



Istituto
di Ricovero
e Cura
a Carattere
Scientifico

HEALTH
AND SCIENCE
ON AGING

BILANCIO
Sociale
2016



INRCA
Bilancio Sociale
2016

Guida alla lettura

Attraverso il Bilancio Sociale l'IRCCS INRCA rendiconta alla comunità le iniziative svolte, i servizi erogati e gli obiettivi che hanno guidato tutte le attività attuate nell'anno 2015. I processi e le decisioni implementate, in particolare, sono rispondenti ai contenuti dei documenti programmatici in vigore ed agli spunti, operativi e strategici, risultanti dal coinvolgimento attuato.

La struttura del presente documento è stata rivisitata ponendo in evidenza il valore creato nei settori che rispecchiano le aspettative e i fabbisogni delle diverse categorie di Stakeholder.

Lo scopo è fornire una lettura degli obiettivi stabiliti, delle azioni attuate e risultati ottenuti per i principali ambiti di intervento dell'IRCCS INRCA.

Mediante descrizione di informazioni, di natura finanziaria e non, di tipo sociale, ambientale ed economico si pongono in luce gli impatti che le erogazioni e i servizi forniti hanno sul territorio. Il documento di Bilancio Sociale costituisce un pacchetto informativo integrato nel rispetto delle normative di settore, improntato alla trasparenza.

La definizione del documento intende rispondere all'esigenza di garantire il raggiungimento delle seguenti finalità:

- offrire agli stakeholder informazioni adeguate, attendibili e controllabili tali da consentire loro di formarsi un giudizio motivato sul comportamento complessivo dell'Istituto;
- sviluppare il dialogo fra l'INRCA e gli stakeholder;
- promuovere all'interno dell'Istituto il senso di responsabilità sociale;
- contribuire al miglioramento continuo dei rapporti fra l'INRCA e gli stakeholder.

Il processo di redazione del Bilancio Sociale non si esaurisce quindi con la pubblicazione e la diffusione del documento all'esterno. Successivamente alla pubblicazione del bilancio sarà valutato l'impatto del documento insieme agli stakeholder per verificare i contenuti e la funzionalità degli obiettivi. La valutazione avverrà attraverso focus group con gli stakeholder, che avranno la possibilità di suggerire alcuni spunti di miglioramento.

Questo documento infatti è al contempo punto di arrivo di un lavoro lungo ed impegnativo e punto di partenza per una sempre più efficace azione di comunicazione e di interazione con gli stakeholder nella convinta consapevolezza del ruolo "sociale" dell'INRCA.



Indice

Nota Metodologica

Presentazione

1° Parte - Identità dell'IRCCS INRCA	pag. 3
Sedi INRCA	4
L'IRCCS INRCA e la sua storia	5
Vision e Mission	6
Valori	7
Strategie e Obiettivi	8
Sistema di Governance	9
Gli organi Istituzionali collegiali e di consultazione	10
L'assetto Organizzativo	10
Il Contesto di Riferimento	12
Il Contesto Demografico in Europa	12
Il Contesto Demografico in Italia e nelle Regioni in cui l'INRCA è presente con un suo Presidio	13
Lo scenario Demografico	13
Focus: La malattia di Alzheimer nel mondo e in Italia	19
Politiche di Gestione	21
Mappa degli Stakeholders	28
Altre Iniziative e Riconoscimenti	33
Risorse Umane e Tecnologiche	36
2° Parte - Relazione sociale	pag. 43
Caratteristiche della popolazione assistita	43
I Servizi offerti: un quadro di insieme	44
Attività semi-residenziale	45
Attività residenziale	45
L'INRCA e l'integrazione con il territorio	46
Modelli e percorsi gestionali	51
Alcuni dati di sintesi	55
Presidio Ospedaliero di Ricerca di Ancona	55
Presidio Ospedaliero di Ricerca di Fermo	56
Presidio Ospedaliero di Ricerca di Casatenovo	57
Presidio Ospedaliero di Ricerca di Cosenza	58
Il governo dei tempi di attesa dell'INRCA in linea con le direttive regionali	59
Assistenza ambulatoriale	59
Rischio clinico	63
Dialogo con i pazienti	67
Ufficio Relazioni con il Pubblico	67
Soddisfazione dell'utente	70
Il portale internet	76
Social media	77
Testate nazionali e regionali	77
Comitato di Partecipazione ed Associazioni	81
I collaboratori	83
Promozione del Benessere dei lavoratori	83
La formazione	88
Sicurezza e salute dei dipendenti	91
La valutazione ed il sistema premiante	92
Il personale e le relazioni sindacali	93
Alcuni dati sui procedimenti disciplinari	94
La ricerca	96
I risultati dell'attività di ricerca	97

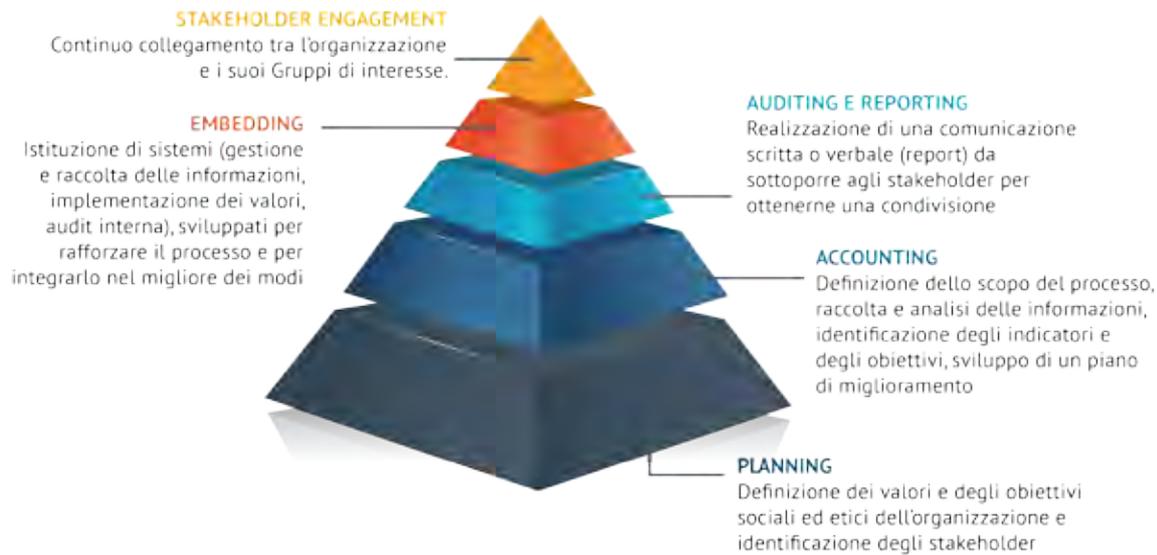


La progettualità scientifica	pag. 98
La produzione scientifica	101
L'attività di studio e sperimentazione clinica	103
Integrazione tra l'attività scientifica e sistema qualità	104
Servizi di supporto alla ricerca	106
Il finanziamento della ricerca	107
3° Parte - Impatto ambientale	pag. 111
Politiche di Smaltimento dei Rifiuti	111
Le politiche di risparmio energetico	113
4° Parte - Produzione e distribuzione di valore aggiunto	pag. 117
La rappresentazione economica dell'INRCA	117
La rappresentazione dell'INRCA per livelli assistenziali	118
La rappresentazione patrimoniale dell'INRCA	125
5° Obiettivi di Miglioramento	pag. 129
Appendice	pag. 131
Contesto Legislativo	131
Glossario	135



Nota metodologica

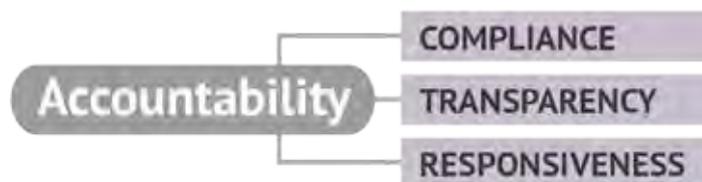
Come per il Bilancio 2015, anche il Bilancio Sociale 2016 dell'IRCCS INCA è stato predisposto in conformità allo standard AA1000 (AccountAbility 1000). Lo standard AA1000 costituisce una linea guida elaborata, nel 1999, dall'International Council of the Institute of Social and Ethical AccountAbility, con la finalità di migliorare la performance e il bilancio di un'organizzazione attraverso un processo sistematico di coinvolgimento degli stakeholder e di assicurare la credibilità e l'autorevolezza del bilancio stesso. Lo standard definisce le seguenti fasi dell'intero processo di accountability.



L'intero processo è governato dal principio di "accountability", il quale richiama il modo in cui un'organizzazione governa, pianifica la strategia e gestisce la propria performance e richiede:

- **trasparenza:** capacità di "rendere conto" agli stakeholder
- **rispondenza:** capacità di dare risposta alle aspettative degli stakeholder
- **conformità:** alle norme di legge, agli standard, ai codici, ai principi, alle politiche e altri regolamenti volontari.

Fonte AA1000 (1999)



Il rispetto di tali dettati richiede il rispetto di altri tre postulati, uno dei quali l'inclusività è fondante degli altri due (contenuti nelle linee operative AA1000ASP AccountAbility Principles, 2008).

Inclusività

Favorire la partecipazione (a tutti i livelli) degli stakeholder allo sviluppo e al raggiungimento di una risposta responsabile e strategica alla sostenibilità.

Rispondenza

È la risposta di un'organizzazione ai temi sollevati dagli stakeholder e che hanno a che fare con la propria performance e si realizza attraverso decisioni, azioni, risultati, nonché attività di comunicazione con gli stakeholder.

Materialità

Determinare la rilevanza e la significatività di un tema (che attiene al proprio core business e/o richiede una comprensione bilanciata) in termini di influenza sulle decisioni, azioni e performance di un'organizzazione o dei suoi stakeholder.



Il processo di dialogo con i portatori di interesse è stato svolto dall'IRCCS INRCA mediante interviste, questionari, incontri, relazioni. Detti strumenti sono stati predisposti e attuati nel rispetto delle linee operative contenute nell' AccountAbility 1000 Stakeholder Engagement Standard (AA 1000SES, 2005) - elaborate dallo stesso ente - finalizzate a fornire un framework per la progettazione, implementazione, valutazione e verifica della qualità del processo di coinvolgimento e guidare l'organizzazione nella sua definizione. In particolare l'attività di coinvolgimento ha seguito le fasi indicate in figura.

Per la struttura del documento sono stati presi in considerazione, tra gli standard elaborati a livello nazionale e internazionale, quelli sui quali converge il maggiore consenso da parte della comunità accademica e professionale, come è confermato dalla loro più ampia diffusione nella prassi operativa.

Si tratta, in particolare, del modello elaborato a livello nazionale dal Gruppo Bilancio Sociale - (GBS) che ha prodotto delle linee guida generali per la redazione del Bilancio Sociale e linee guida specifiche per il settore pubblico.



Il Bilancio Sociale è articolato in cinque parti:

- **Identità dell'Istituto:** descrive l'assetto istituzionale, i valori di riferimento, la mission, le strategie e le politiche. Fa riferimento ai valori e ai principi che orientano le attività dell'Istituto, che si riflettono sul modo di essere, dalla scelta degli obiettivi al modo di realizzarli, al rapporto con gli stakeholder.
- **Relazione sociale:** descrive i risultati quantitativi e qualitativi delle attività dell'Istituto in ordine all'area sanitaria e alla ricerca. Inoltre pone particolare attenzione alle principali categorie di stakeholder: le risorse umane, gli utenti, le associazioni, i fornitori, l'ambiente.
- **Impatto ambientale:** descrive i risultati aziendali rispetto alle informazioni ambientali che raccontano l'impatto dell'IRCCS INRCA e delle sue strategie sullo sviluppo sostenibile.
- **Produzione e distribuzione del valore aggiunto:** è dedicata ad ancorare il bilancio sociale ai dati contabili. Il parametro del valore aggiunto misura il beneficio prodotto dall'INRCA nelle proprie attività con riferimento agli interlocutori (stakeholder) che partecipano alla sua distribuzione sotto forma di beni e servizi offerti.
- **Obiettivi di miglioramento:** introduce le prospettive di miglioramento nonché le linee programmatiche per il futuro.



Per la comprensione dei termini tecnici utilizzati nel testo si rimanda alla consultazione del glossario.



Presentazione

L'INRCA presenta il 3° Bilancio sociale dell'Istituto anno 2016.

I dati riguardanti le persone di maggiore età nel mondo, in Italia e, soprattutto, a diretto contatto del nostro Istituto, permettono non solo di rendersi conto della vastità e della complessità della popolazione coinvolta, ma, soprattutto, chiamano ad un impegno capace di dare risposte di benessere alle persone che a noi si rivolgono.

Per garantire una vita sana sono necessarie condizioni sociali complesse: l'ambiente, la famiglia, la cultura, l'impegno sociale, la salute, in ultima analisi, l'utilità per sé e per gli altri.

Al nostro Istituto spetta il compito più delicato: dare risposte, nel momento della fragilità, derivanti da paure, sintomi di malattie, malattie vere e proprie e infine - inutile nascondere - il termine della vita. L'INRCA lo fa con impegno, professionalità e umanità: per questo sono da ringraziare tutti coloro che, nelle proprie funzioni, hanno operato ed operano per il raggiungimento della mission.

Il ringraziamento va a quanti hanno stima e fiducia dell'INRCA: ai pazienti e alle loro famiglie, agli amici dell'Istituto e a quanti hanno dato sostegno.

La Direzione Strategica INRCA

1^a
parte

**Identità
dell'INRCA**





1^a parte

Identità dell'IRCCS INRCA

L'INRCA - Istituto Nazionale di Ricovero e Cura per Anziani è l'unico IRCCS nel panorama nazionale che si caratterizza per la vocazione esclusivamente geriatrica e per la particolare dimensione territoriale.

Ospedali	4
Residenza Sanitaria Medicalizzata	1
Polo Scientifico Tecnologico	1
Posti letto accreditati	392
Dimessi Degenza Ordinaria	8697
Dimessi Day Hospital	1202
Età media pazienti (anni)	77

Unico IRCCS in Italia dedicato alla geriatria e alla gerontologia

Fonte dati: elaborazione interna



Particolare dell'edificio "Villa Gusso"
sede dell'Amministrazione Centrale - Ancona





Sedi INRCA

Regione Marche

Presidio Ospedaliero di Ricerca Ancona

Via della Montagnola 81, 60127 ANCONA • Tel. 071 8001

Polo Scientifico Tecnologico

Via Birarelli 8, 60121 ANCONA • Tel. 071 8004332

Presidio Ospedaliero di Ricerca Fermo

Contrada Mossa, 63023 FERMO (FM) • Tel. 0734 2311

Residenza Sanitaria Riabilitativa

c/o Ospedale di Treia, Piazza Leopardi 2, 62010 TREIA (MC) • Tel 071 800 3258

Regione Lombardia

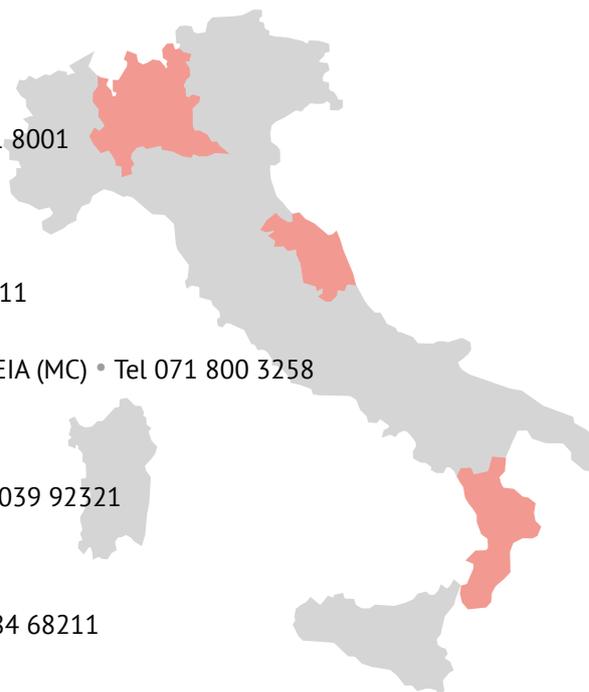
Presidio Ospedaliero di Ricerca Casatenovo

Via Monteregio 13, 23800 CASATENOVO (LC) • Tel. 039 92321

Regione Calabria

Presidio Ospedaliero di Ricerca Cosenza

Contrada Muoio Piccolo, 87100 COSENZA • Tel. 0984 68211





L'IRCCS INRCA

L'origine dell'INRCA può essere fatta risalire al 1844, anno nel quale è stato istituito ad Ancona l'Ospizio dei Poveri per iniziativa della Congregazione dei Mercanti e degli Artisti con scopi di assistenza e beneficenza, nell'ambito del vecchio ospedale della SS. Trinità e S. Anna, situato nei locali del Convento di S. Francesco alle scale.

Il 10 marzo 1871 Vittorio Emanuele II legalizza l'Ospizio dei Poveri Vecchi.

Nel 1881, a seguito di una donazione della Provincia di Ancona, l'Istituto diveniva pubblico ed assumeva la denominazione di "Ospizio dei Poveri Vecchi e di Mendicità Vittorio Emanuele II". Negli anni intorno al 1920 l'Opera Pia Ospizio di Ancona veniva trasferita fuori città, nella località delle Grazie, presso la Villa Persichetti, in ambienti adeguati per ospitare anziani soli, indigenti, ma anche convalescenti e, spesso, malati cronici con disabilità invalidanti. Nel corso degli anni l'Ospizio si era progressivamente trasformato in un vero Gerontocomio, adeguato ai tempi, con un ampio sviluppo dell'assistenza socio-sanitaria (medici ed infermieri). Con DPR del 26/8/1961, l'Opera Pia Ospizio dei Poveri Vecchi e di Mendicità V.E.II, grazie ai suoi livelli organizzativi assistenziali, veniva denominata Istituto di Riposo e Cura per Anziani (IRCA) e, quindi, nel 1963, gli veniva riconosciuto il suo carattere nazionale (INRCA) e, successivamente (1968), definito quale "Istituto di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS)", specializzato sui problemi degli anziani, l'unico in Italia. Tale riconoscimento è stato riconfermato, dagli organi competenti, negli anni successivi fino allo stato attuale.

PROGRAMMA

DELL' APERTURA DELL' OSPIZIO DE' POVERI DI ANCONA

Domenica 24 Novembre 1844

Alle ore otto antimeridiane i Poveri ammessi all' Ospizio si troveranno nella Chiesa del Gesù, dove sarà celebrata loro la S. Messa, e distribuito il Pane Eucaristico da M. D. Antonio Mengardi Vicario Generale dell' Emo e Rmo Cardinal Vescovo.

Alle ore nove con lo invito di tutte le autorità la prelodata Eminenza Sua Rev. il Cardinal Vescovo si porterà nella indicata Chiesa dove cantato l' Inno - *Veni Creator ec.* - parlerà a Congregati, e comparrà la Pastorale Benedizione, s' incamminerà la devota Processione per l' Ospizio.

Precederà la Congregazione de' Mercanti, ed Artisti: quindi uno de' Promotori porterà la Immagine di G. C. dietro al quale procederanno due per due sì gli uomini che le donne povere assistiti tutti di fratelli contribuenti, ed altri personaggi distinti.

Giunti all' Ospizio, ed assegnati a tutti i posti sarà distribuita alla porta dell' Ospizio medesimo una minestra, ed un pane a Num. 500 poveri.

Dalla Tipografia Baluffi.



Mission e Vision

Mission



L'INRCA trova i propri riferimenti da un lato nell'essere Istituto di ricerca e dall'altro nell'aver una forte connotazione specialistica in senso geriatrico e gerontologico. Creare valore attraverso le conoscenze generate dalla ricerca geriatrica e gerontologica, sviluppare programmi di ricerca e garantire ai pazienti anziani l'eccellenza nella cura e nell'assistenza integrata con le attività di ricerca, anche contribuendo al progresso scientifico attraverso prodotti di ricerca trasferibili al sistema sanitario. Nella mission si vuole anche comprendere l'attività di interazione scientifica ed applicativa con il mondo imprenditoriale.

Vision

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



MODELLI ORGANIZZATIVI

Sviluppare nuovi e sempre più efficienti modelli organizzativi che facilitino l'integrazione tra assistenza e ricerca, tra Università e Servizio Sanitario, tra UO di assistenza e ricerca e servizi a supporto

PUNTO DI RIFERIMENTO

Continuare ad essere il punto di riferimento di eccellenza a livello regionale, nazionale ed internazionale sulla ricerca e l'assistenza in campo geriatrico

KNOW-HOW PROFESSIONISTI

Potenziare il know-how dei professionisti, anche garantendo il trasferimento delle competenze dei professionisti più esperti operanti nell'Istituto, che ne caratterizzano l'eccellenza e le capacità di attrazione, ai più giovani

POTENZIAMENTO DELLA RICERCA

Ottenere sempre più alti livelli di attività, attraverso il potenziamento della ricerca traslazionale e lo sviluppo di studi clinici, al fine di poter dare sempre maggiore evidenza degli effetti della ricerca sulle capacità assistenziali



Valori

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

<p>Centralità della persona assistita</p> 	<p>Rispetto del diritto di salute quale diritto fondamentale di ogni individuo secondo i principi di eguaglianza - garantire ad ogni persona di ricevere l'assistenza e le cure mediche più appropriate assicurando parità di trattamento, imparzialità - garantire a tutti i cittadini il rispetto dei principi di bioetica nella cura - assicurare la continuità e la regolarità delle cure</p>
<p>Diritto di scelta e partecipazione</p> 	<p>Assicurare ad ogni utente la possibilità di decidere in ordine alla propria salute e garantendo la possibilità di esprimere la propria valutazione sulla qualità delle prestazioni</p>
<p>Trasparenza e comunicazione</p> 	<p>Garantire la libera circolazione delle informazioni sulle prestazioni offerte, sulle procedure, sulle risorse e sui risultati</p>
<p>Efficienza ed efficacia</p> 	<p>Le attività vengono pianificate in modo da garantire la promozione della salute, evitare sprechi di risorse e migliorare l'efficienza delle prestazioni erogate, senza compromettere l'efficacia del servizio reso</p>
<p>Qualità</p> 	<p>Il miglioramento continuo della qualità dei servizi resi al cittadino</p>
<p>Ricerca, innovazione e formazione</p> 	<p>Promuovere l'eccellenza e l'innovazione nel campo della ricerca sull'invecchiamento, guidata dai bisogni di salute della popolazione anziana, ed assicurare lo sviluppo delle conoscenze e delle competenze professionali e culturali del personale</p>



Strategie e obiettivi

Gli indirizzi comunitari e nazionali, le politiche regionali nonché gli ambiti di intervento delle altre aziende del sistema sanitario disegnano il quadro entro il quale si formano e si perseguono gli obiettivi sia strategici che operativi dell'IRCCS INRCA.

Il quadro è esposto nei documenti di programmazione sanitaria ed economica sviluppati nei tre livelli di articolazione del Sistema Sanitario italiano (nazionale, regionale e locale).

i

La programmazione sanitaria rappresenta il processo attraverso il quale vengono operate delle scelte circa la modalità d'assistenza, le tipologie di intervento, gli aiuti per le attività di prevenzione e di cura con un maggior impatto sulla salute della popolazione e vengono identificati congrui sistemi per raggiungere i risultati connessi agli obiettivi.

Il Piano Sanitario Nazionale individua obiettivi di carattere generale, distinguibili come obiettivi di tipo organizzativo e di salute, che le Regioni sono invitate a recepire nei rispettivi strumenti di programmazione. Il PSN (di durata triennale) viene predisposto dal Governo su proposta del Ministro della Salute tenuto conto delle proposte provenienti dalle Regioni ed è adottato con Decreto del Presidente della Repubblica previa deliberazione del Consiglio dei Ministri, d'intesa con la Conferenza unificata. Una volta entrato in vigore, le Regioni adottano o adeguano i propri Piani Sanitari Regionali (entro 150 giorni). Questi ultimi vengono successivamente trasmessi al Ministro della Salute allo scopo di acquisire il parere favorevole dello stesso per quanto attiene alla coerenza dei medesimi con quanto stabilito nel PSN.

La Regione Marche ha assegnato all'INRCA, attraverso la DGRM 665 del 7.08.2015 e DGR 731 del 14.09.2015, gli obiettivi posti di Programmazione sanitaria. Tali obiettivi sono assegnati annualmente dalle Regioni agli Enti del SSR e sono sostanzialmente ricalcati sul sistema degli adempimenti dell'anno di riferimento che il Ministero della Salute fissa sulla base di un accordo Stato-Regioni. Per quanto concerne le Regioni Lombardia e Calabria, su cui insistono le strutture dell'INRCA, non esiste un analogo repertorio di obiettivi.

i

Il piano sanitario regionale rappresenta il piano strategico degli interventi per gli obiettivi di salute e il funzionamento dei servizi, per soddisfare le esigenze specifiche della popolazione regionale anche in riferimento agli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale. Le Regioni, entro 150 giorni dalla data di entrata in vigore del Piano sanitario nazionale, adottano o adeguano i piani sanitari regionali.

Macro Obiettivo

1

- ▮ Razionalizzazione dell'offerta sanitaria in coerenza con gli atti regionali
- ▮ Sviluppo di modelli innovativi di integrazione dei processi di assistenza geriatrica

Macro Obiettivo

2

- ▮ Rispetto dei vincoli economici previsti dalla programmazione di bilancio regionale
- ▮ Sviluppo della informatizzazione nella Pubblica Amministrazione

Macro Obiettivo

3

- ▮ Potenziamento della capacità di attrarre risorse e operare in rete
- ▮ Internazionalizzazione
- ▮ Sviluppo della ricerca e dell'innovazione tecnologica

L'obiettivo generale dell'Istituto per il 2016 è stato quello di rafforzare la propria vocazione geriatrica e di ricerca in un contesto economico sostanzialmente equivalente rispetto a quello degli anni precedenti. Coniugare i punti caratterizzanti l'Istituto appena elencati con i vincoli economici impone una grande attenzione alle scelte gestionali, sia in termini di razionale uso delle risorse che in termini di attenta selezione delle attività più tipiche ed a maggiore valore aggiunto.



Il sistema di governance

La governance dell'Istituto è intesa come processo di elaborazione di azioni e di determinazione di decisioni, condotto secondo criteri di concertazione e di partenariato tra molteplici soggetti e si basa sui principi di negoziazione, coordinamento, partecipazione, responsabilità, trasparenza, coerenza ed efficacia ed efficienza.

Gli organi istituzionali

Il Direttore Generale

Dr. Gianni Genga. (Nominato il 09/07/2015 DGRM n.533/2015) è il legale rappresentante dell'Istituto. E' responsabile della complessiva gestione in coerenza con gli indirizzi stabiliti dal CIV ed è tenuto, pertanto, ad assicurarne il regolare funzionamento anche attraverso l'esercizio di tutte le funzioni non attribuite ad altri livelli direzionali o dirigenziali con disposizione di legge o di regolamento di organizzazione ovvero non delegate. Come corrispettivo delle proprie funzioni il Direttore Generale percepisce un trattamento economico omnicomprensivo che la Regione Marche ha determinato in € 140.000, oltre ad una ulteriore quota pari al 20% dello stesso, in relazione al raggiungimento di obiettivi di salute, di funzionamento dei servizi ed economici stabiliti annualmente dalla Giunta Regionale, previa verifica di tale raggiungimento ad opera del Nucleo di Valutazione Regionale.

Il Direttore Scientifico

Dr.ssa Fabrizia Lattanzio. Nominato dal Ministero della Salute, sentito il Presidente della Regione. Promuove, coordina e gestisce l'attività di ricerca scientifica delle diverse aree aziendali concordando con il Direttore Generale il finanziamento della stessa, in relazione agli indirizzi stabiliti dal Consiglio di Indirizzo e Verifica. Come corrispettivo delle proprie funzioni, il Direttore Scientifico percepisce il 75% del compenso del Direttore Generale oltre ad un'ulteriore quota pari al 20% dello stesso, in relazione al raggiungimento di obiettivi previa verifica di tale raggiungimento ad opera del CIV.

Consiglio di Indirizzo e Verifica (CIV)

E' composto e nominato ai sensi dell'art.4 LR 21/06 e dura in carica cinque anni. Il Consiglio ha il compito di:

- | definire gli indirizzi strategici dell'Istituto assicurandone il raggiungimento;
- | svolgere le funzioni di verifica rispetto agli indirizzi predeterminati riferendo in caso di risultato negativo alla Regione ed al Ministero della Salute;
- | esprimere parere preventivo obbligatorio al Direttore Generale sul bilancio preventivo e il bilancio di esercizio, sul regolamento di organizzazione e sulle modifiche successive, sugli atti di alienazione del patrimonio e sui provvedimenti in materia di costituzione o partecipazione a società, consorzi, altri enti e associazioni;
- | scegliere, su proposta del Direttore Scientifico, i componenti del Comitato Tecnico Scientifico (CTS).

Al Presidente del Consiglio di Indirizzo e Verifica (DGRM 1158/2008) compete una indennità, su base annua, commisurata al 30% del compenso attribuito al Direttore Generale, mentre ai componenti un compenso pari al 25% del compenso attribuito al Direttore Generale.

