca e di formazione.

La sede legale dell'Istituto è ad Ancona mentre l'attività clinico assistenziale e di ricerca viene svolta nei Presidi marchigiani di Ancona, Osimo, Fermo e Appignano/Treia, nei presidi lombardi di Casatenovo e Merate e nel presidio calabrese di Cosenza. Inoltre vi è un Polo Scientifico e Tecnologico precipuamente dedicato all'attività di ricerca che ha sede ad Ancona. Inoltre viene svolta attività di assistenza residenziale nella struttura Residenza Dorica e di assistenza diurna a favore di pazienti Alzheimer presso un Centro Diurno anch'esso sito nella città di Ancona. Dal 2018, per effetto della Legge Regione Marche 4/2017, è stato incorporato all'INRCA anche il presidio di Osimo precedentemente inserito all'interno dell'Asur. Tale incorporazione è stata realizzata nell'ottica del nuovo ospedale INRCA /Osimo in costruzione nella zona sud di Ancona e che dovrà rappresentare sia l'ospedale di riferimento per il territorio a sud di Ancona sia mantenere l'attuale connotato di ospedale geriatrico rappresentato dal presidio sito in via della Montagnola.

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

La particolare dimensione multi-regionale e la vocazione esclusivamente geriatrica rende l'Istituto unico nel panorama nazionale rendendolo differente da ogni altro IRCCS e/o azienda ospedaliera del panorama nazionale. All'interno dell'INRCA i singoli Presidi pur mantenendo l'unicità della vocazione geriatrica presentano assetti organizzativi unitari nella loro logica ma diversificati a seconda delle caratteristiche dei singoli presidi. In senso complessivo si possono osservare linee generali di riferimento che caratterizzano l'Istituto, quali:

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

Tale aspetto assume una rilevanza ancora maggiore considerando le nuove logiche organizzative già descritte.

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

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

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

Lo stesso posizionamento strategico dell'Istituto rispetto al panorama della ricerca gerontologica e geriatrica regionale, nazionale ed internazionale, ha ricevuto ulteriori impulsi, anche in relazione al ruolo dell'INRCA all'interno del network Italia Longeva: l'Istituto – con le sue caratteristiche e le sue potenzialità uniche in Italia quali la centralità della vocazione geriatrica, la presenza di unità operative multidisciplinari a livello interregionale - contribuisce a potenziare e garantire il coordinamento di punti di eccellenza, la capacità di mettere in rapporto tra loro competenze scientifiche, sanitarie, sociali, economiche, tecnologiche e umanistiche, mantenendo una strategia di completa apertura verso nuove contaminazioni disciplinari. Sempre in questa logica appare di rilievo la presenza stabile del Consiglio di Indirizzo e Verifica che rimarrà in carica fino al 2023.

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

Risulta evidente un progressivo spostamento di regime assistenziale verso l'ambulatoriale e il residenziale, soddisfacendo ragioni di maggiore appropriatezza nel setting assistenziale erogativo nei confronti di un paziente "particolare" come l'anziano e di coerenza con i dettami nazionali e regionali e di complessiva compatibilità economica.

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

L'esercizio 2020 avrebbe dovuto rappresentare per l'Istituto da una parte un anno di consolidamento dei significativi cambiamenti avvenuti negli scorsi anni e, dall'altra parte, l'esercizio di entrata a regime di progettualità avviate negli anni precedenti. Solo a titolo di accenno si fa qui riferimento alla prevista apertura dei 18 posti letto di sub acuti presso il Presidio di Casatenovo, alla ripresa con la Regione Calabria della piena interlocuzione istituzionale per completare la strada intrapresa con l'accordo transattivo del 2018 nella logica dello sviluppo attraverso il c.d. "piano industriale" in via di definizione, l'entrata a regime del percorso dei c.d. piramidabili (assunzione per 5 anni di giovani ricercatori aventi specifici requisiti al fine di superare forme di precariato oramai protrattesi da troppo tempo), l'entrata a regime del trasferimento del reparto di Geriatria per acuti dal Presidio Inrca di Fermo al Presidio Murri dell'Area vasta 4 avvenuto in data 21 ottobre 2019.

Possiamo invece definire l'anno 2020 l'anno della **resilienza** del Sistema Sanitario Nazionale, dei Sistemi Sanitari Regionali e di tutti i setting assistenziali. La resilienza nell'ambito dell'organizzazione aziendale è la capacità di sopravvivere a shock improvvisi, di resistere ai cambiamenti sapendosi adattare.

L'emergenza pandemica ha ovviamente radicalmente cambiato tutti i punti di riferimento impattando in maniera consistente e diversificata, diretta e indiretta a seconda dei casi, nei diversi Presidi e nelle diverse attività dell'Istituto. Peraltro alcune delle caratteristiche tipiche di questa pandemia e cioè la fortissima incidenza sulla popolazione anziana e la natura pneumologica respiratoria della stessa hanno amplificato l'impatto nei confronti dell'Istituto che ha il suo target di riferimento nell'ambito geriatrico e, in uno dei suoi presidi (Casatenovo Merate), specificatamente nell'ambito pneumologico geriatrico.

7

Per contro la straordinaria risposta all'emergenza fornita dall'Istituto grazie al proprio personale ha rafforzato la dinamica positiva di rapporto sinergico che caratterizza i Presidi INRCA all'interno dei diversi sistemi sanitari di riferimento e con le altre aziende del sistema per la parte clinico assistenziale e l'Istituto con gli altri IRCCS per la parte di ricerca scientifica. Sotto quest'ultimo profilo si segnala, alla fine del 2020, la formalizzazione della costituzione della "Rete Aging" come Associazione non riconosciuta che comprende tredici IRCCS interessati alle tematiche legate all'invecchiamento e che già partecipano a diversi progetti ministeriali, dei quali l'Istituto è capofila. Inoltre si ricorda l'ingresso dell'INRCA nelle Reti IRCCS Neurologica e Cardiologica che rafforzano la capacità progettuale dell'Istituto.

Il Bilancio 2020, il cui Preconsuntivo sarà rappresentato successivamente, risentirà pienamente di quanto appena detto come si vedrà successivamente dalle risultanze del Preconsuntivo, fermo restando che, in considerazione delle dinamiche di regionalizzazione del sistema sanitario, esso rappresenta la sommatoria dei sezionali delle 3 regioni all'interno delle quali viene erogata l'attività di assistenza specificando che in questi sezionali vengono attribuiti, per quota parte, anche i costi dell'area dei servizi di supporto scientifico e amministrativo.

4 DATI DI ATTIVITA' 2020

La straordinarietà del 2020 caratterizzato dall'emergenza pandemica Covid-19 che, come già detto, si riflette sui dati di bilancio e sulle modalità di finanziamento, ha fortemente stravolto anche i volumi di attività. In questa logica ha poco senso rappresentarli, mentre diventa molto più significativo evidenziare l'impatto sulla struttura produttiva.

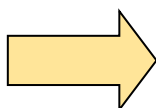
4.1 Assistenza Ospedaliera

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

La struttura dell'offerta garantita dall'Inrca nei presidi funzionanti si sarebbe mantenuta, in assenza dell'emergenza Covid, sostanzialmente inalterata, salvo l'apertura dei 18 posti letto di sub acuti a Casatenovo.

La necessità di fronteggiare l'emergenza ha invece completamente ridisegnato la struttura dell'offerta. A puro titolo di esempio si rappresenta la situazione della c.d. fase 2, in applicazione dei piani pandemici regionali. Addirittura più stravolto, almeno in certi momenti, era stato l'assetto dell'offerta nella c.d. fase 1

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



4.1.1 Impatto Covid nei presidi marchigiani INRCA

Descrivere l'attività 2020, seppur in termini preconsuntivi, non può che passare attraverso una evidenziazione di quanto accaduto con l'emergenza pandemica. L'attività è complessivamente diminuita per un livello che oscilla intorno al 30% rispetto al Consuntivo 2019 e pertanto non si ritiene utile rappresentare dati quantitativi, considerando poi che la diminuzione è stato un fatto generalizzato per gli effetti diretti e indiretti della pandemia (chiusura e/o diminuzione dei posti letto per ricoveri, chiusura e/o limitazioni nell'offerta di prestazioni ambulatoriali).

L'anno 2020 è stato pertanto caratterizzato in maniera assolutamente stravolgente per l'emergenza pandemica e per l'operatività che questa ha comportato.

Da un punto di vista cronologico, come noto, con delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020 è stato dichiarato, per la durata di sei mesi, lo stato di emergenza in conseguenza del rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili. A fronte dello stato di emergenza sono susseguiti numerosi interventi a livello nazionale da parte del Governo, mediante l'emanazione di decreti legge contenenti misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da Covid 19, nonché di decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri contenenti disposizioni attuative dei decreti legge.

A livello regionale, la Regione Marche, in raccordo con i Direttori degli Enti del SSR, ha elaborato, in una prima fase, il Piano Regionale assistenziale per il governo delle attività di ricovero, adottando la DGRM n. 272 del 9/03/2020 nella quale, tra le altre cose, si specificava che

veniva definito il presidio INRCA della Montagnola di Ancona, come struttura deputata al ricovero di pazienti COVID-19 in fase acuta, che l'INRCA mettesse a disposizione una struttura dedicata al ricovero dei pazienti COVID-19 positivi in fase post-critica, individuato il presidio di Osimo di fatto come struttura No COVID-19.

L'Istituto fin da subito, in data 24 febbraio 2020, ha istituito una Unità di Crisi avente carattere multidisciplinare che nel corso del tempo, tenendo conto dell'evolversi drammatico della situazione e delle esigenze, si è ampliata di diverse professionalità e si è riunita giornalmente.

A seguito dell'analisi e della mappatura dei rischi determinati dalla gestione dei pazienti Covid e no Covid, sono state poste in essere continue rimodulazioni delle aree e delle strutture dei Presidi Ospedalieri distinguendo le aree Covid da no Covid e rimodulando le aree di degenza in una logica di intensità di cura (urgenza, area critica, area semicritica, acuzie, palliazione e fine vita). Ovviamente questa rimodulazione e riorganizzazione continua ha comportato accorpamenti tra reparti e la necessità di trasferimento di alcune attività dal Presidio della Montagnola al presidio di Osimo, al fine di garantire comunque l'erogazione di servizi indispensabile anche per i pazienti No Covid. Tra le principali azioni poste in essere si evidenzia:

- La ridefinizione dei percorsi di accesso esterni degli utenti, sia al PS di Osimo che al PPI della Montagnola, differenziando quelli "sporchi" da quelli "puliti" in relazione allo stato del paziente e sua eventuale positività e/o sospetto;
- L'attivazione di una area completamente dedicata presso la ex palazzina "Persichetti", a pazienti covid, di due piani;
- L'attivazione presso il primo piano della suddetta palazzina una area ad altissima/alta intensità di cura, di 3 posti letto di Terapia Intensiva e 5 di semi intensiva;
- L'ampliamento ulteriore di aree dedicate a pazienti sospetti e/o positivi, presso il corpo centrale, negli ex 4°, 3° e 2° piano, con piano dedicato anche ai pazienti in fase di fine vita;
- L'accorpamento di reparti sia all'interno del Presidio di Ancona (UO Cardiologia con UO Neurologia, UO Degenza Post Acuzie con UO Riabilitazione, UO Geriatra con UO Clinica Medicina Interna) che al Presidio di Osimo (UOOO Chirurgia, Urologia e Piede Diabetico di Ancona presso l'UO Chirurgia di Osimo, UO Pneumologia con UO Medicina).
- La chiusura dei reparti del Por di Fermo per pazienti No Covid in quanto interamente dedicato all'attività Covid.

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

Parallelamente a quanto sopra sinteticamente rappresentato molteplici sono state le attività poste in essere al fine di garantire i necessari supporti tecnico logistici all'operatività sanitaria, la sicurezza e la protezione degli operatori impegnati in prima linea e dei pazienti stessi, le necessarie attività di comunicazione istituzionale nonché di monitoraggio dell'evoluzione dell'emergenza pandemica.

Le tabelle seguenti schematizzano quanto appena rappresentato.

N	FASI	ATTIVITA'	CRITICITA'	ALLEGATI
Struttura per la pianificazione e definizione processi decisionali per la gestione del rischio clinico ed emergenza Covid 19				
1	Istituzione di Unità di crisi il 24 febbraio 2020 , multiprofessionale e multidisciplinare- successivamente integrato di altre figure determinanti per il prosieguo	Sono state effettuate riunioni nel primo mese anche bi-giornaliere, poi giornaliere.	Mantenimento distanziamento sociale, superato con attivazione delle videokonferenze per tutti i Presidi INRCA.	
2	Analisi e Mappatura dei rischi determinati dalla gestione di pazienti Covid	<p><u>RI- organizzazione delle aree e delle strutture dei Presidi Marche distinguendo aree COVID da aree NO COVID.</u></p> <p>Le aree di degenza sono state rimodulate per garantire un percorso per intensità di cura (urgenza, area critica, area semicritica, acuzie, palliazione e fine vita- dignity care-, sospetti e degenza No covid,). Ricollocazione attività chirurgica esclusivamente presso il Presidio di Osimo.</p>	<p><u>Rimodulazione continua dell'assetto organizzativo</u> in relazione alle disposizioni ministeriali e regionali.</p>	<p>1)Lettere di riorganizzazione Direzione Sanitaria e Direzione Medica di Presidio. 08/03/2020 lettera DMPO prot 8396 16/03/2020 lettera DMPO prot 9986 23/03/2020 lettera DMPO prot 10836 27/03/2020 lettera DMPO prot 11776 06/04/2020 lettera DMPO prot 13136 10/04/2020 lettera DMPO prot 14058 20/04/2020 lettera DMPO prot 14991 24/04/2020 lettera DMPO prot 15827 07/05/2020 lettera DMPO prot 17421</p> <p>2)Procedura IRCCS INRCA per gestione pazienti con sospetta o accertata infezione da SARS-COV 2 (M.PO18.DS Rev.00 del 25/02/2020, Rev 01. del 28/04/2020 e rev. 02 del 05/05/2020; rev 03 del 08/06/2020) . 3)Percorso chirurgico- nota del 28/03/2020 prot. 11962</p>
3	PROCEDURA IRCCS INRCA PER GESTIONE PAZIENTI CON SOSPETTA O ACCERTATA INFEZIONE DA SARS-COVID-19	<p><u>PROCEDURA MODIFICATA in relazione alle diverse fasi della pandemia (M.PO18.DS Rev.00, Rev. 01, Rev. 02., Rev. 03)</u></p> <p>La presente istruzione ha lo scopo di definire le responsabilità e le modalità di gestione dei pazienti con infezione COVID-19 accertata o sospetta o degli utenti che hanno avuto contatti stretti con pazienti affetti da COVID-19 al fine di garantire:</p> <ul style="list-style-type: none"> • immediata identificazione dei pazienti con infezione accertata o sospetta, • la sicurezza di tutti i pazienti e gli operatori, • la corretta gestione dei pazienti con infezione accertata o sospetta. 		Procedura n°M.PO18.DS