Composizione

Don Vinicio Albanesi, Presidente

Dott.ssa Rosa Maria Piccioni, in rappresentanza del Ministero della Salute

Dott. Antonio Lacetera, Dott. Achille Maccaferro, Dott. Franco Dolcini, Dott. Andrea Gioacchini in rappresentanza della Regione Marche

Dott. Nicola Bonaduce in rappresentanza della Regione Lombardia

Dott. Lucio Sbanò in rappresentanza della Regione Calabria

Collegio sindacale

Il Collegio Sindacale è composto e nominato ai sensi dell'art.7 LR 21/06, dura in carica tre anni.

Vigila sulla gestione contabile dell'Istituto ai sensi dell'art.3 Ter D.Lgs 502/02 e s.m.i.

Attualmente è composto da Claudia Paci (Presidente), Giovanni Di Giorgio, Valeria Candelori.



Gli organismi collegiali e di consultazione

Il Collegio di Direzione

Coadiuvare la direzione generale nelle funzioni di governo dell'Istituto mediante pareri e proposte in ordine ai programmi di attività per il corretto utilizzo e la gestione delle risorse strutturali, tecnologiche, finanziarie ed umane allo scopo di ottimizzare il perseguimento degli obiettivi.

Il Comitato Tecnico Scientifico

È l'organismo di consulenza tecnica del Consiglio di Indirizzo e Verifica dell'Istituto per i problemi scientifici e di ricerca. Formula pareri e proposte sui programmi e sugli obiettivi scientifici e assistenziali dello stesso.

Ufficio di Direzione

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

Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)

Istituito con determina DG 156 del 7/06/2016 che sostituisce il precedente Nucleo di Valutazione (NIV). Opera in autonomia e procede a verifiche ricorrenti sull'attività dei singoli Dirigenti di struttura complessa e dei Dirigenti di struttura semplice in relazione agli obiettivi concordati, formalizzati ed assegnati a ciascuno di loro. L'OIV predispone, ai fini dell'attribuzione della quota di retribuzione risultato, una relazione annuale riguardante i risultati gestionali raggiunti, o meno, dai singoli Dirigenti circa gli obiettivi concordati e formalizzati ed a questo assegnati. Procede inoltre a verifiche ricorrenti sull'attività dei singoli Dirigenti di struttura complessa e dei Dirigenti di struttura semplice, appartenenti all'area della dirigenza medico-veterinaria, dei ruoli sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo, e si esprime in merito al raggiungimento degli obiettivi aziendali annuali assegnati al personale del comparto amministrativo e sanitario e su quello titolare di posizione organizzative. Il Direttore Generale può avvalersi dell'OIV ai fini della valutazione del raggiungimento degli obiettivi del personale del comparto. È composto da: Luca Gregori, Università Politecnica delle Marche, Remo Appignanesi, ASUR Area Vasta 5, Morena Belleggia, Componente esterno.

Comitato Etico

Il comitato etico è un organismo indipendente al quale è attribuita la responsabilità di garantire la tutela dei diritti, della sicurezza e del benessere delle persone in sperimentazione e di fornire pubblica garanzia di tale tutela. Il comitato etico può svolgere anche funzioni consultive in relazione a questioni etiche connesse con le attività scientifiche e assistenziali, allo scopo di proteggere e promuovere i valori della persona. Il comitato etico, inoltre, può proporre iniziative di formazione di operatori sanitari relativamente a temi in materia di bioetica. Nel corso del 2016, in base a quanto stabilito dal DM 8 febbraio 2013, l'IRCCS-INRCA ha avviato l'iter di costituzione del proprio comitato etico di riferimento per tutte le sedi dell'Istituto e che si è formalmente insediato nel giugno 2017.

L'assetto organizzativo

Direzione generale

Supporta l'attività dell'Istituto attraverso funzioni di staff per garantire il regolare funzionamento dell'Istituto.

Direzione scientifica

È il centro di promozione coordinamento gestione e sviluppo della ricerca scientifica biomedica finanziata da soggetti pubblici e privati in ambito regionale, nazionale e internazionale. La direzione scientifica supporta tutte le attività di ricerca.

Direzione amministrativa

Presiede l'intera tecnostruttura aziendale assicurando che tutti i sistemi e le organizzazioni di supporto alla erogazione dell'assistenza sanitaria e di ricerca siano orientati ai processi produttivi.

Direttore amministrativo

Dr. Riccardo Mario Paoli (determina n.263/Dgen del 4/08/2015)

Coadiuvare il Direttore Generale nella gestione amministrativa, finanziaria ed organizzativa dell'Istituto.



Direzione sanitaria

Ha il compito di fare in modo che le attività assistenziali dell'INRCA si allineino alle migliori pratiche geriatriche e che esse diano luogo a sperimentazioni i cui risultati possano essere trasferiti in altre realtà regionali, nazionali e, se possibile, internazionali.

Direttore sanitario

Dr. Alberto Deales (determina n.178/DGen del 29/06/2016)

Collabora allo svolgimento dell'insieme delle attività aziendali con particolare riguardo all'area sanitaria.

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



Contesto di riferimento

Il contesto socio-demografico in Europa

La situazione demografica in Europa al primo gennaio 2016 riporta che il 19,2% dell'intera popolazione è costituita da persone con più di 65 anni, con un incremento di 1,1% rispetto all'anno precedente e di circa 3 punti percentuali rispetto al 2004 (fonte dati Eurostat 2017). Cresce quindi anche l'età mediana della popolazione europea che, nel 2016 è di 42,6 anni e oscilla tra il valore più basso in Irlanda (38,7 anni) e quello più elevato in Italia (46,1 anni).

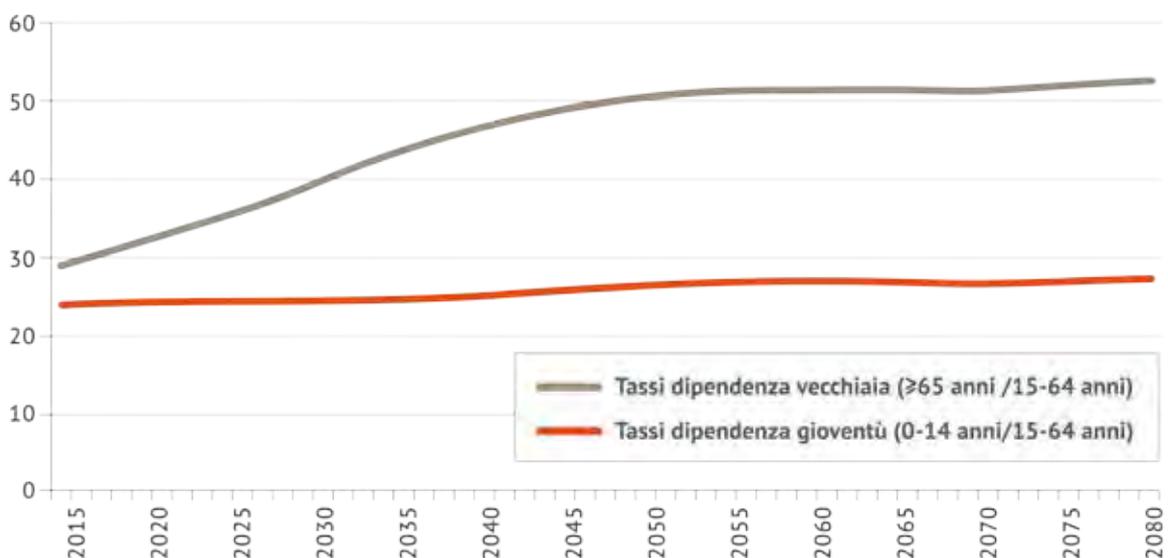
L'analisi della struttura per età della popolazione europea attuale e le sue proiezioni fino al 2080 mostrano un evidente assottigliamento dell'area relativa alla popolazione cosiddetta "attiva" e in età produttiva, cioè quella tra i 15 e 65 anni, ed un allargamento della fascia degli ultra sessantacinquenni e degli ultra ottantenni.



Si allarga la forbice tra aspettativa di vita e **aspettativa di vita in salute**: le persone vivono più a lungo ma l'ultima parte dell'esistenza è caratterizzata da cronicità e disabilità. A livello globale l'aspettativa di vita in salute è stata stimata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (2015) intorno ai 63,1 anni per entrambi i sessi, seppur con grandi disparità tra regioni del mondo e tra singoli Paesi. L'aspettativa di vita in salute in media è dell'11,7% più breve rispetto all'aspettativa di vita. Il progressivo invecchiamento della popolazione europea dipende anche dalla riduzione del **tasso di fertilità** che si misura in base al numero di figli per donna. L'allungamento della vita non sempre in salute e la diminuzione delle nascite sta provocando un arresto del ricambio generazionale, poiché si allarga la forbice tra gli anziani che hanno bisogno di cure e i giovani in età attiva in grado di fornirgliene. Il **tasso di dipendenza totale**, calcolato in base al confronto tra popolazione dipendente sia giovane che anziana e popolazione tra i 15 e i 65 anni riassume tale divario. In Europa il suo valore nel 2016 era del 53,2%, vale a dire che per ogni persona non-autosufficiente c'erano almeno due persone in età da lavoro.

In Europa il solo tasso di dipendenza della popolazione anziana è passato dal 24,3% nel 2004 al 29,3% nel 2016, con un incremento di 5 punti percentuali. Le proiezioni per i prossimi decenni indicano una crescita costante di questo parametro fino al 2050 mentre, coerentemente con la diminuzione delle nascite, il tasso di dipendenza delle fasce di popolazione in età da lavoro si prevede costante (Fig.1).

Figura 1 - Tasso di dipendenza della popolazione anziana e delle fasce in età da lavoro





Il contesto socio-demografico in Italia e nelle regioni in cui l'INRCA è presente con un suo presidio

Lo scenario demografico

La popolazione anziana in Italia

I dati ricavati dall'ultimo rapporto dell'ISTAT (2016) pongono l'Italia al secondo posto per popolazione più anziana al mondo ed attestano come sia il Paese più vecchio d'Europa. Questi dati confermano che la popolazione italiana sta invecchiando in maniera inesorabile: oltre un italiano su 5 ha più di 65 anni, cioè il 22,3% della popolazione e l'età media della popolazione si aggira a circa 44,9 anni.

Le indagini ISTAT nel 2016 registrano una ripresa dell'aspettativa di vita che si attesta a 80,6 anni per gli uomini (80,1 nel 2015) e a 85,1 per le donne (84,7 nel 201). Le analisi demografiche dell'ISTAT non prendono in considerazione come indicatore l'aspettativa di vita in salute, ma possiamo evincere il dato estrapolandolo dagli studi che si estendono ai Paesi dell'Unione Europea. Risulta così che l'aspettativa di vita in salute per gli uomini italiani nel decennio 2004-2014 è passata da 68,4 a 71 anni mentre per le donne è leggermente diminuita passando da 62,5 a 62,3 anni. Le donne italiane sono più longeve ma trascorrono più anni in cattive condizioni di salute.



La popolazione anziana nelle Regioni in cui l'INRCA è presente con un suo presidio

Tra le regioni italiane, le Marche risultano essere una delle regioni più longeve d'Italia con gli over 65 che raggiungono il 24,3%, di poco inferiore è il dato in Lombardia (22,2%) mentre la Calabria registra il valore più basso (20,9%). Aumentano anche i "grandi vecchi" cioè gli individui che hanno superato gli 85 anni di età.

L'Italia, a causa dell'elevata longevità e della contemporanea bassa natalità, detiene il primato della più alta quota di popolazione over 85 (3,4%) a fronte di un valore medio europeo di 2,6%. Questa popolazione molto anziana nella regione Marche supera il 4% oltrepassando di quasi un punto percentuale la media nazionale (Fig.2).

Figura 2 - Proporzioni di anziani (val %)

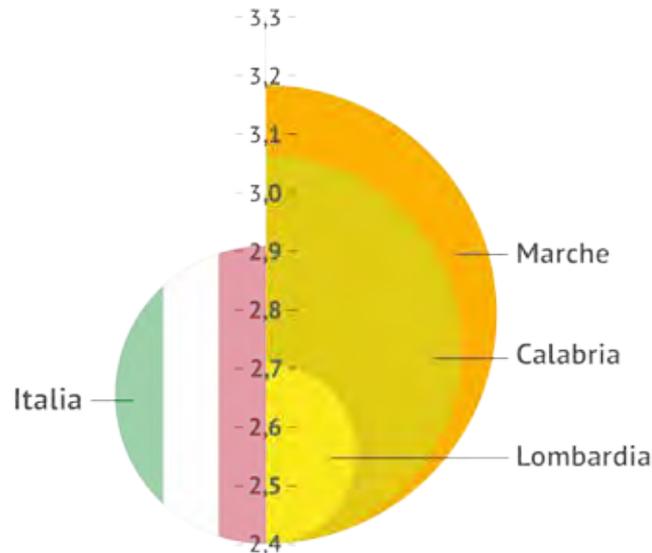


Fonte: elaborazioni su dati ISTAT e EUROSTAT Anno 2016



In Italia la popolazione ultracentenaria si è leggermente ridotta rispetto all'anno precedente: se nel 2015 3,1 italiani su 10.000 hanno raggiunto e superato il secolo di vita, nel 2016 questo avviene per 2,9 su 10.000. Va comunque ricordato che questo rallentamento avviene dopo un periodo (dal 2002 al 2015) in cui gli ultracentenari sono più che triplicati. Nella figura successiva (Fig.3) viene mostrato il primato di longevità che vede la regione Marche al top in Italia come numero di individui che hanno cento anni e oltre, attestandosi ben al di sopra delle altre regioni in cui l'INRCA è presente con un presidio ospedaliero, quali Lombardia e Calabria.

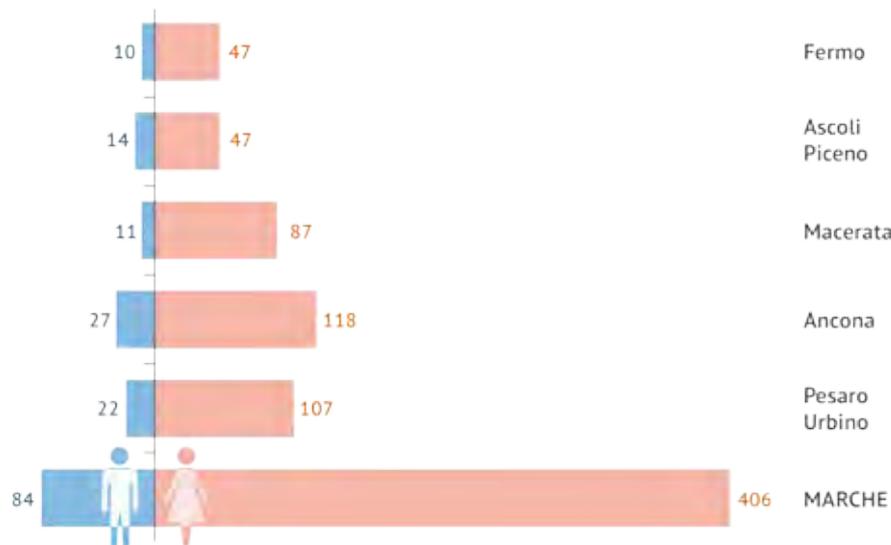
Figura 3 - Numero di anziani centenari nelle regioni in cui l'INRCA è presente (x10.000 abitanti)



Fonte: elaborazioni su dati ISTAT Anno 2016

Analizzando in dettaglio la distribuzione dei centenari nelle cinque province si evince che, come da figura 4, la provincia con il maggior numero di persone che hanno oltrepassato il secolo di vita è quella di Ancona con 145 ultracentenari, davanti a Pesaro-Urbino e Macerata rispettivamente con 129 e 98 ultracentenari, chiudono Ascoli Piceno con 61 e Fermo con 57. Emerge che, ad eccezione della provincia di Fermo che vede crescere di una unità il numero di centenari residenti sul proprio territorio, tutte le altre province marchigiane registrano una riduzione di abitanti con oltre un secolo di vita. La componente femminile è la più numerosa: nelle Marche infatti nel 2016 le donne rappresentano l'82,9% di tutti gli ultracentenari residenti nella regione.

Figura 4 - Numero di centenari nella Regione Marche e nelle province marchigiane



Fonte: ns. elaborazioni su dati ISTAT Anno 2016



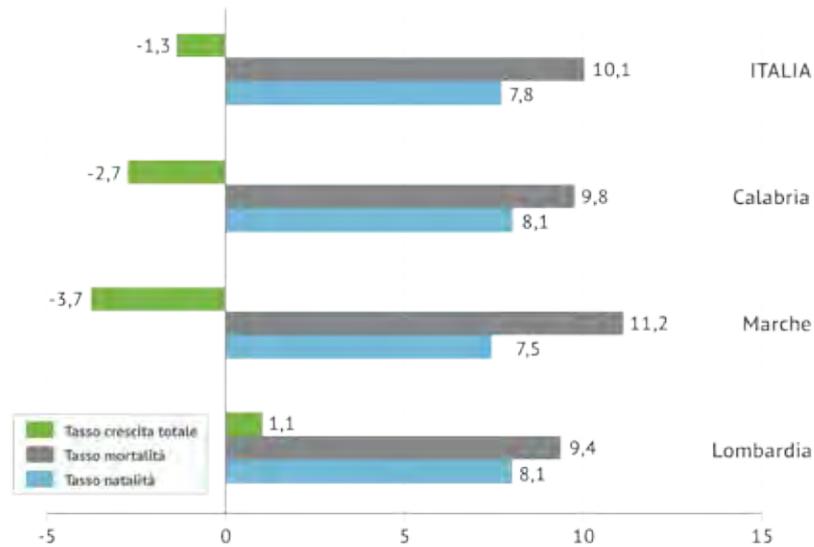
Indicatori demografici per le regioni in cui l'INRCA è presente

La prima serie di indicatori che saranno analizzati è relativa al bilancio demografico italiano e a quello delle regioni INRCA e in particolare saranno mostrati i seguenti tassi (relativi al 2016):

- **Tasso di Mortalità:** rapporto tra il numero dei decessi nell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente, moltiplicato per 1000.
- **Tasso di Natalità:** rapporto tra il numero dei nati vivi nell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente, moltiplicato per 1000.
- **Tasso di Crescita totale:** somma del tasso di crescita naturale e del tasso migratorio totale.

Per quanto riguarda il panorama italiano, emerge che il tasso di crescita naturale della popolazione è negativo in quanto il tasso di mortalità supera quello di natalità (Fig.5).

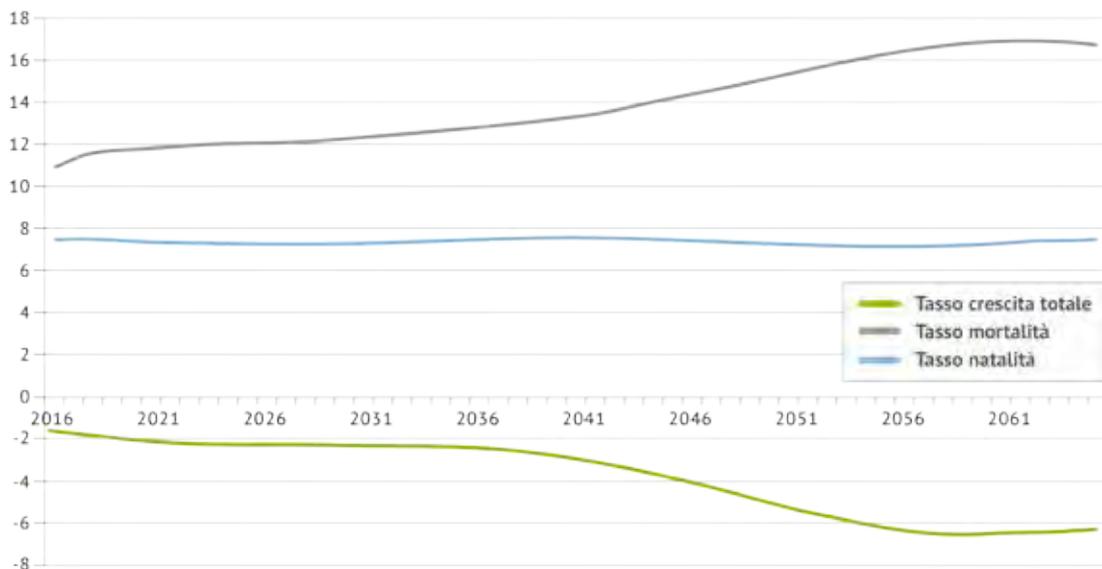
Figura 5 - Indicatori di bilancio demografico (percentuale)



Fonte: elaborazioni su dati ISTAT Anno 2016

Per quanto riguarda l'andamento degli indicatori di bilancio demografico nelle Marche, l'ISTAT prevede che il tasso di natalità rimarrà pressappoco stabile, mentre il tasso di mortalità subirà un incremento considerazione pressappoco costante. Ciò determinerà un ulteriore calo del tasso di crescita naturale della popolazione marchigiana, calo che non potrà essere controbilanciato dai flussi migratori come evidenziato dall'andamento del tasso di crescita totale riportato in figura 6.

Figura 6 - Proiezioni degli indicatori di bilancio demografico nelle Marche



Fonte: elaborazioni su dati ISTAT Anno 2016



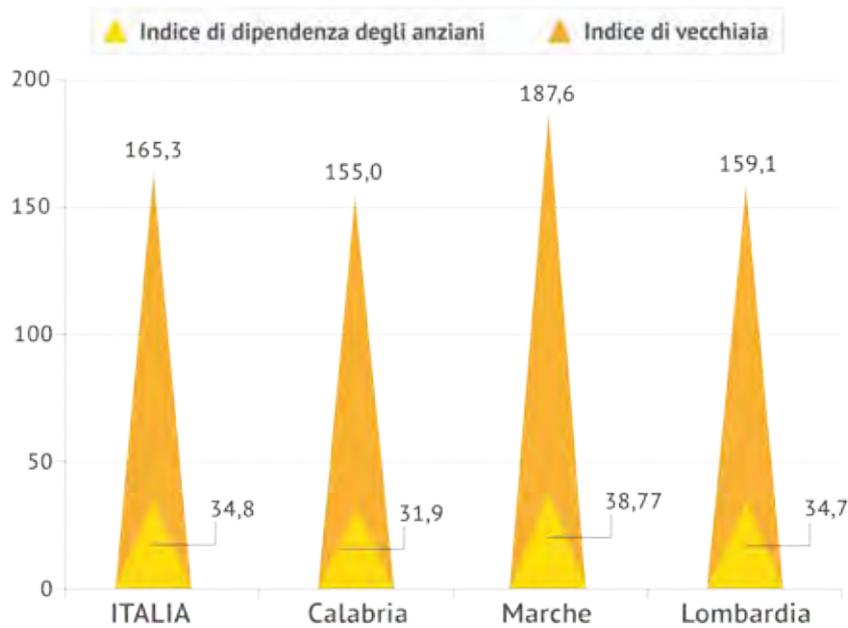
Altri indicatori utili per comprendere il grado di rinnovamento e, contemporaneamente, di longevità della popolazione sono rappresentati dai seguenti indici:

■ **Indice di Dipendenza anziani:** rapporto tra popolazione di 65 anni e più e popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100.

■ **Indice di Vecchiaia:** rapporto tra popolazione di 65 anni e più e di 0-14 anni, moltiplicato per 100.

Nella figura 7 sono mostrati gli indici di vecchiaia e di dipendenza degli anziani nel panorama italiano e nelle regioni in cui l'INRCA opera con un suo presidio. Nelle Marche il dato relativo all'indice di vecchiaia è superiore sia a quello registrato nel territorio italiano che a quello della Calabria e della Lombardia.

Figura 7 - Indici di vecchiaia e di dipendenza degli anziani



Fonte: elaborazioni su dati ISTAT Anno 2016

L'ulteriore invecchiamento della popolazione marchigiana è confermato dalle proiezioni degli indici di vecchiaia e di dipendenza: entrambi infatti sono destinati a crescere nei prossimi anni, specialmente la proporzione degli over 65 sugli under 15 che si prevede subirà un'impennata dal 2025 in poi (Fig.8 e Fig.9).

Figura 8 - Proiezione degli indici di vecchiaia degli anziani

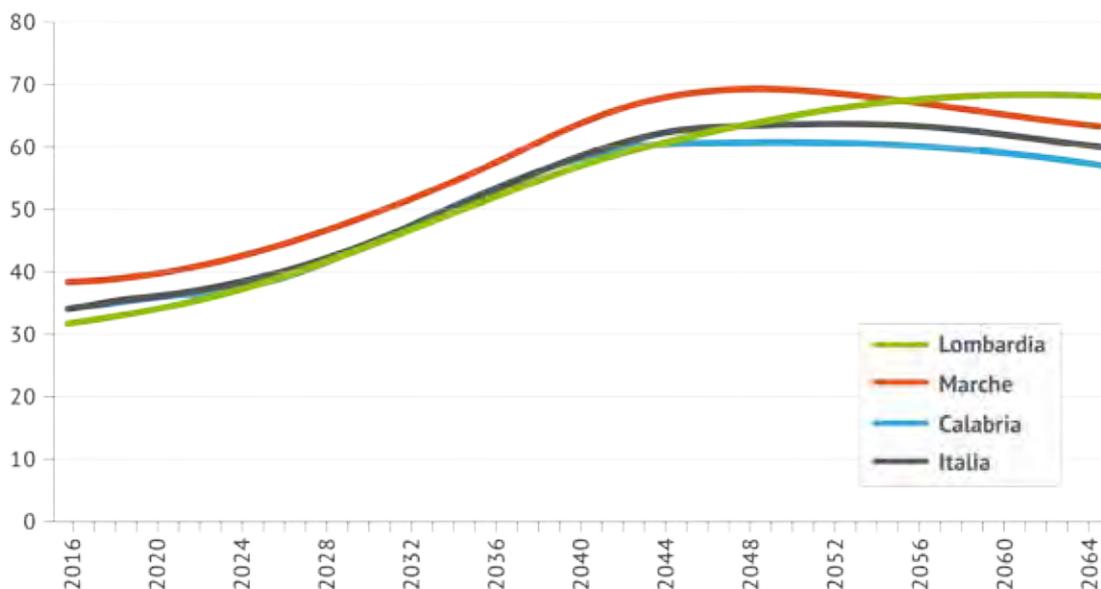
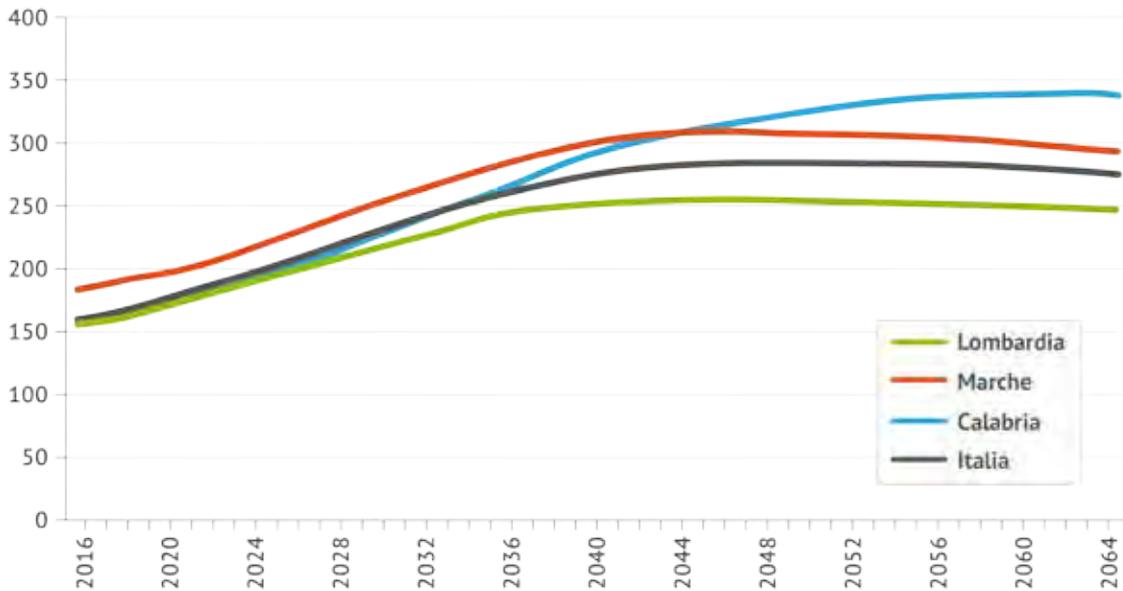




Figura 9 - Proiezione degli indici di dipendenza degli anziani

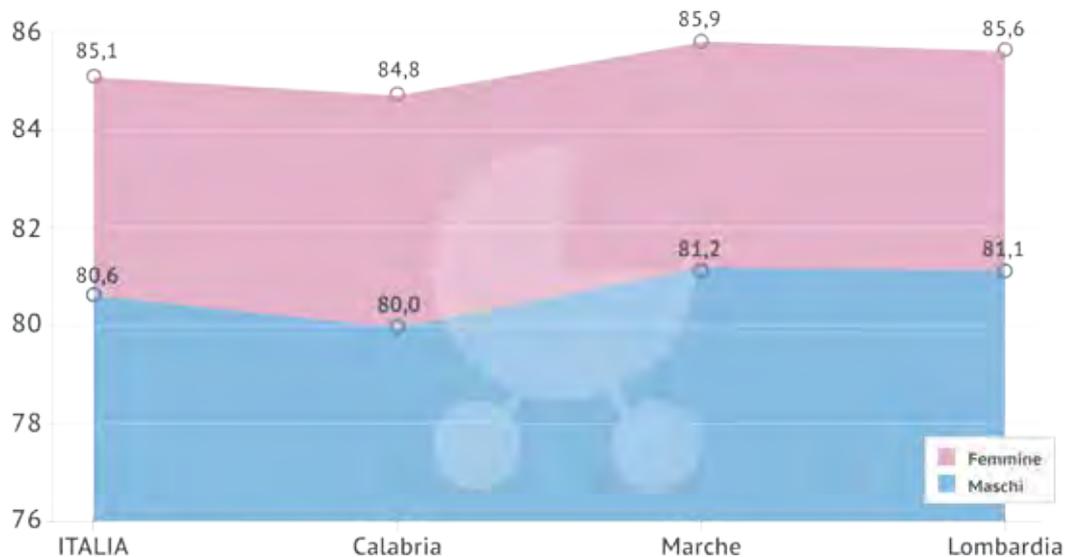


Fonte: elaborazioni su dati ISTAT Anno 2016

L'analisi degli indicatori esaminati conferma pertanto che le Marche sono la regione più longeva d'Italia. Rispetto alle altre regioni INRCA ed alla media italiana, infatti, la proporzione di over 65 marchigiani rispetto alla popolazione attiva e ai giovanissimi è nettamente superiore. Per quanto riguarda le altre regioni INRCA, i valori di questi indici sono leggermente al di sotto della media nazionale per la Lombardia, nettamente più bassi quelli per la Calabria. L'aumento della popolazione anziana è anche dovuto ad un allungamento della vita dei cittadini italiani ed è confermato dai seguenti indicatori:

- **Speranza di vita alla nascita (o vita media):** numero medio di anni che restano da vivere a un neonato.
- **Età media:** età media della popolazione presente ad una certa data espressa in anni e decimi di anno (da non confondere con vita media).
- Nel 2016 l'età media degli Italiani è di quasi 45 anni e la Lombardia registra lo stesso valore della media italiana; la popolazione calabrese è in media più giovane di un anno, quella marchigiana ha oltre un anno in più. Questo dato viene rinforzato dalla speranza di vita alla nascita: sia gli uomini che le donne marchigiane riportano valori superiori rispetto alla media nazionale così come in Lombardia, mentre per la Calabria questi indici sono in linea con quelli italiani (Fig.10).