N	FASI	ATTIVITA'	CRITICITA'	ALLEGATI
Struttura e servizi				
4	Ridefinizione, in relazione al punto 2 (<i>Analisi e Mappatura dei rischi</i>) del fabbisogno di personale , a garanzia della continuità del servizio.	Rivista tutta l'organizzazione ospedaliera alla luce delle riduzioni, chiusure e nuove aperture.	Ridistribuzione di ruoli e funzioni. Le competenze tecniche a volte non erano allineate con le necessità assistenziali di area. Necessità acquisizione di consulente medico per l'allestimento dell'area di rianimazione.	
5	Infrastrutture - opere tecniche	Pressione negativa, adeguamento impianti elettrici, di dialisi e lavori per garanzia definizione percorsi puliti-sporchi.	Tempi ristretti e presenza pazienti positivi.	
6	Definizione, in relazione alle aree di rischio di cui al punto 2 (<i>Analisi e Mappatura dei rischi</i>), del fabbisogno di DPI necessario al personale di assistenza.	Centralizzazione del punto di distribuzione e monitoraggio dei consumi presso la DMP del POR di Ancona.	Difficoltà nel reperimento dei DPI, il supporto della Protezione Civile non sempre è stato tempestivo.	
MATERIALI DI CONSUMO, ATTREZZATURE E FORNITURE MEDICHE				
7	Ridefinizione tecnologie in collaborazione con Ingegneria clinica, in relazione al punto 2 (<i>Analisi e Mappatura dei rischi</i>), da parte della DMP-UOS Rischio Clinico.	Centralizzazione dei ventilatori sulla rianimazione e nelle UU.OO a maggior intensità di cura, garantendo una omogeneità di modelli per permettere un utilizzo consapevole e sicuro per i pazienti e per il personale sanitario. Acquisizione di letti, dispositivi ed apparecchi specifici per la rianimazione.	Competenze tecniche specifiche del personale sanitario sulla gestione apparecchiature. Necessità di acquisizione materiale in emergenza. Monitoraggio e gestione continua delle criticità giornaliere.	
8	Acquisizione di materiale di consumo e apparecchi per garanzia rispetto del contenimento rischio infettivo da parte della DMP-UOS Rischio Clinico.	Lavazoccoli, disinfettanti, coagulometro, emoganalizzatore....	Necessità di acquisizione materiale in emergenza.	
9	Formazione del personale all'utilizzo dei DPI in relazione all'area di rischio, da parte della DMP-UOS Rischio Clinico.	Dopo un avvio (febbraio 2020) con corsi in aula con più edizioni per piccoli gruppi, è stato strutturato via web un corso di formazione ECM-7 crediti, con il materiale dell'Istituto Superiore di Sanità, materiale INRCA utilizzato per bundle ospedalieri. Questo per permettere agli operatori, una volta formati, di riconoscere le indicazioni iconografiche all'interno delle strutture in cui lavorano. Maggior enfasi si è posta sulla Vestizione e Svestizione dei vari dispositivi (camici e tute). Il Corso ECM, rilascia un attestato di partecipazione ed un questionario di approfondimento. Viene settimanalmente prodotto un report dei partecipanti per la verifica da parte dei vari Direttori responsabili di UU.OO e per la Direzione INRCA.	Difficoltà iniziale per la definizione strutturata di momenti di aula. Reperimento DPI, a volte non fluido e con dispositivi difformi (tute vs camici), ci ha costretto a formare in corsa gli operatori sanitari, al fine di rendere l'utilizzo dei DPI sicuro.	1) Corsi in presenza su DPI nota del 06/03/2020 trasmessa con e-mail. 2) Corso di formazione distanza utilizzo DPI - Nota della Direzione Generale di venerdì 10 aprile 2020 Talete web
10	Percorsi Sporco -Pulito con spogliatoi ad hoc per il personale delle aree Covid	Definizione, in collaborazione con i coordinatori infermieristici e l'ufficio tecnico, di percorsi strutturati e sicuri dedicati al personale delle aree covid. Con strutturazione percorso sporco-pulito e disponibilità per tutti di docce.	La maggior difficoltà è stata il carattere di urgenza nella realizzazione degli spogliatoi e strutture ad hoc. Quasi interamente create ex novo, catalizzando gli sforzi e le risorse provenienti anche dalle donazioni.	
11	FARMACI	Disposizioni in ordine alla gestione dei farmaci e stupefacenti, rimodulati fabbisogni ed indicazioni per le aree "critiche". Predisposizione e validazione protocolli di sperimentazione farmaci in collaborazione con infettivologa e Unità di crisi.	Necessità di acquisizione farmaci in emergenza e seguendo le nuove evidenze scientifiche emergenti relativamente ai farmaci antivirali. Difficoltà di reperimento sul mercato di tali farmaci. Onerosità della gestione amministrativa della registrazione Protocolli di sperimentazione AIFA.	

N	FASI	ATTIVITA'	CRITICITA'	ALLEGATI
SERVIZI OSPEDALIERI APPALTATI: trasporti, lavano, mensa e pulizie				
12	TRASPORTI SANITARI	Adeguamento ai nuovi assetti ospedalieri come definito al punto 2 (Analisi e Mappatura dei rischi). Trasporti: predisposizioni mezzi per trasporto ad hoc di pazienti COVID +. Disposizioni in ordine al trasporto dei pazienti all'interno della struttura e verso altre strutture (utilizzo di ambulanza appositamente attrezzata e con personale formato). Fornitura al personale addetto di DPI idonei e condivisione e formazione su percorsi puliti e sporchi intraospedalieri.	Monitoraggio del corretto utilizzo dei DPI e ridefinizione operativa dei percorsi corretti e monitoraggi del loro rispetto.	Lettera della CCT - nota ASUR n°8672/2020, trasmessa alle UU.OO con e-mail della Direzione Medica
13	LAVANOLO	Disposizioni in ordine all'utilizzo degli indumenti da parte degli operatori, coinvolgendo la ditta del servizio di lavano, prevedendo ricambio delle divise frequenti ed impiego di TTR nelle aree a maggior rischio come definito nel punto 2 (Analisi e Mappatura dei rischi) . Fornitura al personale addetto di DPI idonei	Ampliamento appalto . Rispetto dei tempi di consegna del materiale (anche DPI) e delle divise. Necessità di acquisizione materiale in emergenza.	
14	PULIZIE	Disposizioni in ordine alla sanificazione, indicazione prodotti specifici e procedere di sanificazione. Previsti turni aggiuntivi per la sanificazione dei locali con squadre speciali. Acquisizione macchinario per Sanificazione ambientale. Fornitura al personale addetto di DPI idonei.	Ampliamento appalto. Necessità di acquisizione materiale in emergenza.	
IDENTIFICAZIONE E GESTIONE PAZIENTI				
15	Strutturazione di un Sistema di PRE- triage con campanello, percorsi specifici per pazienti Covid ad Ancona e Osimo. Allestimento di tenso-struttura esterna per il triage ad Osimo.	Pregettazione dei percorsi in collaborazione tra DMP ed Ufficio tecnico a garanzia di tutti i requisiti necessari.		
16	MODELLO Organizzativo clinico con definizione LINEE DI GESTIONE PAZIENTE COVID rev. 00, rev 01, rev. 02, rev 03	Definizione LINEE DI GESTIONE PAZIENTE COVID rev. 00 e rev 01, rev. 02, rev 03 con supporto grafico dei differenti percorsi, per facilitare il rapido apprendimento degli operatori sanitari di prima linea.	Il raggiungimento dell'obiettivo ha richiesto la strutturazione del lavoro in team multiprofessionale e disciplinare di personale afferente da diverse realtà, sia in termini di U.O che di presidi INRCA. Ciò ha determinato la strutturazione di un COORDINAMENTO quotidiano costante del team e della gestione degli incontri di briefing e de-briefing. Si è cercato di dare enfasi e potenziare le competenze specifiche dei singoli, a prescindere dai ruoli istituzionali rivestiti nell'organizzazione prima dell'emergenza Covid.	1) FASE 1- Linee di gestione operativa COVID REV.00 Lettera Direzione generale prot. num 13875/2020 2) ORGANIZZAZIONE DEI PERCORSI NEL PS e PPI AGU- Fase 2 Procedure "ORGANIZZAZIONE DEI PERCORSI DAL PRONTO SOCCORSO e PPI DURANTE LA FASE 2 DELLA PANDEMIA DI COVID 19- P09.PO01.OS e P09.PO01.AN". 3) Linee di gestione pazienti con ictus fase 1 e fase 2/3 P09.PO03.DS 4) Indicazioni su percorsi pazienti interni in Radiologia e-mail 07/03/2020
17	Costituzione del TEAM Tamponi	Costituzione di un team di personale sanitario esperto nell'effettuazione dei tamponi naso-orofaringei, a garanzia di una omogeneità di metodologia e sicurezza operatori e pazienti.		Lettera DMP e Direzione Sanitaria nota prot. num 9621 del 14/03/2020
18	Coinvolgimento dei fisioterapisti per recupero funzionale del paziente, tenendo conto dell'esperienza maturata a Casatenovo;	Attuazione di Protocollo di assistenza riabilitativa ai pazienti Covid-		Lettera Direzione Medica prot num 13334 del 06/04/2020 Lettera Direzione Medica prot num 15822 del 24/04/2020 per il Presidio di FERMO
19	DIALISI rimodulazione delle attività	Rimodulazione continua dell'approccio ai pazienti dializzati cronici e non, in relazione alle varie fasi della Pandemia. Ridefinizione dei percorsi dei pazienti dializzati. Acquisizione macchinari specifici e realizzazione di attacchi specifici per trattamenti dialitici in UU.OO Covid.	Gestione criticità emergenti in relazione agli esiti degli screening dei pazienti e delle fasi della Pandemia.	Relazione specifica, redatta in collaborazione con il Responsabile ff dell'U.O di Nefrodialisi.
20	Riprogrammazione della specialistica ambulatoriale	Chiusura e rimodulazione in attuazione delle indicazioni regionali.		

N	FASI	ATTIVITA'	CRITICITA'	ALLEGATI
Attività specifiche ulteriori inerenti la gestione del rischio clinico				
21	CCE (Cartella clinica elettronica) - MODIFICHE Adattative Emergenza COVID	1) Apertura nuove UU.OO, inserimento simboli di rischio VISUAL per gestione rapida e sicura dei pazienti, inserimento profili ed attività di consulenza specialistica (ex. infettivologica); possibilità di allegare referto Emogas. 2) Nuova profilatura del personale infermieristico in collaborazione con il DPO, nel rispetto della normativa sulla privacy.	Mancata conoscenza applicativo informatico modificato.	Nota della DMP prot num 08110 del 05/03/2020; archiviazione cartelle COVID lettera prot. num. 14191 del 14/04/2020.
22	FORMAZIONE rivolta al personale sanitario in ordine alla gestione dei pazienti, soprattutto per i neo assunti piattaforma	Il personale assunto per emergenza Covid è stato sia infermieristico che medico. I neo assunti sono stati presi in carico da colleghi "senior".	Mancata conoscenza delle modalità e delle procedura assistenziali INRCA. Nessuna possibilità di disporre di tempo per la formazione intercorrente tra assunzione e turno effettivo nelle UU.OO. Mancata conoscenza applicativo informatico della CCE, con la possibile determinazione di near missing, dal momento che la CCE lavora per processi interprofessionali.	Determine dell'Ufficio personale
23	Gestione effetti personali pazienti deceduti Covid +	L'istruzione operativa si propone di gestire gli effetti personali dei pazienti deceduti COVID 19 positivi, fermo restando che all'ingresso in ospedale, tutto ciò che non è utile al paziente, deve essere restituito al familiare (se presente).		Istruzione Operativa n° PD2.10100.AN del 06/04/2020, trasmessa con nota prot. num. 14189 del 14/04/2020
24	GESTIONE Decessi	Disposizioni in ordine alla gestione delle salme. Inviare disposizioni alle UU.OO in relazione alle varie FASI della Pandemia.		Nota della Direzione Medica del 24/03/2020 prot num 11251; Nota della Direzione Medica del 02/04/2020 prot num 12753; Nota della Direzione Medica del 20/05/2020 prot num 18913;
25	Dimissioni dai Presidi INRCA	PPROCEDURA PER LA GESTIONE DELLE DIMISSIONI DEI PAZIENTI DALLE UNITA' COVID. M.PO19.DS del 15/04/2020.		
26	FORMAZIONE	Rimodulazione del Piano Formativo Aziendale in ambito Rischio Clinico come da indicazioni Regionali.		Nota dell'UOS Rischio Clinico Prot n°19856 del 26/05/2020
27	INCIDENT REPORTING	Gestione di molteplici near missing		
COMUNICAZIONE				
28	COMUNICAZIONE INTERNA	Attribuzione di telefoni e tablet per comunicazione tra operatori del team multidisciplinare. Condivisione del familiare referente per la comunicazione con gli psicologi, a garanzia di una comunicazione corretta e precisa. Tutto coordinato dalla DMP.		
29	COMUNICAZIONE ESTERNA	Disposizioni/Indicazioni da rispettare per poter comunicazione con i familiari. Donazioni di dispositivi- tablet messi a disposizione per videochiamate dei pazienti con i familiari.	Per la fase 2 con il documento denominato "Regolamentazione accesso familiari e caregiver", è stato prevista una scheda obbligatoria di autocertificazione del rischio di infezione da Covid-19" comprensiva dell'informativa " 8 passi per Proteggersi(care-giver) " .	1) indicazioni della DMP alle UU.OO con e-mail del 05/04/2020. 2) "Regolamentazione accesso familiari e caregiver"- Nota della DMP del 20/06/2020 nota prot. 22620
30	SEGNALETICA	rivolta all'utenza avente, carattere informativo con indicazione delle regole da rispettare		Indicazioni in FASE 2 all'utenza, in collaborazione con l'RSPP.
FLUSSI INFORMATIVI				
31	Disposizioni in ordine al monitoraggio dei flussi informativi;	Bollettini bi giornalieri; SDO, HSP, STS e conseguente reimpostazione e gestione debiti informativi interni verso il Cogest ed esterni verso la Regione/Ministero. Gestione variazioni continue in base alle disposizioni regionali e Ministeriali, in relazione alle diverse fasi della pandemia.	continuare l'ordinaria attività di controllo e rendicontazione flussi, garantendo comunque le scadenze previste in fase pre emergenza.	Trasmissione Linee guida alla Codifica SDO pazienti Covid, con e-mail del 23/03/2020 nota 3495 Regione /Ministero.

N	FASI	ATTIVITA'	CRITICITA'	ALLEGATI
	ATTIVITÀ INERENTI IL PERSONALE			
32	Gestione e sorveglianza epidemiologica post esposizione sui contatti stretti o occasionali	Gestione di tutta la parte amministrativa delle comunicazioni, monitoraggio verifica dell'allontanamento e riammissione in servizio di tutti dipendenti delle Sedi Marche. Gestione Infortunio.	La strutturazione dell'attività, è stata un'onerosissima attività che si è inserita in altre gravose ed imprescindibili a carico della DMP sede Ancona.	
33	Attività di sorveglianza e monitoraggio con effettuazione Tamponi orofaringei	A partire dal 16 aprile 2020, oltre alla normale sorveglianza epidemiologica post esposizione sui contatti stretti o occasionali, si è iniziata un'attività di monitoraggio screening sui dipendenti di tutti i presidi Marche, coordinata sempre dalla DMP.	La strutturazione dell'attività, è stata un'onerosissima attività che si è inserita in altre gravose ed imprescindibili a carico della DMP sede Ancona.	
34	SORVEGLIANZA SANITARIA Operatori INRCA - "SCREENING PER SARS COV2 PER GLI OPERATORI SANITARI IRCCS-INRCA"	Scopo della procedura: La situazione epidemiologica dell'infezione da SARS CoV2 ha messo in evidenza come sia alto il numero degli operatori sanitari e sociosanitari risultati positivi per tale infezione al tampone nasofaringeo. La tutela della salute degli operatori con ovvie ricadute anche a carico della tutela dei pazienti ricoverati e della società è un obiettivo fondamentale e nel caso della presente epidemia comporta la precoce diagnosi di infezione da SARS CoV2. Attualmente il gold standard per la diagnosi di infezione da SARS CoV2 è la ricerca diretta del virus nel tampone nasofaringeo. Tale test ha dei limiti legati ai tempi e alle procedure insite al test stesso ed alle attuali difficoltà su tutto il territorio nazionale a reperire i materiali diagnostici, per cui non può essere usato come screening se non a cadenza troppo poco frequente. Per questo si propone di utilizzare l'approccio sierologico, pur con i limiti insiti in queste metodiche e successiva eventuale esecuzione del tampone per ricerca con rt-PCR del SARS CoV2. Attualmente, il test sierologico più affidabile sembrerebbe quello della Chemiluminescenza. Il nostro Istituto dispone del test a chemiluminescenza per IgG. Questa Istruzione Operativa ha validità per tutti i Presidi delle Marche	Gestione manuale del Database, del monitoraggio e delle comunicazioni ai dipendenti. Tali comunicazioni hanno una rilevanza legale e medico legale enorme.	Procedura n°M.IO07.DS Ad oggi 942 dipendenti screenati di cui 83 positivi al sierologico (fra questi 44 ex Covid e 39 non avevano traccia di malattia pregressa) e 4 borderline. Tutti i 43 tamponi naso orofaringei sono risultati negativi tranne 1 solo che è risultato positivo.
35	PROTOCOLLO per il FOLLOW-UP DEI PAZIENTI e DEI DIPENDENTI Positivi a SARS-COV 2	Sono state delineate le modalità operative che dovranno essere attuate presso i POR Marche dell'INRCA al fine di garantire la presa in carico dei dipendenti e dei pazienti riconosciuti come "guariti" da Covid-19 in post dimissione, o gestiti sul territorio dai MMG e PLS, con l'obiettivo di monitorare l'eventuale persistenza o "ripresa" del virus, le eventuali complicanze insorte e l'evoluzione nel tempo. Gli obiettivi sono : ☑ Ottimizzare la presa in carico post-dimissione del paziente COVID-19+; ☑ Management integrato della polidistrettualità d'organo; ☑ Valutare eventuali effetti indesiderati a lungo termine dei trattamenti eseguiti.		P09.PO02.DS del 02/07/2020

Quanto appena rappresentato è stata ovviamente la base per l'operatività anche nella c.d. seconda fase pandemica tuttora in corso. Si anticipa solamente in termini complessivi si sono seguite le stesse logiche operative e si è proceduto a realizzare nuovamente, seppur in parte questa volta, gli accorpamenti già descritti sopra. La maggiore capacità diagnostica della seconda fase, con l'autonomia aziendale in termini di realizzazione dei tamponi, ha enormemente favorito la tempestività nella risposta consentendo una gestione meno impattante rispetto alla prima fase.

Rispetto a questa sopra anche l'area scientifica e amministrativa di supporto è stata inevitabilmente e complessivamente coinvolta in tale emergenza. Schematicamente si rappresentano le principali azioni poste in essere, sia nella prima fase che nella seconda fase dalle diverse unità operative.

Periodo di riferimento	Descrizione sintetica attività/ intervento
Prima Fase	Predisposizione e messa a disposizione di tablet per la comunicazione tra pazienti ricoverati e famiglie Analisi strumenti utilizzabili per supporto da remoto ai pazienti ambulatoriali in riabilitazione Collaborazione all'attivazione del teleconsulto per pazienti con piede diabetico.
Seconda Fase	Analisi possibilità tecnica firma consenso digitale per attivazione drive through per esterni Valutazione di strumenti per il monitoraggio di pazienti a domicilio
Prima Fase	Istruttoria e valutazione Studi ed emendamenti sul tema COVID-19, anche in regime di urgenza. Istruttoria, valutazione in urgenza di uso compassionevole farmaco Remdesivir per paziente COVID-19 e invio documentazione all'AIFA.
Seconda Fase	Istruttoria e valutazione Studi ed emendamenti sul tema COVID-19.
Prima Fase	Monitoraggio e follow up dei progetti interni ed esterni in corso Supporto allo sviluppo di attività progettuali per la partecipazioni a bandi e ad iniziative diverse (eg. eventi, attività della Rete IRCCS Aging). Supporto alla attivazione dello studio d'istituto Reportage-COVID-19 e alla implementazione del database
Seconda Fase	Monitoraggio e follow up dei progetti interni ed esterni in corso Supporto allo sviluppo di attività progettuali per la partecipazioni a bandi e ad iniziative diverse (eg. eventi, attività della Rete IRCCS Aging). Organizzazione e logistica della diagnostica molecolare COVID-19 presso l'area ricerca. Supporto alla direzione nella gestione della attività clinica e biomedica sul tema COVID-19, tra cui l'attivazione del Camper tamponi. Supporto alla implementazione del database dello studio di
Prima Fase	Attuazione e realizzazione rapporto sulle misure poste in essere in attuazione della Direttiva PCM n. 2/2020
Seconda Fase	Realizzazione e attuazione del Protocollo per la prevenzione e sicurezza dei lavoratori nelle strutture INRCA Covid-19.
Prima Fase	Reclutamenti speciali Covid attraverso : utilizzo graduatoria esistente, avvio bandi aziendali, manifestazioni di interesse,
Seconda Fase	Reclutamenti speciali Covid attraverso : utilizzo graduatoria esistente, avvio bandi aziendali, manifestazioni di interesse,
Prima Fase	Attuazione alla DGRM 633/2020 in materia di accordi integrativi e premialità attraverso: incontri sindacali, sottoscrizione accordi, pagamento indennità di disagio e pagamento premialità.
Seconda Fase	Attuazione alla DGRM 1522/2020 in materia di accordi integrativi e premialità attraverso: incontri sindacali, sottoscrizione accordi, pagamento indennità di disagio e pagamento premialità.
Prima Fase	Applicazione degli istituti contrattuali relativi alle prestazioni aggiuntive richieste al personale per assistenza covid attraverso: raccolta esgenze, proposta atto di approvazione, raccolta rendicontazioni, verifica dati a cartellino, liquidazione compensi
Seconda Fase	Applicazione degli istituti contrattuali relativi alle prestazioni aggiuntive richieste al personale per assistenza covid attraverso: raccolta esgenze, proposta atto di approvazione, raccolta rendicontazioni, verifica dati a cartellino, liquidazione compensi
Prima Fase	Realizzazione - impianti di estrazione aria in depressione - interventi su impianti elettrici (quadri prese testaletto, UPS, alimentazione nuovi impianti, ecc.) e speciali (TVCC, porte automatiche, rete dati, ecc.) - dotazione nuovi infissi interni e modifica esistenti - realizzazione di pavimenti e rivestimenti in PVC - ampliamento impianto gas medicali - prefabbricato per rilevazione temperatura - container spogliatoi - macchine per pressione negativa - termo scanner
Seconda Fase	Realizzazione - integrazioni al sistema accessi - realizzazione di pavimenti e rivestimenti in PVC - dotazione nuovi infissi interni e modifica esistenti - installazione impianti aspirazione - installazione macchine per pressione negativa - condizionatori - pannelli separatori - porte
Prima Fase	Attivazione di procedure straordinarie per l'acquisizione di: - attrezzature sanitarie; - attrezzature non sanitarie; - arredi sanitari vari; - reagenti e diagnostici; - DPI e DM; - nuovi servizi. Implementazione dei servizi appaltati.
Seconda Fase	Attivazione di procedure straordinarie per l'acquisizione di: - attrezzature sanitarie e arredi per l'allestimento di 10 pl di terapia semi-intensiva; - attrezzature non sanitarie; - arredi sanitari vari per Presidio di Fermo; - reagenti e diagnostici; - analizzatori di laboratorio - DPI e DM; - nuovi
Prima Fase	Analisi, sviluppo e attivazione dell'applicazione web di "Teleconsulto dermatologico" per Por Ancona e Por Fermo ccessibile dal sito web dell'Istituto
Seconda Fase	Analisi, sviluppo, e attivazione dell'applicazione web di "Teleconsulto per Piede diabetico" per Por Ancona accessibile dal sito web dell'Istituto
Seconda Fase	Aggiornamento portale WEB :aggiunte nuove pagine dedicate al percorso COVID per tamponi (progetto CAMPER)
Prima Fase	Accetazioni Donazioni Realizzazione di Convenzioni per acquisizione servizi necessari all'emergenza Covid
Seconda Fase	Accetazioni Donazioni Realizzazione di Convenzioni per acquisizione servizi necessari all'emergenza Covid
Seconda Fase	Riprogrammazione agende cup fino al 31/12/2020 con attività di recall
Prima Fase	Aggiornamento quotidiano su eventi, informazioni, infografiche relative ad attività e utenti Covid Realizzazioni booklet "Accendiamo un Sole". 200 disegni realizzati da bambini e ragazzi di tutta Italia, consegnati al personale Covid INRCA di Ancona.
Seconda Fase	Organizzazione e gestione attività numero verde per INRCA Predisposizione di tutta la cartellonistica Covid per utenti e per operatori INRCA Drive through - tamponi in auto nelle varie zone della città - social, media, dissemination
Prima Fase	Produzione reportistica giornaliera su occupazione posti letto Covid in 3 momenti della giornata
Seconda Fase	Rendicontazione delle spese in emergenza Covid secondo le diverse modalità richieste
Prima Fase	Apertura di una contabilità speciale Apertura di un conto corrente dedicato per donazioni a favore dell'emergenza sanitaria

Volendo valutare l'emergenza Covid anche da un punto di vista quantitativo vengono di seguito presentate delle evidenze numeriche sulle attività trasversali svolte dall'INRCA nel 2020 in tale ambito.

Nel dettaglio:

- **Screening e Diagnosi**, nel dettaglio attivazione del Drive through camper e il monitoraggio del personale;

Tipologia Test*	N°
SARS-CoV-2 tampone molecolare standard	8.700
SARS-CoV-2 tampone molecolare rapido	1.775
SARS-CoV-2 tampone nasale antigenico	1.449
SARS-CoV-2 ANTICORPI (test rapido)	440
SARS-CoV-2 Sierologico IgG (CLIA)	9.608
SARS-CoV-2 Sierologico IgM (CLIA)	443

*attività al 19/01/2021

- **Ricovero e Cura**, rimodulazione dell'offerta dei servizi di PS/PPI, reparti covid;

FASE 1

Tot Pazienti Ricoverati COVID articolati per modalità di dimissione

MODALITA' DI DIMISSIONE	ANCONA	FERMO
	FASE 1	FASE 1
Deceduto	76	15
Dimissione a domicilio	16	24
Dimissione presso struttura residenziale	25	9
Trasferimento presso altro Istituto per acuti	17	0
Trasferimento presso stesso Istituto in altro regime	4	0
Dimissione per trasferimento ad altro istituti di ricovero riabilitativo	1	1
Dimissione volontaria	1	2
TOTALE	140	51

Picco Ricoveri Pazienti COVID

Presidio Ancona 60 (8 aprile 2020)

Presidio Fermo 25 (12 maggio 2020)

Si consideri che in ogni caso i numeri appena rappresentati sono in realtà riduttivi rispetto all'impatto nei confronti della struttura dell'emergenza Covid perché ci sono stati circa 210 pazienti ulteriori che sono stati gestiti come sospetti fino alla certezza della loro negatività, cosa quest'ultima che specie nella primissima fase emergenziale poteva concretizzarsi anche diversi giorni successivi al ricovero per mancanza di tempestività dei tamponi.

FASE 2

Pazienti presenti il 19/01/2021

Presidio Ancona	35
Presidio Fermo	18
Residenza Dorica	36
Totale	89

Il Totale Ricoveri Ospedalieri e Residenziali in Regione Marche al 19/01/2021 è pari a 911 per cui a quella data **il contributo Inrca per pazienti ricoverati è pari al 9,8%, ben superiore alla sua dimensione nell'ambito del SSR (in termini di budget complessivo circa il 3%).**

- **Ricerca:**

o Progetto ReportAge Covid – Osservatorio Permanente

Nella 1 Fase arruolati 135 soggetti al baseline e 45 al Follow-up.

o 5 Collaborazioni in Progetti di Ricerca

▪ Con altri Istituti Pubblici - NUTRI-COVID-19, GEROCOVID, ACE-I/ARB –COVID 19

▪ Con Rete Cardiologica degli IRCCS

▪ Interni all'Istituto - ECOCOVID

o Collezione COVID di campioni biologici conservati in BioGer – La biobanca Istituzionale sull'Invecchiamento:

▪ 3.000 campioni biologici (sangue, cellule del sangue, siero, plasma)

▪ Da 300 pazienti COVID e sospetti COVID

▪ Inserita nella Directory Covid-19 del Network Europeo delle biobanche BBMRI

- **Vaccinazioni**, Hub di stoccaggio e distribuzione, somministrazione vaccinazione personale, operatori e pazienti.

17

	Adesioni alla Vaccinazione	Prima dose di Vaccinazione somministrata
Dipendenti, Collaboratori e Personale di ricerca	923	864
Pazienti	8	8
Dipendenti ditte Fornitrici	183	159
Totale	1.114	1.031
Soggetti vaccinati per conto Asur		432

4.1.2 Impatto Covid nel presidio Casatenovo INRCA

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

Va piuttosto ricordato l'impatto che la subentrata e drammatica emergenza legata alla epidemia da Covid-19 ha avuto nei nostri Presidi di Casatenovo e Merate in termini di organizzazione, attività e produzione; in questa logica l'originaria programmazione 2020, che prevedeva un recupero dell'attività di ricovero per acuti e di riabilitazione rispetto al 2019 e l'attivazione prevista nella struttura di Casatenovo dell'attività di degenza post acuzie (18 p.l.), con avvio graduale a partire dal primo aprile 2020 non si è potuta realizzare. Si anticipa a tal proposito che già in sede di relazione del bilancio Preventivo si rimandava alla necessaria ridefinizione dei tetti contrattuali da realizzarsi con l'ATS di riferimento e che questo aspetto è citato nel parere di approvazione da parte della Regione stessa.

L'imprevista, drammatica emergenza legata alla epidemia da Covid – 19 ha completamente stravolto l'attività pneumologica per acuti erogata presso il Presidio di Merate, divenuto anch'esso,

nell'ambito del programma di emergenza regionale e dell'ATS/ASST, struttura covid, del tutto integrata e completamente a disposizione delle necessità del presidio, del Pronto Soccorso e Rianimazione in particolare. Operativamente i primi ricoveri Covid sono datati 7 marzo 2020. Si è stravolto, sia il modello organizzativo interno, che il regime assistenziale assicurato che la tipologia dei pazienti assistiti. Basti dire che ad un certo punto, rispetto ad un reparto autorizzato ed accreditato per 22 posti letto di pneumologia per acuti, di cui 6 di semintensiva e 16 ordinari, si è arrivati ad avere anche 6 pazienti intubati trasformando gli ulteriori 16 posti letto ordinari in un reparto di semintensiva in ventilazione con cpap. Sempre poi in accordo con la Direzione Generale dell'ASST, ad un certo punto, evidentemente riconosciuta la strategicità del reparto Inrca e soprattutto la sua valenza specialistica e le competenze dei professionisti, in particolare del Direttore dott. Colombo, lo stesso è stato individuato referente clinico per ulteriori 2 reparti Covid dell'Ospedale di Merate (circa 60 posti letto). Questa situazione ha naturalmente avuto impatto sulla attività ordinaria già programmata, compresa la parte di riabilitazione di Casatenovo, coinvolta in via indiretta per il personale di assistenza che è stato dovuto trasferire in via straordinaria a Merate, per esigenze assolutamente eccezionali di supporto.

Problematiche importanti si sono evidenziate nella c.d. fase 2 di ripartenza e anche la previsione annua riflette queste difficoltà, tanto più tenendo conto del concretizzarsi pieno della c.d. seconda ondata pandemica. Si ricorda inoltre che l'attività di riabilitazione presso il Presidio di Casatenovo è stata sospesa per le necessità di ristrutturazione del presidio stesso a seguito dei nuovi e maggiormente stringenti parametri organizzativi e logistici a seguito della pandemia. Le attività di riabilitazione erano state attivate presso ulteriori spazi presenti all'interno del Presidio di Merate (10 p.l.) in attesa che si completasse entro novembre una prima parte delle attività di ristrutturazione previste. Tuttavia l'arrivo della seconda ondata che ha trasformato nuovamente il reparto per acuti di Merate in un reparto interamente semintensivo, anche in considerazione della virulenza con la quale la pandemia ha colpito il territorio lecchese, ha fatto sì che quest'ultimo assorbisse interamente le risorse umane e professionali dell'Istituto, visto la maggiore intensità clinico assistenziale richiesta, impedendo di fatto la prosecuzione dell'attività di ricovero riabilitativa.

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

Tutto ciò naturalmente configura una situazione anche di "lettura" dell'attività e dei dati economici del tutto straordinaria, soprattutto per quanto riguarda la Previsione annua, come peraltro la stessa Regione Lombardia ha provveduto a fare con il Decreto n.16840/2020.

Da un punto meramente quantitativo i pazienti trattati come Covid nella prima fase sono stati 106 mentre nella seconda fase ancora in atto, come già detto, il reparto di 22 p.l. è interamente dedicato ad attività semintensiva ha già accolto ad oggi 70 pazienti Covid. La dimensione di questi numeri evidenzia in maniera significativa l'impatto travolgente che l'emergenza pandemica ha avuto sulle attività del Presidio.

4.2 Assistenza territoriale

Considerata la vocazione dell'istituto (attività rivolta all'anziano fragile) nel corso del 2020 si volevano consolidare esperienze di attività di impronta tipicamente territoriale oltre all'attività ambulatoriale erogata dai diversi presidi e che da sempre rappresenta quota parte dell'offerta assistenziale Inrca. Nello specifico si fa riferimento alle seguenti strutture a gestione diretta:

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

Quanto sopra descritto, per l'assistenza ospedaliera dei pazienti Covid, vale ovviamente anche per la parte territoriale dell'istituto che si ricorda fa riferimento alla Residenza Sanitaria Riabilitativa Medicalizzata oggi a Treia, alla RSA Residenza Dorica attualmente a regime con 30 posti letto gestita da un punto di vista clinico dall'Inrca con il supporto assistenziale e alberghiero dell'Istituto Santo Stefano, proprietario della struttura e al Centro Diurno Alzheimer, situato nella stessa struttura in cui ha sede la Direzione Generale, che svolge ormai da diversi anni attività diurna rivolta a pazienti dell'ex Zona Territoriale 7, ora Asur Area Vasta 4, anche in questo caso in forte interrelazione con l'attività svolta nell'ambito del Por di Ancona, specificatamente nell'ambito dell'UO di Neurologia.