Figura 10 - Speranza di vita alla nascita



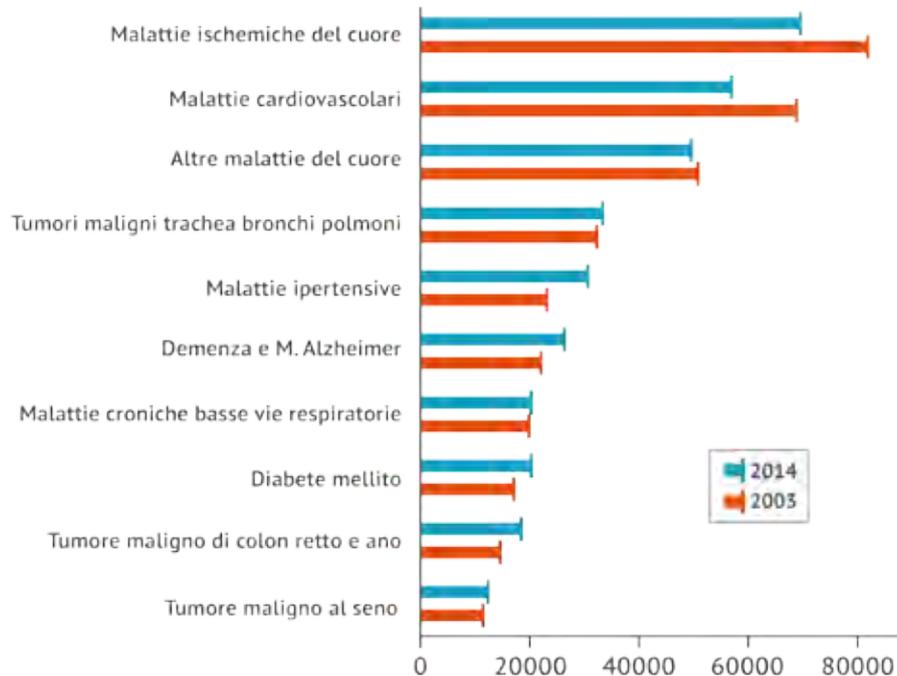
Fonte: elaborazioni su dati ISTAT Anno 2016



Alcuni indicatori dello stato di salute della popolazione in Italia

La serie storica delle **cause di mortalità** nel periodo 2003-2014, recentemente elaborata dall'ISTAT (2017) permette di osservare il numero di decessi e il cambiamento delle loro cause nel tempo. Complessivamente, dal 2003 al 2014 il tasso di mortalità in Italia è sceso del 23% e nel 2014 ci sono stati 598.760 decessi. Nel periodo preso in considerazione le tre principali cause di morte sono rimaste le stesse degli anni precedenti, vale a dire malattie ischemiche del cuore, malattie cerebrovascolari e altre malattie del cuore che, da sole rappresentano il 29,5 di tutti i decessi. La quarta causa di morte sono i tumori maligni di trachea, bronchi e polmoni, che hanno condotto a 33.386 decessi nel 2014. La sesta causa di morte, dopo le malattie ipertensive, sono due malattie età correlate: demenza e Alzheimer. Queste ultime nel 2014 hanno causato da sole 26.600 decessi nel nostro paese e sono nettamente in crescita. Nel 2012 infatti erano 18.226 (fonte ISTAT, 2014 su dati 2012).

Figura 11 - Numero decessi per le 10 principali cause di morte in Italia. Anni 2003-2014



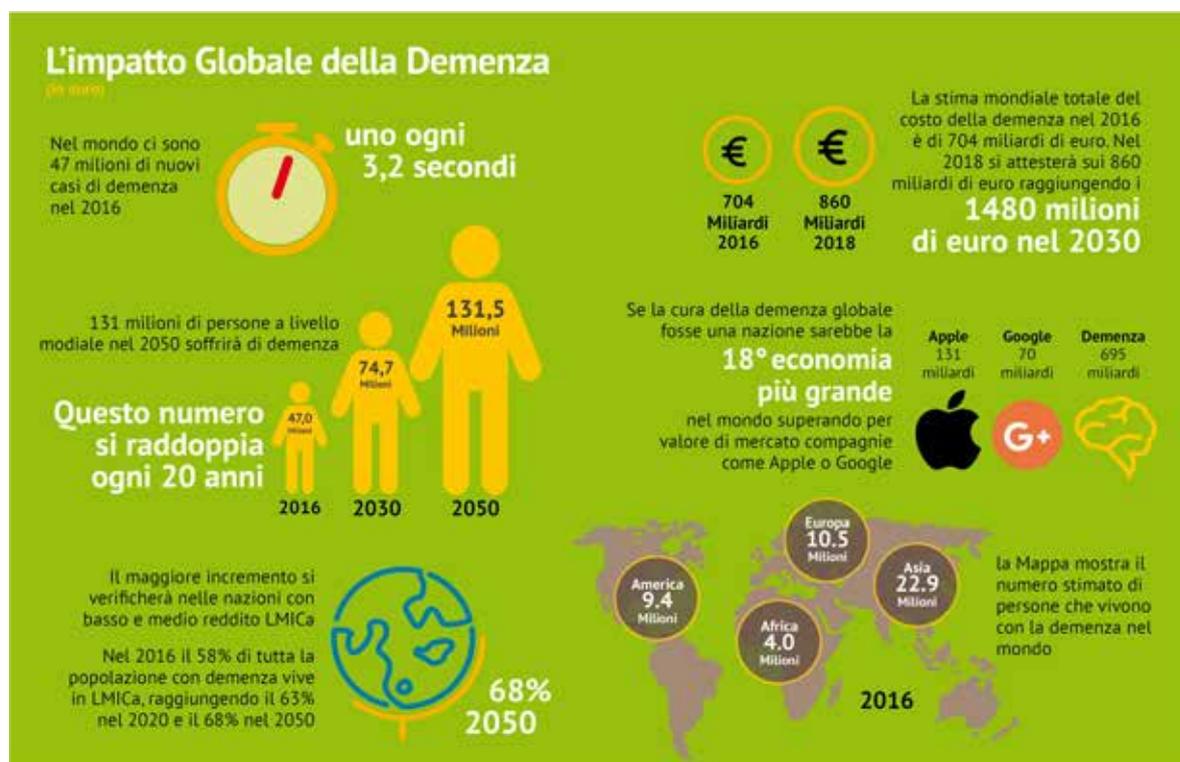
Anche se i tassi di mortalità per queste cause si sono ridotti del 35% in 11 anni, essi potrebbero essere ulteriormente ridotti attraverso stili di vita sani (misurati su parametri quali alimentazione, consumo di alcol, fumo e attività fisica) e prevenzione. Per quanto concerne gli **stili di vita**, in Italia il **consumo di alcol e fumo** è venuto diminuendo negli anni, tuttavia gli italiani continuano a mangiare poche **porzioni di verdura, ortaggi e frutta (VOF)** rispetto a quelle raccomandate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), pari a 5 porzioni di VOF al giorno. In Italia ci sono molte differenze regionali: i consumi di verdura e ortaggi sono più elevati nelle regioni del Nord, mentre quelli di frutta sono più elevati nelle regioni meridionali. In Molise, Basilicata, Bolzano e Calabria, per esempio, circa un quarto della popolazione consuma solo 1 porzione giornaliera di VOF, in Piemonte l'8,1% della popolazione consuma 5 porzioni di VOF al dì, mentre in Basilicata, Molise e Sicilia si registra il consumo più basso (Osservasalute, 2016). Secondo l'Indagine Multiscopo dell'ISTAT "Aspetti della vita quotidiana" (2017) le regioni meridionali presentano la prevalenza più alta di persone di 18 anni ed oltre obese (Molise 14,1%, Abruzzo 12,7% e Puglia 12,3%) ed in sovrappeso (Basilicata 39,9%, Campania 39,3% e Sicilia 38,7%), rispetto alle regioni settentrionali, che mostrano i dati più bassi di prevalenza. La percentuale di popolazione in eccesso ponderale aumenta con l'aumentare dell'età. Il 46% della popolazione 64-75 infatti risulta sovrappeso, mentre lo è solo il 14% dei giovani tra i 18 e i 24 anni (Osservasalute, 2016). Un aspetto rilevante della prevenzione è costituito dalle **vaccinazioni**. Nella stagione 2015-2016, la copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione generale si attesta al 13,9%, con lievi differenze regionali. Nello stesso periodo solo il 49% della popolazione anziana ha deciso di vaccinarsi contro l'influenza e la copertura antinfluenzale non raggiunge in nessuna regione italiana i valori considerati minimi (75%) e ottimali (95%) dal Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale. Prendendo in considerazione le tre regioni ove è presente l'INRCA, osserviamo che la percentuale di vaccinazioni degli



ultrasessantacinquenni è aumentata nelle Marche di 3,4 punti rispetto alla stagione 2014-2015 (46,7%) arrivando a 50,1%. In Lombardia, con il 47,7%, rimane quasi invariata rispetto al 2014-2015 (47%). In Calabria la percentuale di ultrasessantacinquenni vaccinati cala di 2,6 punti dalla stagione precedente, passando dal 54,3% al 51,7% (Fonte dati: Rapporto Osservasalute 2016).

FOCUS: La malattia di Alzheimer nel mondo e in Italia

Il più recente “World Alzheimer Report” (2016) stima 47 milioni di persone affette da vari tipi di demenza. Le proiezioni prevedono che saranno raggiunti i 131 milioni 2050. Per comprendere la portata del fenomeno basti pensare che ogni anno si ammalano 9,9 milioni di persone, una ogni 3,2 secondi. Il precedente rapporto 2015 si focalizzava sulla portata del fenomeno. Esso riportava dati che sono ancora attuali. Il 58% delle persone con demenza nel 2015 vivevano nei paesi con reddito medio basso (secondo la classificazione della Banca Mondiale), si arriverà al 63% nel 2030 e al 68% nel 2050. Il Rapporto (World Alzheimer Report) evidenzia che i costi globali della demenza sono cresciuti da 604 miliardi di dollari nel 2010 a 818 miliardi di dollari nel 2015, registrando quindi un aumento del 35,4%. Il rapporto 2016 invece si concentra sulla risposta dei sistemi sanitari all'emergenza dettata dal diffondersi del disturbo, con l'obiettivo di migliorare i servizi socio-sanitari offerti a chi soffre di demenza e ai familiari.



fonte: World Alzheimer Report 2016

Il documento sottolinea come solo il 50% delle persone con demenza ricevono una diagnosi ed esorta i sistemi sanitari ad adottare un sistema integrato e continuativo di assistenza al malato e alla sua famiglia. A questo proposito il Report indica le linee guida assistenziali redatte dalla Queensland University of Technology Clinical Practice (World Alzheimer Report, 2016, p.15) per l'assistenza ottimale dei soggetti affetti da questo disturbo. Il recente studio condotto dal Censis in collaborazione con l'Associazione Italiana Malattia di Alzheimer (2016), su un campione di 425 caregiver di anziani con Alzheimer, conferma i trend individuati a livello globale e permette di avere una fotografia nel nostro Paese dove, l'Alzheimer, interessa il 34,1% degli uomini e il 65,9% delle donne. Rispetto alla precedente rilevazione, avvenuta nel 2006, si nota un innalzamento dell'età media dei malati, che arriva a 77,8 anni. Più alta anche l'età di chi assiste, che passa da 53,3 anni a 59,2 nello stesso periodo. Il 66,7% dei malati risulta affetto da almeno un disturbo del comportamento e il 32,5% da almeno tre, ritenuti frequentemente imbarazzanti dai caregiver. Dato positivo è quello relativo ai tempi della diagnosi, sensibilmente migliorati: mentre nel 2006 passavano 2 anni e mezzo dal primo sintomo alla diagnosi, nel 2015 si passa a 1,8 anni. Il 47,7% dei caregiver infatti sostiene di aver reagito immediatamente ai



primi segnali. Chi fa la diagnosi è il medico di medicina generale nel 47,2% dei casi, seguito dallo specialista pubblico e da quello privato (rispettivamente nel 33,1 e 13,6% dei casi). Il peso maggiore della malattia ricade sul caregiver familiare che, nell'indagine del 2015, fornisce 4,4 ore di assistenza diretta e 10 ore di supervisione e sorveglianza, mentre nel 2006 forniva 6 ore di assistenza diretta e 7 di sorveglianza. Questo alleggerimento sul versante della cura alla persona (igiene, assistenza nei pasti, ecc.) potrebbe essere la conseguenza della sempre più diffusa delega di tali mansioni alla badante. Aumenta anche la quota dei caregiver che assume farmaci come diretta conseguenza dell'assistenza: nel 2006 erano il 19,9%, mentre sono il 25,5% nel 2015. Il 56,8% del campione esprime giudizi negativi sui servizi dedicati all'Alzheimer. I più scontenti sono i caregiver che risiedono nel Mezzogiorno e quelli che usufruiscono di servizi di assistenza e assistono malati gravi.



Politiche di gestione

L'Istituto per garantire livelli di eccellenza nelle sue attività sia cliniche assistenziali che di ricerca scientifica si avvale di strumenti di gestione di seguito riportati in una breve descrizione.

Sistema gestione qualità

L'INRCA si propone di fornire le proprie prestazioni in modo da soddisfare costantemente le esigenze e le aspettative degli utenti/pazienti e, più in generale, di tutte le parti interessate. La realizzazione di tale politica è condivisa da tutto il personale dell'Istituto, che viene coinvolto nella creazione di un ambiente di lavoro orientato al miglioramento continuo.

Il processo evolutivo e di miglioramento avviato dall'INRCA nel corso degli ultimi anni ha portato alla implementazione di un Sistema di Gestione per la Qualità secondo la norma UNI EN ISO 9001, nella piena convinzione che esso, perseguito con convinzione e coerenza, contribuisca ad assicurare quanto sopra. La politica della qualità dell'Istituto prevede la conformità alla UNI EN ISO 9001 in modo da mantenere e raggiungere un livello qualitativo dell'Istituto che soddisfi le esigenze di tutti i portatori di interesse. Compito dell'Organizzazione e, in primis, della Direzione è quello di porre in essere tutte le condizioni che consentono di stabilire, documentare, attuare e tenere aggiornato il Sistema sviluppato nel pieno rispetto della vigente normativa. La Direzione fissa periodicamente obiettivi misurabili, riesaminati con cadenza almeno annuale, al fine di valutare la praticabilità e l'attualità della politica adottata ed eventualmente per modificarla in accordo sia con i dati provenienti dalle informazioni di ritorno da parte dei clienti e di tutti i portatori di interesse che con eventuali nuove leggi/regolamenti/direttive. Gli obiettivi strategici che la Direzione intende raggiungere sono:

- il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni/servizi offerti;
- la soddisfazione dei requisiti e miglioramento continuo dell'efficacia del Sistema di Gestione per la Qualità;
- l'accrescimento della soddisfazione del cliente rispettando le specifiche implicite e, allo stesso tempo, facendo fronte alle necessità che di volta in volta dovessero presentarsi;
- la riduzione dei costi e l'ottimizzazione delle risorse impiegate.

Così facendo risulta possibile garantire:

- la capacità di adeguarsi alle aspettative dei propri portatori di interesse;
- la conformità e l'adeguatezza delle prestazioni rispetto ai requisiti, alle normative vigenti ed agli ambiti di regolamentazione;
- la gestione controllata di tutti i processi del sistema qualità;
- il coinvolgimento di tutti gli operatori nell'attuazione e nell'efficace mantenimento del Sistema di Gestione per la Qualità.

La politica per la Qualità adottata dalla Direzione viene diffusa a tutti i livelli dell'organizzazione e promossa mediante l'esempio della Direzione stessa. L'Alta Direzione ha coinvolto gli operatori della struttura nel processo di realizzazione e mantenimento del Sistema di Gestione per la Qualità, poiché convinta che solo attraverso una azione partecipata di tutte le forze è possibile perseguire gli obiettivi fissati. Il perseguimento di tale politica è pertanto obiettivo per tutto il personale dell'INRCA. Gli obiettivi della qualità sono stabiliti annualmente dal Direttore Generale, in collaborazione con la Direzione Sanitaria, Scientifica ed Amministrativa, con il RAQ (Referente Qualità) di Istituto, con il





gruppo di Coordinamento della Qualità di Istituto e con i RAQ di Sede, durante il Riesame della Direzione. È costante impegno della Direzione attivare le strutture dell'Istituto per predisporre le necessarie risorse finalizzate al raggiungimento degli obiettivi fissati e al mantenimento di un efficace ed efficiente Sistema di Gestione per la Qualità (SGQ). Il modello di SGQ adottato, basato su un approccio per processi e sul metodo del PLAN - DO - CHECK - ACT (pianificare - eseguire - verificare - agire), è stato certificato conforme alla norma internazionale UNI EN ISO 9001 dall'Ente di Certificazione nel 2009 in prima emissione, nel 2012 prima ricertificazione, 2015 seconda ricertificazione ed è attualmente certificato con validità 2018, in tutte le sedi e unità operative dell'Istituto e per le seguenti attività: *progettazione ed erogazione di attività di ricerca sull'invecchiamento e servizi di assistenza nell'ambito della programmazione e della normativa sanitaria, prestazioni sanitarie di ricovero ordinario, day hospital, day surgery, punto di primo intervento, prestazioni residenziali e semiresidenziali, specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale.*

Tutta l'attività dell'organizzazione oggetto di certificazione è stata ordinata in processi (figura a lato). I processi individuati sono suddivisi in:

- ▮ Principali: processi fondamentali definiti anche processi chiave
- ▮ Supporto: processi di supporto ai processi principali.

Per ogni processo sono state sviluppate delle apposite schede che contengono:

- ▮ scopo del processo
- ▮ elementi di input ed output al processo stesso
- ▮ descrizione del processo, anche attraverso un apposito diagramma di flusso che definisce la sequenza operativa delle attività che lo caratterizzano
- ▮ indicatori di prestazione per monitorare e misurare le prestazioni del processo e fornire dati utili al meccanismo di miglioramento.

L'attività di monitoraggio dei processi primari (P01-Ricerca, P02-Degenze e Chirurgia, P03-Servizi) e secondari a supporto (P04-Gestione Risorse, P05-Approvvigionamenti), è garantita attraverso la raccolta ed interpretazione di indicatori specifici in grado di misurare le prestazioni del processo e fornire dati utili al miglioramento. La continua verifica e misurazione dei risultati perfeziona le metodiche del SGQ e stimola il personale coinvolto, il quale apporta il proprio determinante contributo all'eccellenza delle attività

svolte e alla soddisfazione dell'Utente. L'aggiornamento e l'adeguatezza del SGQ alle esigenze dell'Utente è garantito dai riesami periodici del SGQ nonché dai continui miglioramenti e dalle azioni correttive rivolte a tutte le attività dell'Istituto. Il SGQ dell'Istituto è documentato in maniera da dare evidenza della sua attuazione e consentire di monitorarlo, misurarlo e poterne migliorare continuamente l'efficacia. L'organizzazione è costituita dalla rete dei Referenti Qualità delle Unità Operative, resa più attiva e funzionale grazie alla coincidenza dei Referenti Qualità con i Referenti del Rischio Clinico. I suggerimenti ed il confronto sul SGQ INRCA sono garantiti dall'attivazione di canali di comunicazione interna quali:

- ▮ il Desk Settimanale, una postazione gestita dai RAQ di Sede e finalizzata a supportare gli operatori con incontri/colloqui programmati sulle tematiche della qualità e sul SGQ INRCA. Per l'Assistenza e la Ricerca, il desk ha avuto una duplice funzione, vale a dire rispondere alle tematiche relative al SGQ e favorire l'integrazione tra ricerca/assistenza e governo clinico/certificazione;
- ▮ la casella di posta elettronica dedicata: deskqualita@inrca.it: uno strumento risultato fondamentale per la raccolta della documentazione utile per il SGQ e per eventuali chiarimenti/suggerimenti a distanza;
- ▮ i gruppi di lavoro trasversali: meccanismi operativi per la condivisione di procedure in essere su attività comuni e per la redazione di Procedure uniche d'Istituto e/o di Sede.





Nel corso degli anni il sistema si è evoluto spingendosi nella ricerca di indicatori di performance dei processi più significativi e rappresentativi del monitoraggio dei processi di un IRCCS.

È stato di recente avviato un percorso di revisione del sistema di gestione che recepisce le indicazioni della nuova norma UNI EN ISO 9001:2015. Questo percorso ha previsto un corso di quattro giornate per tutti i Responsabili di UO e per tutti i Referenti per la Qualità/Rischio Clinico e la istituzione di un gruppo multiprofessionale comprendente la figura del Risk-Manager e una serie di Referenti che coincidono con quelli dell'attuale Sistema Gestione Qualità.

Trasparenza, prevenzione della corruzione e Codice Etico Comportamentale dell'Istituto

Nel 2016 l'Istituto ha continuato il suo impegno sui temi della trasparenza e della prevenzione della corruzione con la declinazione a tutti i livelli dell'organizzazione di quanto previsto dal Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione, Programma triennale per la Trasparenza e l'Integrità e Codice Etico Comportamentale dell'Istituto. È inoltre proseguita sia l'attività di formazione generale sui temi della trasparenza e della prevenzione della corruzione, con corsi destinati alla totalità dei dipendenti, sia l'attività di approfondimento in piccoli gruppi del codice etico-comportamentale dell'Istituto.

Trasparenza, prevenzione della corruzione



Il Decreto Legislativo n.33 del 2013 Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni è volto ad assicurare l'accesso da parte del cittadino alle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni.

Le norme anticorruzione



La legge n.190 del 2012 Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione, in attuazione delle Convenzioni internazionali contro la corruzione (legge n.116 del 2009 e legge n.110 del 2012) definisce i compiti dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAV) e degli altri organi competenti a coordinare le misure di prevenzione e contrasto dell'illegalità e della corruzione in Italia. La legge prevede una complessa attività di pianificazione e controllo, che coinvolge tutti i diversi livelli di governo e che ha come elemento essenziale il Piano Nazionale Anticorruzione, cui le singole amministrazioni devono uniformarsi, approvando i relativi piani triennali di prevenzione della corruzione. I piani devono individuare le attività a maggior rischio corruzione e gli interventi di formazione e controllo utili a prevenire tale fenomeno. La legge prevede, inoltre, la nomina per ciascun ente di un responsabile delle attività di prevenzione, forme di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti.

Codice Etico Comportamentale



Il Codice Etico Comportamentale racchiude i principi generali e le regole di comportamento cui viene riconosciuto valore etico positivo e definisce i doveri minimi di diligenza, lealtà, imparzialità e buona condotta che i dipendenti e i collaboratori dell'Azienda sono tenuti ad osservare. Tale documento rappresenta pertanto uno strumento che, inserito nel sistema di qualità e di controllo interno dell'Azienda, aiuta a mantenere la buona reputazione della stessa e a svolgere un'azione capillare di prevenzione e contrasto di eventuali comportamenti non etici, degli illeciti e dei fenomeni corruttivi, siano essi compiuti o tentati direttamente o tramite influenze su altri, nell'interesse proprio e/o a vantaggio dell'Azienda stessa.

Il percorso ha avuto avvio con la determina n. 124/DGEN del 28 marzo 2013 del Direttore Generale con la nomina del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione (RPC), al quale, con successivo atto (n.216/DGEN del 3 giugno 2013), gli è stato attribuito anche il ruolo di Responsabile per la Trasparenza. Nello sviluppo del **Sistema della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione** si è adottato il principio della gradualità: individuare poche aree di intervento su cui creare processi di cambiamento graduale in grado di produrre apprezzabili variazioni destinate a consolidarsi e a diffondersi nell'organizzazione. Dunque il primo passo è stato la "messa in sicurezza della trasparenza" e con la determina n.324/



DEGEN del 3 ottobre 2013 sono stati nominati i referenti aziendali e definiti ruoli e responsabilità. Le attività di implementazione delle norme in materia di trasparenza sono state sviluppate nell'ambito di un progetto aziendale a valenza strategica, associato al sistema premiante. Sono stati subito costituiti gruppi di lavoro coordinati dal RPC nell'ambito dei quali sono stati analizzati i processi e i flussi informativi dai quali ricavare le informazioni oggetto di pubblicazione. E' stata stabilita la modalità di rappresentazione dei dati, secondo il principio della massima fruibilità per i soggetti esterni, ed è stata strutturata la piattaforma informatica per la raccolta dei dati e le procedure di alimentazione del sito. Ad oggi ciascun referente per la trasparenza dispone di proprie credenziali con le quali, tramite apposite procedure di gestione in back office, interviene in autonomia sui contenuti della sezione Amministrazione Trasparente (di seguito AT) limitatamente all'area di propria competenza. Tale modello, dove l'RPC ha compiti di coordinamento, supervisione e verifica, garantisce la copertura totale delle informazioni.

Figura 12 - Il ciclo di gestione del rischio



Sul versante della prevenzione della corruzione, come primo atto, su proposta del RPC, con la determina n.368/DGEN del 19 novembre 2013 sono stati nominati i referenti aziendali per la prevenzione della corruzione. Con i referenti è stata effettuata una prima analisi dei processi "sensibili", sono stati esaminati i regolamenti in essere, verificate le procedure e la loro effettiva applicazione, valutato il livello di tracciabilità e informatizzazione. Da questa analisi è scaturito il primo Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione (PTPC), approvato nel gennaio 2014 e aggiornato annualmente con un approccio di miglioramento continuo. Il PTPC rappresenta a tutti gli effetti uno strumento organizzativo che, integrandosi con gli altri meccanismi e strumenti di gestione dell'organizzazione (organigramma, funzionigramma, procedure operative, piano della performance e codice etico comportamentale), favorisce l'attuazione di efficaci strategie di prevenzione e contrasto della corruzione. L'approccio utilizzato per la gestione del rischio di corruzione è quello iterativo, tipico dei sistemi di programmazione e controllo. La valutazione del rischio è stata effettuata seguendo i criteri indicati nell'allegato 5 del PNA 2013 in base ai quali il grado di rischio deriva dalla combinazione dei valori di probabilità e di impatto. La probabilità che l'evento corruttivo si verifichi è stata valutata sulla base di elementi quali il livello di regolamentazione interna, il livello di regolamentazione esterna (derivante da norme e direttive), il livello di informatizzazione, da cui derivano altri elementi, quali il livello di discrezionalità nella gestione del processo, la rilevanza esterna, la complessità, la frazionabilità e il livello di segregazione delle funzioni, lo stato dei controlli, il valore economico della decisione finale. L'impatto viene valutato in base a tre dimensioni: organizzativa, economica, reputazionale.

Di seguito è rappresentata la matrice generale di valutazione del rischio:

La gamma dei processi considerati, che in prima fase era focalizzata sull'area amministrativa, è stata ampliata per considerare i processi sanitari maggiormente rilevanti ai fini della prevenzione del rischio corruttivo: attività libero-professionale intra-moenia, sperimentazioni cliniche, partecipazione a convegni e congressi con sponsorizzazioni individuali, rapporti con gli informatori scientifici del farmaco, gestione delle attività successive al decesso.

Con il primo PTPC (2014-2016) è stato inoltre emanato anche il codice Etico Comportamentale dell'Istituto, che negli anni successivi è stato aggiornato

PROBABILITÀ		IMPATTO		
		BASSA	MEDIA	ALTA
IMPATTO	ALTO	Rischio Medio	Rischio Medio-Alto	Rischio Alto
	MEDIO	Rischio Medio-Basso	Rischio Medio	Rischio Medio-Alto
	BASSO	Rischio Basso	Rischio Medio-Basso	Rischio Medio



per tener conto delle evidenze dell'attività di prevenzione interna e indicazioni provenienti dall'ANAC. Di seguito sono elencati alcuni esempi di misure operative adottate dall'Istituto.