5 ANALISI DEL CONTESTO

5.1 *Il contesto esterno di riferimento*

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

In questo scenario si possono identificare i seguenti determinanti:

- a) Invecchiamento della popolazione
- b) Multiregionalità
- c) Le specificità dell'IRCCS
- d) Ricerca scientifica
- e) Attività assistenziale

5.1.1 **Invecchiamento della popolazione**

L'Italia è uno dei paesi più vecchi al mondo, dato che emerge confrontando la quota di popolazione con oltre 65 anni nei paesi UE pari al 20% e la percentuale in Italia pari al 23%, dove

oltre uno su 5 ha oltre 65 anni (dati Annuario Statistico Italiano 2019) e meno della metà (42,2%) delle persone anziane di 65-74 anni si dice in buona salute, quota che scende al 26,2% tra gli ultra settantacinquenni.

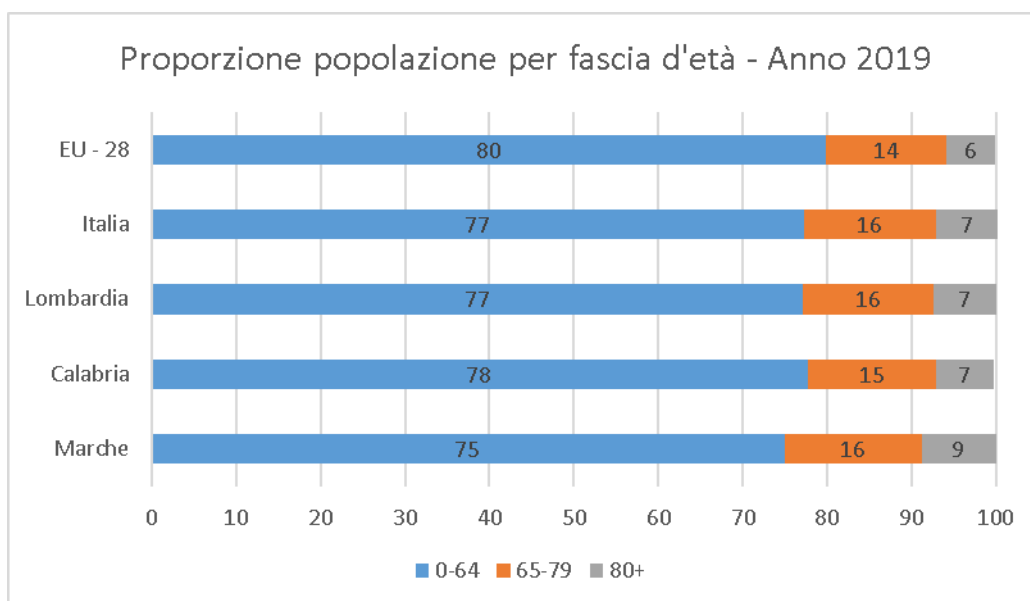


Figura 1 – Dati Eurostat anno 2019, Istat 2020.

Analizziamo nel dettaglio due indici:

- l'indice di vecchiaia, dato dal rapporto tra la popolazione di 65 anni e oltre e quella con meno di 15 anni, è l'indicatore che meglio sintetizza il grado di invecchiamento della popolazione; al 1° gennaio 2019 è pari al 173,1 per cento, ancora in crescita rispetto all'anno precedente (168,9 per cento);
- l'indice di dipendenza degli anziani, dato dal rapporto tra popolazione di 65 anni e più e la popolazione in età attiva (15-64 anni) è pari a 35,7.

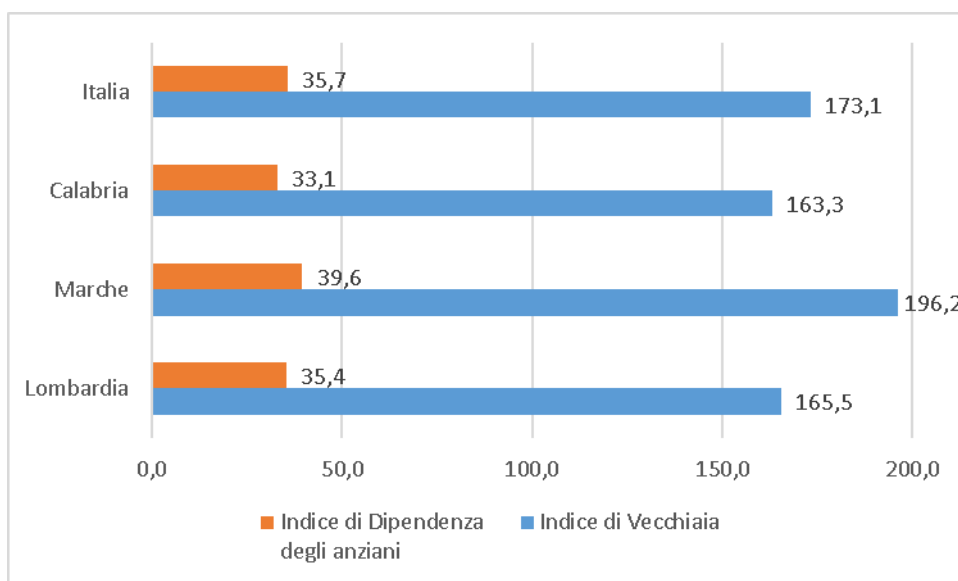


Figura 2 – Dati Annuario Statistico Italiano - Istat 2019

Il 40,8% dei residenti in Italia (incremento di circa 1% dal 2017) ha dichiarato di essere affetto da almeno una delle principali patologie croniche rilevate (ad esempio diabete, ipertensione etc). Le patologie cronicodegenerative sono più frequenti nelle fasce di età più adulte: già nella

classe 55-59 anni ne soffre il 54,1% e tra le persone ultra settantacinquenni la quota raggiunge l'86,9%. Tanti soffrono anche di più malattie croniche contemporaneamente (21,5%), questa conduzione aumenta con l'età e tra gli ultra settantacinquenni la multimorbilità si attesta al 66,6% (57,6% tra gli uomini e 72,9% tra le donne). Inoltre il consumo dei farmaci è molto elevato negli anziani italiani, la percentuale è di circa il 90,8% tra le donne ultra-settantacinquenni e l'88,9% tra gli uomini della stessa fascia d'età.

L'analisi degli indicatori dello stato di salute della popolazione anziana dimostra che all'aumentare dell'età decresce la prevalenza di persone che danno un giudizio positivo sul proprio stato di salute: scende al 42,2 % tra le persone anziane di 65-74 anni e raggiunge il 26,2 % tra gli ultra settantacinquenni. A parità di età, già a partire dai 45 anni emergono nette le differenze di genere a svantaggio delle donne: nella fascia di età 45-54 anni il 72% degli uomini si considera in buona salute contro il 65,1 % delle coetanee; le differenze maggiori si hanno tra i 60-64 anni (43,3% contro il 34,4%) e i 75 anni e oltre (31,5% contro il 22,6%).

Per quanto riguarda le ospedalizzazioni si conferma il trend in diminuzione del tasso di ospedalizzazione anche se con l'invecchiamento della popolazione stiamo assistendo ad un aumento delle dimissioni ospedaliere nell'ultimo quinquennio per le persone molto anziane.

Le principali cause di morte nella popolazione residente in Italia (anno 2016 – Annuario Statistico Italiano 2019), sono per malattie cardiovascolari e per tumori. Nelle persone molto anziane di 80 anni e più, oltre alle malattie del sistema circolatorio e dei tumori, le cause di morte riguardano le malattie del sistema respiratorio e le malattie del sistema nervoso (anno 2016 – Annuario Statistico Italiano 2019).

5.1.2 Multiregionalità

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

Infatti in un sistema sanitario sempre più regionalizzato la multi regionalità impone la necessità di confrontarsi e relazionarsi con le diverse regioni di riferimento, con le loro specificità e con i loro differenti approcci che si evidenziano chiaramente anche nella stessa impostazione del budget e quindi del bilancio preventivo economico aziendale. Oltre ad essere differenti le modalità operative imposte dalle Regioni di riferimento e dal Ministero della Ricerca per l'area scientifica ovviamente diverso è il grado di avanzamento e di maturità delle relazioni ed interlocuzioni istituzionali esistenti. Come più volte detto, anche in considerazione delle dinamiche di regionalizzazione del sistema sanitario, i Bilanci aziendali, siano essi Preventivi o Consuntivi rappresentano la sommatoria dei preventivi e/o consuntivi sezionali delle 3 regioni all'interno delle quali viene erogata l'attività di assistenza specificando che in questi sezionali vengono attribuiti, per quota parte, anche i costi dell'area dei servizi di supporto scientifico e amministrativo.

5.1.3 Le specificità dell'IRCCS

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

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

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

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

5.1.4 Ricerca scientifica

La Commissione Tecnico Sanitaria del Ministero della Salute ha approvato nel luglio 2018 le linee di ricerca corrente per il triennio 2018-2020 unitamente ai nuovi criteri di valutazione della ricerca corrente. Il finanziamento degli Istituti sarà ripartito secondo i seguenti criteri:

- a) produzione scientifica (55%)
- b) capacità di attrarre risorse (10%)
- c) attività assistenziale (20%)
- d) capacità di operare in rete (10%)
- e) trasferimento tecnologico (5%)

5.1.5 Attività assistenziale

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

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

Senza addentrarsi specificatamente nella metodologia adottata dal Decreto per l'individuazione degli ambiti assistenziali e per la definizione dei parametri di riferimento relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure appare necessario in questa sede rappresentare gli indicatori del PNE utilizzati dal Decreto 21/06/2016:

- Infarto miocardico acuto con riferimento alla % di pazienti trattati con PTCA entro 2 giorni;
- La colecistectomia laparoscopica con riferimento alla % di ricoveri con degenza post operatoria < a 3 giorni e con riferimento alla % di interventi eseguiti in reparti con volumi di attività > a 90 casi;
- L'ictus ischemico con riferimento alla mortalità a 30 giorni;
- L'infarto miocardico acuto con riferimento alla mortalità a 30 giorni;
- Lo scompenso cardiaco congestizio con riferimento alla mortalità a 30 giorni;
- La BPCO riacutizzata con riferimento alla mortalità a 30 giorni;
- L'intervento chirurgico per TM colon con riferimento alla mortalità a 30 giorni.

Gli ambiti appena descritti dovranno essere oggetto di particolare attenzione nelle proposte di budget 2021 in una logica di miglioramento continuo degli standard qualitativi e/o di riprogettazione delle linee di attività da erogare.

5.2 Il contesto interno di riferimento

5.2.1 L'articolazione aziendale

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

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

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

Di seguito si rappresenta l'assetto organizzativo sancito dalla determina 291/2016 mentre successivamente sarà rappresentata l'integrazione di Osimo e infine la nuova organizzazione che presumibilmente sarà operativa da metà 2021, specificando per quest'ultima che nel percorso di attuazione si è evidenziata la necessità di attuare alcune piccole integrazioni e/o modifiche in via di definizione.

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

DIPARTIMENTO	SEDE	REGIONE DI RIFERIMENTO	UNITA' OPERATIVA	STRUTTURA	NOTE
GERIATRICO RIABILITATIVO AD INDIRIZZO CARDIOCEREBRO VASCOLARE	POR Fermo	Marche	Geriatria	Complessa	
		Marche	Recupero e Riabilitazione Funzionale	Semplice Dipartimentale	
		Marche	Cardiologia Riabilitativa	Semplice Dipartimentale	
		Marche	Percorsi clinici integrati dermatologici con Area Vasta e Territorio	Semplice Dipartimentale	
GERIATRICO RIABILITATIVO AD INDIRIZZO PNEUMOLOGICO	POR Casatenovo	Lombardia	Pneumologia Riabilitativa/Centro di ricerca patologie toraco-polmonari	Complessa	
		Lombardia	Pneumologia	Complessa	
		Lombardia	Terapia intensiva intermedia respiratoria	Semplice	Afferente alla UOC di Pneumologia Riabilitativa
		Lombardia	Radiologia	Semplice Dipartimentale	
		Lombardia	Laboratorio Analisi	Semplice Dipartimentale	
		Lombardia	Cardiologia Riabilitativa	Semplice Dipartimentale	
GERIATRICO RIABILITATIVO AD INDIRIZZO CARDIOVASCOLARE	POR Cosenza	Calabria	Geriatria	Complessa	
		Calabria	Anestesia e Terapia del dolore/Ctr. ricerca gestione del dolore anziano	Complessa	
		Calabria	Laboratorio Analisi	Complessa	
		Calabria	Radiologia	Complessa	
		Calabria	Stroke Unit	Semplice	Afferente alla UOC di Geriatria
		Calabria	Management paziente demente ,Alzheimer	Semplice	Afferente alla UOC di Geriatria
		Calabria	Studio Diagnosi e cura delle cefalee e algie cranio facciali	Semplice	Afferente alla UOC di Anestesia
		Calabria	Management dolore oncologico nel paziente anziano	Semplice	Afferente alla UOC di Anestesia
		Calabria	Diagnostica molecolare	Semplice	Afferente alla UOC di Laboratorio Analisi
		Calabria	Tac	Semplice	Afferente alla UOC di Radiologia
		Calabria	Laboratorio Farmaco-epidemiologia geriatrica	Semplice Dipartimentale	
		Calabria	Riabilitazione Intensiva	Semplice Dipartimentale	
CENTRI SERVIZI E ALTRI INCARICHI	SEDE	REGIONE DI RIFERIMENTO	UNITA' OPERATIVA	STRUTTURA	NOTE
CENTRO SERVIZI ATL	Amm.Centr. Ancona	Marche	Attività Tecniche/Nuove Opere/Patrimonio	Complessa	
		Marche	Amministrazione Risorse Umane	Complessa	
		Marche	Acquisizione Beni e Servizi/Logistica	Complessa	
		Marche	Direzione Amministrativa Ancona Fermo e Appignano e Amministrazione della Ricerca	Complessa	(*)
		Lombardia	Direzione Amministrativa Casatenovo	Complessa	(*)
		Calabria	Direzione Amministrativa Cosenza	Complessa	(*)
		Marche	Amministrazione e Finanza	Semplice Dipartimentale	
		Marche	Sistemi Informativi e Tecnologie Informatiche e Telematiche	Semplice Dipartimentale	
CENTRO SERVIZI DIREZIONALI	Amm.Centr. Ancona	Marche	Affari legali e Contenzioso	Complessa	
		Marche	Controllo di gestione programmazione e flussi informativi	Complessa	
		Marche	Servizio prevenzione e protezione	Semplice Dipartimentale	
		Marche	Formazione e aggiornamento del personale , comunicazione	Semplice Dipartimentale	
		Marche	Modelli assistenziali e nuove tecnologia	Semplice Dipartimentale	Area Ricerca
		Marche	Ricerca Innovazione e Trasferimento tecnologico	Semplice Dipartimentale	Area Ricerca
DIREZIONE SANITARIA	Amm.Centr. Ancona	Marche	Direzione Medica Ancona/Fermo/Appignano	Complessa	
		Marche	Integrazione ospedale/territorio per valutazioni e dimissioni protette	Semplice	Afferente alla DM Ancona Fermo Appignano
		Marche	Gestione del Rischio Clinico	Semplice	Afferente alla DM Ancona Fermo Appignano
		Marche	Fisica Sanitaria e pianificazione e gestione delle tecnologie biomediche	Semplice Dipartimentale	
		Lombardia	Direzione Medica Casatenovo	Complessa	
		Lombardia	Risk Management Qualità e Controllo	Semplice	Afferente alla DM Casatenovo
		Calabria	Direzione Medica Cosenza	Complessa	
		Calabria	Gestione dati sanitari verifiche e controlli produzione	Semplice	Afferente alla DM Cosenza

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

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

Rispetto a questo assetto si evidenzia che nel corso del 2017 è stata avviata una revisione del modello dipartimentale per una riduzione degli stessi, compresa la modifica di alcune uu.oo.. Tale

percorso va ricondizionato a seguito del diverso assetto istituzionale derivante dall'incorporazione del presidio di Osimo. A tal proposito si rappresenta di seguito l'assetto provvisorio 2019 del Presidio di Osimo come definito con nota 5130 del 16/02/2018.

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

E infine si rappresenta il nuovo assetto organizzativo previsto con la recentissima 274/2020.