Esempi di misure comportamentali:

- Regolamentazione dell'ALPI, con obbligo di rientro per tutti i professionisti dell'Istituto dalla cosiddetta "intramoenia allargata".
- Limitazione del ricorso alle sponsorizzazioni individuali da parte degli operatori coinvolti a vario titolo nelle procedure di appalto.

Tra le azioni messe in campo sin dalla fase di avvio dell'attività di prevenzione vi è la formazione.

Il legislatore attribuisce alla formazione un ruolo fondamentale, considerandolo uno dei pilastri della lotta alla corruzione e affida al RPC il compito di curarne l'effettiva realizzazione.

Attraverso la formazione è possibile promuovere una cultura diffusa dell'etica della legalità che rappresenta senza dubbio uno dei maggiori deterrenti nei confronti di tendenze di carattere corruttivo. Anche con riguardo alla formazione si è proceduto con gradualità progettando tre percorsi formativi differenziati per le diverse tipologie di destinatari:

- personale addetto alle attività nel cui ambito è più elevato il rischio corruttivo,
- responsabili delle unità operative, allo scopo di rafforzare il sistema di autocontrollo;
- totalità dei dipendenti.

Le attività di formazione e di aggiornamento hanno assunto contenuti progressivamente sempre più specifici tali da assicurare la massima copertura formativa e informativa a tutti coloro che nell'Istituto sono a vario titolo coinvolti nell'attività di prevenzione e di contrasto del rischio di corruzione.

Nel 2016 è stato adottato un modello formativo diverso da quello puramente divulgativo degli anni precedenti e che prevede la formazione in piccoli gruppi e la somministrazione, all'interno del percorso formativo, di un questionario elaborato dal RPC, finalizzato a rilevare la percezione dei dipendenti rispetto al fenomeno corruttivo, sia nel contesto esterno che interno. Tale approccio ha avuto ottimi risultati, anche in termini di gradimento da parte dei partecipanti e pertanto si proseguirà così anche nel triennio 2017-2019 con il duplice obiettivo di creare un sistema permanente di formazione – informazione, tale da far percepire la "prevenzione della corruzione" come "tema di fondo" e di creare una base-dati interna sulla percezione dei dipendenti rispetto al fenomeno della corruzione.

Infine, conformemente alla normativa vigente, l'Istituto ha posto in essere una serie di azioni finalizzate a favorire la pratica delle segnalazioni da parte dei dipendenti, i cosiddetti whistleblowers.

Il whistleblowing è considerato dall'ANAC fra i principali strumenti di contrasto alla corruzione.

La sua efficacia tuttavia non è automatica ma dipende fortemente da due elementi entrambi afferenti alla sfera della "confidenza":

- fiducia nella persona del RPC
- confidenza nel fatto che il contributo che si sta dando, esponendosi in prima persona con la segnalazione, abbia un effettivo seguito.

I dipendenti dell'Istituto per effettuare le segnalazioni possono utilizzare una piattaforma informatizzata collocata all'interno dell'intranet aziendale, che garantisce loro l'anonimato nei confronti dell'intera organizzazione, ad eccezione del RPC. Il RPC è l'unico che può accedere alla piattaforma ed è colui che è chiamato a valutare la segnalazione e ad attivarsi nelle sedi opportune per dare seguito alla



segnalazione stessa. Tale modello, definito all'interno del codice Etico Comportamentale, che è parte integrante del PTPC, riprende fedelmente il dettato normativo. Particolare importanza inoltre riveste nelle aziende sanitarie il tema del conflitto di interesse rispetto al quale l'Istituto ha adottato l'impostazione e il modello scaturiti dal protocollo di intesa fra l'ANAC e l'Agenzia Nazionale per l'Assistenza Sanitaria (di seguito AGENAS). Al fine di prevenire il rischio del manifestarsi di situazioni anche potenziali di conflitto di interesse, il personale dirigente e coloro che ricoprono stabilmente il ruolo di responsabile unico del procedimento e/o direttore esecutore del contratto sono chiamati a dichiarare le relazioni e gli interessi in essere, allo scopo di esplicitare le situazioni che possono potenzialmente interferire con l'espletamento di attività e funzioni ad essi affidate. La disponibilità di tali informazioni consente all'amministrazione di prevenire a monte situazioni di potenziale conflitto di interesse, evitando di affidare al professionista incarichi, attività o funzioni in presenza di relazioni o interessi che potrebbero interferire con l'espletamento di tali attività. Per ciò che riguarda gli ambiti su cui ci si dovrà concentrare dal 2018, particolare importanza riveste la fase della esecuzione del contratto, successiva all'aggiudicazione dell'appalto. Il presidio della fase di adempimento contrattuale richiede un rapporto continuo e strutturato con i direttori esecutori dei contratti (di seguito DEC), e la definizione di procedure standardizzate di verifica e monitoraggio.

Il ciclo delle Performance

L'INRCA per la propria gestione si basa sui principi della programmazione e del controllo, individuando nel sistema di budget lo strumento fondamentale, anche con riferimento al complesso delle responsabilità direzionali ed operative afferenti ai vari livelli. L'Azienda definisce, misura e valuta la performance a livello di amministrazione nel suo complesso, di unità organizzative e dei singoli dipendenti sviluppando un ciclo continuo di gestione della performance. Il sistema di misurazione e valutazione della performance che ha trovato compimento nella determina n.10 del 29/01/2016 si attua attraverso l'amministrazione delle risorse disponibili assegnate ai Dipartimenti ed alle altre articolazioni aziendali, per il raggiungimento delle finalità assistenziali, didattiche e di ricerca, definite dai documenti di programmazione. Tali obiettivi sono declinati in attività specifiche per ogni articolazione aziendale, la quale ha la responsabilità di conseguirli nel rispetto degli standard di qualità attesi. Per monitorare periodicamente le attività, supportare il processo di valutazione dell'efficacia e dell'efficienza aziendale e dei dipartimenti e al fine di accertare che le componenti gestionali siano in linea con i programmi definiti, l'Azienda si avvale del controllo di gestione. Il controllo di gestione supporta sia la Direzione Aziendale che i Direttori di Dipartimento in tutte le fasi di programmazione, gestione e verifica della performance. La ricaduta degli obiettivi strategici, secondo un processo a cascata su tutti i centri di responsabilità, implica l'individuazione di obiettivi operativi per la dirigenza sia dell'area sanitaria sia di quella amministrativa, professionale e tecnica.

Sistema di Prevenzione e Protezione

Il Sistema di Prevenzione e Protezione a tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori ha come obiettivo quello di favorire nel posto di lavoro condizioni che garantiscano il più alto grado di qualità nella vita lavorativa, promuovendo il benessere fisico, psichico e sociale dei lavoratori e prevenendo malattie ed infortuni, fungendo da consulente specializzato del datore di lavoro su ciò che attiene a tutte le incombenze (valutazione dei rischi, individuazione delle misure preventive, definizione delle procedure, informazione) relative alla promozione e tutela della salute e sicurezza dei lavoratori.



Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni - CUG

Il Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (CUG) è stato costituito dall'INRCA con determina n.18 del 21 marzo 2011, secondo quanto previsto dall'art. 21 del D.Lgs. 183/2010, e rinnovato con determina n.337 del 21 ottobre 2015. Il Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (CUG) è un organismo che sostituisce, unificandone le competenze, i precedenti "Comitato per le pari opportunità" e il "Comitato sul fenomeno del mobbing", costituiti in applicazione della contrattazione collettiva, dei quali assume tutte le funzioni previste dalla legge, dai contratti collettivi relativi al personale delle amministrazioni pubbliche o da altre disposizioni. Il Comitato ha composizione paritetica ed è formato da componenti di nomina sindacale e di un pari



Ai sensi dell'art. 57, comma 4, del D. Lgs. n.165/2001, la Presidenza del Consiglio dei Ministri ha emanato, in data 4 marzo 2011, apposita Direttiva contenente le linee guida in ordine alle modalità di funzionamento dei CUG, alla loro costituzione e durata del mandato, ai criteri di composizione, alla nomina, ai compiti e adempimenti nonché alla definizione di un regolamento interno. In particolare, questo nuovo organismo destinato a sostituire - unificandone le relative competenze - i Comitati per le Pari Opportunità e i Comitati Paritetici per il fenomeno del mobbing, deve essere costituito in modo paritetico, da un componente effettivo ed uno supplente designato da ciascuna delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative ai sensi dell'art. 43 del D.Lgs. 165/2001 e da un pari numero di rappresentanti dell'Amministrazione in modo da assicurare nel complesso la presenza paritaria di entrambi i generi, mentre il Presidente dovrà essere designato tra i membri in rappresentanza dell'Amministrazione.

numero di rappresentati dell'Amministrazione. Ha un suo regolamento interno, consultabile on line sul sito internet nella sezione - Amministrazione trasparente.

La finalità del Comitato Unico di Garanzia è quella garantire nell'ambito della Azienda, un ambiente di lavoro improntato al benessere organizzativo, contrastare ed eliminare ogni forma di violenza morale o psichica, realizzare la migliore utilizzazione delle risorse umane, assicurare la formazione e lo sviluppo professionale dei dipendenti, garantire pari opportunità alle lavoratrici e ai lavoratori e contrastare ogni forma di discriminazione diretta e indiretta.

Oltre ai compiti propositivi, consultivi e di verifica descritti nell'art.9 del Regolamento il CUG ha il compito di preparare il Piano Triennale di azioni positive, che ha la finalità di rimuovere gli ostacoli alla piena ed effettiva parità di opportunità tra donne e uomini secondo la Direttiva PCM del 4 marzo 2011. Il CUG, ai sensi del citato articolo 57 del D. Lgs. n.165/2001 e s.m.i., è costituito senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica. Pertanto, non è previsto alcun compenso per la partecipazione alle attività del medesimo che ciò nonostante vengono svolte fuori dell'orario di servizio, su base volontaria. È composto da un componente effettivo e da un supplente designato da ciascuna delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative ai sensi dell'art.43 del D.Lgs. 165/2001 e da un pari numero di rappresentanti dell'Amministrazione in modo da assicurare nel complesso la presenza paritaria di entrambi i generi, mentre il Presidente dovrà essere designato tra i membri in rappresentanza dell'Amministrazione.

Piano triennale azioni positive 2014-2016

Nell'ambito del CUG è stato emanato il Piano triennale delle azioni positive (2014-2016) previsto dal D.Lgs. 11 aprile 2006 n.198 "Codice delle Pari Opportunità" approvato con determina n.195/DGEN del 31/07/2014. Si tratta di un documento programmatico mirato ad introdurre azioni positive all'interno del contesto organizzativo e di lavoro per favorire il benessere organizzativo e assicurare, agendo sull'organizzazione del lavoro, la rimozione degli ostacoli che impediscono la piena realizzazione di pari opportunità lavorative tra uomini e donne, impedire forme di discriminazione e prevenire il fenomeno del mobbing. In particolare, sono state definite le seguenti linee di intervento:



1. formazione dei componenti del Comitato Unico di Garanzia;
2. promozione della cultura di genere e delle pari opportunità;
3. osservatorio: indagine dei bisogni del contesto finalizzata alla presentazione di progetti inerenti a politiche di conciliazione;
4. promozione della conciliazione tra tempi di vita e tempi di lavoro;
5. incentivazione di condizioni di lavoro che rispettino la dignità e la libertà delle lavoratrici e dei lavoratori, in linea con il Codice Etico Comportamentale dell'Istituto.

A seguito dell'approvazione del Piano Triennale Azioni Positive (PTAP), sono state avviate le attività:

- promozione delle attività del CUG all'interno dell'INRCA
- diffusione dei principi contenuti nel "Codice etico comportamentale", approvato con determina n.19/DGEN/2014 del 31 gennaio 2014, in particolare all'art.3 "Valori etici di riferimento", capoverso "Valorizzazione delle risorse umane"
- Promozione del benessere dei lavoratori con il progetto "Fitness At Work" finalizzato a migliorare la qualità della vita del personale mediante la promozione dell'attività fisica sul posto di lavoro.



Mapa degli Stakeholder

L'individuazione degli stakeholder (portatori di interesse) nel contesto pubblico, rispetto a quello privato, si rivela complessa per le caratteristiche istituzionali e l'eterogeneità delle aree di intervento: tali fattori configurano gli enti pubblici quali organizzazioni multistakeholder. Ad ogni modo, l'importanza di individuare gli stakeholder vale a maggior ragione per le Pubbliche Amministrazioni, la cui missione non consiste nel realizzare profitti per gli azionisti, ma nel creare beni pubblici e servizi per la collettività. Individuare tutti i possibili stakeholder significa per le Pubbliche Amministrazioni riflettere sulla posta in gioco, considerare con cura i possibili impatti (sociali, economici, urbanistici, ambientali, ecc.) di un intervento, ed individuare quali sono i soggetti che possono rappresentarli nel corso del processo. Nel contesto pubblico l'attività istituzionale si concentra, principalmente, sullo sviluppo dell'insieme di relazioni intessute con i propri stakeholder indispensabile per ricercare, in modo efficace, il consenso necessario e la legittimazione sociale intorno alle proprie attività. È importante, per un'azienda pubblica, realizzare un adeguato processo di individuazione dei propri stakeholder e creare i presupposti per l'attivazione di un dialogo e un'interazione valida al fine di comprendere le priorità degli stakeholder e, quindi, le risorse da destinare al loro soddisfacimento. La mappatura degli stakeholder, infatti, individua i soggetti dotati di maggior potere di influenza, nonché quelli che detengono numerose aspettative dall'ente pubblico. Ciò consente alla direzione strategica dell'Azienda di poter meglio indirizzare l'attività volta, per definizione, al soddisfacimento dei bisogni pubblici. In secondo luogo, l'individuazione degli stakeholder rappresenta l'architettura fondamentale per la redazione del Bilancio Sociale di un'azienda sanitaria.

Pazienti/Cittadini

Il paziente rappresenta il principale stakeholder dell'Istituto, elemento centrale del processo di erogazione dei servizi. L'INRCA pone al centro della sua azione la persona e i suoi diritti fondamentali di tutela della salute pubblica e ha la possibilità di usufruire di servizi sanitari di alta qualità riconosciuti dalla normativa nazionale e regionale

Familiari/Caregiver

I familiari/caregiver hanno bisogno di essere sostenuti e formati nel loro ruolo di assistenza alle persone anziane al fine di sviluppare/rinforzare le strategie di cura dell'ecosistema familiare. L'INRCA è impegnata sul fronte della formazione ai caregiver per migliorare la loro conoscenza sulle principali patologie che colpiscono la popolazione anziana

Il Personale dell'Istituto

Ricercatori, sanitari, personale tecnico ed amministrativo: rappresentano un patrimonio di competenze operative, tecnico specialistiche e gestionali, la cui qualità delle prestazioni influisce sulla soddisfazione del paziente/utente. L'INRCA favorisce l'accrescimento e il consolidamento professionale del personale per stimolare lo sviluppo di progetti di ricerca traslazionali ed interdisciplinari e promuove lo sviluppo e la valorizzazione delle competenze attraverso il riconoscimento della formazione/aggiornamento del personale e dei sistemi di valutazione delle capacità professionali

Organizzazioni sindacali

Sono quelle organizzazioni con la finalità di promuovere le necessità dei lavoratori dipendenti, contemperando l'interesse al miglioramento delle condizioni di lavoro ed alla crescita professionale del personale. Per le materie stabilite dalla vigente normativa e dai CCNL sono titolari dei diritti riguardanti l'informazione, la consultazione, la concertazione e la contrattazione integrativa aziendale

Associazioni

Sono associazioni che danno un ulteriore valore all'attività svolta dall'INRCA supportando, da un lato gli operatori sanitari e dall'altro i pazienti/familiari durante il percorso assistenziale. I volontari di tali associazioni prestano il loro lavoro e promuovono la cultura della solidarietà negli ambiti della propria appartenenza. Sono riuniti in comitato di partecipazione (a norma della DGRM n.127 2015) e in assemblea delle associazioni. Il comitato di partecipazione è composto da utenti e operatori, formula proposte al Direttore Generale in relazione alla programmazione sanitaria, alla verifica della funzionalità dei servizi sanitari. L'obiettivo del Comitato di Partecipazione è la tutela dei diritti degli utenti e di realizzare la completa partecipazione dei pazienti ai processi assistenziali, in un lavoro di sinergia tra cittadini e operatori sanitari



Medici di Medicina Generale
Rappresentano il collegamento tra paziente, Ospedale e territorio
Aziende Ospedaliere e Extraospedaliere
Le altre aziende sanitarie, operanti sul territorio regionale e nazionale collaborano con l'INRCA al fine di assicurare la migliore assistenza socio sanitaria a tutti i cittadini
Altri IRCCS
Sono Istituti di Ricerca a Carattere Scientifico con i quali l'INRCA promuove collaborazioni al fine di accrescere le conoscenze scientifiche
Università
L'INRCA promuove la massima integrazione e collaborazione tra il sistema della formazione ed il sistema assistenziale, nel reciproco rispetto delle proprie competenze, al fine di perseguire gli obiettivi di qualità e potenziamento della formazione del personale medico e sanitario, dello sviluppo della ricerca e dell'efficienza del servizio sanitario pubblico
Network Italia Longeva
E' la Rete Nazionale di Ricerca sull'Invecchiamento e la Longevità Attiva. L'INRCA è socio fondatore insieme alla Regione Marche e al Ministero della Salute per consolidare la centralità degli anziani nelle politiche di sviluppo, fronteggiare le crescenti esigenze di protezione della terza età e porre l'anziano come protagonista della vita sociale
Ministero della Salute e Ministero dell'Economia e delle Finanze
Ha le funzioni di tutela della salute umana e di coordinamento del Sistema Sanitario Nazionale. Effettua la programmazione a livello nazionale pur rimettendo alla Regione le funzioni di programmazione, gestione, controllo e assegnazione delle risorse. Opera in stretta collaborazione con il Ministero dell'Economia e Finanza per quanto attiene agli aspetti di programmazione economica. È l'Ente di governo che guida, indirizza e verifica l'operato
Regione Marche, Regione Lombardia, Regione Calabria
Svolgono funzioni di programmazione, indirizzo, controllo nonché di coordinamento nei confronti dell'INRCA attraverso le indicazioni dei Piani Sanitari Regionali
Comuni
Il sindaco del comune è responsabile della salute dei cittadini e pertanto vigila sulla corretta erogazione di tutti i servizi sanitari
Comunità Europea
Emana le direttive generali, promuove la ricerca scientifica attraverso l'emanazione di bandi per progetti di interesse internazionale di salute pubblica
Il mondo produttivo (imprese, istituzioni, no profit)
L'INRCA intrattiene collaborazioni con il mondo produttivo in quanto utilizzatore, acquirente, partner per la ricerca e lo sviluppo
Fornitori di beni e servizi
Rientrano in questa categoria le aziende fornitrici di beni e servizi e i liberi professionisti che erogano prestazioni e forniscono i fattori produttivi per permettere l'esercizio dell'attività clinico-assistenziale e di ricerca. L'INRCA verifica che la loro attività sia conforme ai principi di economicità, efficacia, tempestività, correttezza, libera concorrenza, parità di trattamento, non discriminazione, trasparenza, proporzionalità, pubblicità. La collaborazione con le aziende fornitrici e i professionisti consente l'identificazione di soluzioni innovative di risposta ai bisogni emergenti



Tra gli stakeholder definiti, nel 2016 l'IRCCS INRCA ha concentrato la propria attenzione sui seguenti portatori di interesse:

- ▮ i pazienti /utenti perché con maggiore difficoltà possono far sentire la propria voce;
- ▮ familiari/caregivers sempre più coinvolti nell'assistenza alle persone anziane;
- ▮ collaboratori /operatori d'Istituto in quanto rappresentano risorse il cui benessere influenza la qualità dell'assistenza erogata e della ricerca scientifica;
- ▮ Istituzioni (Ministeri, Regioni) delineano linee guida, indirizzi, regolamenti e posseggono canali comunicativi standard attraverso i quali incidono sull'operato dell'IRCCS INRCA;
- ▮ professionisti del territorio in quanto come Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, l'INRCA ha come missione anche quella di creare valore attraverso la divulgazione delle conoscenze nel settore geriatrico e gerontologico.

La tabella a seguire identifica per ogni stakeholder le modalità di coinvolgimento dello stesso e gli obiettivi che l'IRCCS INRCA intende perseguire come riportato in maniera più dettagliata nella sezione "obiettivi di miglioramento" Quinta Parte.

SH	Come vengono coinvolti	Azioni future
Pazienti / Cittadini	<p>Indagine di soddisfazione dell'utenza: somministrazione su base volontaria del questionario cartaceo di soddisfazione presso i Presidi Ospedalieri dell'INRCA</p> <p>Le aree indagate riguardano tempi d'attesa, accoglienza, assistenza del personale medico e infermieristico, organizzazione dell'ospedale, rispetto della riservatezza. Aspetti strutturali e alberghieri</p> <p>I dati in dettaglio sono riportati nella Seconda Parte</p>	Mantenimento dell'indagine di soddisfazione dell'utenza
	<p>Ufficio Relazioni con il Pubblico, gestione dei reclami, coinvolgimento e presenza dell'INRCA nelle testate giornalistiche nazionali e regionali nell'anno di riferimento (rif. Seconda Parte)</p>	Proseguimento delle attività
	<p>Social media: l'INRCA è presente su Facebook, Twitter, LinkedIn, Youtube. Attraverso tali canali l'INRCA è in grado di rispondere prontamente alle richieste e agli spunti di miglioramento dei cittadini. Nella Parte 2° sono riportati i dati totali raccolti nel 2016 riferiti ai "mi piace" totali e visualizzazione dei video. Rispetto all'anno precedente è stato registrato un aumento del numero dei "like" superiore all'obiettivo prefissato</p>	Aumento del 5% rispetto ai dati riferiti all'anno precedente
	<p>Portale web: punto di incontro tra l'INRCA e gli utenti che consente di accedere in modo veloce alle informazioni offerte sui servizi assistenziali e le attività dell'Istituto. Una sezione è dedicata alla "Amministrazione trasparente" in cui sono pubblicati documenti, informazioni, atti e dati concernenti l'organizzazione e l'attività secondo quanto previsto dal decreto legislativo 14/03/2013, n.33 (http://www.inrca.it/inrca/mod_tra_112.asp?pag=tra_home.asp)</p> <p>Nella pagina principale del portale web una sezione è dedicata alle ultime notizie ed eventi consente al cittadino di essere informato in tempo reale</p>	Riorganizzazione del portale web con sezioni dedicate maggiormente fruibili ai cittadini
Professionisti / Ricercatori dell'Istituto	<p>Partecipazione di professionisti dell'INRCA a convegni, corsi di formazione, eventi per la divulgazione delle attività svolte e la trasmissione della conoscenza. L'attività ha coinvolto diverse figure professionali partecipanti, quali ad es. medici di medicina generale, infermieri, dietisti, psicologi, podologi, specializzanti e specialisti di diverse discipline presenti sul territorio. Si riporta a titolo di esempio il percorso di formazione che si è tenuto ad Ancona a settembre 2016 su "La presa in carico del caregiver della persona con demenza" indirizzato a psicologi e professionisti coinvolti a vario titolo nella cura e assistenza del paziente</p>	Mantenimento e miglioramento delle attività
	<p>La rivista "Menti Attive in Riabilitazione" è uno strumento di approfondimento delle tematiche di ricerca, pianificazione e informazione in campo riabilitativo e ha la finalità di contribuire, attraverso un approccio integrato, a dare risposta alle richieste dei professionisti del mondo della Riabilitazione</p> <p>Attraverso una serie di articoli di ricerca, di report sull'applicazione di protocolli e linee guida e di analisi di miglioramento, offre uno spazio dedicato al confronto e all'approfondimento delle tematiche cliniche, organizzative e scientifiche per i professionisti. Nell'anno di riferimento sono stati redatti 2 volumi</p>	Proseguimento delle attività
	<p>Partecipazione di professionisti e ricercatori a seminari ed incontri su tematiche legate all'invecchiamento anche con disseminazione dei risultati ottenuti nell'ambito di progetti INRCA</p>	<p>Mantenimento e miglioramento dell'attività</p> <p>Realizzazione di un piano di monitoraggio finalizzato alla valutazione dell'impatto della divulgazione sugli utenti</p>



Familiari e Caregiver	<p>L'INRCA ha progettato una piattaforma web "Informcare" nell'ambito del progetto di ricerca INNOVAGE, in grado di fornire informazioni e consulenze specifiche per chi assiste un anziano. La piattaforma è disponibile in 27 Paesi in ambito europeo. Gli utenti possono trovare risorse informative e servizi interattivi per connettersi con altri assistenti agli anziani nella propria lingua. Nell'anno di riferimento l'INRCA ha continuato la promozione dell'utilizzo della piattaforma web sul territorio. La piattaforma è stata presentata presso l'Area Vasta 2 nell'ambito del progetto "Argento attivo, dai vita ai tuoi anni" modulo "Conoscere i servizi e migliorare il lavoro di assistenza" al quale hanno partecipato coloro che assistono gli anziani, come badanti, familiari e volontari dell'AV2. Il corso si è articolato in 4 pomeriggi di formazione di 3 ore ciascuno con lezioni frontali e interattive, confronto, dibattito, lavori di gruppo, privilegiando metodologie di didattica partecipata. L'impegno formativo è stato di 12 ore complessive per ciascun partecipante. Sono state svolte due edizioni del corso ad Ancona e Osimo</p>	<p>Raccolta informazioni e dati al fine di migliorare la comprensione dei bisogni e delle aspettative di chi assiste l'anziano per promuovere l'arricchimento dei contenuti del sito informcare</p>
	<p>Nell'ambito del progetto europeo APP4CARERS e con l'obiettivo di rispondere ai bisogni dei caregivers durante la loro attività di assistenza all'anziano, nel 2016 è stata realizzata la mappatura delle APPs disponibili online in Italia per i caregivers</p>	<p>Raccolta e divulgazione delle informazioni e degli strumenti online a supporto dei caregivers. Sviluppo di una APP per aiutare ad orientarsi in questa categoria di servizi</p>
	<p>Nel perseguire l'obiettivo di consolidare le competenze e le conoscenze sulla assistenza all'anziano, sono stati realizzati dall'INRCA percorsi formativi specifici per caregivers di persone con Alzheimer</p>	<p>Mantenimento delle attività</p>
Dipendenti / Collaboratori	<p>Promozione del benessere organizzativo: l'INRCA, in collaborazione con la Regione Marche, ha partecipato all'indagine sul clima interno promossa dalla Scuola Superiore S. Anna di Pisa, con lo scopo di valutare l'impatto delle azioni organizzative sui processi di lavoro quotidiani e misurare lo stato di salute dell'organizzazione. È stato somministrato un questionario on-line (anonimo) per valutare il grado di soddisfazione dei dipendenti in merito al contesto e alle condizioni lavorative, la comunicazione, l'informazione e la formazione in azienda, il management e il sistema di budget. L'iniziativa è stata condivisa con il CUG e coordinata dall'Osservatorio Epidemiologico Professionale dell'Istituto. (Approfondimenti nella Seconda Parte)</p>	<p>Diffusione e condivisione dei dati, valutazione dei risultati, programmazione di interventi di miglioramento dell'organizzazione</p>
	<p>Promozione dell'attività fisica e lotta alla sedentarietà con la prosecuzione del progetto "Fitness at Work" per i dipendenti, i quali hanno potuto usufruire della palestra interna per effettuare, sotto la guida di terapisti-tutor, attività di fitness metabolico e svolgere la nuova attività di stretching-rilassamento per il benessere della schiena e delle algie vertebrali. Il progetto è stato segnalato tra i migliori progetti presentati al 1° Bando "Buone Pratiche per la Qualità e Sicurezza della Cure", promosso dall'INRCA nel 2016. (Approfondimenti nella Seconda Parte)</p>	<p>Mantenimento del progetto, basato sulle 2 sezioni di training: una dedicata al fitness metabolico e una dedicata alla ginnastica preventiva e di rieducazione posturale</p>
	<p>Raccolta della soddisfazione dei dipendenti su alcuni degli aspetti del processo di ristorazione dell'INRCA (bar e distributori automatici). I risultati sono descritti nella Seconda Parte</p>	<p>Proseguimento dell'indagine</p>
Fornitori	<p>Sul portale web in una sezione dedicata (http://www.inrca.it/inrca/Mod_Isti_115.asp?pag=Isti_forni.asp) Vengono pubblicate le informazioni e i dati che coinvolgono i fornitori. È stato predisposto uno strumento di valutazione del gradimento dei fornitori usufruibile on line per conoscere le aspettative dei fornitori</p>	<p>Somministrazione dello strumento di indagine della soddisfazione dei fornitori Analisi dei dati e divulgazione dei risultati</p>
Ministeri	<p>Definisce obiettivi, esercita alta vigilanza, approva finanziamenti per gli IRCCS. Definisce adempimenti dei Livelli Essenziali di Assistenza a cui le aziende sanitarie / IRCCS devono ottemperare. Attraverso il Workflow della ricerca, il Ministero della Salute comunica e controlla gli IRCCS (http://ricerca.cbim.it/index.html) I gruppi di lavoro e gli incontri si svolgono nell'ottica della condivisione con l'obiettivo di delineare le linee di ricerca future e la partecipazione a reti di interesse scientifico Nel mese di Aprile, l'INRCA ha preso parte all'evento "Gli Stati Generali della Ricerca" alla presenza delle più alte Cariche Istituzionali e con la partecipazione di autorità accademiche e scientifiche, ricercatori e rappresentanti dei pazienti, del mondo industriale, della finanza. L'evento ha messo in risalto la realtà del mondo della ricerca sanitaria, dibattendo sugli attuali limiti e criticità, ma anche evidenziando le potenzialità del settore</p>	<p>Rapporto istituzionale Partecipazione ai gruppi di lavoro con il Ministero per aumentare la rete di collaborazione</p>