ASSETTO ORGANIZZATIVO - DIPARTIMENTALE



STAFF DIRETTORE GENERALE E SCIENTIFICO

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

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

UOSD
COMUNICAZIONE, FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE E ALTA FORMAZIONE

UOSD
INNOVAZIONE TECNOLOGICA NELL'ASSISTENZA E NELLA GESTIONE DEI DATI

UOSD
RICERCA INNOVAZIONE E CLINICAL TRIAL OFFICE

SPP

SUPPORTO E SEGRETERIA



TOTALE UO
 2 UOC
 1 UOS
 4 UOSD (1 Lombardia, 1 Calabria)

**DIPARTIMENTO STRUTTURALE
PERCORSI MEDICI**

M A R C H E	UOC CARDIOLOGIA/UTIC/TELEMEDICINA/CENTRO DI RICERCA PER LE MALATTIE CARDIOVASCOLARI DELL'ANZIANO	UOS ARITMOLOGIA CLINICA	CARDIOLOGIA* INTERVENTISTICA	
	UOC MEDICINA INTERNA	UOS PERCORSI PAZIENTI INFETTIVOLOGICI	UOS** GASTROENTEROLOGIA/ENDOSCOPIA	
		UOS** PRESA IN CARICO PAZIENTI INTERNISTICI COMPLESSI INTER POR		
	UOC PRONTO SOCCORSO	UOS OBI		
	UOC NEUROLOGIA/ CENTRO ALZHEIMER/STROKE UNIT/CENTRODI RICERCA PER LE PATOLOGIE NEUROLOGICHE DELL'ANZIANO	UOS NEUROFISIOLOGI A CLINICA	UOS PATOLOGIA NEURODEGENERATIVA	UOS PERCORSI PER LA DEMENTIA
	UOC PNEUMOLOGIA (COLLEGATA FUNZIONALMENTE al dipartimento geriatrico riabilitativo Fermo)			
	UOC NEFROLOGIA E DIALISI			
	UOSD MEDICINA GERIATRICA AD ALTA INTENSITA'			
UOSD PATOLOGIA GERIATRICA ONCOLOGICA				
		TOTALE UO	6 UOC	2 UOSD
			8 UOS	

*Funzione in prospettiva a valenza interdipartimentale, con incarico di struttura
** in revisione/ad esaurimento con l'attivazione del nuovo Ospedale dell'Aspio

**DIPARTIMENTO STRUTTURALE
PERCORSI CHIRURGICI**

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

* In revisione/ad esaurimento con il pensionamento del titolare

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

**M
A
R
C
H
E**

UOC GERIATRIA/CENTRO DI RICERCA PER L'INVECCHIAMENTO	UOS ACCETTAZIONE GERIATRICA*
UOC MEDICINA RIABILITATIVA	
UOC CENTRO STUDI E RICERCHE ECONOMICO SOCIALI PER L'INVECCHIAMENTO	
UOC CENTRO NEUROBIOLOGIA DELL'INVECCHIAMENTO (convenzione Università Politecnica delle Marche)	
UOC CENTRO TECNOLOGIE AVANZATE NELL'INVECCHIAMENTO	
UOSD RSR APPIGNANO	
UOSD DEGENZA POST ACUZIE RESIDENZA DORICA	
DIGNITY CARE**	
	TOTALE UO 5 UOC 2 UOSD 1 UOS

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

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

**DIPARTIMENTO STRUTTURALE
SERVIZI E TECNOLOGIE**

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

DIPARTIMENTO STRUTTURALE
GERIATRICO RIABILITATIVO AD INDIRIZZO CARDIONEURO RESPIRATORIO

M
A
R
C
H
E

UOC
GERIATRIA FERMO

UOSD
RECUPERO E RIABILITAZIONE FERMO

UOSD
CARDIOLOGIA RIABILITATIVA FERMO
(Funzionalmente collegata a UOC Cardiologia)

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

35

TOTALE UO

1 UOC (+1 UOC Funzionale)

2 UOSD

DIPARTIMENTO STRUTTURALE
DIPARTIMENTO GERIATRICO AD INDIRIZZO PNEUMOLOGICO

L
O
M
B
A
R
D
I
A

UOC
PNEUMOLOGIA/CENTRO DI RICERCA PATOLOGIE TORACO-POLMONARI

UOC
PNEUMOLOGIA RIABILITATIVA

UOSD
CARDIOLOGIA RIABILITATIVA

UOSD
LABORATORIO ANALISI CASATENOVO

UOSD
RADIOLOGIA CASATENOVO

UOS
CURE SUB ACUTI

TOTALE UO } 2 UOC
3 UOSD
1 UOS

45

**DIPARTIMENTO STRUTTURALE
DIPARTIMENTO GERIATRICO AD INDIRIZZO RIABILITATIVO**

**C
A
L
A
B
R
I
A**

**UOC
RIABILITAZIONE INTENSIVA**

**UOC
GERIATRIA/CENTRO DI RICERCA PER L'INVECCHIAMENTO COSENZA**

**UOS
TERAPIA DEL DOLORE E GESTIONE DEL DOLORE ANZIANO**

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

**UOSD
LABORATORIO ANALISI COSENZA**

**UOSD
CENTO DI BIOSTATISTICA ED EPIDEMIOLOGIA CLINICA GERIATRICA APPLICATA**

TOTALE UO } 3 UOC
2 UOSD
1 UOS

46

DIPARTIMENTO ATL

**UOC
DIREZIONE AMMINISTRATIVA PRESIDI INRCA**

**UOC
ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI**

**UOC
AMMINISTRAZIONE RISORSE UMANE**

**UOC
SERVIZIO TECNICO E PATRIMONIO**

**UOSD
AMMINISTRAZIONE E FINANZA**

**UOSD
SISTEMI INFORMATIVI E TECNOLOGIE INFORMATICHE E TELEMATICHE**

5.2.2 Le risorse umane

L'INRCA è una realtà a forte complessità gestionale proprio per l'ampia dispersione che la caratterizza seppur di non elevata dimensione, in cui le professionalità presenti ne costituiscono l'elemento caratterizzante.

La tabella seguente rappresenta le unità equivalenti impiegate nel corso del 2020.

	Anno 2020									
	Presidi Marche	POR Ancona	POR Fermo	PO Appignano e Residenza Dorica	Po Osimo	POR Casatenovo	POR Cosenza	Polo Scientifico e Tecnologico	Area Amministrativa di supporto	TOTALE INRCA
TOT - Totale Qualifiche	861,3	542,6	94,3	22,4	202,0	92,7	82,1	33,8	99,7	1.169,6
RS - Tot Ruolo Sanitario	674,2	432,7	72,5	14,9	154,1	54,8	65,4	20,3	15,1	829,9
SDM - Tot Dirigenza Sanitaria Medica	156,1	102,2	16,3	2,0	35,5	11,4	13,5	1,0	2,0	183,9
SDNM - Tot Dirigenza Sanitaria non Medica	19,7	15,7	1,0	-	3,0	1,0	1,0	7,9	7,0	36,6
SC - Tot Comparto Sanitario	498,5	314,8	55,2	12,9	115,5	42,3	51,0	11,4	6,1	609,3
RP - Tot Ruolo Professionale	-	-	-	-	-	-	-	-	2,5	2,5
PD - Tot Dirigenza Professionale	-	-	-	-	-	-	-	-	2,5	2,5
PC - Tot Comparto Professionale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
RT - Tot Ruolo Tecnico	163,0	91,4	20,3	6,5	44,8	28,9	11,9	6,0	17,0	226,8
TD - Tot Dirigenza Tecnico	1,0	-	1,0	-	-	-	-	4,0	3,0	8,0
TC - Tot Comparto Tecnico	162,0	91,4	19,3	6,5	44,8	28,9	11,9	2,0	14,0	218,8
RA - Tot Ruolo Amministrativo	24,1	18,5	1,5	1,0	3,2	9,0	4,8	7,5	65,0	110,4
AD - Tot Dirigenza Amministrativa	1,0	1,0	-	-	-	-	-	-	5,0	6,0
CA - Tot Comparto Amministrativo	23,1	17,5	1,5	1,0	3,2	9,0	4,8	7,5	60,0	104,4

39

	TOTALE INRCA delta UUEE 2020 -2019
TOT - Totale Qualifiche	28,9
RS - Tot Ruolo Sanitario	18,0
SDM - Tot Dirigenza Sanitaria Medica	- 1,8
SDNM - Tot Dirigenza Sanitaria non Medica	0,4
SC - Tot Comparto Sanitario	19,5
RP - Tot Ruolo Professionale	- 0,5
PD - Tot Dirigenza Professionale	- 0,5
PC - Tot Comparto Professionale	-
RT - Tot Ruolo Tecnico	7,0
TD - Tot Dirigenza Tecnico	- 0,6
TC - Tot Comparto Tecnico	7,5
RA - Tot Ruolo Amministrativo	4,4
AD - Tot Dirigenza Amministrativa	-
CA - Tot Comparto Amministrativo	4,4

in

Nella dinamica 2020 si osservano l'impossibilità, a causa degli stravolgimenti derivanti dall'emergenza pandemica, di proseguire nel recupero dotazionale avviato nel 2019. In effetti l'incremento è dovuto principalmente agli effetti del Covid e al personale della piramide di cui si parlerà sotto. Va comunque considerato che oltre al personale dipendente, si è proceduto all'utilizzo per l'emergenza Covid del personale impiegato con forme contrattuali (co.co.co. e liberi professionisti) che nell'ambito dell'Istituto è di solito utilizzato in considerazione della caratterizzazione scientifica dell'istituto. In questa logica si osserva infatti che per sua natura le ricerche finalizzate hanno una durata pluriennale ma in ogni caso difficilmente superiore ai 3 anni e

pertanto tali forme contrattuali risultano essere quelle più adeguate a tali attività. Nel corso del 2019 il totale delle persone impiegate con queste forme contrattuali è stata pari a oltre 40 unità.

Infine va considerato l'importantissimo risultato ottenuto con la stabilizzazione di 15 c.d. "piramidabili" nell'ambito della ricerca che ha consentito di superare un livello di precariato oramai protrattosi da diversi anni.

Sarà importante tener conto dell'invecchiamento degli organici, della femminilizzazione dei medici e dell'utilizzo crescente nel sistema pubblico delle inidoneità, dei part-time, delle assenze per malattia. L'attenzione dovrà pertanto essere portata verso nuove politiche del personale, riprogettazione e nuovi strumenti di gestione del personale, valutazione, carriere e retribuzione.

È in questa logica che si inserisce il discorso relativo al lavoro agile che dovrà trovare a breve, attraverso l'adozione del Piano Organizzativo Lavoro Agile, una sua dimensione stabile e strutturale al di là della fase emergenziale. Peraltro si segnala che sin dalla primissima fase emergenziale (periodo marzo-aprile 2020) ma anche in questa seconda fase (da ottobre 2020) l'Istituto ha favorito l'adozione del c.d. smart working per coloro che potevano usufruire di questo regime lavorativo. Ad oggi sono in questa situazione lavorativa, sia in maniera continuativa che in maniera parziale attraverso rotazioni settimanali all'interno delle diverse unità operative, 104 dipendenti dell'area ATL e PST su un totale complessivo potenziale di 133,5 unità equivalenti. Attraverso l'organizzazione appena descritta, tra le altre cose, si è riusciti a soddisfare anche i parametri richiesti dal Decreto del 19/10/2020 del Dipartimento della Funzione Pubblica.

La valorizzazione delle risorse umane e professionali assume comunque, nel perseguimento degli obiettivi del sistema INRCA, un ruolo particolarmente rilevante, finalizzata ad una valorizzazione dei vari profili e al miglioramento dell'organizzazione all'interno della quale le risorse stesse agiscono per migliorare i livelli di competenza e di responsabilizzazione di ognuno.

5.2.3 Il quadro economico

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

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

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

Il preconsuntivo 2020 che è alla base del triennio di riferimento 2020-2022 e che peraltro è stato sostanzialmente tradotto nel Bilancio Preventivo 2020 in quanto redatto a chiusura dell'esercizio 2020, risente pienamente di quanto detto sopra e dell'emergenza pandemica più volte citata.

Questo preconsuntivo va rapportato con la singola dinamica regionale, che è completamente diversa da Regione a Regione. Alla luce delle considerazioni sovraespresse, il bilancio è rappresentato in perdita che è interamente ascrivibile al sezionale della Regione Calabria. Tuttavia tale situazione va inserita nel processo transattivo già descritto, che riguarda sia il progresso che il

futuro del Presidio di Cosenza, e che tiene conto che la Regione Calabria interviene successivamente alla chiusura degli esercizi amministrativi con specifici decreti di ripiano perdite come avvenuto negli anni precedenti.

Il dato complessivo è comunque il seguente.

TOTALE INRCA					
COSTI PER PRINCIPALI FATTORI PRODUTTIVI	Bilancio Consuntivo anno 2019 in migliaia di €	Preconsuntivo anno 2020 in migliaia di €	VARIAZIONE 2020 su 2019		DI CUI COVID TOTALE
Personale dipendente e convenzionato	70.305	72.493	2.188	3,1%	3.786
Consumo beni sanitari e non sanitari	9.854	10.425	571	5,8%	1.015
Servizi di supporto (servizi appaltati, manutenzioni, godimento di beni, utenze)	15.135	14.471	- 664	-4,4%	723
Ammortamenti lordi	4.142	3.962	- 179	-4,3%	-
Servizi sanitari acquistati da pubblico e da privato	3.160	3.972	812	25,7%	12
Altro	8.319	6.368	- 1.951	-23,5%	332
TOTALE	110.914	111.691	777	0,7%	5.868
RICAVI			VARIAZIONE 2020 su 2019		
Prestazioni di Ricovero	44.283	31.577	- 12.705	-28,7%	-
Prestazioni ambulatoriali (compresi i ticket)	18.360	13.577	- 4.783	-26,1%	-
Contributi (da Ministero per ricerca e da Regioni)	37.511	58.351	20.841	55,6%	5.868
Altro	8.351	6.382	- 1.968	-23,6%	-
TOTALE	108.503	109.888	1.384	1,3%	5.868
PERDITA D'ESERCIZIO	- 2.410,7	- 1.803,82	607	-25,2%	

La situazione nel dettaglio si può sintetizzare come segue:

POR MARCHE					
COSTI PER PRINCIPALI FATTORI PRODUTTIVI	Bilancio Consuntivo anno 2019 in migliaia di €	Preconsuntivo anno 2020 in migliaia di €	VARIAZIONE 2020 su 2019		DI CUI COVID MARCHE
Personale dipendente e convenzionato	51.636	54.073	2.437	4,7%	3.523
Consumo beni sanitari e non sanitari	8.370	8.884	514	6,1%	990
Servizi di supporto (servizi appaltati, manutenzioni, godimento di beni, utenze)	11.535	11.224	- 311	-2,7%	721
Ammortamenti lordi	2.790	2.625	- 165	-5,9%	-
Servizi sanitari acquistati da pubblico e da privato	2.411	2.783	372	15,4%	12
Altro	9.387	9.411	25	0,3%	332
TOTALE	86.129	89.000	2.872	3,3%	5.579
RICAVI			VARIAZIONE 2020 su 2019		
Prestazioni di Ricovero e Residenziali	35.223	26.202	- 9.021	-25,6%	-
Prestazioni ambulatoriali (compresi i ticket)	15.618	11.603	- 4.015	-25,7%	-
Contributi (da Ministero per ricerca e da Regioni)	29.690	46.763	17.073	57,5%	5.579
Altro	5.599	4.433	- 1.166	-20,8%	-
TOTALE	86.129	89.000	2.872	3,3%	5.579
UTILE/ PERDITA D'ESERCIZIO			-	-	-

Il sezionale Marche fa riferimento al budget deliberato con la DGR n. 1703 del 31/12/2020: L.R. n. 13 del 20/06/2003 - Disposizioni agli Enti del SSR per la redazione del Bilancio Preventivo Economico 2020 e del Bilancio Pluriennale di Previsione 2020-2022. Con tale budget si copriranno tutti i costi sostenuti dai Por Marche nel corso del 2020 unitamente alla quota parte di attribuzione dei servizi di supporto. Si ricorda che in sede provvisoria, a dicembre 2019 per il 2020, la Regione Marche aveva assegnato un budget provvisorio con valori identici a quelli del 2019, e aveva definito una cifra indistinta per investimenti pari a 1,5 milione di €. Va da sé che le cifre a suo tempo ipotizzate sono state completamente stravolte dalla pandemia i cui costi emergenti saranno descritti nel sezionale specifico. Per comprendere l'impatto della pandemia sull'Istituto si consideri che nella c.d. prima ondata l'Istituto è arrivato ad attivare per l'emergenza covid fino a 60 posti letto nel Presidio di Ancona, di cui 10 semintensivi (su un totale complessivo di circa 160 posti letto normalmente attivi nel Presidio della Montagnola) e fino a 25 posti letto nel Presidio di Fermo (su un totale complessivo di circa 65 posti letto) e che ad oggi, nella c.d. seconda ondata, si stanno ancora gestendo complessivamente a livello ospedaliero tra Ancona e Fermo 40 pazienti covid (con un picco complessivo all'inizio di dicembre di quasi 70 pazienti tra Ancona e Fermo) ai quali vanno aggiunti i 35 pazienti covid in cura presso Residenza Dorica.