Regioni	<p>Le Regioni controllano e verificano l'operato dell'IRCCS INRCA</p> <p>L'INRCA partecipa a tavoli tecnici per la programmazione sanitaria e per la definizione di obiettivi sanitari ed economici nel rispetto del Piano Sanitario Regionale e Nazionale. Collaborazione con il servizio regionale per le Politiche Sociali per la redazione delle "Linee guida di valenza regionale in materia di Invecchiamento Attivo", con l'obiettivo principale di fornire indicazioni e raccomandazioni al legislatore regionale marchigiano, al fine di una possibile elaborazione ed applicazione di una legge regionale in materia. Le linee guida sono state consegnate a dicembre</p>	<p>Rapporto istituzionale</p> <p>Promozione della discussione pubblica sulle linee guida</p>
	<p>Cittadini anziani, imprese agricole e associazioni di volontariato sono stati impegnati nel progetto regionale 'Longevità attiva in ambito rurale', nato dalla collaborazione tra Regione Marche e INRCA e che mette l'azienda agricola multifunzionale al centro di servizi di welfare per l'anziano. I bisogni e le aspettative di questo gruppo di anziani sono stati rilevati attraverso un calendario di focus group. L'interazione con la Regione Marche, quale stakeholder della fase di progettazione, è avvenuta tramite tavoli tecnici</p>	<p>Continuazione delle attività e coinvolgimento delle amministrazioni comunali</p>
Università	<p>Convenzioni sanitarie</p> <p>Collaborazioni scientifiche per i progetti di ricerca</p>	<p>Collaborazione e partnership nella organizzazione di un Master di alta formazione nel settore dell'invecchiamento</p>
	<p>L'INRCA ha partecipato alla Notte europea dei ricercatori mettendo a disposizione "Age Reader" uno strumento per misurare velocemente il rischio di malattia e il livello di invecchiamento. L'evento è stato organizzato dall'Istituto ed ha visto il coinvolgimento dei dipendenti e dei ricercatori</p>	<p>Mantenimento delle collaborazioni</p>
	<p>ISSA Summer School on Aging "scuola estiva internazionale sull'invecchiamento" sviluppata dall'INRCA in collaborazione con l'Università di Lund in Svezia e la British Columbia University in Canada, destinata a studenti e dottorandi di ricerca medici specializzandi e giovani ricercatori italiani e stranieri. La scuola ha sede itinerante presso gli Enti partner e i corsi sono biennali. La partecipazione permette di aumentare e consolidare le collaborazioni con altri centri di ricerca internazionali per incrementare la presentazione di progetti in ambito europeo. Nel mese di giugno 2016 si è tenuta a Vancouver, in Canada, la terza edizione dell'ISSA. Il suo principale obiettivo è fornire alle nuove generazioni di ricercatori una formazione avanzata di tipo multidisciplinare per affrontare il tema dell'invecchiamento nella sua complessità, approfondendo i risvolti sociali, economici, psicologici, clinici e biologici che tale fenomeno comporta. I partecipanti all'edizione di quest'anno sono stati selezionati da un gruppo di quasi 100 candidati, inseriti in programmi di dottorato e post-dottorato provenienti da nove Paesi: Austria, Brasile, Canada, Italia, Germania, Svezia, Paesi Bassi, Regno Unito e Stati Uniti. La scuola nasce dal progetto europeo Futurage, che ha coinvolto i più apprezzati ricercatori d'Europa allo scopo di realizzare per la Commissione Europea un documento di indirizzo, una sorta di "bussola", al fine di stabilire le priorità della ricerca sull'invecchiamento per i prossimi 10-15 anni. Sono già sessanta i ricercatori formati dalla scuola e più di venti quelli coinvolti come docenti. La prossima edizione si terrà nel 2018 all'Università di Newcastle, che entrerà nel consorzio degli organizzatori contribuendo al finanziamento</p>	
Associazioni	<p>L'INRCA per coinvolgere i cittadini ha promosso la giornata della trasparenza una occasione per incoraggiare la collaborazione con le associazioni di volontariato e le comunità territoriali. Nell'anno di riferimento l'INRCA ha organizzato un evento pubblico per illustrare alla cittadinanza alle associazioni di volontariato e alle istituzioni, l'attività, i servizi e i nuovi canali di comunicazione dell'Istituto. L'evento è stato un'opportunità per i cittadini quali hanno potuto esprimere opinioni e suggerimenti utili riguardo le effettive esigenze della comunità</p>	<p>Organizzazione giornata della trasparenza</p>
	<p>Comitato di partecipazione dell'INRCA di Ancona è composto da undici rappresentanti designati dalle associazioni di volontariato che assicura l'intervento delle associazioni dei cittadini e del volontariato nell'ambito della tutela della salute http://www.inrca.it/inrca/Mod_Home_Por_uo.asp?pag=sede_urp1_an.asp (riferimento Second Parte)</p>	<p>Riunioni ad hoc sui temi della partecipazione</p>
	<p>Collaborazione INRCA-Eurocarers, associazione europea non governativa incentrata sulla figura del caregivers. L'obiettivo è quello di creare una rappresentanza di caregivers a livello europeo, promuoverne gli interessi nella legislazione nazionale ed europea per migliorare gli aspetti sociali ed economici</p>	<p>Eventi/riunioni per il coinvolgimento di associazioni di caregivers anche straniere</p>
Az. ospedaliere	<p>L'INRCA partecipa attivamente sul territorio e attraverso convenzioni attua forme di collaborazione e di dialogo. Le Aziende Ospedaliere sono coinvolte attraverso convenzioni per i servizi sanitari e collaborazioni per la presentazione di progetti di ricerca multicentrici</p>	<p>Aumento delle collaborazioni per progetti di ricerca e ottimizzazione delle convenzioni</p>



Altri IRCCS	Nell'ambito della ricerca il coinvolgimento è finalizzato alla partecipazione su progetti di ricerca. Kick off meeting: incontri di confronto sulle attività progettuali	Consolidamento della rete di collaborazioni
Mondo produttivo	Nell'ambito del progetto Be The Change il cui obiettivo è quello di creare reti a sostegno della trasmissione delle competenze imprenditoriali dagli anziani ai giovani disoccupati, nel 2016 sono state definite e pianificate le modalità di coinvolgimento degli anziani imprenditori. E' stato pianificato un calendario degli incontri, dei focus group e delle tavole rotonde, strumenti finalizzati ad avviare un dialogo tra le due generazioni in tema di impresa Nel 2016 l'azione si è svolta soprattutto a livello istituzionale attraverso la collaborazione con le istituzioni e la partecipazione attiva a partnership pubblico-private (Approfondimenti nella Seconda Parte)	Raccolta informazioni e dati e divulgazione dei risultati Coinvolgimento del mondo produttivo, delle associazioni, delle organizzazioni sindacali Mantenimento delle attività e miglioramento della conoscenza
UE	Adesione all' APRE - Agenzia per la Promozione Ricerca Europea - Per potenziare le conoscenze e le competenze nel settore dell'euro-progettazione è stato organizzato un corso di formazione diretto a dipendenti INRCA con docenti esperti di progettazione e rendicontazione europea. L'esito di tale iniziativa è stata la maggiore capacità di creare rete all'interno dell'INRCA per la presentazione di progetti sia in ambito nazionale che europeo	Incontro presso la direzione generale ricerca della Comunità europea nell'ambito della progettazione scientifica

Altre iniziative e riconoscimenti



Giornata della Trasparenza

Martedì 13 dicembre, Giornata della Trasparenza 2016. Anche quest'anno l'INRCA apre a cittadini, associazioni e istituzioni per favorire la partecipazione e dare l'opportunità di esprimere opinioni e suggerimenti. L'incontro ha illustrato le attività, i servizi e i nuovi canali di comunicazione dell'Istituto, oltre a presentare i risultati del Piano aziendale sulla

Performance e gli aspetti più significativi dell'ultimo Bilancio sociale 2015. Essere trasparenti per entrare sempre più a contatto con i cittadini, in particolare anziani e le loro famiglie - Lo hanno ribadito il Direttore Generale dell'IRCCS INRCA Gianni Genga, Don Vinicio Albanesi, presidente del Comitato di Indirizzo e Verifica, Fabrizia Lattanzio, Direttore Scientifico e Paola Fioravanti, Responsabile della Trasparenza e della Corruzione.

Recensioni dal portale QSalute





RECENSIONI DEI PAZIENTI

Cerca nelle recensioni

10 recensioni

5 stelle	(10)	Voto medio	4,9
4 stelle	(0)	Competenza	5,0 (10)
3 stelle	(0)	Assistenza	5,0 (10)
2 stelle	(0)	Pulizia	4,7 (10)
1 stella	(0)	Servizi	4,9 (10)

Aggiungi la tua opinione Recensioni più utili

14 Ottobre, 2015

Ringraziamento al dott. [nome]

Un ringraziamento a tutto lo staff del dottor [nome] per la professionalità, gentilezza ed efficienza dimostrate nei miei confronti nell'occasione dell'intervento a cui sono stato sottoposto. Un grande in bocca al lupo e grazie di cuore a tutti.

Patologia trattata: Ernia inguinale indiretta.

Voto medio	5,0
Competenza	5,0
Assistenza	5,0
Pulizia	5,0
Servizi	5,0

Commenti (0) Trova utile questa opinione?

08 Luglio, 2016

Ringraziamenti

Un grande ringraziamento a tutto lo staff del reparto, a partire dal Direttore ai medici, agli infermieri, agli operatori O.S.S. che hanno lavorato con coscienza, efficienza, umanità, cordialità e gentilezza, sempre disponibili, sempre sorridenti. Un reparto molto professionale e ben gestito dove il paziente si sente accolto e considerato. Grazie di cuore a tutti voi da parte mia e di mio padre.

Patologia trattata: Tumore al Colon

Voto medio	5,0
Competenza	5,0
Assistenza	5,0
Pulizia	5,0
Servizi	5,0

Commenti (0) Trova utile questa opinione?

La soddisfazione delle imprese

La ricerca che si svolge all'INRCA ha tra gli obiettivi primari la trasferibilità dei risultati nella pratica clinica e in nuovi modelli organizzativi. Per questo motivo l'Istituto è aperto alla collaborazione con il mondo produttivo, con particolare attenzione alle regioni a cui afferiscono i POR. Gli ambiti di collaborazione riguardano in maniera trasversale tutte le linee di ricerca dell'Istituto e comprendono nuovi kit diagnostici, alimenti funzionali, nuove tecniche riabilitative, nuove tecnologie a supporto dell'active aging e dell'assistenza. La collaborazione si realizza attraverso:

- ▮ attività divulgative o formative svolte dall'Istituto sul territorio;
- ▮ la partecipazione di unità operative sia cliniche che di ricerca a progetti di ricerca industriale promossi a livello nazionale e soprattutto regionale;
- ▮ consulenza alle aziende su temi di specifico interesse;
- ▮ collaborazione con le istituzioni regionali in iniziative a favore del mondo produttivo.

Nel 2015 è stata svolta un'indagine a cui hanno risposto 45 aziende per verificare se le competenze messe a disposizione dall'INRCA sono di interesse e rispondono alle esigenze dell'azienda. I risultati che ne sono emersi riportano in generale un buon grado di soddisfazione.

Nel 2016 l'azione si è svolta soprattutto a livello istituzionale attraverso la collaborazione con le istituzioni e la partecipazione attiva a partnership pubblico-private. Di seguito sono riportate le attività più significative.

- ▮ Collaborazione all'implementazione del piano di sviluppo del cluster regionale marchigiano e-living. Il cluster regionale è un partenariato pubblico privato composto da Università, Istituti di Ricerca ed aziende del territorio che collaborano per raccogliere e studiare le esigenze della produzione



manfatturiera di modelli, sistemi e tecnologie per l' Ambient Intelligence e l' Ambient Assisted Living. Le attività implementate riguardano la promozione e lo sviluppo di conoscenze, soluzioni tecnologiche, impianti, costruzioni e prodotti altamente innovativi che permettono di ridisegnare l'ambiente di vita in modo da favorire e garantire l'inclusione, la sicurezza, il benessere, la salute di soggetti con fragilità.

- Adesione al Polo di Innovazione sulle Tecnologie della Salute della Calabria, un Associazione che ha l'obiettivo, attraverso attività di innovazione e trasferimento tecnologico, di accrescere la competitività del territorio e portare sul mercato nuova offerta e nuova capacità di commercializzazione di prodotti e servizi.
- Partecipazione attiva nelle Marche all'implementazione della strategia regionale di specializzazione intelligente contribuendo all'implementazione di alcune delle azioni programmate e partecipando alla predisposizione dei progetti.

Bollino rosa

L'Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna (O.N.Da) ha ideato un programma di segnalazione degli ospedali basato sul loro grado di attenzione posta non solo nei confronti dei campi della medicina legati alle patologie femminili, ma anche verso le esigenze specifiche delle donne ricoverate. Alle strutture ospedaliere che possiedono i requisiti identificati dall' Osservatorio vengono assegnati dei bollini rosa (da uno a tre) che attestano il loro impegno nei confronti delle malattie femminili. Il riconoscimento ha validità biennale. Il Presidio Ospedaliero di Ancona partecipa da anni a tale riconoscimento ed anche per il biennio 2016-2017 gli sono stati riconosciuti 2 Bollini Rosa.

Oltre a questi servizi, l'INRCA organizza anche eventi mirati alle donne e all'approfondimento della cosiddetta 'medicina di genere', come ad esempio il Congresso "Il cuore delle donne: quando la cardiopatia si tinge di rosa".





Risorse umane e tecnologiche

Risorse umane

La centralità delle persone è un elemento che caratterizza l'Istituto per la rilevanza del fattore umano rispetto agli altri fattori produttivi. Per rispondere in modo adeguato e tempestivo alle esigenze dei cittadini, l'Istituto attua una politica del personale orientata alla responsabilizzazione degli operatori a comprendere i problemi e a individuare le soluzioni più efficaci per il miglioramento dei servizi.

L'Istituto si avvale di personale a tempo indeterminato, determinato e non dipendente per opportune esigenze di ricerca che richiedono profili di alta specializzazione. Di seguito vengono riportati i dati del personale al 31 dicembre 2016 utili a dettagliare le caratteristiche e la consistenza del personale dell'Istituto.

Tabella 1 - Consistenza del personale in unità di persone (Anno 2016)

	Dipendenti INRCA	Personale in convenzione
Dirigenti medici	154	10
Dirigenti sanitari non medici	34	2
Dirigenti tecnico amministrativi	22	
Personale sanitario	489	2
Personale tecnico amministrativo	162	
Personale tecnico dell'assistenza	81	
Totale	942	14

Fonte dati: UO Gestione Risorse Umane

Tabella 2 - Consistenza del personale in unità di persone divisa per POR (Anno 2016)

	Presidi marchigiani	POR Casatenovo	POR Cosenza
Dirigenti medici	132	12	20
Dirigenti sanitari non medici	34	1	1
Dirigenti tecnico-amministrativi	21	0	1
Personale sanitario	391	44	56
Personale tecnico-amministrativo	131	18	13
Personale tecnico-dell'assistenza	62	13	6
Totale	771	88	97

Fonte dati: UO Gestione Risorse Umane

Tabella 3 - Composizione del personale dipendente per classi di età (Anno 2016)

	Dipendenti INRCA		Personale in convenzione	
	maschi	femmine	maschi	femmine
< di 30	4	16	0	0
31-40	74	117	1	1
41-50	86	226	3	1
51-60	109	197	4	2
61-70	63	54	2	0
>71	0	0	0	0
Totale	336	610	10	4

Fonte dati: conto annuale - solo personale a tempo indeterminato.

Tabella 4 - Anzianità di servizio del personale dipendente (anno 2016)

	Dipendenti INRCA		Personale in convenzione	
	maschi	femmine	maschi	femmine
0-5	62	130	5	2
6-15	122	224	5	2
16-20	32	71	0	0
>21	120	185		
Totale	336	610	10	4

Fonte dati: conto annuale - solo personale a tempo indeterminato.

Tabella 5 - **Tipologia contrattuale (Anno 2016)**

Tipologia contrattuale	Maschi	Femmine
Tempo indeterminato	336	610
Tempo determinato	10	25
Parasubordinato	22	30
Convenzionato	10	4
Totale	378	669

Dato estrapolato dal conto annuale.

Parco tecnologico

Il parco tecnologico dell'INRCA nell'anno 2016 è costituito da n.3.283 apparecchiature censite e di proprietà, per un valore di sostituzione complessivo pari a € 21.934.059; inoltre sono presenti n.909 apparecchiature non di proprietà dell'Istituto tra noleggi, comodati d'uso, service, usi in prova e visioni gratuite. Nelle tabelle che seguono, si riportano alcuni dati significativi, relativi al parco tecnologico, apparecchiature di proprietà suddivise per anno e loro valorizzazione di sostituzione (tab.6), tipologia di acquisizione (tab.7), grado tecnologico del parco tecnologico di proprietà (tab.8) e percentuali di obsolescenza delle apparecchiature sanitarie con confronto dell'ultimo triennio (tab.9).

Tabella 6 - **Numero apparecchiature elettromedicali di proprietà e loro valorizzazione**

Anno 2016		Anno 2015		Anno 2014	
Numero Apparecchiature	Valore di Sostituzione	Numero Apparecchiature	Valore di Sostituzione	Numero Apparecchiature	Valore di Sostituzione
3.283	€ 21.934.059	3.111	€ 22.076.533	3.004	€ 19.055.563

Tabella 7 - **Tipologia di acquisizione delle apparecchiature elettromedicali (2016)**

Proprietà dell'INRCA	Service e Comodato	Leasing e Noleggio	Altro
3.283	879	16	14

Tabella 8 - **Grado tecnologico e rispettiva valorizzazione economica (2016)**

Alto		Medio		Basso	
Numero Apparecchiature	Valore (€)	Numero Apparecchiature	Valore (€)	Numero Apparecchiature	Valore (€)
287	€ 6.714.536	322	€ 6.019.938	2.674	€ 9.199.585

Tabella 9 - **Rappresentazione percentuale della obsolescenza del parco tecnologico**

	< 5 Anni	> 5 e ≤ 10 Anni	> 10 Anni
ANNO 2016	1.376 (41,0%)	706 (21,5%)	1.231 (37,5%)
ANNO 2015	1.037 (33,3%)	724 (23,3%)	1.350 (43,4%)
ANNO 2014	1.008 (33,5%)	690 (23,0%)	1.306 (43,5%)

Si riportano di seguito le apparecchiature più significative con i relativi campi di applicazione:

Tipologia	Campo di applicazione
TAC MULTISLICE/ 64 SLICE 	TAC multislice di ultima generazione in grado di effettuare studi a doppia energia che prevedono l'uso di fasci di radiazioni che vengono emessi quasi contemporaneamente durante la rotazione del tubo radiogeno; con tale tecnica oltre ad ottenere una iconografia più accurata è possibile avere informazioni sulla natura molecolare del corpo attraversato (spettro Tc). La scansione di tutto il corpo viene eseguita in 18 secondi, con una riduzione, fino all'80%, della dose di radiazioni, alla quale viene esposto il paziente



<p>RMN 1,5 TESLA</p>		<p>Risonanza magnetica ad alto campo di ultima generazione con gantry di grandi dimensioni e bobine incorporate nel lettino porta paziente. L'apparecchiatura è in grado di effettuare oltre a studi neuroradiologici avanzati con sequenze in diffusione e perfusione e ad una ampia gamma di studi body con e senza mezzo di contrasto, (colangio RM, angio RM, cardioR Mecc.) studi spettroscopici per la tipizzazione tissutale (spettro RM)</p>
<p>HI-FU</p>		<p>HiFu High Intensity Focused Ultrasound (Ultrasuoni Focalizzati ad Alta Intensità) di ultima generazione (con puntamento a fusione di immagini RMN Multiparametrica/ Eco 3D) per il trattamento mininvasivo del Carcinoma della prostata con conservazione erezione e continenza urinaria. In associazione alla RMN Multiparametrica rappresenta una vera rivoluzione con possibilità di eseguire una Terapia Focale solo sui focolai neoplastici prostatici diagnosticati con le nuove metodiche. Il sofisticato puntamento a fusione d'immagini rende la metodica di grande attualità con notevoli implicazioni cliniche. Unica e prima installazione in Italia presso il nostro Istituto</p>
<p>Piattaforma per analisi genomica AFFYMETRIX</p>		<p>Piattaforma per analisi nel whole genome di espressione genica, del numero delle copie di geni, studi di associazione di Singoli polimorfismi (SNP), di variazione del numero delle copie di geni (CNV) e della metilazione del DNA. La piattaforma è equipaggiata con un GeneChip Scanner 3000 7G, una stazione microfluidica (Gene Chip Fluidics Station 450), un incubatore rotante (GeneChip® Hybridization Oven 640) e due piattaforme hardware e software per l'analisi dei dati (Affymetrix Expression Console Software™ (version 1.0) e Partek Genomic Suite 6.4 software (Partek Inc., St. Louis, MO)</p>
<p>Amplificatore Di Sequenze Nucleotidiche (Amp. DNA in real time)</p>		<p>Qiagen Rotor-Gene Q 2-plex HRM e Bio-Rad iQ5, apparecchi per "real-time PCR" (real time polymerase chain reaction): amplificazione di sequenze nucleotidiche con risultati osservabili in tempo reale mediante registrazione della fluorescenza emessa nel corso della reazione. Strumenti utilizzabili per l'analisi quantitativa di specifiche sequenze di acidi nucleici, per lo studio dei polimorfismi noti e per la validazione di nuove metodiche per la ricerca</p>
<p>Amnis FlowSight Imaging Flow Cytometer (Citofluorimetro Combinato ad Analisi di Immagini)</p>		<p>Sistema che consente l'analisi in fluorescenza e di altri parametri morfologici su singola cellula in sospensione. Può analizzare con facilità 5000 cellule in meno di un minuto e provvedere ad un'adeguata analisi statistica della popolazione cellulare. Il sistema è equipaggiato con 4 Laser (laser blu a 488 nm, laser rosso a 642 nm, laser violetto a 405 nm e laser side scatter a 785 nm). Oltre a tutte le applicazioni di un convenzionale citofluorimetro consente test di co-localizzazione, traslocazione, internalizzazione, interazioni tra cellule, ciclo cellulare (con separazione delle fasi G2 ed M), cambi della morfologia cellulare, senescenza cellulare, misura della frammentazione del nucleo, formazione di sinapsi e autofagia</p>
<p>Piattaforma metalloproteomica HPLC-ICP-MS</p>		<p>Piattaforma costituita da un ICP-MS Thermo X II series e un HPLC Dionex Ultimate Titanium Biocompatibile che consente: - l'analisi simultanea di numerosi metalli in campioni biologici liquidi - l'analisi dei metalli legati a proteine</p>
<p>Piattaforma per pirosequenziamento</p>		<p>Piattaforma costituita da pirosequenziatore Qiagen PyroMark Q24 Advanced (sequenziatore automatico di DNA basato su pirosequenziamento) e da Qiagen PyroMark Q24 Vacuum Workstation (piattaforma per il pre-processamento dei campioni da analizzare). Il pirosequenziamento consente in particolare analisi di metilazione del DNA, con una accurata analisi quantitativa in ogni sito potenzialmente metilato della sequenza analizzata</p>



Il sistema informatico aziendale

L'INRCA si è dotata di sistemi informatici complessi per fronteggiare la crescente diffusione delle tecnologie informatiche nei processi sanitari e la sempre più rilevante mole di informazioni da gestire nei processi amministrativi e di cura. In generale, il compito del sistema informatico dell'INRCA è di:

- assicurare la disponibilità e l'affidabilità dei dati e dei relativi processi;
- supportare il miglioramento dei processi decisionali;
- garantire l'efficienza dei flussi informativi delle prestazioni e dei procedimenti;
- gestire i sistemi di comunicazione sia interni che da e verso l'esterno;
- supportare la realizzazione di nuovi servizi.

In una azienda sanitaria il sistema informativo può essere schematizzato come un insieme integrato dei seguenti sottosistemi:

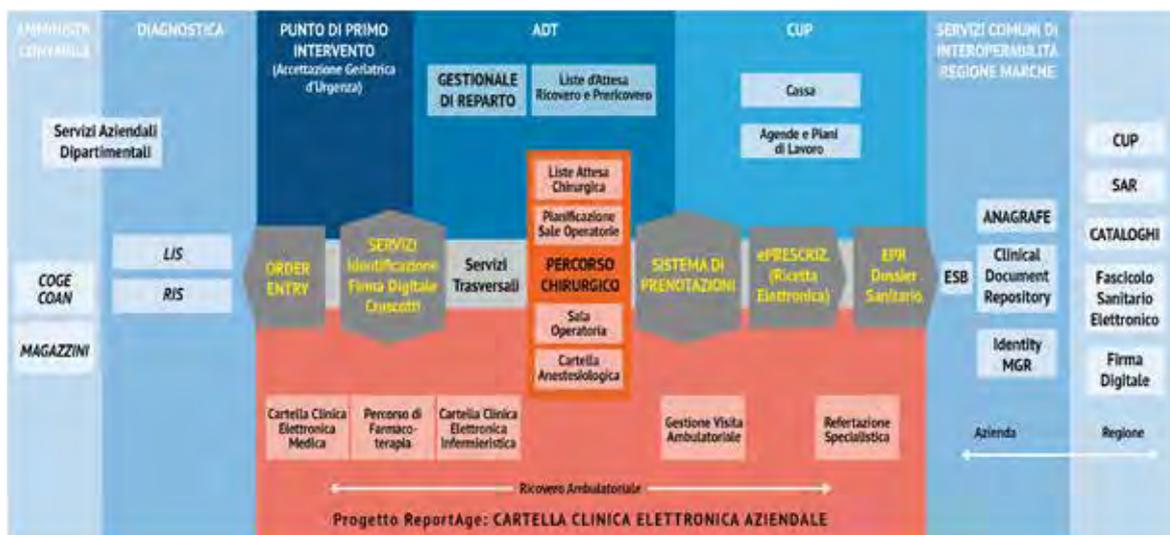
- amministrativo-contabile;
- clinico-sanitario;
- direzionale.

In questo periodo l'INRCA ha deciso di intervenire sul proprio sistema informatico, finalizzato a favorire una integrazione per processi basata sulla centralità del paziente e sulla condivisione delle informazioni come supporto alle decisioni cliniche e alla ricerca scientifica. L'esigenza di far compiere alle infrastrutture informatiche un consistente salto di qualità nasce anche in funzione della costituzione in Regione Marche del Fascicolo Sanitario Elettronico.

Gli obiettivi strategici che si perseguono sono:

- migliorare la qualità delle cure e ridurre il rischio clinico;
- disporre di dati per la ricerca scientifica;
- la gestione integrata e completa dell'informazione sanitaria del paziente;
- un efficace controllo dei processi e della spesa per le prestazioni erogate;
- migliorare la sicurezza e l'affidabilità dei servizi;
- supportare la pianificazione e la valutazione delle cure;
- costituire l'evidenza della appropriatezza delle cure erogate rispetto agli standard;
- essere lo strumento di comunicazione volto a facilitare l'integrazione operativa tra i medici e le diverse professionalità che erogano le cure, per garantire la continuità assistenziale;
- costituire una fonte dati per studi scientifici e ricerche cliniche, attività di formazione e aggiornamento degli operatori sanitari, valutazione delle attività assistenziali ed esigenze amministrativo-legali;
- supportare la protezione legale degli interessi del paziente, dei medici e dell'azienda, ovvero tracciare le attività svolte per permettere di risalire (rintracciabilità) ai responsabili, alla cronologia e alle modalità di esecuzione.

Schema del Sistema Informativo Sanitario e Clinico







2^a
parte

Relazione Sociale





2^a parte

Relazione Sociale

Caratteristiche della popolazione assistita

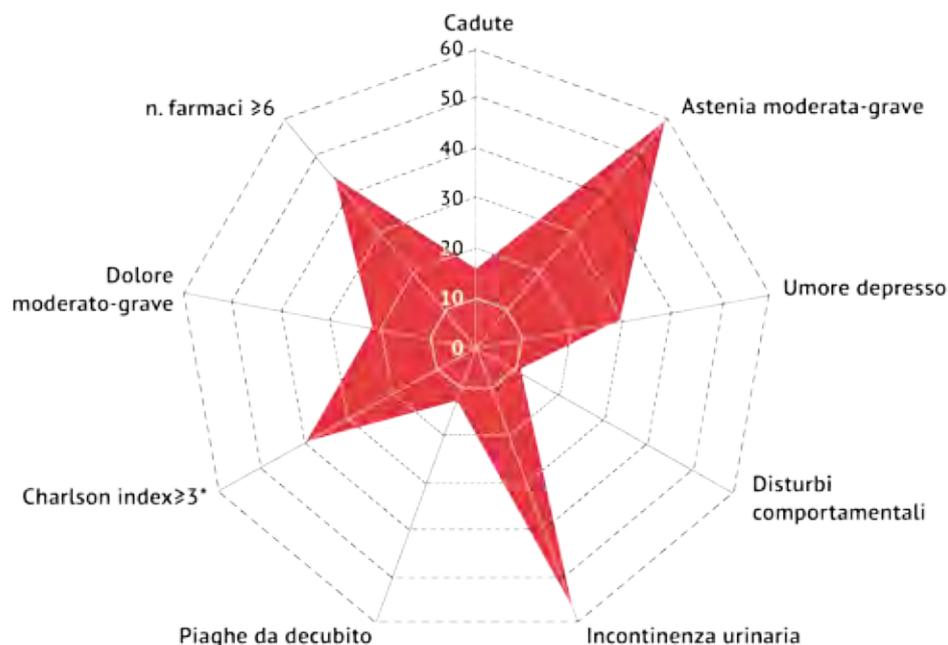
Che i pazienti ospedalieri siano oggi più anziani che in passato è cosa nota a tutti gli operatori del settore ed è ancora più evidente dall'analisi dei flussi informativi esistenti a livello nazionale. Due indicatori derivabili dalla base dati delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) mostrano come la stragrande maggioranza delle risorse assistenziali ospedaliere siano assorbite dalle persone di età compresa tra i 65 ed i 74 anni ed in particolare dagli ultrasessantacinquenni. Una fotografia della situazione dei pazienti che usufruiscono dell'IRCCS INRCA ci è data a partire dai dati nell'ambito del progetto Report Age. Tale progetto - Osservatorio epidemiologico sulle condizioni di salute della popolazione ultrasessantacinquenne afferente ai presidi ospedalieri di ricerca dell'IRCCS-INRCA - ha l'obiettivo di creare un patrimonio informativo condiviso ed integrato al fine di migliorare la salute del paziente e la qualità dell'assistenza. Nello specifico, il protocollo di ricerca prevede che dopo il consenso informato, al paziente venga effettuata la Valutazione Multidimensionale. Nel periodo settembre 2010 e dicembre 2015, presso 19 reparti delle sedi INRCA di Ancona, Casatenovo, Cosenza e Fermo sono stati valutati 2.449 pazienti ovvero a ciascuno è stata effettuata la Valutazione Multidimensionale.

Le valutazioni effettuate sono state 5.624 in modalità di ricovero in regime ordinario, che corrispondono ad un numero complessivo di pazienti pari a 4.872. Il grafico sottostante mostra le caratteristiche della popolazione presa in esame, considerando alcuni indicatori specifici. L'area rossa rappresenta il valore dei parametri all'ammissione.



Valutazione Multidimensionale è la valutazione nel corso della quale i molteplici problemi dell'anziano sono indagati, descritti e, se possibile, spiegati; vengono inoltre valutate le risorse, le potenzialità e i bisogni della persona, e infine viene costruito un programma coordinato di interventi focalizzato sui problemi della persona

Figura 13 - Caratteristiche della popolazione presa in esame da ReportAge





- l **Cadute:** il valore all'ammissione riporta la percentuale di ricoveri che ha subito almeno una caduta negli ultimi 90 giorni;
- l **Astenia:** il valore riporta la percentuale di ricoveri per cui si riscontra un livello moderato o grave (che corrisponde ad una ridotta energia fisica tale per cui il soggetto non è in grado di portare a compimento o nemmeno di iniziare alcune attività);
- l **Umore depresso:** il valore riporta la percentuale di ricoveri per cui il paziente dichiara che negli ultimi 3 giorni (all'ammissione) / 24h (alla dimissione) ha spesso provato depressione;
- l **Disturbi comportamentali:** il valore riporta la percentuale di ricoveri per cui sono stati presenti negli ultimi 3 giorni (all'ammissione) / 24h (alla dimissione) ha manifestato disturbi nel comportamento quali aggressività verbale o fisica, comportamento socialmente inadeguato, inappropriato comportamento sessuale in pubblico, spogliarsi in pubblico;
- l **Incontinenza urinaria:** il valore riporta la percentuale di ricoveri per cui è stata rilevata l'incontinenza urinaria da moderata a severa;
- l **Piaghe da decubito:** il valore riporta la percentuale di ricoveri per cui sono state stadiate ulcere da pressione (da parziale perdita di strati di cute fino all'esposizione di muscolo e osso);
- l **L'indice di Charlson** permette di valutare la comorbidità sulla base delle diagnosi per ogni ricovero (questo viene rilevato soltanto all'ammissione in reparto). Al crescere del valore dell'indice, si aggrava il quadro clinico del paziente sulla base della compresenza e della gravità delle patologie. Un valore superiore a 3 indica una condizione critica del paziente
- l **Dolore moderato-grave:** il valore riporta la percentuale di ricoveri per cui l'intensità del dolore provato dal paziente è definito moderato o severo;
- l **Numero di Farmaci:** il valore riporta la percentuale di ricoveri per cui al paziente sono somministrati più di 6 farmaci contemporaneamente.

I Servizi offerti: un quadro di insieme

L'INRCA è l'unico Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) che nel nostro Paese ha una missione specifica in ambito geriatrico e gerontologico. Esso rappresenta un modello altamente innovativo per il ruolo che l'Istituto svolge e svolgerà, in un periodo storico come questo che vede nel progressivo invecchiamento della popolazione uno degli aspetti più eclatanti e sfidanti, contemporaneamente positivi e preoccupanti, di questa nostra società. Le problematiche gerontologiche e geriatriche della terza età vengono affrontate scientificamente e contribuiscono a migliorare e ad arricchire l'attività assistenziale svolta nelle diverse sedi dell'Istituto. Il minimo comune denominatore tra i vari presidi INRCA è rappresentato ovviamente dalla vocazione geriatrica. I DRG (raggruppamenti omogenei di diagnosi) che ricorrono più frequentemente nelle casistiche dei vari presidi INRCA sono ovviamente quelli delle tipiche malattie geriatriche di area medica che gravano sulle strutture sia per acuti che di post-acuzie. Prevalgono in tutti i presidi i DRG di tipo cardiologico, neurologico e pneumologico perfettamente coerenti con la mission dell'Istituto. Sulla base delle considerazioni fatte sulla natura degli ospedali geriatrici che privilegiano una casistica di pazienti cronici con multimorbidità, i DRG "pesanti" sono pochi anche tenuto conto della limitata attività chirurgica concentrata esclusivamente nel POR di Ancona e non comprensiva di attività chirurgiche di altre specialità. I quattro presidi ospedalieri di ricerca (POR) dell'INRCA hanno sede nella Regione Marche (Ancona e Fermo), nelle Regioni Lombardia (Casatenovo) e Calabria (Cosenza). Tutti questi presidi hanno una specifica e "totale" vocazione geriatrica. Ognuna di queste sedi ha però una propria specificità:

- a. il **POR di Ancona** è quella dotata di un maggior numero di posti letto accreditati 179 (DGRM 735/2003) ed opera lungo due linee direttrici fondamentali, rappresentate dalla gestione del paziente geriatrico acuto complesso e dal percorso del paziente chirurgico anziano. Per la prima tipologia di problemi, il presidio di Ancona dispone di una accettazione geriatrica urgente nelle 24 ore che è l'unica esistente in Italia;
- b. il **POR di Fermo** è accreditato per 74 posti letto più 15 posti letto in convenzione con l'Area Vasta 4. I posti letto sono in parte dedicati alla riabilitazione ed in parte dedicata alla geriatria. Questo presidio è fortemente integrato con l'ospedale ASUR di Fermo rispetto al quale offre uno specifico supporto di tipo geriatrico;
- c. il **POR di Casatenovo**, in Lombardia, accreditato per 80 posti letto (62 attualmente attivi), opera in modo specializzato per le malattie respiratorie croniche, che gestisce sia nella fase delle acuzie che in quella della riabilitazione compresa la riabilitazione respiratoria ad alta intensività;



d. il **POR di Cosenza** dispone di 59 posti letto accreditati articolati sia in posti letto per acuti della disciplina di geriatria, che in posti letto di medicina riabilitativa.

In tutti i presidi INRCA l'attività di ricovero è rivolta ad una popolazione significativamente superiore come età rispetto alla casistica trattata nei "normali" ospedali. Questa caratterizzazione geriatrica si riflette nei modelli organizzativi interni che privilegiano aspetti come l'integrazione inter-professionale, l'integrazione multi-disciplinare e l'integrazione con i servizi territoriali. Un ulteriore riflesso di questa caratterizzazione geriatrica è la forte attenzione culturale ed organizzativa alla gestione del rischio clinico specifico di una popolazione geriatrica: cadute, lesioni da decubito, reazioni avverse ai farmaci, malnutrizione e disfagia, delirium e incontinenza. Queste tematiche sono affrontate all'interno del Sistema Gestione Qualità con procedure di Istituto costruite proprio su misura per il paziente anziano. Tra i temi cui si presta in tutte le sedi un'attenzione particolare figurano sia la formazione dei caregiver che i percorsi di palliazione geriatrica.

All'attività ospedaliera si aggiunge l'attività ambulatoriale e quella residenziale.

L'attività ambulatoriale è caratterizzata, tra l'altro, dall'ambulatorio per la prevenzione delle cadute, i trattamenti di tipo non farmacologico nella MCI (Mild Cognitive Impairment), dalla riabilitazione pelvi-perineale e dall'ambulatorio degli stomizzati (tutte attività svolte presso la sede di Ancona).

Tra le specifiche problematiche croniche gestite con attività dedicate figurano, oltre alla broncopneumopatia cronica ostruttiva (affrontata nella sede di Casatenovo), anche il diabete (presidio di Ancona), la malattia di Parkinson (Ancona), le cardiopatie croniche (Ancona, Fermo e Cosenza) e la malattia di Alzheimer e le altre demenze (Ancona, Fermo e Cosenza).

Attività semi-residenziale

Centro Diurno Alzheimer



È un servizio semiresidenziale per pazienti affetti da demenza (malattia di Alzheimer o altre sindromi correlate) in fase iniziale/intermedia, che possono giovare delle soluzioni ambientali e delle apposite metodologie assistenziali e "riabilitative" proprie del Centro. Il Centro, situato presso Villa Gusso (sede Amministrativa dell'INRCA ad Ancona) ha una ricettività di 20 persone al giorno. Le finalità del Centro Diurno Alzheimer sono di stimolare le capacità residue dei malati, di partecipare al miglioramento della loro qualità di vita e di sostenere i familiari nell'impegnativo lavoro di assistenza e cura.

Attività residenziale



Anche l'attività residenziale presso l'INRCA risulta essere specifica per una utenza geriatrica. L'INRCA gestisce nelle Marche l'unica struttura residenziale di tipo intermedio presente in Regione, il Centro Diurno Alzheimer con maggiore storia nella Regione e la struttura sanitaria riabilitativa di Treia (Macerata).

Struttura Residenziale INRCA

Collocata all'interno della struttura Residenza Dorica, di tipo socio sanitario per l'assistenza agli anziani non autosufficienti, è situata nel comune di Ancona. Nella struttura vengono fornite prestazioni assistenziali di ricovero extraospedaliero, assistenza sanitaria e sociale, grazie all'esperienza e l'alta professionalità del personale medico, infermieristico e socio-sanitario. Sono fornite quotidianamente agli ospiti terapie e servizi per il sostegno fisico e sociale, in un clima di affetto e fiducia al fine di garantire una migliore qualità di vita e per favorire il successivo rientro a domicilio o il trasferimento in altre strutture del territorio entro 60 giorni dall'ingresso. La struttura intermedia INRCA nasce a seguito della mancata attivazione del Nuovo Pensionato Tambroni che includeva al proprio interno una attività di RSA. Attraverso una convenzione con l'Istituto Santo Stefano, con determina 27/DGEN del 21/04/2010 e successiva 300/DGEN/2011, sono stati attivati 30 posti letto per la sperimentazione di cure di tipo intermedio. La peculiarità della Struttura risiede nel fatto che i pazienti presentano un quadro clinico mediamente assai più complesso di quello dei pazienti "normalmente" assistiti nelle strutture residenziali tipo RSA delle Marche.

Struttura sanitaria riabilitativa di Appignano - Treia (Macerata)

Si tratta dell'unica struttura residenziale riabilitativa medicalizzata pubblica della Regione Marche



attualmente operante con circa 20 posti letto, all'interno di una struttura ospedaliera dell'area vasta di Macerata, totalmente dedicata all'attività di post-acuzie.

L'INRCA e l'integrazione con il territorio

La continuità dell'assistenza rappresenta la sfida organizzativo/gestionale fondamentale per i moderni sistemi sanitari; essa configura precisa intuizione strategica, nonché la traduzione corretta della prospettiva di orientamento all'utente del programma/progetto terapeutico. La gestione del paziente anziano in dimissione dalla struttura ospedaliera è un nodo cruciale per la buona riuscita di ogni percorso ospedale-territorio nella necessità di garantire un'appropriata prosecuzione dell'assistenza nella fase post-acuta.

La dimissione protetta viene attuata quando nel corso della degenza ospedaliera emergono problematiche di natura socio-sanitaria tali da rendere difficile la dimissione ordinaria a domicilio. Debbono pertanto essere attivati percorsi assistenziali che consentano di soddisfare i bisogni della persona che necessita di prestazioni sanitarie ed eventualmente prestazioni di protezione sociale in grado di garantire la continuità tra le azioni di cura sanitarie quelle socio-assistenziali-alberghiere.

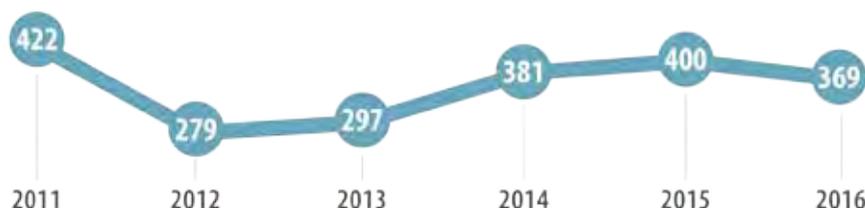
Se da un lato il domicilio è considerato il luogo privilegiato ove la persona può curarsi e recuperare in modo totale o parziale l'autosufficienza, dall'altro può essere, per molti, fonte di gravi disagi e difficoltà. Infatti si passa da una assistenza sanitaria di 24 ore su 24 ad un livello assistenziale ridotto nel tempo e nella intensità, con forte carico sulla famiglia, a volte impossibile da sostenere. E' quindi necessaria una speciale attenzione affinché la programmazione della dimissione porti al superamento di tutte le possibili criticità al fine di non inficiare il percorso assistenziale. L'INRCA ha istituito già da alcuni anni una funzione specifica attraverso l'istituzione di un'Unità Operativa Semplice "Integrazione ospedale/territorio per la valutazione della dimissione protetta" a garanzia della valutazione e della continuità dell'assistenza. L'esperienza ha portato alla formalizzazione di protocolli di intesa con gli interlocutori esterni. In particolare sono stati sottoscritti accordi specifici con i principali stakeholders:

- Area Vasta 4 per la dimissione protetta presso il POR INRCA di Fermo;
- Distretto 7 dell'Area Vasta 2 ASUR Marche per la dimissione protetta dei pazienti dal POR INRCA di Ancona;
- Comune di Ancona per una gestione integrata dei pazienti anziani ricoverati presso le strutture sanitarie dell'INRCA.

Dimissione protetta all'INRCA di Ancona

I percorsi di dimissione protetta costituiscono un obiettivo prioritario di miglioramento della qualità dell'assistenza erogata dai Presidi Ospedalieri dell'INRCA. L'importanza strategica per l'Istituto di inserire la propria attività all'interno di una rete di servizi che promuova la salute del paziente anziano anche sul territorio, ha portato all'elaborazione di percorsi di dimissione protetta mediante apposite procedure aziendali. Le procedure, hanno come obiettivo l'ottimizzazione dell'assistenza globale al paziente, durante e dopo il ricovero, affrontando quelle problematiche di natura socio-sanitaria che rendono difficile la dimissione ordinaria a domicilio. Il percorso di dimissione protetta è curato dal personale del Servizio Sociale Ospedaliero (SSO). Relativamente alla dimissione protetta del Presidio di Ancona, i dati del 2016 confermano il grande lavoro del servizio che ha preso in carico complessivamente 369 utenti, valore in lieve riduzione rispetto a quanto rilevato nel 2015 (Figura 14).

Figura 14 - Andamento dei volumi di attività del SSO INRCA (numero accessi)



Le segnalazioni avvengono generalmente su input dei reparti, mediante l'applicazione della procedura Dimissione Protetta codificata nel sistema qualità ISO dell'Istituto, che prevede la compilazione di una apposita scheda di segnalazione corredata da scale di valutazione geriatrica (concordate con il Distretto). Nella tabella 10 sono illustrati i dati di sintesi che descrivono le caratteristiche dell'utenza del SSO nel periodo dal 2011 al 2016.

Tabella 10 - **Dati di sintesi**

Indicatore	2011	2012	2013	2014	2015	2016
N. pazienti	422	279	297	381	400	369
Età media in anni	83	86	84	86,6	86	86,2
Donne	65,6%	62%	61%	67%	60,7%	60,43%
Residenti Comune di Ancona (%)	65,9%	66%	62,3%	72,4%	62,7%	63,4%
Residenti Area Vasta 2 (%)	94,5%	98%	99%	97,1%	95,7%	95,4%
Decessi intraospedalieri dei pazienti SSO	21%	26%	29%	30,9%*	32%	33,3%

*15 valori mancanti al totale di 381 utenti, corrispondenti a pazienti ancora ricoverati al momento dell'elaborazione.

Gli utenti del SSO presentano anche nel 2016 un'età avanzata, di poco superiore agli 86 anni. Il tasso di mortalità intraospedaliera dei pazienti che sono stati segnalati al SSO quest'anno ha toccato un picco di 33,3%, confermando un trend di lenta ma costante crescita negli ultimi sei anni (nel 2011 il tasso era pari al 21%). La maggioranza dei pazienti segnalati sono residenti nel Comune di Ancona, la quasi totalità (95,4%) risiede nel territorio dell'Area Vasta 2.

Per quanto riguarda la distribuzione dei pazienti per classe di età (tabella 11), si osserva come ben 210 utenti sono ricompresi nella classe 85-94. In 24 casi, gli utenti hanno una età superiore ai 95 anni. Solamente 18 pazienti hanno una età inferiore ai 75 anni.

Tabella 11 - **Età dell'utenza per classi**

	Numero utenti	Percentuale
Meno di 65 anni	9	2,4%
65-74 anni	9	2,4%
75-84 anni	117	31,7%
85-94 anni	210	56,9%
Più di 95	24	6,5%
Totale	369	100,0%

**Di 5 casi non è disponibile l'età

Come già era emerso dall'analisi degli anni passati, il principale bacino di utenza del SSO è il Distretto Sanitario n. 7 ASUR di Ancona con 342 utenti (tabella 12), in particolare il territorio dell'area Centro che corrisponde al Comune di Ancona (234 utenti).

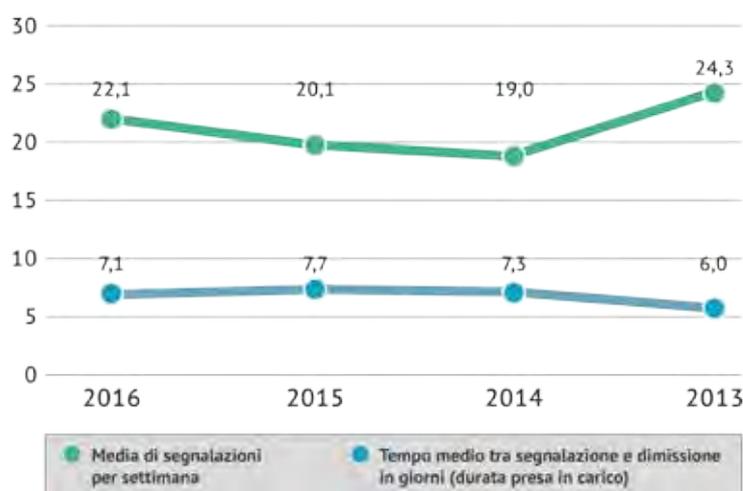
Tabella 12 - **Distretto sanitario dell'utenza del SSO**

Area Vasta ASUR	Numero utenti	Percentuale
Distretto Ancona	342	92,7%
di cui ex. distr. Centro	234	63,4%
di cui ex. distr. Nord	64	17,3%
di cui ex. distr. Sud	44	11,9%
Distretto Jesi	6	1,6%
Distretto Civitanova Marche	4	1,1%
Distretto Macerata	4	1,1%
Distretto Senigallia	4	1,1%
Distretto Fano	1	0,3%
Distretto Pesaro	1	0,3%
Distretto Fermo	1	0,3%
Distretti Fuori Regione	6	1,6%
Totale	369	100,0%

In media, nel corso del 2016 il SSO ha ricevuto 7,1 segnalazioni per settimana, dato in linea con quanto rilevato nel corso dei precedenti anni (Figura 15). Nel corso del 2016 la durata media della presa in carico per ogni utente del SSO è stata di 22,1 giorni, in aumento rispetto agli anni passati. Tale dato è presumibilmente legato ad una maggior difficoltà riscontrata nella dimissione verso le strutture del sistema residenziale registrata nel periodo successivo al terremoto di Agosto 2016 che ha colpito in modo particolare il sud della regione. Tale evento ha determinato per molti mesi la completa saturazione di tutti i posti letto residenziali delle zone di riferimento dell'INRCA di Ancona in considerazione della necessità di trasferire pazienti anziani dalle zone terremotate.



Figura 15 - Indicatore del funzionamento del Servizio Sociale Ospedaliero



Il valore del Tempo Medio è calcolato dalla differenza tra data di segnalazione dell'utente da parte dell'unità operativa e la data di dimissione dall'Ospedale e pertanto non tiene conto degli eventuali follow-up che sono stati effettuati dal SSO sugli utenti a seguito della loro dimissione

Sono stati attuati effettivamente 177 interventi di dimissione protetta su un totale di 369 segnalazioni. In questa analisi vengono identificati come interventi di dimissione protetta i percorsi di inserimento in struttura residenziale (Cure Intermedie, RSA ed RP), riabilitativa, hospice, oppure in altra struttura ospedaliera. Dalla tabella 13 si evidenzia che anche nel 2016 come la struttura di Cure Intermedie dell'INRCA presso Residenza Dorica ha rappresentato la principale destinazione del percorso di dimissioni protette del SSO. Nel 2016, 104 su 177 dimissioni protette hanno portato all'ingresso del paziente in questa struttura (a fronte dei 128 ingressi del 2015 e 96 nel 2014). Questo dato considera esclusivamente il primo accesso in struttura e non gli eventuali accessi successivi nella stessa struttura, ovvero quegli ingressi effettuati dallo stesso paziente a seguito di un sopraggiunto ricovero ospedaliero.

Tabella 13 - indicatori sul funzionamento del SSO (triennio 2014-2016)

Tipologia di intervento attuato (casi)	2016	2015	2014
Dimissione protetta attuata	177	190	177
Trasferimento in Struttura Cure Intermedie INRCA	104	128**	96***
Ingresso in Cure Intermedie ASUR	5	-	-
Inserimenti in RSA ASUR	21	21	18
Inserimenti in RSA fuori regione	0	1	-
Inserimento in RP	18	20	19
Inserimento in RSR INRCA (c/o Ospedale di Treia)	0	1	1
Inserimento in Hospice*	8	4	4
Trasferimento in struttura riabilitativa	17	7	8
Trasferimento in altra struttura ospedaliera	4	8	31
Altra tipologia di intervento assistenziale	192	210	204
Totale interventi	369	400	381

*dato sottostimato poichè molte richieste per Hospice vengono inviate direttamente dalle UO proponenti, ai reparti senza il coinvolgimento del SSO, aspetto che verrà regolamentato nella nuova procedura dimissione protetta; **118 ammessi in struttura cure intermedie INRCA durante il 2015 e 10 ammessi (tra i segnalati nel 2015) nel 2016; ***91 ammessi in struttura cure intermedie INRCA durante il 2014 e 5 ammessi (tra i segnalati nel 2014) nel 2015.

In 21 casi il trasferimento dell'utente è stato effettuato verso una RSA dell'ASUR. 7 casi sono stati accolti presso la RSA di Castelfidardo, 6 dalla RSA di Chiaravalle e 4 da quella di Montemarciano. I restanti 4 utenti hanno avuto accesso rispettivamente alle RSA di Corinaldo, Filottrano, Anni Azzurri (Ancona) e della Fondazione Grimani Buttari (Osimo).

In 192 casi su 369 non è stato necessario procedere con l'inserimento in struttura residenziale o con il trasferimento presso un altro reparto ospedaliero. In 123 casi il paziente è deceduto durante il percorso di dimissione protetta. Nei restanti casi (69), il trasferimento presso un'altra struttura non è stato necessario in quanto si sono realizzate altre tipologie di intervento quali ad esempio:



- offerta di informazioni e orientamento su sistema assistenziale residenziale, semi-residenziale e domiciliare del distretto sanitario e sociale;
- realizzazione di contatti con i servizi e/o strutture socio-sanitarie del territorio regionale e extraregionale nonché contatti con le associazioni di volontariato per attivazione supporto assistenziale durante la degenza;
- orientamento per la presentazione delle prescrizioni di ausili/presidi;
- offerta di informazioni e orientamento su modalità di presentazione della domanda per il riconoscimento della Invalidità Civile e della Legge 104/1992;
- offerta di informazioni su modalità di presentazione della richiesta per l'attivazione delle tutele legali legislative con il Tribunale competente per territorio

Tabella 14 - **Degenza media e tempo medio intercorrente tra segnalazione al SSO e dimissione dei pazienti, a seconda della tipologia di dimissione protetta attuata**

Dimissione protetta in struttura	Durata Degenza Media	Diff. 2015	Tempo segnalazione / dimissione	Diff. 2015
Totale dimissioni protette in struttura	37,8	+4,9	26,1	+4,7
Trasferimento Struttura Cure Intermedie INRCA	37,2	+4,6	25,9	+4,6
Ingresso in Cure Intermedie ASUR	30		19,6	
Inserimento in Hospice	34,5	+9,0	25,6	+10,6
Inserimento in RP	40,2	+9,4	30,2	+12,9
Inserimenti in RSA ASUR	31,6	-7,4	20,1	-10,0
Trasferimento in altra struttura ospedaliera	34,8	+15,4	25,0	+23,2
Trasferimento in struttura riabilitativa	51,1	+10,7	32,5	+4,8
Altre dimissioni non in struttura	27,5		18,3	

In media un paziente che completa il percorso di dimissione protetta in struttura ha una permanenza in ospedale di 37,8 giorni. Il tempo che mediamente trascorre tra la segnalazione al SSO e la dimissione in struttura residenziale é di 26,1 giorni. Questo significa che mediamente un paziente la cui situazione socio-assistenziale sanitaria comporta la necessità di un inserimento in struttura, trascorre nei reparti circa 11,7 giorni prima della segnalazione al SSO che avvia il percorso.

La durata della degenza varia a seconda della tipologia di struttura nella quale prosegue il percorso assistenziale del paziente. La degenza piú elevata si riscontra tra i pazienti che vengono trasferiti in una struttura riabilitativa (51,1 gg) e tra coloro che vengono dimessi in RP (40,2 gg). Durate di degenza inferiori si verificano per coloro che non proseguono il percorso di dimissione protetta in struttura (27,5 gg) e presso le RSA ASUR (31,6).

Riepilogo delle attività dell'Unità Valutativa Integrata Interaziendale INRCA-Distretto 7 ASUR (UVII)

Nel corso del 2016 si sono tenuti 23 incontri dell'UVII INRCA-Distretto 7 (ASUR) che hanno valutato complessivamente 233 casi. Di questi, 167 sono stati ritenuti idonei per l'inserimento in Cure Intermedie. Nell'anno, sono stati completati 115 trasferimenti (il totale non coincide con quello presentato in tabella 13, poichè in esso vi sono conteggiati pazienti segnalati per il percorso di dimissione protetta nel corso del 2015).

Tabella 15 - **Attività dell'UVII INRCA-Distretto 7 (ASUR) nel corso del 2016**

Mese Valutazione	n. Incontri UVII	n. Tot. Pazienti Valutati/Mese	n. Pazienti Idonei	n. Pazienti Non Idonei	n. Pazienti in Sospeso	n. Trasferimenti/mese
Gennaio	2	22	17	2	3	8
Febbraio	2	17	11	2	4	14
Marzo	2	27	17	7	3	12
Aprile	2	25	20	1	4	10
Maggio	1	12	8	2	2	12
Giugno	3	27	22	3	2	6
Luglio	2	29	20	5	4	14
Agosto	1	15	10	1	4	9
Settembre	2	27	17	7	3	6
Ottobre	2	10	6	2	2	5
Novembre	2	12	9	0	3	11
Dicembre	2	10	10	0	0	8
Totali	23	233	167	32	34	115



Riepilogo attività del protocollo di intesa INRCA-Comune di Ancona

Nel corso del 2016 è stato sottoscritto un protocollo d'intesa tra l'Istituto ed il Comune di Ancona per la gestione dei casi sociali che afferiscono all'ospedale. Su tale base è stata condivisa una procedura di intervento comune dei servizi sociali comunale ed ospedaliero (INRCA) che prevede che nelle situazioni di anziani fragili che evidenziano problematiche sociali e sanitarie di rilievo già in carico al Servizio sociale comunale e che necessitano di ricovero ospedaliero, il SSPD, qualora ne venga a conoscenza, comunica l'ingresso al SSPO al fine di fornire ogni informazione utile alla permanenza in Ospedale ed alla eventuale definizione di un progetto assistenziale personalizzato. Allo stesso modo il SSPO grazie al protocollo può utilizzare una procedura per la segnalazione dei casi sociali, mediante una apposita scheda di segnalazione in dotazione al SSPO.