Dal confronto emerge chiaramente che il preconsuntivo 2020 è sconvolto dall'effetto Covid. Dal lato dei ricavi si osserva la drammatica diminuzione di attività già evidenziata e che ovviamente si trascina con sé la relativa diminuzione dei costi direttamente collegati ad essi quali consumo dei beni e costi dei servizi di supporto (almeno per una parte di questi ultimi). Tuttavia i costi dei consumi di beni e dei servizi di supporto sono invece complessivamente in incremento per effetto della pandemia Covid.

Dinamica estremamente particolare è poi quella del costo del Personale i cui valori vanno letti molto attentamente. In effetti si osserva un incremento dei costi pari a 2,4 milioni di € che però è interamente dovuto agli incrementi dei costi per il Covid che sono pari a 3,5 milioni di €. La diminuzione dei costi del personale dipendente e convenzionato pari a 1,1 milioni di € (2,4 – 3,5) è in realtà dovuta ai minori costi per libera professione (-700 mila €) e ai minori costi per personale infermieristico convenzionato (Residenza Dorica, -400 mila €) per il cambio della modalità di

acquisizione del servizio. Dunque nella sostanza non c'è una diminuzione dei costi del personale "non" covid tra il 2019 e il 2020.

Di sicuro però l'impegno Covid ha sostanzialmente impedito il proseguimento dell'attività di reclutamento del personale per il rafforzamento della dotazione organica che aveva trovato avvio e inizio dello sviluppo alla fine del 2019. Nello specifico, inoltre, l'incremento Covid per oltre 3,5 milioni di € comprende anche i maggiori costi riconosciuti al personale dipendente per indennità di servizio e premialità varie (DL 18 e DL 34) e per prestazioni aggiuntive (DL 104) per complessivi 1,9 milioni di € mentre le nuove acquisizioni per Covid, tra personale dipendente e a contratto, hanno assorbito una spesa pari a circa 1,6 milioni di €.

POR CASATENOVO					
COSTI PER PRINCIPALI FATTORI PRODUTTIVI	Bilancio Consuntivo anno 2019 in migliaia di €	Preconsuntivo anno 2020 in migliaia di €	VARIAZIONE 2020 su 2019		DI CUI COVID LOMBARDIA
Personale dipendente e convenzionato	4.979	5.173	193	3,9%	263
Consumo beni sanitari e non sanitari	691	787	96	14,0%	25
Servizi di supporto (servizi appaltati, manutenzioni, godimento di beni, utenze)	1.181	1.070	- 111	-9,4%	2
Ammortamenti lordi	614	614	0	0,0%	-
Servizi sanitari acquistati da pubblico e da privato	287	298	11	3,8%	-
Altro	757	754	- 3	-0,4%	-
TOTALE	8.509	8.696	187	2,2%	289
RICAVI			VARIAZIONE 2020 su 2019		
Prestazioni di Ricovero	5.297	3.625	- 1.671	-31,6%	-
Prestazioni ambulatoriali (compresi i ticket)	1.813	1.204	- 609	-33,6%	-
Contributi (da Ministero per ricerca e da Regioni)	266	2.891	2.626	988,7%	289
Altro	1.134	975	- 158	-14,0%	-
TOTALE	8.509	8.696	187	2,2%	289
PERDITA D'ESERCIZIO	-	0	0		

43

Il sezionale di Casatenovo fa riferimento ai valori dell'Assestamento recentissimamente decretato (Decreto di Assestamento n. 16480 del 24/12/2020). Questo Decreto recepisce per l'Istituto i valori complessivi che lo caratterizzano comprensivi dell'effetto Covid che ha inciso sia a livello di maggiori costi che, soprattutto, di diminuzione del valore della produzione. Si consideri infatti che l'emergenza pandemica ha avuto uno dei suoi epicentri nel territorio lecchese e questo ha sconvolto completamente l'attività dei Presidi Inrca. A Merate il reparto di pneumologia per acuti è diventato inevitabilmente un punto di riferimento fondamentale nell'emergenza Covid arrivando a stravolgere il proprio assetto e passando da 16 letti ordinari + 6 semintensivi a 22 letti tutti semintensivi. Questa cosa è accaduta sia nella prima ondata che nell'attuale seconda ondata, con l'aggiunta che nella prima ondata le professionalità del reparto di Merate sono state coinvolte per la gestione di pazienti Covid dell'intero Dipartimento Medico dell'Ospedale Mandic, a riprova della forte integrazione esistente con ATS e ASST di riferimento. Il Presidio di Casatenovo è stato a sua volta condizionato dall'emergenza poiché la situazione pandemica, nell'ambito della prima ondata, ha costretto prima a ridurre e poi a chiudere le attività di ricovero del Presidio al fine di garantire il rispetto dei parametri necessari al distanziamento e alla sicurezza dei servizi di supporto. L'Istituto si è immediatamente attivato per la realizzazione di lavori strutturali di adeguamento rispetto alle nuove esigenze derivanti dall'emergenza pandemica. Il riavvio delle attività è previsto per l'inizio del 2021, compatibilmente con il reclutamento di risorse infermieristiche oggi assorbite dall'attività interamente semintensiva del Presidio di Merate, come già detto in precedenza. Come indicato

sopra nell'ambito della normativa di riferimento la Regione Lombardia ha ripetutamente decretato al fine di "garantire" economicamente l'evoluzione delle attività in emergenza pandemica fino alla recentissima adozione del già citato Decreto n. 16480/2020.

POR COSENZA				
COSTI PER PRINCIPALI FATTORI PRODUTTIVI	Bilancio Consuntivo anno 2019 in migliaia di €	Preconsuntivo anno 2020 in migliaia di €	VARIAZIONE 2020 su 2019	
Personale dipendente e convenzionato	5.290	4.900	- 390	-7,4%
Consumo beni sanitari e non sanitari	568	518	- 50	-8,8%
Servizi di supporto (servizi appaltati, manutenzioni, godimento di beni, utenze)	1.015	860	- 156	-15,3%
Ammortamenti lordi	226	186	- 40	-17,8%
Servizi sanitari acquistati da pubblico e da privato	26	26	-	0,0%
Altro	940	869	- 71	-7,6%
TOTALE	8.065	7.358	- 708	-8,8%
RICAVI			VARIAZIONE 2020 su 2019	
Prestazioni di Ricovero	3.763	1.750	- 2.013	-53,5%
Prestazioni ambulatoriali (compresi i ticket)	929	770	- 159	-17,1%
Contributi (da Ministero per ricerca e da Regioni)	664	2.820	2.156	324,6%
Altro	298	214	- 84	-28,2%
TOTALE	5.655	5.554	- 101	-1,8%
			-	
PERDITA D'ESERCIZIO	- 2.411	- 1.804	607	-25,2%

44

il sezionale di Cosenza fa riferimento a quanto assegnato provvisoriamente per il 2020 dalla Regione Calabria in occasione dell'assegnazione definitiva per il bilancio 2019 (DCA 96/2020). Peraltro il deficit di tale sezionale rappresenta anche il disavanzo che caratterizza l'Inrca per l'esercizio 2020. Si evidenzia che la Previsione a chiudere 2020 prevede una situazione di perdita pari a 1,8 milioni di € in sostanziale diminuzione rispetto al consuntivo 2019. Le motivazioni sono tutte riconducibile ad una forte contrazione dei costi, per effetto essenzialmente di una notevole diminuzione nell'ambito del costo del personale (quasi - 400 mila €, circa - 8 uu. ee.) e per la forte diminuzione dei costi legati direttamente al valore della produzione (beni e servizi di supporto) stante la forte diminuzione dell'attività come conseguenza indiretta dell'emergenza Covid che ha impedito, nella prima fase dell'epidemia, l'erogazione dell'attività a causa del lockdown generalizzato e nella seconda fase ne ha comunque fortemente limitato l'entità erogata. La previsione 2020 ipotizza, in assenza di diverse indicazioni da parte della Regione Calabria di un complessivo livello di finanziamento pari a quello del consuntivo 2019 (come sommatoria del riconoscimento del valore della produzione e di contributi ulteriori). Per il 2021 è previsto un recupero della dotazione di personale attraverso l'acquisizione di figure specifiche funzionali al rilancio della struttura (dirigenti medici geriatri e fisioterapisti in primis). Infine, da un punto di vista istituzionale, vanno ricordate le recenti interlocuzioni con la Regione Calabria e la copertura, da parte di quest'ultima, della perdita dell'Istituto dell'anno 2018 (Decreto 13961 del 18/12/2020), come regolarmente accaduto negli ultimi anni, per le perdite degli altri esercizi precedenti.

Sempre in ambito di preconsuntivo 2020 va vista la politica degli investimenti attuati. Gli stessi sono stati suddivisi nella loro rappresentazione per Presidio di riferimento (Presidi Marche

comprensivi dell'Area di supporto scientifica e amministrativa, Por di Cosenza e Por di Casatenovo) e per il fatto che siano stati finanziati attraverso i fondi correnti (seppur autorizzati dal livello regionale) o, viceversa, se ci siano stati appositi finanziamenti per essi.

5.2.3.1 La Politica degli investimenti

Gli investimenti oggetto del piano triennale dei lavori riguardano tutti i presidi dell'Istituto nonché la dimensione dell'attività di ricerca e fanno riferimento ai lavori che hanno il proprio avvio nel corso del 2020 e che avranno esecuzione nel triennio. Inoltre fanno riferimento ai lavori di grossa entità. Stante la data di adozione dell'atto che lo trasforma in una sorta di preconsuntivo, inevitabilmente, a causa dell'emergenza pandemica, nessuno dei grossi lavori finanziati si sono potuti avviare e, vista la situazione ancora emergenziale, se ne prevede uno sviluppo maggiormente concentrato nel 2022, con uno scarso impatto nel 2021.

ALLEGATO I - SCHEDA A: PROGRAMMA TRIENNALE DELLE OPERE PUBBLICHE 2020/2022

I.R.C.C.S. I.N.R.C.A. – Istituto Nazionale di Riposo e Cura per Anziani

QUADRO DELLE RISORSE NECESSARIE ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGRAMMA

TIPOLOGIE RISORSE	Arco temporale di validità del programma			
	Disponibilità Finanziaria			Importo Totale
	Primo anno (2020)	Secondo anno (2021)	Terzo anno (2022)	
Risorse derivanti da entrate aventi destinazione vincolata per legge	0,00	848.500,01	1.480.076,05	2.328.576,06
Risorse derivanti da entrate acquisite mediante contrazione di mutuo	0,00	0,00	0,00	0,00
Risorse acquisite mediante apporti di capitali privati	0,00	0,00	0,00	0,00
Stanziamanti di bilancio	0,00	0,00	0,00	0,00
Finanziamenti acquisibili ai sensi dell'articolo 3 del D.L. n. 310/1990, convertito con modificazioni dalla L. n. 403/1990	0,00	0,00	0,00	0,00
Risorse derivanti da trasferimento di immobili ex art. 191 D.Lgs. n. 50/2016	0,00	0,00	0,00	0,00
Altra tipologia	0,00	134.657,90	107.898,74	242.556,63
Totale	0,00	983.157,90	1.587.974,79	2.571.132,69

ALLEGATO I – SCHEDA D: PROGRAMMA TRIENNALE DELLE OPERE PUBBLICHE 2020/2022

I.R.C.C.S. I.N.R.C.A. – Istituto Nazionale di Riposo e Cura per Anziani

ELENCO DEGLI INTERVENTI DEL PROGRAMMA

Numero intervento CUI	Cod. int. Amm.ne	Settore e sottosettore intervento	Descrizione dell'intervento	Livello di priorità	Stima dei costi dell'intervento									Intervento aggiunto o variato a seguito di modifica programma	
					Primo anno (2020)	Secondo anno (2021)	Terzo anno (2022)	Costi su annualità successive	Importo complessivo	Valore degli eventuali immobili di cui alla scheda C collegati all'intervento	Scadenza temporale ultima per l'utilizzo dell'eventuale finanziamento derivante da contrazione di mutuo	Apporto di capitale privato			
												Importo	tipologia		
Numero intervento CUI	Testo	Tabella D.2	Testo	Tabella D.3	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	data	0,00	Tabella D.4	Tabella D.5
00204480420201400001	1	05-30	POR ANCONA - ADEGUAMENTO ANTINCENDIO – Finanziamento di € 354.360,00, di cui € 336.642,00 pari al 95% a carico dello Stato ex art. 20 L.67/88 (Decreto dirigenziale Ministero della Salute del 08/01/2013 e successivo nulla osta dirigenziale Ministero della Salute per rimodulazione prof. n. 0017289-P-07/06/2016) ed € 17.718,00 quota finanziamento Inrca pari al 5% ex art. 20 L.67/88	1	0,00	250.000,00	104.360,00	0,00	354.360,00	17.718,00	-	-	-	-	no
00204480420201600002	2	05-30	POR ANCONA - REALIZZAZIONE EDIFICIO "VILLA PERSICHETTI" – Finanziamento di € 280.058,66, di cui € 266.055,73 pari al 95% a carico dello Stato ex art. 20 L. 67/88 ed € 14.002,93 quota finanziamento Inrca pari al 5% ex art. 20 L.67/88	1	0,00	0,00	280.058,66	0,00	280.058,66	14.002,93	-	-	-	-	no
00204480420201400002	3	05-30	TRASFERIMENTO POLO SCIENTIFICO TECNOLOGICO DA VIA BIRARELLI DI ANCONA AL POR ANCONA – Finanziamento di € 670.398,24, di cui € 636.878,33 pari al 95% a carico dello Stato ex art. 20 L. 67/88 (nulla osta Ministero della Salute del 29/10/2013 – rimodulazione D.M. 16/05/2006) ed € 33.519,91 quota finanziamento Inrca pari al 5% ex art. 20 L. 67/88	1	0,00	0,00	670.398,24	0,00	670.398,24	33.519,91	-	-	-	-	no
00204480420201200001	4	05-30	POR COSENZA - MISURE URGENTI DI ADEGUAMENTO SICUREZZA – Finanziamento di € 526.315,79, di cui € 500.000,00 pari al 95% a carico dello Stato ex art. 20 L. 67/88 ed € 26.315,79 quota finanziamento Inrca pari al 5% ex art.20 L.67/88	1	0,00	263.157,90	263.157,89	0,00	526.315,79	26.315,79	-	-	-	-	no
00204480420201200002	5	05-30	POR CASATENOVO - INTERVENTI PER ADEGUAMENTO LEGATO AL CPI – Finanziamento di € 300.000,00, di cui € 285.000,00 pari al 95% a carico dello Stato ex art. 20 L.67/88 (nota Ministero della Salute del 12/10/2012 – rimodulazione D.M. 16/05/2006) ed € 15.000,00 quota finanziamento Inrca pari al 5% ex art.20 L.67/88	1	0,00	200.000,00	100.000,00	0,00	300.000,00	15.000,00	-	-	-	-	no
00204480420201300001	6	05-30	POR CASATENOVO - INTERVENTI URGENTI LEGATI AL CPI ADEGUAMENTO IMPIANTI DI RISALITA - Finanziamento di € 320.000,00, di cui € 304.000,00 pari al 95% a carico dello Stato ex art. 20 L.67/88 (nota Ministero della Salute del 12/10/2012 – rimodulazione D.M. 16/05/2006) ed € 16.000,00 quota finanziamento Inrca pari al 5% ex art.20 L.67/88	1	0,00	180.000,00	140.000,00	0,00	320.000,00	16.000,00	-	-	-	-	no
00204480420201900001	8	05-30	POR FERMO - Ristrutturazione camera mortuaria	1	0,00	90.000,00	30.000,00	0,00	120.000,00	120.000,00	-	-	-	-	no
					0,00	983.157,90	1.587.974,79	0,00	2.571.132,69	242.556,63					

Di seguito si dà rappresentazione degli investimenti effettuati e/o da completare nel corso del 2020, suddivisi nella loro rappresentazione per Presidio di riferimento (Presidi Marche comprensivi dell'Area di supporto scientifica e amministrativa, Por di Cosenza e Por di Casatenovo) e per il fatto che siano stati finanziati attraverso i fondi correnti (seppur autorizzati dal livello regionale) o, viceversa, se ci siano stati appositi finanziamenti per essi.

La dinamica effettiva degli investimenti 2020 evidenzia situazioni particolari ed è ovviamente stata stravolta completamente dall'emergenza Covid, sia con riferimento alle attrezzature che soprattutto con riferimento ai lavori. I numeri rappresentati nella tabella riassuntiva per la Regione Marche evidenziano l'impatto notevolissimo dell'emergenza pandemica che ha avuto sia sui lavori, sia sugli acquisti di attrezzature che sugli acquisti dei mobili e arredi. Ciò ha ovviamente penalizzato le acquisizioni ordinarie ma la situazione emergenziale ha imposto una risposta immediata inevitabile. Dinamica simile per il Presidio di Casatenovo mentre per il Presidio di Cosenza ci sono stati solo interventi minimi miranti esclusivamente al mantenimento e alla sicurezza della struttura. Si segnala, infine, che mentre per Cosenza si utilizzano i finanziamenti di parte corrente, per Casatenovo le acquisizioni sono coperte dalle riserve derivanti da una importante donazione ricevuta da una paziente negli anni precedenti.

INVESTIMENTI DELL'ANNO 2020 PER FONTE DI FINANZIAMENTO Presidi Marche, Polo Scientifico, Amministrazione

Conto di riferimento investimento	Contributi in c/capitale finalizzati	Contributi in c/capitale indistinti	Altri contributi in c/capitale	Contributi per rimborso mutui	Finanziamenti per investimenti da rettifica contributi in c/esercizio - da Regione per quota F.S. regionale	Finanziamenti per investimenti da rettifica contributi in c/esercizio - altri contributi	Riserva donazioni e lasciti vincolati ad investimenti	Altre riserve	Riserve da plusvalenz e da reinvestire	Contributi da reinvestire	Riserve da utili di esercizio destinati ad investimenti	Altro (indicare)	Totale	Note
Investimenti Immobiliari	123.257				633.413								756.670	
Impianti e Macchinari		29.160											29.160	
Attrezzature Sanitarie	204.590	139.364			334.603								678.557	
Immobilizzazioni Immateriali					37.264								37.264	
Mobili e Arredi		54.758			138.478								193.236	
Automezzi e Ambulanze													-	
Altri Beni					216.442								216.442	
TOTALE	327.847	223.282	-	-	1.360.200	-	-	-	-	-	-	-	1.911.329	

INVESTIMENTI DELL'ANNO 2020 PER FONTE DI FINANZIAMENTO Presidio Casatenovo

Conto di riferimento investimento	Contributi in c/capitale finalizzati	Contributi in c/capitale indistinti	Altri contributi in c/capitale	Contributi per rimborso mutui	Finanziamenti per investimenti da rettifica contributi in c/esercizio - da Regione per quota F.S. regionale	Finanziamenti per investimenti da rettifica contributi in c/esercizio - altri contributi	Riserva donazioni e lasciti vincolati ad investimenti	Altre riserve	Riserve da plusvalenz e da reinvestire	Contributi da reinvestire	Riserve da utili di esercizio destinati ad investimenti	Altro (indicare)	Totale	Note
Investimenti Immobiliari													-	
Impianti e Macchinari													-	
Attrezzature Sanitarie							197.633						197.633	
Immobilizzazioni Immateriali													-	
Mobili e Arredi							2.271						2.271	
Automezzi e Ambulanze													-	
Altri Beni							4.660						4.660	
TOTALE	-	-	-	-	-	-	204,564	-	-	-	-	-	204,564	

DETTAGLIO INVESTIMENTI POR COSENZA

CATEGORIA DI CESPITE (D. LGS 118)	TIPOLOGIA FINANZIAMENTO INVESTIMENTO	DESCRIZIONE INVESTIMENTO	RIFERIMENTO NORMATIVO FONTE DI FINANZIAMENTO	IMPORTO INVESTIMENTO	ALIQUOTA % AMMORTAMENTO UTILIZZATA (INVESTIMENTI 2020)	VALORE AMMORTAMENTI (INVESTIMENTI 2020)	VALORE STERILIZZAZIONI (INVESTIMENTI 2020)	* NOTA: In caso di utilizzo di contributo in conto esercizio riportare l'atto rilasciato dalla Struttura Commissariale che AUTORIZZA l'Azienda ad effettuare l'investimento corredato della documentazione che giustifichi l'urgenza dell'investimento
				A	B	C = A * B	D	
IMPIANTI E MACCHINARI ADIBITI ALL'ATTIVITA' ISTITUZIONALE	Contributi in conto esercizio	SISTEMA ELIMINACODE		345,14	20%	69,028	69,03	
IMPIANTI E MACCHINARI ADIBITI ALL'ATTIVITA' ISTITUZIONALE	Contributi in conto esercizio	REGISTRATORE HOLTER		5.124,00	20%	1024,8	1.024,80	
				5.469,14		1.093,83	1093,828	

6 LA STRATEGIA E LE DIMENSIONI DELLE PERFORMANCE

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

51

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

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

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

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

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

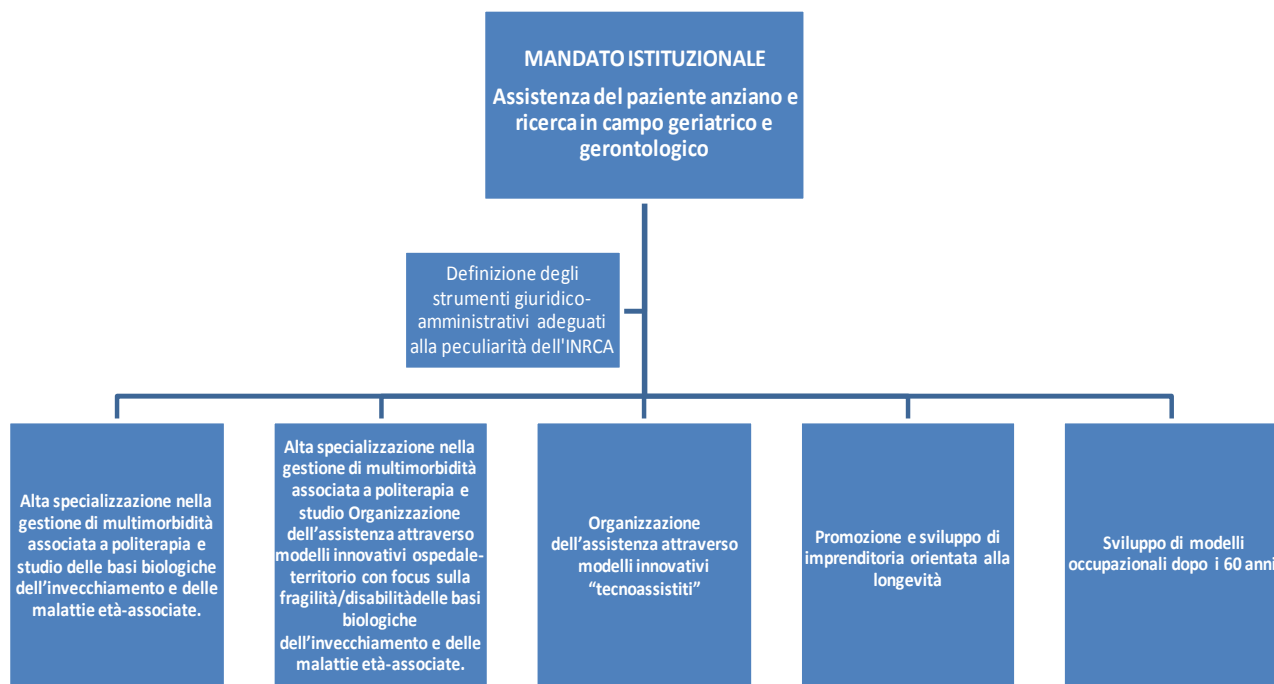
L'Istituto dovrà, inoltre, essere riferimento e modello per la cura della dignità, con approccio multidimensionale, rivolta al paziente geriatrico in fase di scompenso d'organo di "Dignity Care – Simultaneous & End of Life Palliative Care".

L'Istituto dovrà, inoltre, essere riferimento e modello per la cura della dignità, con approccio multidimensionale, rivolta al paziente geriatrico in fase di scompenso d'organo e, nei settori di sua competenza di cui sopra, riferimento regionale e nazionale per la popolazione e gli enti sanitari.

L'Istituto dovrà anche attivare percorsi di formazione finalizzati a supportare lo sviluppo di una nuova cultura in merito a strumenti quali la comunicazione, la Death Education e creare e stimolare percorsi di educazione per la comunità e i caregivers, con l'obiettivo di supportare "il processo del vivere & del morire", "la prevenzione & la longevità", "l'incontro/dialogo & lo scambio intergenerazionale".

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

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



6.2 *La dimensione strategico-operativa dell'Istituto*

In costanza di un quadro come sopra delineato, complesso ma sfidante, l'Istituto comunque ha l'opportunità di rivedere ed aggiornare le linee di indirizzo e riferimento, che dovranno caratterizzare l'azione direzionale e di attività nel corso del 2021. In particolare, oltre agli obiettivi qualitativi e quantitativi sopra delineati, l'Istituto dovrà avviare e/o implementare alcune azioni operative trasversali quali:

- l'avvio ed implementazione del nuovo regolamento di organizzazione approvato dalla Regione, che dovrà necessariamente passare nel corso dell'anno 2021 per alcuni percorsi definiti e precisamente:
 - o La revisione ed aggiornamento del regolamento di conferimento e revoca degli incarichi dirigenziali
 - o il ri-conferimento di tutti gli incarichi gestionali in base al nuovo organigramma
 - o Le elezioni dei comitati di dipartimento e la conseguente nomina dei direttori di dipartimento

- **lo sviluppo della alta specializzazione** nella gestione di multimorbilità associata a politerapia e studio delle basi biologiche dell'invecchiamento e delle malattie età-associate. I presidi dell'INRCA dovranno sviluppare sempre di più linee di attività ad alta specializzazione in grado di gestire in modo ottimale la multimorbilità e la polifarmacoterapia che sono elementi caratterizzanti il paziente geriatrico. Questo obiettivo potrà essere realizzato attraverso la valutazione multidimensionale e meccanismi di integrazione multidisciplinare e multi professionale.

- **la vocazione nazionale** attraverso il rafforzamento della dimensione multiregionale nel rispetto della storia dell'Istituto. L'impegno verso il superamento dei fattori critici, la valorizzazione della pluralità, la sinergia tra le peculiarità delle diverse sedi, permettono all'Istituto di proporsi come modello organizzativo nella cura e gestione del paziente anziano e nello studio delle problematiche legate all'invecchiamento.

- **la vocazione territoriale.** Tanto più alla luce del modificato assetto aziendale, con annessione di un ospedale di rete a forte vocazione e radicamento territoriale, l'Istituto deve divenire ancor più un punto di riferimento per la realtà regionale in termini di modelli innovativi di risposta ai bisogni della popolazione anziana e non. A questo riguardo diventa decisiva l'integrazione con i territori di riferimento, come quello della Val Musone e dell'area a sud di Ancona e quindi di tutto il Distretto di Ancona, nonché con quello con l'Area Vasta 4 per il Presidio di Fermo. Dinamiche simili dovranno riguardare anche i territori e le aree in cui insistono i Presidi di Casatenovo e di Cosenza.

- **l'implementazione e allo sviluppo dei rapporti interaziendali.** Le attività di cui al punto precedente dovranno trovare il naturale completamento con lo sviluppo dei percorsi, anche innovativi, già avviati che coinvolgono le altre aziende dei diversi sistemi regionali di riferimento. In questo ambito l'area amministrativa intesa in senso generale dovrà garantire il naturale e tempestivo supporto tecnico alle azioni e all'apertura che dovrà sempre più caratterizzare l'Istituto.

- **la revisione e lo sviluppo di modelli operativi ed organizzativi innovativi.** L'area della ricerca dovrà "accompagnare" il percorso di cui sopra attraverso la costruzione e la sperimentazione di modelli nei diversi ambiti (assistenza trial clinici, ricerca traslazionale, promozione del brand dell'Istituto) poggiando sulla capacità di costruire e sperimentare modelli assistenziali trasferibili sul territorio e sostenibili nel tempo;

- **la valorizzazione delle risorse umane e professionali:** nel perseguimento degli obiettivi del sistema INRCA un ruolo particolare lo mantiene la tematica della gestione delle risorse umane, che va finalizzata ad una valorizzazione dei vari profili e al miglioramento dell'organizzazione all'interno della quale le risorse stesse agiscono per migliorare i livelli di competenza e di responsabilizzazione;

- **il mantenimento e allo sviluppo dell'orientamento alla qualità e alla sicurezza:** è intrinseco alla natura di IRCCS la tensione verso il miglioramento continuo nella qualità attraverso lo sviluppo ulteriore del Sistema Gestione Qualità già attivo da anni all'interno dell'Istituto e attraverso la messa a regime del Sistema di Gestione del Rischio Clinico;
- **l'unicità aziendale** che deve essere implementata, come occasione per lo sviluppo di azioni sinergiche e di benchmarking e per la costruzione di reti assistenziali e di ricerca interpresidio.
- l'implementazione di tutte le azioni volte al rafforzamento dei percorsi di partecipazione attiva.
- **l'internazionalizzazione della ricerca biomedica** sia per valorizzare l'impegno scientifico dei ricercatori, sia per promuovere la cooperazione ed incrementare la competitività, sia per favorire scambi internazionali che prevedano la mobilità dei ricercatori anche con reclutamenti dall'estero
- la partecipazione alle reti IRCCS permette di raggiungere obiettivi di ricerca sempre più sfidanti attraverso la condivisione di risorse e l'armonizzazione delle procedure e dei percorsi in ambito scientifico
- la valorizzazione del core curriculum del personale di ricerca e di supporto il cui percorso è inserito nell'ambito della piramide
- La pianificazione dell'attività scientifica nella cornice delle linee di ricerca riconosciute dal Ministero della Salute

-
- 1 Meccanismi legati all'invecchiamento e approcci per favorire la vita in salute prevenendo e curando le malattie età-correlate;
 2. Invecchiamento in salute
 3. Trattamento del paziente anziano
 4. Innovazione nell'organizzazione ed erogazione di servizi e prestazioni socio-sanitari.
-

6.3 La dimensione della performance organizzativa

6.3.1 In ambito scientifico

Per il 2021 si ipotizzano le seguenti **attività operative dal punto di vista della ricerca scientifica**

MACROAREE	INDICATORI
<i>Produzione scientifica e relativa efficienza e impatto della produzione scientifica (55%)</i>	IFN – Citation Index Field – Weight Citation
	Produttività media ricercatore attivo
	Ricercatori/Pubblicazioni con 25% in ToP10 SCIVAL e con RAW DATA
<i>Capacità di attrarre risorse (10%)</i>	Finanziamenti Enti Pubblici Italiani ed Europei
	Finanziamenti da Fondazioni ed Enti Privati
<i>Attività assistenziale (20%)</i>	ICM
	ICP
	% dimessi fuori regione e n. dimessi Europa
	N. ricoveri primi 5 DRG coerenti con specialità d'Istituto

	% SDO in ricovero ordinario e riabilitativo (incluso campo rilevazione del dolore)
<i>Capacità di operare in rete (10%)</i>	N. Trials Clinici Interventistici Coordinatore e Centro Reclutamento attivi nell'anno e da non più di 5 anni
	N. Pazienti reclutati nell'anno per Trials Clinici Interventistici e in programmi multicentrici osservazionali
	N. pazienti reclutati nell'anno in programmi Controllo qualità
	N. Centri Assistenziali di riferimento Hub Regionale per patologia e relativo n. Pazienti
<i>Trasferimento tecnologico (5%)</i>	Valore economico dei brevetti ceduti/licenziati dall'IRCCS negli ultimi 3 anni
	N. di contratti in co-development stipulati

MACROAREE	INDICATORI
<i>Attività scientifica</i>	Incremento del valore dell'impact factor di Istituto
	Incremento della partecipazione a trial clinici profit
	Partecipazione a bandi di ricerca a progetto
	Sviluppo dell'attività scientifica personalizzato in base alle caratteristiche dei singoli Dipartimenti/POR d'Istituto
	Coinvolgimento del personale dell'ospedale INRCA di Osimo nell'attività scientifica nell'ottica di un futuro riconoscimento di Presidio Ospedaliero di Ricerca
<i>Operare in Rete</i>	Partecipazione a reti nazionali, internazionali ed europee
	Attività di coordinamento della rete degli IRCCS sull'invecchiamento
	Partecipazione alle reti IRCCS (neuroscienze, cardiovascolare, altro)
	Organizzazione e partecipazione a gruppi di lavoro multidisciplinari per l'implementazione delle attività previste nelle linee di ricerca dell'Istituto
	Promozione del Brand INRCA in Italia e all'estero
<i>Risorse umane</i>	Applicazione della "piramide ministeriale" con particolare attenzione al core curriculum del ricercatore e del personale a supporto della ricerca
	Valorizzazione del personale coinvolto nell'attività a progetto e nella produzione scientifica
<i>Formazione</i>	Formazione permanente del personale medico e di ricerca, incluso lo sviluppo di competenze relative alla implementazione dei risultati di ricerca e pratica clinica
	Formazione integrata del personale amministrativo e dei ricercatori sulla normativa IRCCS e sull'attività di ricerca a progetto, con particolare riferimento alla selezione del personale e all'acquisizione di beni e servizi
<i>Attrezzature/ Facilities</i>	Piani di attività scientifica per l'utilizzo delle attrezzature/facilities acquisite con fondi di ricerca in conto capitale
	Trasferimento tecnologico
	Sviluppo di idee di ricerca per l'utilizzo della Biobanca

6.3.2 In ambito Assistenziale

In una logica puramente strategica si osserva l'importanza dei temi sopra descritti che nel corso del 2021 dovranno caratterizzare l'Istituto con il contributo fattivo di tutte le UU.OO. potenzialmente interessate; in una logica più strettamente operativa dovranno essere considerati anche gli obiettivi sanitari nazionali / regionali che tipicamente caratterizzano il percorso di budget con la Regione Marche.