Nel periodo dal 01/01/2016 al 31/12/2016 sono stati segnalati 25 casi di cui 16 donne e 9 uomini. Le nuove segnalazioni sono state n.10 mentre le altre hanno riguardato il monitoraggio delle situazioni già conosciute ai Servizi sociali territoriali o ad essi in carico, in collegamento tra SSPO e SSPD. Si tratta soprattutto di persone con problematiche di natura socio-sanitaria e assistenziale, derivante da condizioni di solitudine, scarse o conflittuali risorse parentali, scarse risorse finanziarie, unitamente all'elevato carico assistenziale legato alla presenza di patologie e disabilità.

Il protocollo ha consentito la realizzazione di una metodologia condivisa per le procedure di presa in carico del paziente, il miglioramento della comunicazione tra i due servizi e la realizzazione di un modello di progettualità integrata sociosanitaria per la dimissione protetta.

Inoltre ha consentito un maggiore tempestività della segnalazione dei casi in dimissione, per la valutazione del caso sociale in ospedale e l'avvio della dimissione protetta tramite il coinvolgimento dei servizi sin dal momento del ricovero ospedaliero.

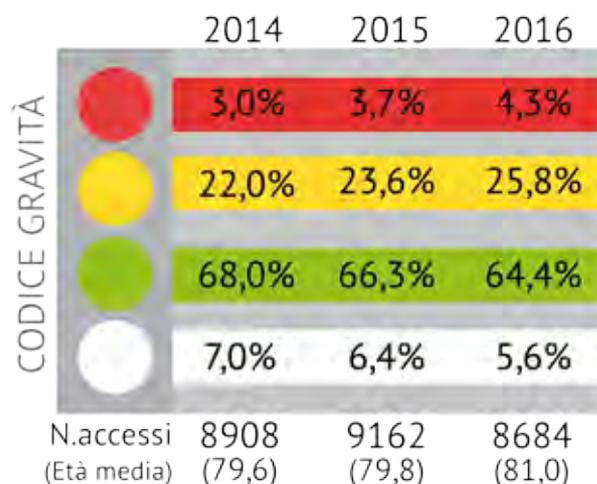


Modelli e percorsi gestionali

In questa sezione vengono descritti i percorsi integrati offerti ai cittadini con particolare riferimento alle attività ad alta complessità.

Accettazione geriatrica di urgenza

Si tratta di un Punto di Primo Intervento al quale afferiscono pazienti con più di 80 anni tramite servizio del 118 e pazienti di ogni età, in prevalenza anziani, spontaneamente dal territorio. Tale servizio è dedicato alle urgenze ed emergenze sanitarie. Rappresenta il primo ed ancora unico esempio in Italia di accettazione ospedaliera dedicata al paziente anziano con patologie acute e riacutizzazioni di patologie croniche. Il Servizio è attivo 24 ore su 24, 365 giorni l'anno. Il bacino d'utenza naturale, anche se non esclusivo, è rappresentato dai pazienti anziani residenti nell'area urbana di Ancona. I pazienti ricevono immediata valutazione della gravità clinica da parte del personale infermieristico specializzato, con attribuzione di un codice-colore. I dati del triennio ci mostrano un aumento del numero di accessi e dell'età media che si aggira intorno agli 81 anni.



La maggior parte dei pazienti arrivano tramite 118 (49%) o di propria iniziativa (47.4%).

Prevenzione diagnosi e cura per la patologia della prostata

Le Unità Operative Complesse (UOC) di Urologia e di Radiologia e l'Unità Operativa Semplice Dipartimentale (UOSD) di Prevenzione Tumori Prostata hanno attivato un percorso di prevenzione diagnosi e cura per la patologia prostatica benigna e maligna. Il percorso prevede la prevenzione attiva di primo e secondo livello, le procedure diagnostiche altamente specializzate e con apparecchiature all'avanguardia di recentissima acquisizione (ecografi 3D-Fusion, Risonanza Magnetica Nucleare multiparametrica ad alto campo). Dal 2016 è stata introdotta nel percorso l'esecuzione di procedure chirurgiche più innovative e meno invasive come l'Hi-FU (High Intensity Focused Ultrasound) per la terapia mininvasiva della patologia prostatica maligna di grado basso ed intermedio.



Il trattamento HIFU (High Intensity Focused Ultrasound) consiste nel colpire il carcinoma prostatico con ultrasuoni focalizzati. HIFU è un trattamento non invasivo (senza incisioni né cicatrici) ed efficace che preserva la qualità della vita.

Protocollo diagnostico terapeutico per il paziente incontinente

Presso il POR di Ancona - Unità Operativa di Neurologia, è stato messo a punto un protocollo diagnostico-terapeutico per lo studio ed il trattamento dei disturbi funzionali del basso tratto urinario ed intestinale. Il centro è l'unico della Regione Marche ad eseguire un completo protocollo diagnostico elettrofisiologico del pavimento pelvico con pazienti provenienti da tutte le province e anche da fuori regione. E' utilizzato un protocollo elettrofisiologico complesso di valutazione strumentale di vie e riflessi che a differenti livelli permettono il controllo della continenza fecale e urinaria. La Neuromodulazione sacrale è una recente metodica di stimolazione elettrica continua della radice sacrale S3 presso la fuoriuscita dal suo forame osseo, tramite un elettrodo collegato ad un generatore di impulsi elettrici delle dimensioni di pochi centimetri. Molto importante è la possibilità di verificare l'efficacia terapeutica della



neuromodulazione sacrale prima di eseguire l'impianto definitivo di un sistema permanente, costituito da uno stimolatore e da un elettrodo sottocutanei.

L'INRCA è nel GINS (Gruppo Italiano di Neuromodulazione Sacrale), come Centro di riferimento per il posizionamento di pacemaker sfinterici in pazienti affetti da vescica neurologica e da disturbi della continenza fecale a genesi neurogena.

Tecnologia a supporto dell'anziano

In linea con la mission del nostro Istituto, un ruolo cardine nella gestione dei pazienti è ricoperto dalla Tecnoassistenza e dall'utilizzo delle tecnologie nel management del paziente anziano. Tra queste la tele consulenza consente il monitoraggio che permette la continuità delle cure al paziente e la riduzione dei accessi ambulatoriali impropri o dei ricoveri ripetuti. L'offerta di tele consulenza, presso l'INRCA, prevede la tele cardiologia, la tele dermatologia, telenutrizione.

TELECARDIOLOGIA: è la trasmissione a distanza di informazioni sanitarie da un paziente remoto ad un centro di ascolto e viceversa attraverso un adeguato sistema informatico e di telecomunicazioni. Presso l'Unità Operativa di Cardiologia del POR INRCA di Ancona è attivo 24 ore su 24 il servizio di teleassistenza cardiologica che eroga le seguenti prestazioni:

- telecontrollo cardiologico
- tele riabilitazione domiciliare
- teleassistenza del paziente con scompenso cardiocircolatorio
- tele home care
- tele pneumologia

TELEDERMATOLOGIA: presso la UOC di Dermatologia dell'INRCA è attivo un servizio di Teledermatologia tramite il quale i dermatologi esterni ed i medici di base possono inviare le immagini dei pazienti per una second opinion.

TELENUTRIZIONE: nell'ambito della visita nutrizionale mensile svolta dagli operatori sanitari dell'UOSD di Terapia Nutrizionale dell'INRCA di Ancona che svolgono l'attività a domicilio (dietista e fisioterapista) è stato istituito il monitoraggio a distanza del paziente da parte dei medici del centro di nutrizione tramite videochiamata eseguita con Smartphone.

Gestione dei pazienti con patologia del sistema cardiorespiratorio e cardiovascolare

L'attività assistenziale erogata dal nostro Istituto ai pazienti anziani affetti da malattie del sistema cardiocircolatorio e cardiorespiratorio rientra tra le principali attività del nostro Istituto, perché queste sono tra le patologie croniche con maggiore mortalità e scadente qualità della vita. I punti di forza nella gestione degli scompensi cardiaci e delle sindromi respiratorie sono da sempre il servizio di telemedicina e l'addestramento dei pazienti/familiari alla gestione domiciliare delle patologie respiratorie croniche. Tra i servizi offerti:

- Tele-monitoraggio paziente anziano affetto da Scompenso Cardiaco Cronico mediante apparecchiatura di Telemedicina di II generazione, evoluzione del tele monitoraggio classico;
- Percorso assistenziale ambulatoriale per la Sorveglianza del Paziente Anticoagulato in collaborazione con l'UOSD Modelli d'integrazione multidisciplinari in patologia e con l'UOC di Cardiologia, nonché riconoscimento del centro prescrittore per la terapia con nuovi anticoagulanti orali nella sede di Cosenza.

I pazienti affetti da patologie cardiorespiratorie vengono gestiti soprattutto nel POR di Casatenovo, infatti la gestione della BPCO e dell'insufficienza respiratoria fanno parte da tempo dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali esistenti nel nostro POR.

Nell'ambito della convenzione con l'Università Politecnica delle Marche è attivo presso la Clinica di medicina Interna il Centro di Riferimento regionale per l'ipertensione e le malattie cardiovascolari (DGRM n.1893 del 16/11/2009)

Chirurgia e analgesia geriatrica

L'unità operativa di Anestesia dell'INRCA ha consolidato negli anni l'esperienza clinica e scientifica riguardo alle problematiche specifiche del paziente geriatrico, nella consapevolezza che i pazienti chirurgici anziani non sono pazienti adulti "molto cresciuti" ma pazienti con specificità cliniche peculiari. Tali specificità cliniche, come avviene nel paziente pediatrico che non è da considerarsi "un piccolo adulto" ma un paziente con peculiari caratteristiche, richiedono un percorso perioperatorio specifico. Questo deve essere basato su un modello operativo di comanagement anestesista-chirurgo che possa garantire l'ottimizzazione delle cure attraverso la continuità assistenziale nelle varie fasi del percorso



clinico e ove la figura professionale dell'anestesista si delinea come la più idonea a farsi carico di tale tipologia di paziente. Da questo contesto si è originato un percorso evolutivo in linea con i tempi e nel quale un ruolo importante è stato determinato dallo sviluppo e implementazione del sistema qualità, a beneficio del paziente anziano da sottoporre ad intervento e che integra lo sviluppo di un Modello Operativo INRCA in ambito perioperatorio. Tale modello si prefigge lo scopo di:

creare valore, ossia ridurre outcomes sfavorevoli con le risorse già disponibili

esercitare un approccio globale alla persona con percorsi dedicati a:

- valutazione Preoperatoria Multidimensionale (VMD)
- valutazione e prevenzione del rischio di delirio postoperatorio (in corso di strutturazione)
- consulenza psicologica e dell'assistente sociale
- umanizzazione che assume nel paziente anziano particolare rilevanza. Espressione peculiare di tale percorso è rappresentata dal colloquio preoperatorio infermieristico e da percorsi organizzativi particolarmente attenti alle fasi di accoglienza del paziente nel Blocco Operatorio. Questi prevedono anche la possibilità per quest'ultimo di essere accompagnato in sala operatoria da un familiare / conoscente di fiducia, elemento che rappresenta un notevole valore aggiunto senza costi supplementari e si traduce a livello clinico in una notevole riduzione dell'ansia che contraddistingue naturalmente la fase preoperatoria
- gestione intraoperatoria dal 2015, nell'ambito della gestione intraoperatoria, è stata implementata nella chirurgia addominale maggiore la tecnica anestesiológica denominata "Anestesia subaracnoidea continua". Tale tecnica di anestesia neurassiale realizzata con basse e ripetute dosi di anestetico locale ed oppiacei presenta nel paziente anziano critico notevoli vantaggi in termini di ridotte complicanze perioperatorie.
- trattamento dolore postoperatorio acuto (DPO) con protocolli di analgesia contesto-sensibile

passare da modelli di erogazione del servizio (il paziente anziano candidato all'intervento è sottoposto a visita geriatrica) a modelli fondati sulla continuità delle cure e la globalità dell'approccio, attraverso la realizzazione di reti cliniche e la presa in carico globale della persona (con la dimissione concordata coi servizi sociali e con lo psicologo)

implementare il processo della gestione Sicurezza e Rischio Clinico. Tale percorso che all'INRCA si è concretizzato con la produzione e il costante aggiornamento di un Manuale INRCA per la Sicurezza in Sala Operatoria, contestualizzato alla situazione del paziente anziano è sostenuto anche dall'impegno organizzativo e progettuale della componente infermieristica

Attualmente il paziente anziano che deve essere sottoposto ad intervento chirurgico all'INRCA e al trattamento del dolore cronico trova a sua disposizione una équipe che vanta pluriennale esperienza nella gestione di tale tipologia di pazienti e grande padronanza di tutte le tecniche anestesiológicas che il bagaglio culturale di un anestesista geriatrico dovrebbe possedere.

Gestione del paziente con disturbi della nutrizione e disfagia

La malnutrizione e la disfagia sono alcune delle sindromi geriatriche più frequenti, si stima colpiscono un terzo dei pazienti ricoverati. L'Istituto, quale sede del Centro di Riferimento Regionale per la Nutrizione Artificiale Domiciliare, ha attivato una serie di percorsi clinico/assistenziale per la gestione dei pazienti anziani affetti dalle sindromi da malnutrizione. Il percorso del paziente affetto da disfagia prevede un approccio multidisciplinare che permette la gestione di tale problematica clinica nelle diverse fasi:

- a. fase diagnostica: screening, valutazione clinica di base non strumentale e valutazione strumentale non radiologica (FEES)
- b. protocollo nutrizionale
- c. prescrizione e somministrazione della terapia farmacologica orale.

La fase di recupero è gestita da un team di logopedisti, riabilitatori, fisiatri, nutrizionisti e pneumologi.

Per le disfagie non riabilitabili la presa in carico è con la somministrazione di terapie nutrizionali artificiali.



La disfagia è una disfunzione dell'apparato digerente, consistente nella difficoltà a deglutire, ed al corretto transito del bolo nelle vie digestive superiori quasi sempre si manifesta come conseguenza di altri disturbi ostruttivi o motori.



Centro di Riferimento Regionale per la Nutrizione Artificiale Domiciliare riconosciuto con DGRM1523/1997. Un centro specializzato nella nutrizione artificiale dei pazienti che a causa della propria patologia (Alzheimer, Parkinson, Neoplasie, ecc) non riescono ad alimentarsi per la presenza di alterazione della deglutizione o sono in stato di malnutrizione calorico - proteica. La Terapia Nutrizionale si attua per bocca, con prodotti nutrizionali orali specifici per i disturbi della deglutizione o per integrare la dieta in base alle diverse patologie (insufficienza renale, diabete mellito, lesioni da decubito, ecc); per via Enterale (NE) con miscele nutrizionali specifiche per i fabbisogni energetici e proteici, attraverso una sonda inserita nel tratto gastrointestinale; o per via Parenterale (NP) con miscele nutrizionali, somministrate attraverso un catetere venoso, quando il tratto gastrointestinale non è utilizzabile. I pazienti in terapia nutrizionale, le cui condizioni non richiedono necessariamente il ricovero ospedaliero, proseguono la terapia nutrizionale in regime di assistenza extra ospedaliera o domiciliare (NAD), sia in nutrizione Enterale (NED) che Parenterale (NPD), con un modello di assistenza intensivo, unico in Italia, specifico per il paziente anziano fragile.

Gestione del paziente con malattie metaboliche

Il POR di Ancona è sede del Centro Antidiabetico per i pazienti geriatrici e ad esso si affianca il Centro di riferimento regionale del Piede Diabetico.

Il percorso ambulatoriale di presa in carico del paziente anziano con diabete

Il percorso prevede le seguenti fasi:

- inquadramento diagnostico e follow-up, diagnosi, sorveglianza attiva e prevenzione di primo e secondo livello; percorso di screening per la vasculopatia periferica del diabetico. Articolazione della presa in carico globale (in collaborazione con il servizio di dietetica diabetologica)
- sportello microinfusore: tale tecnica innovativa prevede, grazie all'integrazione con l'holter glicemico, di monitorare la microinfusione continua sottocutanea di insulina e di controllarne i livelli durante la giornata.
- gestione del paziente diabetico nefropatico
- prevenzione, diagnosi e follow up dei pazienti con piede diabetico
- presa in carico dei pazienti con ulcere diabetiche agli arti inferiori.
- prevenzione, diagnosi, trattamento medico e riabilitativo dei pazienti affetti da osteoporosi.

Centro di Riferimento Regionale (Legge regionale n.9 del 24/03/2015) del Piede Diabetico. Si configura come una struttura in grado di fornire una risposta ad alta specializzazione ai bisogni dei pazienti affetti da complicanze a carico degli arti inferiori, secondarie alla malattia diabetica. Il Centro è parte integrante di una catena terapeutica finalizzata alla gestione del piede diabetico, in grado di garantire a tutto il SSN attività di consulenza ed indirizzo sia a livello specialistico che di cure primarie. L'approccio della struttura è di tipo multi disciplinare, l'unico che ha mostrato evidenze di efficacia rispetto all'obiettivo di riduzione delle amputazioni maggiori ed una più rapida guarigione delle lesioni. La struttura eroga prestazioni ambulatoriali e di degenza. L'attività ambulatoriale è dedicata alla diagnosi precoce delle complicanze che sono alla base dell'insorgenza del piede diabetico, alla stadiazione e al trattamento delle lesioni, alla prevenzione primaria e secondaria. Il Centro è strutturato per rispondere anche alle necessità di trattamento dei casi più complessi, segnalati dalla rete diabetologica regionale e alle richieste provenienti dai servizi territoriali e dai MMG.

Gestione del paziente con patologie neurologiche

I POR di Ancona e Cosenza sono centri di riferimento regionale per i deficit cognitivi. Per la gestione del paziente affetto da questi disturbi sono operativi nell'Istituto percorsi per la loro presa in carico e per la gestione delle complicanze. Un percorso assistenziale dedicato è quello relativo al Parkinson con la gestione personalizzata della patologia grazie alle tecniche di diagnosi avanzata quali la PET e la SPECT nonché ad interventi riabilitativi mirati. Una delle attività che caratterizzano l'Istituto è la formazione dei caregiver e dei familiari per la gestione dei pazienti dopo la dimissione.



Alcuni dati di sintesi

Nella tabella seguente sono illustrati alcuni dati di sintesi al fine di fornire un quadro complessivo dell'attività erogata in termini quantitativi.



- I ricovero ordinario:** è attivato su richiesta del medico curante, di base o specialista, che valuta la necessità del ricovero, previa validazione del Responsabile dell'Unità Operativa. Tramite il ricovero programmato, l'INRCA garantisce il percorso diagnostico terapeutico per le patologie medico-internistiche, chirurgiche e specialistiche.
- I ricovero ordinario a ciclo diurno (day-hospital):** il ricovero a ciclo diurno è utilizzato per tutte le prestazioni diagnostiche e terapeutiche erogabili con Day-Hospital. Il ricorso a tali prestazioni consente di ridurre i periodi di degenza e favorisce il rapido reinserimento nel proprio contesto sociale e abitativo.

Tabella 16 - Ricoveri ordinari e giornate di degenza (triennio 2014-2016)

Totale INRCA		Anno 2016	Anno 2015	Anno 2014
Numero ricoveri	Ordinari	8697	8692	8920
	Day hospital	1022	1208	1150
	Totale	9719	9900	10.070
Giornate degenza	Ordinari	114817	113980	115956
	Day hospital	1680	1968	1850
	Totale	116497	115948	117806
Degenza media	Ordinari	13,7	13,6	13,00
	Day hospital	1,64	1,63	1,66
Peso medio ricoveri in DO Medici	Ordinari	1,04	1,15	1,14

Fonte: dati controllo di gestione

L'attività di ricovero ordinario presenta un trend in diminuzione dovuto al percorso di deospedalizzazione che l'INRCA sta attuando a favore di setting assistenziali più appropriati per le prestazioni di più bassa complessità nonché alla riduzione dell'offerta complessiva di posti letto definita dalla Regione Marche con la DGR n.735/2013. Le giornate di degenza risultano aumentate nel 2016 rispetto al 2015, mentre l'indice di degenza media resta pressoché stabile. Il peso medio dei DRG ordinario diminuisce leggermente nel 2016 riaspetto al biennio precedente ma rimane pur sempre un indicatore della quota di risorse il cui assorbimento è previsto per il trattamento del DRG specifico: il peso del DRG rappresenta una misura della complessità del trattamento associato allo specifico ricovero. Di seguito si riportano i dati dell'attività ospedaliera distinti per singolo Presidio, poiché appare cruciale caratterizzare ciascuna realtà territoriale in cui l'INRCA è presente.

Presidio Ospedaliero di Ricerca di Ancona

Nell'ospedale di Ancona, negli ultimi anni, si è favorito un processo di cambiamento caratterizzato da una forte spinta verso un preciso indirizzo: quello della disabilità geriatrica qualificando l'ospedale geriatrico come centro di alta specializzazione in termini di modelli organizzativi per le disabilità-comorbilità e polipatologie dell'anziano.

Tabella 17 - Indicatori di attività (triennio 2014-2016)

Indicatori di attività	2016	2015	2014
Numero ricoveri degenza ordinaria	4737	4598	4.515
Degenza media ordinaria	11,71	11,85	10,98
Peso Medio Ricoveri in DO Medici	1,1	1,12	1,14
Peso Medio Ricoveri in DO Chirurgici	1,66	1,71	1,73

L'attività diurna di ricovero medico (day hospital) e chirurgico (day surgery) del POR Ancona vede il trend dell'attività sostanzialmente stabile nell'ultimo triennio come mostrato nella tabella che segue.

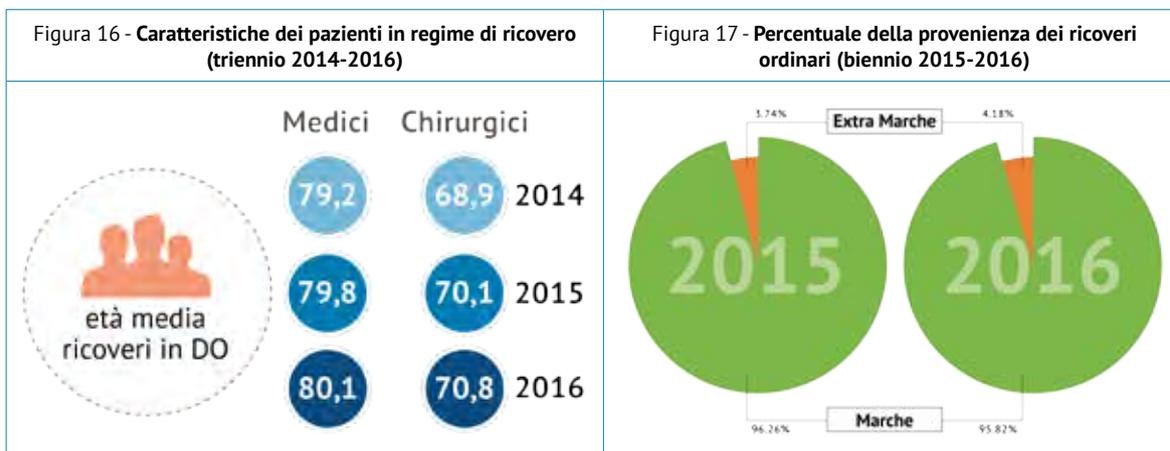


Day surgery: chirurgia di un giorno si intende la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici o anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive o semi invasive, in regime di ricovero limitato alle sole ore del giorno ad al limite con un solo pernottamento



Tabella 18- Indicatori di attività Day-Hospital (triennio 2014-2016)

Indicatori di attività Day-Hospital			
Anni	2016	2015	2014
Numero dimessi	1022	1208	1.066
Numero ricoveri medici in DH	520	535	567
Numero ricoveri chirurgici in DH	502	673	499
Peso Medio Ricoveri in DH	1,51	0,9	0,89



La figura 17 mostra come la percentuale di ricoveri provenienti dal territorio coperto dall'Area Vasta 2 è preponderante rispetto ai ricoveri provenienti dal resto Marche ed extra Marche.

Presidio Ospedaliero di Ricerca di Fermo

L'INRCA e l'Area Vasta 4 (AV4), nell'ottica di migliorare il sistema dell'offerta di attività nell'ambito territoriale di riferimento, sono coinvolti da tempo in un importante percorso di riorganizzazione. Il Presidio Ospedaliero di Ricerca dell'INRCA di Fermo è stato potenziato nelle funzioni di continuità assistenziale con una nuova Unità Operativa di Degenza Post-Acuzie di 20 posti letto.

La nuova unità è frutto dell'accordo siglato tra l'INRCA e l'AV4, uno dei primi partenariati in ambito regionale tra due strutture sanitarie pubbliche. La nuova area post-acuzie si rivolge prevalentemente a pazienti cronici che, terminata la fase acuta, necessitano di cure medico-infermieristiche continuative. L'inaugurazione della nuova Unità Operativa di Degenza Post-Acuzie, avvenuta il 1 aprile 2016, testimonia l'attenzione verso il territorio che vede nella risposta alle esigenze dell'anziano una delle missioni della Regione.

Il percorso di integrazione prevede, in aggiunta, il trasferimento del reparto di Geriatria per Acuti dell'INRCA presso il presidio Ospedaliero di Fermo dell'Area AV4 che consentirà la trasformazione del POR INRCA di Fermo in struttura dedicata alla post-Acuzie, alla riabilitazione e all'attività ambulatoriale. Tutto ciò anche in applicazione del DM 70/2015 che stabilisce come standard minimo per la presenza di un Ospedale una dotazione di posti letto per Acuti ben superiore a quelli attualmente previsti per il POR INRCA di Fermo. Sono a tutt'oggi in corso tavoli tecnici per l'approfondimento e la realizzazione di tale trasferimento.

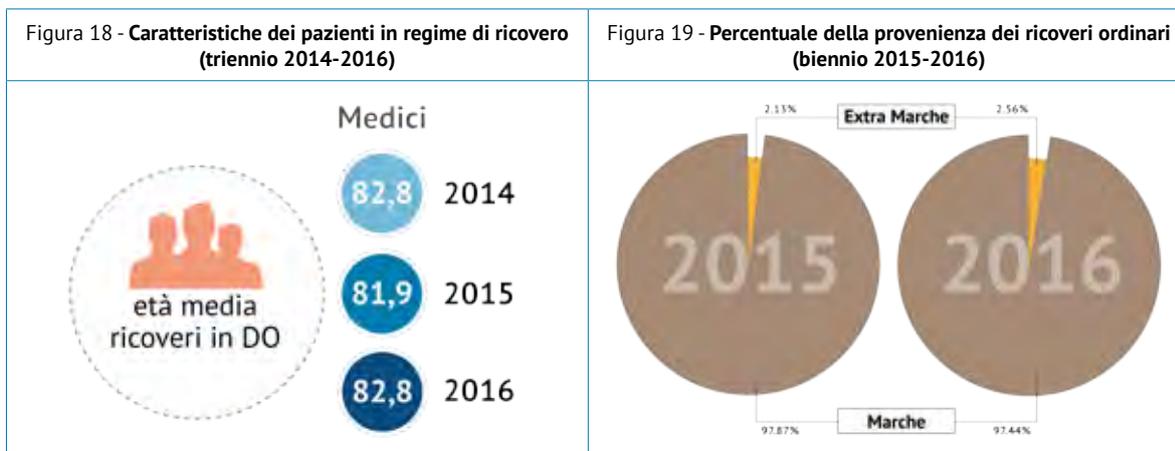
Tabella 19 - Indicatori di attività, (triennio 2014-2016)

Anni	2015	2014	2013
Numero ricoveri degenza ordinaria	1031	978	1070
Degenza media ordinaria	18,99	17,29	16,55
Peso Medio Ricoveri in DO Medici	0,97	1,00	0,96



Caratteristiche dei pazienti in regime di ricovero

L'età media dei ricoveri per acuti si mostra abbastanza costante attestandosi su 83 anni; mentre la percentuale di ricoveri provenienti da altre regioni ha un trend in crescita.



Presidio Ospedaliero di Ricerca di Casatenovo

L'attività di Casatenovo è in particolare dedicata a pazienti di età avanzata affetti da patologia cardiorespiratoria oltre che portatori di disabilità che ne limitino l'autonomia. L'attività riabilitativa specialistica respiratoria è articolata su due macroattività

1. attività di di weaning respiratorio nell'ambito di una Unità di Terapia Intensiva Intermedia Respiratoria (UTIIR): trattasi di pazienti provenienti dalle UTI affetti da Insufficienza respiratoria secondaria a patologia cardiorespiratoria e neurodegenerativa (SLA, Distrofie muscolari, etc).
2. attività di riabilitazione respiratoria per pazienti affetti da bronco pneumopatie acute e croniche.

L'attività assistenziale di degenza si caratterizza stabilmente da qualche anno per circa 1.800 ricoveri/anno, il 48% dei quali effettuati dalla Pneumologia per acuti e il 52% dalla Pneumologia riabilitativa (6% di questi in UTIIR). Peraltro in una logica pienamente dipartimentale le due UO operano nel medesimo piano e quindi pur avendo un'attività differenziata utilizzano congiuntamente risorse umane e di servizi al fine di ottenere una ottimale razionalizzazione nella struttura produttiva. Anche nel 2016 le patologie prevalenti afferenti ai due Reparti sono rappresentate dall'Insufficienza respiratoria e dalla broncopneumopatia cronica ostruttiva riacutizzata seguite dalla patologia respiratoria legata al sonno.