Nello specifico:

Obiettivi dell'Istituto

MACROAREE	INDICATORI
<i>Attività clinico assistenziali</i>	Potenziamento di attività di ricovero di eccellenza, outcome clinico-assistenziale, appropriatezza e attrattività intra e extraregionale
	Implementazione di PDTA come strumento per gestire la complessità clinico-assistenziale
	Implementazione del Piano Regionale Gestione Liste di attesa di ricovero
<i>Attività ambulatoriale</i>	Potenziamento Attività ambulatoriali di secondo e terzo livello
	Implementazione del Piano Regionale tempi di attesa ambulatoriali
<i>Modelli Assistenziali e di Ricerca</i>	Attività e progetti innovativi e di riferimento regionale e nazionale di tecnoassistenza in ambito regionale, a favore di pazienti fragili
	Percorsi di longevità attiva anche nell'ottica di sviluppo e utilizzo del laboratorio del movimento
	Implementazione del piano nazionale e regionale demenze nei diversi setting assistenziali anche attraverso lo sviluppo di servizi domiciliari realizzati grazie alla presenza e alla collaborazione di diverse figure professionali.
	Sviluppo del Piano Regionale Cronicità da sviluppare in conformità a quanto previsto dalla DGRM 1355/2017
	Palliazione a domicilio: collaborazione tra anestesista, infermieri e psicologi
	Implementazione del Progetto Reportage
<i>Organizzazione</i>	Implementazione del Programma Aziendale per la Sicurezza del Paziente e la Gestione del Rischio Clinico
	Mantenimento certificazione ISO e implementazione del nuovo sistema di gestione del rischio INRCA, secondo la norma ISO 9001-2015
	Sviluppo di percorsi integrati tra i Presidi di Ancona e Osimo

Obiettivi Sanitari Nazionali / Regionali

MACROAREE	INDICATORI
<i>Miglioramento qualità dei flussi informativi</i>	Analisi e monitoraggio del flusso di Emergenza-Urgenza
	Appropriatezza prescrittiva Farmacologica
	Corretto utilizzo dei Dispositivi medici
	Flusso informativo sui dati spesa sanitaria anno 2017
<i>Incremento della produzione</i>	NSIS di tutte le apparecchiature sanitarie

<i>Miglioramento della qualità clinica, appropriatezza ed efficienza</i>	Mortalità a 30 gg (infarto miocardico acuto, scompenso cardiaco congestizio, Ictus ischemico, BPCO riacutizzat, Int. TM colon)
	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e non
	Chiusura SDO entro 5 giorni dalla data della dimissione
	Riduzione esami interni di laboratorio e di radiologia
	Analisi, monitoraggio delle sedute operatorie e corretta tenuta dei registri di prenotazioni
	Trattamento riabilitativo pavimento pelvico e pazienti con Parkinson
	Appropriatezza utilizzo Nutrizione Artificiale
	Incremento della complessità dei ricoveri chirurgici in regime ordinario e potenziamento di DRG specifici
	% pazienti sottoposti ad intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni e proporzione di interventi annui eseguiti > 90
	% Ricoveri in DH medico diagnostici/ricoveri in DH medico
	% ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari
	% DRG Medici da reparti chirurgici
	% Ricoveri medici oltresoglia >65 anni
	Degenza media pre-operatoria
	Proporzione di ricoveri per infarto miocardico acuto eseguiti in stabilimenti ospedalieri con volumi >100 casi annui
	Proporzione di ricoveri per PTCA eseguiti in stabilimenti ospedalieri con volumi > 250 casi annui
	% di IMA trattati con PTCA entro 2 gg
% pazienti con ictus ischemico sottoposti a trombolisi e.v.	
<i>Appropriatezza e controllo della spesa farmaceutica ospedaliera</i>	Appropriatezza prescrittiva antibiotici

6.3.3 Nell'ambito dei Processi Interni Di Supporto

Nel corso del 2021 continuerà l'impegno della Direzione Amministrativa volto da una parte al consolidamento del percorso di deleghe verso i livelli dirigenziali attraverso i quali si è inteso rafforzare il principio di separazione tra funzioni di programmazione - indirizzo - controllo e funzioni di gestione, al fine di garantire il decentramento operativo e gestionale, in applicazione della normativa vigente e dall'altra parte allo sviluppo e miglioramento dei processi di integrazione dei servizi amministrativi, tecnici e logistici a supporto delle aree produttive clinico assistenziali e di ricerca, ancor di più in considerazione dell'emergenza pandemica e della particolare articolazione dell'Istituto.

La sottostante macro area Attività amministrative generali fa riferimento a tutte le unità operative del supporto tecnico amministrativo, mentre poi specificatamente si individuano alcuni focus specifici ulteriori, comunque non esaustivi.

58

MACROAREE	INDICATORI
<i>Attività amministrative generali</i>	Applicazione del nuovo atto aziendale attraverso l'avvio e la conclusione di tutti i percorsi e di tutte le attività derivanti da tale attuazione
	Attuazione del dettato normativo relativo all'introduzione del sistema Nodo Smistamento Ordini anche per l'acquisto dei servizi e realizzazione di un percorso unitario aziendale
	Rivisitazione e aggiornamento di tutti i PAC esistenti in considerazione dei feedback relativi alla loro prima applicazione
	Miglioramento dei percorsi amministrativi interni nella formulazione e adozione delle determinazioni Direzionali e dirigenziali
	Implementazione del nuovo Sistema Informativo Aziendale di tutta l'area amministrativa, compresa l'area personale
	Avvio e monitoraggio del Piano Organizzativo Lavoro Agile anche ai sensi delle recenti Linee Guida sul tema emanate dal DFP
	Sviluppo della Telemedicina per pazienti Covid
	Sviluppo del Cruscotto aziendale, sia a livello direzionale che di staff
	Sviluppo delle attività e degli obiettivi previsti dal Piano triennale per la prevenzione della corruzione (art. 44 d.lgs. 33/2013)
	Sviluppo delle attività e degli obiettivi derivanti dalle diverse normative indicati nell'ambito dello SMIVAP 2021 in corso di adozione
<i>Risorse umane</i>	Applicazione della disciplina e dei contratti di lavoro recentemente siglati e/o aggiornati (CCNL della Dirigenza PTA e del personale della Ricerca)
<i>Sistemi Informativi</i>	Sviluppo e miglioramento del sistema informativo sanitario
<i>Patrimonio e Lavori</i>	Gestione del patrimonio mobiliare e immobiliare con costante e immediato aggiornamento dello stesso anche in ambito dei sistemi informativi aziendali
	Aggiornamento costante e in tempo reale delle attività manutentive, ordinarie e straordinarie, poste in essere nel corso dell'esercizio.
<i>Logistica</i>	Riorganizzazione dei magazzini economici e farmaceutici rispetto alle criticità evidenziate nel 2018 e 2019 e in considerazione del PAC relativo recentemente aggiornato
<i>Formazione</i>	Rafforzamento della attività operative di supporto nella realizzazione dei percorsi formativi promossi e realizzati dalle varie uu.oo. aziendali, ricerca sul mercato di

	soluzioni innovative e/o alternative per contenuto e modalità di svolgimento dei corsi
<i>Acquisizioni e Lavori</i>	Rispetto della programmazione e della tempistica sia per gli appalti di lavoro che per gli appalti per l'acquisizione di beni e servizi.
<i>Convenzioni e Contratti</i>	Attenzione sulla modalità di redazione di convenzioni con altre PP.AA. e della gestione delle stesse con individuazione del soggetto responsabile, nel rispetto delle tempistiche contrattuali e delle esigenze gestionali aziendali anche attraverso specifiche e tempestive reportistiche direzionali.
<i>DAPO</i>	Riorganizzazione della gestione delle sedi in attuazione del nuovo atto aziendale

6.4 La dimensione della Performance Individuale

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

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

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

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

60

6.5 Fasi e Tempi del Budget 2021

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

Il calendario del budget 2021 è il seguente:

25 gennaio 2021: invio delle linee guida del budget

1 febbraio 2021: adozione Piano della Performance

Entro il 10 febbraio 2021: Presentazione delle proposte da parte delle UUOO / Dipartimenti;

Entro fine febbraio 2021: Analisi delle proposte presentate

Entro 20 marzo 2021: negoziazione finale e sottoscrizione obiettivi di budget 2021.

Fino alla conclusione del percorso di budget 2021 va inteso che per ciascuna unità operativa gli obiettivi quantitativi di riferimento (sia di costo che di attività) devono essere considerati pari a quelli del 2019, ovviamente riproporzionati in base al periodo temporale di riferimento.

Per quanto concerne i progetti direzionali gli stessi seguiranno le stesse tempistiche del budget appena descritte pur con una modalità di assegnazione diversa (top down). Per le Risorse Aggiuntive regionali, che riguardano unicamente la Regione Lombardia si rimanda alle tempistiche che saranno indicate dalla Determina regionale di riferimento.

7 IL SISTEMA DELLE COERENZE

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

Di seguito si rappresenterà le diverse dimensioni.

7.1 *La coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Il Responsabile per la Prevenzione e la Trasparenza (RPCT) effettua il monitoraggio della sezione Amministrazione Trasparente, avvale, se necessario, del supporto dei Sistemi Informativi e coinvolgendo i referenti e i dirigenti delle strutture competenti alla pubblicazione dei dati ed evidenziando le eventuali anomalie.

Ai sensi dell'art.43 c.5 del D.lgs. n.33/2013, gli eventuali casi gravi di inadempienza degli obblighi in materia di pubblicazione, se non opportunamente sanati, sono comunicati all'UPD e all'OIV ai fini dell'attivazione delle altre eventuali forme di responsabilità.

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

AREA DI PERFORMANCE STRATEGICA DI RIFERIMENTO	AZIONE E INTERVENTI DELLA DIMENSIONE	INDICATORI E TARGET DI RIFERIMENTO	Riferimento al PTPCT 2020-2022
Coerenza con il Piano Triennale per la Trasparenza e la Prevenzione della Corruzione	Pubblicazione dati titolari di incarichi i organi di indirizzo politico – Consiglio di Indirizzo e Verifica	100% dei dati pubblicati e aggiornati	Misura specifica – Allegato 7 del PTPCT
Coerenza con il Piano Triennale per la Trasparenza e la Prevenzione della Corruzione	Pubblicazione dei tempi di attesa previsti e dei tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione soggetta a monitoraggio (PNGLA 2019-2021)	100% dei dati pubblicati e aggiornati entro il 20 del mese successivo	Misura specifica – Allegato 7 del PTPCT
Coerenza con il Piano Triennale per la Trasparenza e la Prevenzione della Corruzione	Prevenzione delle situazioni di conflitto di interesse	Revisione del regolamento e della procedura per l'autorizzazione degli incarichi extra istituzionali e implementazione di un database unico degli interessi esterni dei professionisti	Misura specifica – Allegato 4 del PTPCT
Coerenza con il Piano Triennale per la Trasparenza e la Prevenzione della Corruzione	Presenza nel fascicolo dei dirigenti titolari di incarico della dichiarazione sull'insussistenza di cause di inconferibilità e della dichiarazione annuale di assenza di cause di incompatibilità	controllo su un campione significativo, selezionato con metodi di estrazione casuale e pari ad almeno il 50% del totale degli incarichi dirigenziali. valore dell'indicatore 100%	Misura generale – PTPCT par.6.4
Coerenza con il Piano Triennale per la Trasparenza e la Prevenzione della Corruzione	Presenza della dichiarazione sull'insussistenza di conflitto di interesse tale da determinare l'inconferibilità dell'incarico per i membri di commissioni di gara, anche con compiti di segreteria.	controllo su un campione significativo, selezionato con metodi di estrazione casuale e pari ad almeno il 30% del totale dei provvedimenti di nomina di commissioni di gara. valore dell'indicatore 100%	Misura generale – PTPCT par.6.4

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

L'istituto con la Dgen 278/2017 ha adottato il Piano triennale per le azioni Positive (PTAP) per il triennio 2017-2019. Con tale atto si intendeva promuovere l'adozione di una serie di misure in materia di pari opportunità quali:

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

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

Nello specifico il piano individua i seguenti obiettivi generali:

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

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

la rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi anche attraverso modalità interattive;

lo sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti e i destinatari dei servizi, anche attraverso lo sviluppo di forme di partecipazione e collaborazione;

il raggiungimento degli obiettivi di promozione delle pari opportunità.

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

I cittadini, anche in forma associata, partecipano al processo di misurazione delle performance organizzative, anche comunicando direttamente all'Organismo indipendente di valutazione il proprio grado di soddisfazione per le attività e per i servizi erogati, secondo le modalità stabilite dallo stesso Organismo.

Ciascuna amministrazione adotta sistemi di rilevazione del grado di soddisfazione degli utenti e dei cittadini in relazione alle attività e ai servizi erogati, favorendo ogni più ampia forma di partecipazione e collaborazione dei destinatari dei servizi, secondo quanto stabilito dall'articolo 8, comma 1, lettere c) ed e).

Gli utenti interni alle amministrazioni partecipano al processo di misurazione delle performance organizzative in relazione ai servizi strumentali e di supporto secondo le modalità individuate dall'Organismo indipendente di valutazione.

□ I risultati della rilevazione del grado di soddisfazione dei soggetti di cui ai commi da 1 a 3 sono pubblicati, con cadenza annuale, sul sito dell'amministrazione.

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

La logica **la rilevazione della soddisfazione dei cittadini / utenti** del servizio sanitario nazionale è un'attività fondamentale per migliorare le performance delle organizzazioni sanitarie in riferimento alla qualità delle prestazioni erogate e fornisce indicazioni operative utili per implementare azioni tese al miglioramento continuo delle prestazioni.

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

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

Alla luce delle esperienze sopra descritte e in considerazione anche dalle attività svolte in tale tematica dal Comitato di Partecipazione e dal ruolo svolto dal Tavolo Regionale per il monitoraggio dell'attuazione del Piano regionale di Governo delle Liste D'Attesa l'Istituto intende avviare gradualmente un proprio modello di valutazione partecipativa così orientato.

65

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

		all'organizzazione complessiva dei servizi erogati e alla gestione dei tempi di attesa.
	Direzione Amministrativa di Presidio	Soggetto aziendale deputato al supporto tecnico logistico legato all'organizzazione dei servizi erogati.
	UO Formazione e Comunicazione	Soggetto responsabile del processo di valutazione partecipativa visto il ruolo di gestione e interlocuzione con le diverse organizzazioni rappresentati della popolazione
MODALITA' DI REALIZZAZIONE DELLA VALUTAZIONE PARTECIPATIVA	Attuazione del tavolo regionale con una valenza consultiva – operativa, di confronto tra le diverse parti coinvolte, posto alla valutazione dell'attuazione delle azioni di governo previste per la gestione delle liste di attesa in base ai dati disponibili a livello regionale.	Il tavolo regionale attua le sue analisi secondo i criteri definiti dal Decreto 5/ATS 2019 e utilizzando i dati mensilmente rappresentati nelle apposite sezioni dei diversi siti aziendali
UTILIZZO DEL "RITORNO" DELLA VALUTAZIONE PARTECIPATIVA	Il tavolo di analisi ha tra i suoi compiti l'individuazione di possibili interventi correttivi al fine di dare piena attuazione alle azioni di governo previste per la gestione delle liste di attesa, nonché la costruzione e l'implementazione di strategie informative rivolte alla popolazione	
RIFLESSI SULLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA	I "ritorni" sopra descritti troveranno riflesso nell'ambito della performance organizzativa attraverso l'assegnazione di obiettivi di budget diversificati a seconda delle UU.OO. A puro titolo di esempio obiettivi di incremento e/o diversificazione delle attività ambulatoriali alle UU.OO. erogatrici di servizi, obiettivi di modifica dell'organizzazione delle attività alla DMPO e alla DAPO per il suo ruolo di supporto, obiettivi di attività di comunicazione e diffusione alla popolazione	
STRUMENTI E METODI ADOTTATI	Tra gli strumenti adottati si segnala: - Il tavolo di monitoraggio regionale con cadenza infrannuale - Periodici incontri aziendali tra i	

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