Fra le altre patologie si devono annoverare le broncopolmoniti, i tumori polmonari, le interstiziopatie polmonari. L'attività del Presidio accentua la sua caratterizzazione pneumologica caratterizzandosi in particolare per l'utilizzo della ventilazione meccanica invasiva e non invasiva nei pazienti affetti da pneumopatie croniche, ma anche in pazienti affetti da patologia neuromuscolare (distrofie muscolari) e neurodegenerativa (Sclerosi laterale amiotrofica: SLA) in stato di grave insufficienza respiratoria cronica. E' pienamente attivo un servizio di case-management dedicato a pazienti affetti da insufficienza respiratoria cronica o da scompenso cardiaco cronico sottoposti a monitoraggio telematico continuo (24 ore).

Tabella 20 - Indicatori di attività (triennio 2014-2016)

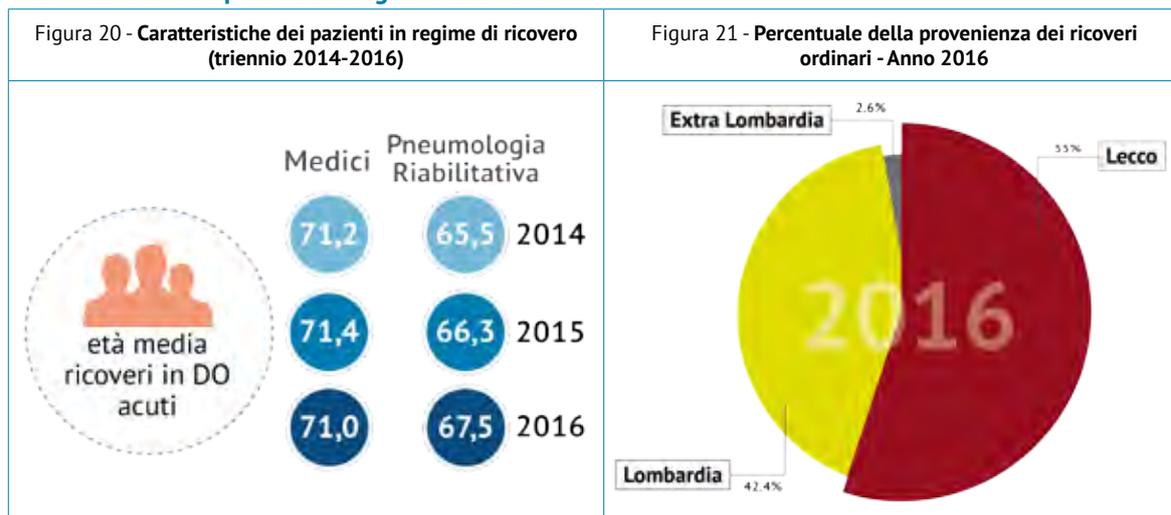
Anni	2016	2015	2014
Numero ricoveri degenza ordinaria	1730	1.845	1.852
Degenza media ordinaria	9,79	9,58	9,6
Peso Medio Ricoveri in DO Medici	1,02	1,03	0,99

Tabella 21 - Dati relativi alla degenza ordinaria per post acuti, Pneumologia Riabilitativa (triennio 2014-2016)

Anni	2016	2015	2014
Numero Dimessi	850	922	972
Peso Medio Ricoveri	1,04	1,03	0,96



Caratteristiche dei pazienti in regime di ricovero



Presidio Ospedaliero di Ricerca di Cosenza

Il Presidio Ospedaliero di Ricerca di Cosenza ha completamente modificato nel 2012 la sua articolazione. In base ad una serie di atti (DPGR n.24/2012) della Regione Calabria il Presidio viene ora fondamentalmente articolato in due aree, entrambe a valenza geriatrica:

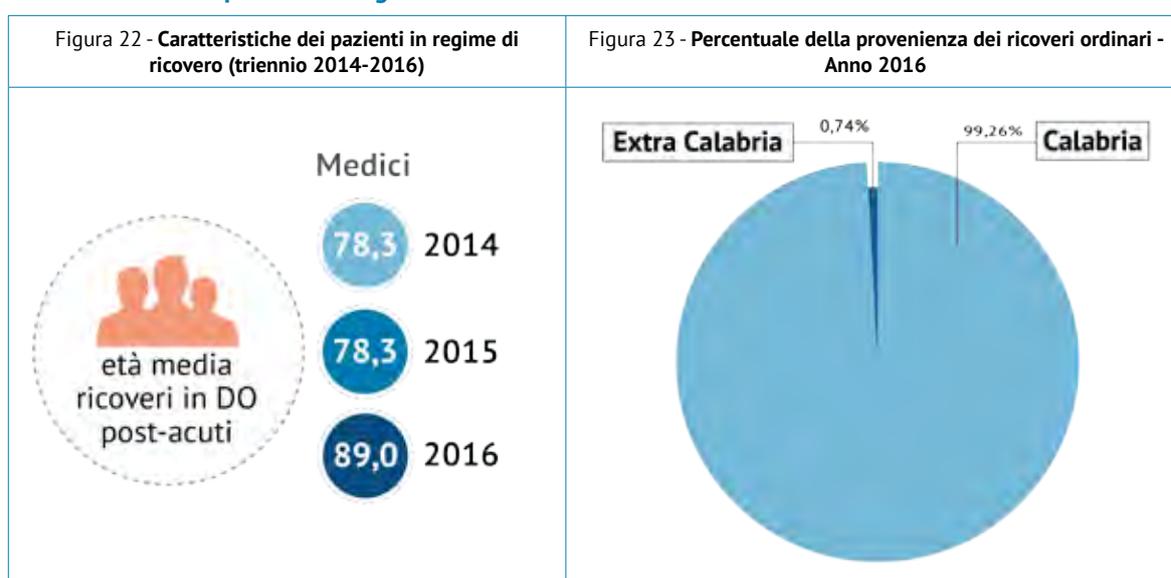
1. la prima area per acuti corrisponde alla disciplina di geriatria per la quale sono previsti complessivamente 35 posti letto di cui 8 di terapia intensiva cerebrovascolare;
2. la seconda area è di post-acuzie riabilitativa per complessivi 20 posti letto.

A queste due aree si aggiunge un'attività prevalente in regime diurno di terapia del dolore, disciplina per cui il presidio ha una lunga e forte tradizione. Accanto a questa attività è presente una forte tradizione di attività cardiologica che si esprime sia a livello ambulatoriale che in cardiologia geriatrica. Il percorso di riconversione del Presidio potrà tradursi in una definitiva entrata a regime del Presidio tra il 2016 e il 2017, non appena sarà concluso l'iter istituzionale di accordo tra Regione Calabria, INRCA e Regione Marche.

Tabella 22 - Indicatori di attività (triennio 2014-2016)

Anni	2016	2015	2014
Numero ricoveri degenza ordinaria	1031	1112	1236
Degenza media ordinaria	13,67	12,9	13,02
Peso Medio Ricoveri in DO Medici	1,13	1,1	1,09

Caratteristiche dei pazienti in regime di ricovero





Il governo dei tempi d'attesa dell'INRCA in linea con direttive regionali

L'IRCCS INRCA è profondamente coinvolto nella strategia regionale per il governo e la riduzione delle liste di attesa. A partire dalla fine del 2015 l'Istituto ha infatti posto in essere una serie di iniziative, in accordo con le strategie regionali, che stanno garantendo, dati alla mano, risultati importanti. Innanzi tutto dal punto di vista organizzativo si è proceduto ad individuare il Responsabile dei Tempi d'attesa Aziendale ed è stato predisposto un nuovo Piano Attuativo Aziendale. Su tale base sono state attivate una serie di iniziative per la garanzia dei tempi massimi di attesa per le prestazioni sottoposte a verifica del tavolo di monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) per le classi di priorità delle prestazioni B (breve: entro 10 giorni) e D (differita: entro 30 giorni). In base alle rilevazioni periodiche, gli obiettivi posti, possono considerarsi raggiunti in termini di prestazioni complessivamente erogate e di garanzia del rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni con classe di priorità B e D. Infatti le prestazioni oggetto di monitoraggio regionale e ministeriale con classe di priorità B e D, sia nella sede di Ancona che in quella di Fermo, sono state erogate nel 2016 entro i tempi di attesa stabiliti dal Ministero, con una percentuale superiore al 90%. Diversa è la situazione se si considerano le prestazioni richieste senza classe di priorità o con classe P (programmata), dove, purtroppo i tempi di attesa si allungano notevolmente soprattutto per determinate prestazioni. Al riguardo va anche sottolineato che l'INRCA pubblica mensilmente sul proprio sito internet i tempi di attesa con modalità di rilevazione ex ante (dati forniti dal CUP regionale sulle prenotazioni effettuate) ed ex post (dati del flusso C delle prestazioni specialistiche ambulatoriali sulle prestazioni effettivamente eseguite). Inoltre, l'INRCA, grazie ad un buon incremento dell'offerta concordato (in coerenza con le risorse a disposizione) all'interno delle trattative del budget 2016, oltre che al ricorso ad ulteriori progettualità tramite l'utilizzo del 5% del fondo della Libera professione (Fondo Balduzzi, dedicato a garantire prestazioni aggiuntive fuori dall'orario di lavoro normale del personale addetto), è riuscita nel 2016 a mettere a disposizione un numero rilevante di prestazioni in più rispetto al 2015. Complessivamente tra la sede di Ancona e quella di Fermo si tratta di circa 2.500 posti aggiunti nel 2016 dedicati alle prestazioni maggiormente "critiche" dal punto di vista del tempo di attesa (Risonanze Magnetiche, TAC, Ecografie, prestazioni specialistiche di cardiologia, pneumologia, dermatologia, urologia, chirurgia vascolare, visite fisiatriche, ecc.). Va aggiunto che per agevolare l'utenza, una parte dell'attività aggiuntiva è stata programmata in orari serali ed il sabato. Va altresì aggiunto che l'INRCA, anche nell'ambito dell'Integrazione INRCA - Osimo, ha attivato alcuni ambulatori presso il presidio di Osimo per visite di chirurgia generale e vascolare (n.5 visite settimanali) e per visite di urologia ed ecografie addominali (n.30 prestazioni settimanali). E' stata inoltre attivata sempre nel corso del 2016, nell'ambito dell'integrazione INRCA-Osimo, ulteriore attività ambulatoriale eseguita da parte dei Medici specialisti dell'INRCA presso il Presidio Ospedaliero di Osimo nelle discipline di: Cardiologia, Diabetologia, Nefrologia e Neurologia. Un'altra azione importante che l'Istituto ha avviato a partire dal mese di febbraio per tutto il 2016 è stata l'attivazione di un servizio di gestione del recall telefonico ai pazienti in lista di attesa per verificare la loro effettiva presenza all'appuntamento preso precedentemente con il CUP. E' stato infatti attivato un sistema di chiamata dei pazienti già prenotati per prestazioni di Colon-gastrosocopia e TAC; tale attività ha consentito un'ottimizzazione di circa il 10% delle prenotazioni. Questo ha significato poter garantire diverse centinaia di tali prestazioni in più all'anno (circa 200 TAC aggiuntive e circa 200 Gastro e colonscopie annue), praticamente a costo zero. Un'altra attività importante messa a regime dall'INRCA nel corso del 2016 è stata l'organizzazione della cosiddetta "Preso in carico" dei pazienti ambulatoriali per alcune patologie croniche. Sono stati definiti, in accordo con i Responsabili delle Unità Operative di Cardiologia, Diabetologia, Neurologia e Nefrologia, posti nelle agende di prenotazione da dedicare alla presa in carico dei pazienti, prevedendo per questi corsie preferenziali e dedicate (con prenotazione e prescrizione direttamente a carico del servizio che prende in carico il paziente).

Assistenza ambulatoriale

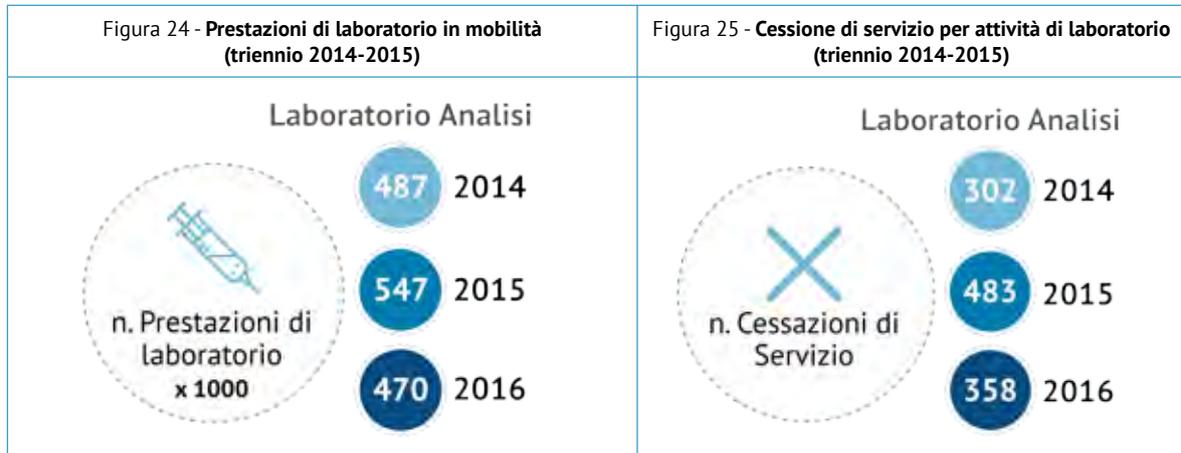
Le prestazioni di specialistica ambulatoriale offerte dall'INRCA si riferiscono a:

- Prestazioni di laboratorio
- Prestazioni di diagnostica strumentale e per immagini
- Attività clinica



Attività di laboratorio

Rientrano in quest'ambito le prestazioni specialistiche ambulatoriali per soggetti esterni in regime di mobilità sanitaria intra ed interregionale e di regolazione diretta ovvero le attività erogate a pazienti esterni, ma ricoverati presso altri ospedali o prestazioni richieste da altri istituti pubblici e privati.



La UO di Laboratorio Analisi effettua prestazioni nel campo della biologia molecolare e i test per il monitoraggio dei nuovi anticoagulanti orali.

Biologia molecolare è una branca della biologia che studia gli esseri viventi a livello dei meccanismi molecolari alla base della loro fisiologia, concentrandosi in particolare sulle interazioni tra le macromolecole, ovvero proteine e acidi nucleici (DNA e RNA). Per biologia molecolare si intendono spesso una serie di tecniche che consentono la rilevazione, l'analisi, la manipolazione, l'amplificazione e la copia degli acidi nucleici. Queste metodiche hanno reso disponibile una mole considerevole di conoscenze riguardo la patogenesi, la diagnosi e la terapia di numerose malattie. Le prestazioni di questo tipo complessivamente erogate dal POR Ancona nel 2016 sono state 858.

Nuovi anticoagulanti orali (NAO) sono farmaci utilizzati nel trattamento dei pazienti con fibrillazione atriale cronica. Il laboratorio analisi dell'INRCA, unico attualmente nella Marche, è in grado di effettuare i test per il dosaggio di tali farmaci per i pazienti provenienti dal servizio dedicato all'interno della unità operativa di Cardiologia. I test eseguiti riguardano tre farmaci: Apixaban, Dabigatran, Rivaroxaban.

Prestazioni di diagnostica strumentale e per immagini

Tra le prestazioni di diagnostica strumentale e per immagini rientra l'attività erogata dalla medicina nucleare e della radiologia diagnostica. Di seguito vengono illustrate le prestazioni di specialistica ambulatoriale per soggetti esterni in regime di mobilità sanitaria intra ed interregionale ed in regime di regolazione diretta. Si specifica che solo nella sede del POR di Ancona è presente il servizio di medicina nucleare.

Tabella 23 - Prestazioni di diagnostica strumentale e per immagini in mobilità (triennio 2014-2016)

POR Ancona - Fermo	2016	2015	2014
Radiologia diagnostica	32321	31656	25643
Medicina nucleare	1949	2429	2429
Totale	34270	34085	28072
POR Casatenovo	2016	2015	2014
Radiologia diagnostica	8940	9177	8324
POR Cosenza	2016	2015	2014
Radiologia diagnostica	3296	3072	3419
TORTALE SEDI INRCA	46506	46334	39815

Dettaglio Prestazioni in Radiologia



POR Ancona - Fermo	2016	2015	2014
TAC	6282	5655	3336
Risonanze Magnetiche	5148	5142	5458
Ecografiche	6161	6161	5774
MOC	8136	7776	6854
Radiologia Interventistica	19	12	36

POR Casatenovo	2016	2015	2014
Ecografie	1847	1782	1773
MOC	206	100	-

POR Cosenza	2016	2015	2014
TAC	846	850	816
Ecografie	631	722	765
MOC	56	68	103

Fonte: dati controllo di gestione. I dati si riferiscono alle sole UO di Radiologia, Diagnostica per Immagini e Medicina Nucleare

Attività clinica

Le unità operative dell'Istituto erogano prestazioni ai pazienti sia in regime di ricovero che in regime ambulatoriale. In questa sezione vengono illustrate le prestazioni ambulatoriali per esterni in mobilità e in regime di regolazione diretta per attività clinica. Sono escluse quindi le prestazioni ambulatoriali associate alla branca di diagnostica per immagini e di laboratorio. I dati sono suddivisi per presidio di ricerca ospedaliero.



Tabella 24 - Dettaglio per unità operative (triennio 2014-2016)

POR ANCONA	2016	2015	2014
CLINICA DI MEDICINA INTERNA E GERIATRIA AN	6.910	4.720	3.861
MEDICINA RIABILITATIVA AN	36.509	34.216	40.365
RESIDENZA SANITARIA RIABILITATIVA AP	2.803	2.652	2.768
NUTRIZIONE CLINICA	50.230	42.606	46.673
GERIATRIA E ACCETTAZIONE GERIATRICA D'URGENZA AN*	11.594	11.569	133.282
NEFROLOGIA E DIALISI	43.716	40.622	38.966
MALATTIE METABOLICHE E DIABETOLOGIA	135.733	128.892	142.848
NEUROLOGIA/CENTRO ALZHEIMER / STROKE UNIT	31.783	32.593	39.717
CARDIOLOGIA/UTIC/TELECARDIOLOGIA	10.553	10.581	11.401
UROLOGIA	6.625	6.201	6.458
DERMATOLOGIA / CENTRO DI RICERCA DERMATOLOGICA GERIATRICA	17.790	17.309	19.569



ANESTESIA RIANIMAZIONE E TERAPIA ANTALGICA	28	7	14
PREVENZIONE DEI TUMORI PROSTATICI	4.814	4.921	4.836
CHIRURGIA GENERALE E PATOLOGIA CHIRURGICA	4.009	3.699	3.832
ODONTOSTOMATOLOGIA	2.638	2.612	2.376
CENTRO DEL PIEDE DIABETICO	7.308	3.757	5.208
GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA	8.657	8.243	8.050
POR FERMO	2016	2015	2014
RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	10.468	11.328	10.982
GERIATRIA	3.521	4.057	4.445
CARDIOLOGIA RIABILITATIVA	3.623	3.378	1.990
TERAPIE INNOVATIVE NELLA PATOLOGIA CUTANEA	2.835	2.672	3.290
POR COSENZA	2016	2015	2014
ANESTESIA E TERAPIA DEL DOLORE / CENTRO RICERCA GESTIONE	1.316	1.281	1.324
RIABILITAZIONE INTENSIVA	763	941	1.081
GERIATRIA	6.263	6.453	6.845
POR CASATENOVO	2016	2015	2014
PNEUMOLOGIA RIABILITATIVA/CENTRO DI RICERCA PATOLOGIE	1.715	1.294	993
PNEUMOLOGIA	18.201	18.075	14.764
CARDIOLOGIA RIABILITATIVA	5.477	5.803	7.642

**I dati delle prestazioni ambulatoriali dell'UO GERIATRIA E ACCETTAZIONE GERIATRICA D'URGENZA del POR di Ancona relativi al 2014 includono anche le prestazioni effettuate da altri Reparti. Queste sono state sottratte negli anni successivi.*



Rischio clinico

L'identificazione del rischio presente nella struttura in termini qualitativi e quantitativi è il primo passo per attuare il sistema Gestione del Rischio Clinico (GRC). Esistono diverse fonti informative che contribuiscono alla identificazione delle componenti del rischio. Contribuiscono a fornire informazioni sulla parte emersa visibile del rischio il numero di sinistri aperti in seguito a denunce da parte dei pazienti o dei parenti dei pazienti e i reclami che arrivano all'Ufficio Relazioni con il Pubblico. Mentre per la identificazione della parte sommersa dei rischi, quelli che rimangono latenti e difficilmente percepibili dall'esterno, la fonte è il sistema di segnalazione volontaria.

La segnalazione avviene tramite una scheda molto semplice resa disponibile sulle intranet aziendali. Presupposto fondamentale per la realizzazione di un sistema di segnalazione volontaria è un clima di fiducia e confidenzialità, che favorisca la condivisione degli eventi critici e che sia basato sull'idea che l'errore è un'occasione di apprendimento. Pertanto è indispensabile la legittimazione da parte di tutta l'organizzazione di questo nuovo modo di vedere l'errore.

Segue la tabella riassuntiva che sintetizza le fonti e le aree di interesse mappate nell'Istituto INRCA.

Tabella 25 - Fonti e aree di interesse mappate INRCA

Fonti	Aree di interesse
Banca dati CoVaSI	Sinistri Dati
Banca dati Rischio Clinico/Sistema Qualità	"eventi avversi" / "quasi eventi"
URP	Reclami
Farmacia	Farmaci ad alto rischio
Farmacia	ADR
DMP	Analisi documentazione sanitaria
DMP	Indicatori qualità assistenza sanitaria
Comitato Dispositivi Medici	Dati dispositivi medici
Ingegneria Clinica	Dati attrezzature elettromedicali
Indicatori qualità assistenza sanitaria	Cadute
	Ulcere da decubito
	Infezioni-Multiresistenti
	Consumo Antibiotici/DDD
	Registro Denunce Obbligatorie Malattie infettive
	Stato Nutrizionale
	Dolore
	Contenzione
	Identificazione paziente
	Disfagia
	Incontinenza
	Riconciliazione - Polifarmaco terapia
	Banca Dati Ufficio Responsabile Sicurezza RSPP
Infortuni sul lavoro	
Malattie professionali	
DAPO	Infortuni sul lavoro
	Malattie professionali
Banca Dati dell'Ufficio Tecnico	Report

Il comitato valutazione sinistri COVASI

Il Comitato Valutazione Sinistri (COVASI) è un comitato costituito con specifici atti del Direttore Generale al fine di occuparsi della tematica relativa alla gestione dei sinistri conseguenti a richieste risarcitorie per medical malpractice. Il COVASI ha il compito di monitorare e gestire i sinistri, valutando la fondatezza delle richieste di risarcimento, promuovere e organizzare eventuali incontri preliminari a fini conciliativi anche in caso di richieste di mediazione formulate anche dalla Compagnia assicurativa e di elaborare le eventuali tesi difensive.

Tabella 26 - Attività del COVASI (triennio 2014-2016)

Attività del covasi	2016	2015	2014
Numero sedute	1	3	2
Numero istanze esaminate	4	6	1



Tabella 27 - Istanze di risarcimento per tipologia di procedimento (triennio 2014-2016)

	2015	2014	2013
extragiudiziarie	5	7	5
giudiziarie	1	-	1
Totale	6	7	6

Tabella 28 - Stato di avanzamento delle istanze di risarcimento (triennio 2014-2016)

	2015	2014	2013
Chiusi	-	5	5
Aperti	6	2	1
Totale	6	7	6

Analisi della documentazione sanitaria

All'interno del percorso di certificazione, secondo le norme UNI EN ISO 9001, si è attuato un monitoraggio continuo della qualità della documentazione sanitaria, attraverso la verifica della completezza e della qualità.

E' stato sviluppato un sistema di indicatori per l'identificazione delle criticità e delle situazioni suscettibili di miglioramento. Ciò ha permesso di costruire un indice di performance da utilizzare quale standard intra-aziendale per il confronto tra le varie sedi dell'Istituto e successivamente si è costruito un Indice di Performance per singolo reparto che ha permesso un'analisi per singolo criterio.

Non c'è evidenza che una documentazione di qualità migliori l'outcome ma una cartella clinica leggibile, completa, accessibile, redatta tempestivamente ha una maggiore probabilità di ridurre gli errori in medicina nonché di aumentare l'integrazione tra i vari setting assistenziali e l'efficienza di erogazione delle prestazioni.

La qualità della documentazione clinica è il presupposto essenziale per lo sviluppo di un buon sistema di indicatori. La ridefinizione e ristrutturazione della documentazione sanitaria in accordo con le mutate esigenze organizzative e assistenziali nel rispetto sia della normativa sia delle raccomandazioni di buona pratica clinica. Tramite una Check list on-line nell'Intranet aziendale (costruita secondo criteri fissati a livello nazionale e regionale), applicata su di un campione di cartelle del 5% di tutti i ricoveri di ogni POR, per anno, è stato costruito l'**Indice di Performance**.



Questi diventano strumento di miglioramento clinico, utilizzati per l'effettuazione di Audit clinico-organizzativi.

Analisi dello stato di obsolescenza delle attrezzature sanitarie

E' stato costruito dal servizio di Ingegneria Clinica e dal servizio di Fisica Sanitaria un indicatore standardizzato (Indice di Obsolescenza) per la valutazione dello stato di obsolescenza delle apparecchiature che tiene conto dello stato di vetustà (data di acquisizione) e del numero annuo degli interventi di manutenzione per singola attrezzatura.

In base a tale indicatore è stato possibile analizzare le priorità oggettive di sostituzioni urgenti delle apparecchiature.

Comitato Dispositivi Medici: Analisi segnalazioni anno 2016

Nel 2016 sono state inviate 9 segnalazioni al Ministero della Salute e rispettivamente giunte da: UO Neurologia (1), UO Degenza Post-Acuzie (3), UO UTIC (1), UO Chirurgia Generale (1), UO Radiologia (1), UO Medicina Riabilitativa (1) UO Riabilitazione-POR Fermo (1).

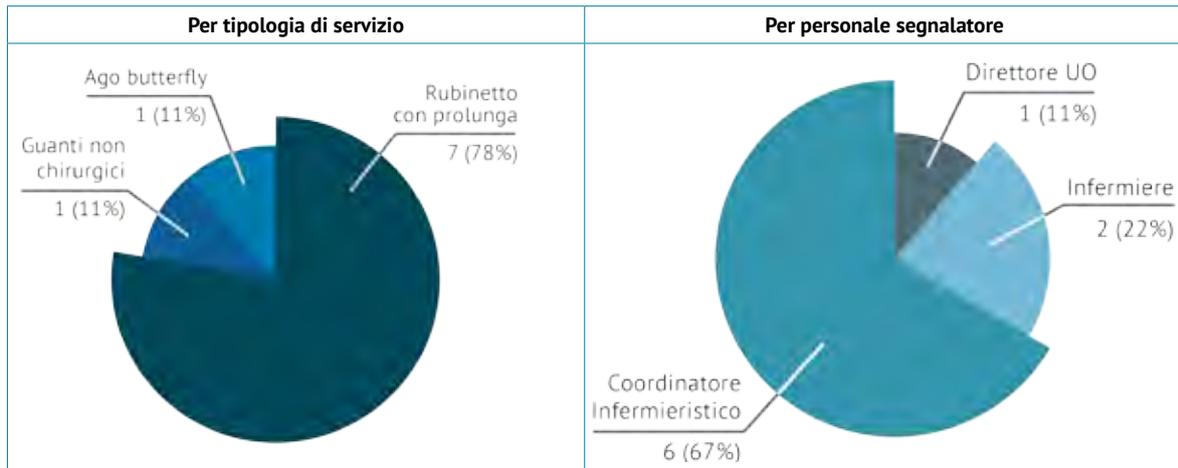
Le segnalazioni sono state inoltrate per la maggioranza dai coordinatori e dal personale infermieristico. Si è provveduto quindi al ritiro e alla sostituzione del lotto segnalato.



Dispositivo Medico Vigilanza (segnalazioni inoltrate al Ministero nel 2016)

Unità Operativa	Segnalatore	Dispositivo Medico
Neurologia	Infermiere	Ago butterfly
DPA	Coordinatrice Infermieristica	Rubinetto con prolunga
UTIC	Coordinatrice Infermieristica	Rubinetto con prolunga
DPA	Coordinatrice Infermieristica	Rubinetto con prolunga
Chirurgia	Coordinatrice Infermieristica	Rubinetto con prolunga
Radiologia	Infermiere	Rubinetto con prolunga
DPA	Coordinatrice Infermieristica	Rubinetto con prolunga
Medicina Riabilitativa	Direttore UO	Guanti non chirurgici
POR Fermo	Coordinatrice Infermieristica	Rubinetto con prolunga

Figura 27 - Segnalazioni dei dispositivi medici (%) - Anno 2016



Rischio infettivo: indicatori di qualità dell'assistenza nel 2016

A titolo esemplificativo della capacità di mappatura degli indicatori di qualità dell'assistenza, si inseriscono i dati relativi solo alle sedi INRCA marchigiane riguardanti il consumo di alcuni antibiotici e l'isolamento di microrganismi multiresistenti.

Figura 28 - Consumo di antibiotici nei Dipartimenti del POR di Ancona - Anno 2016

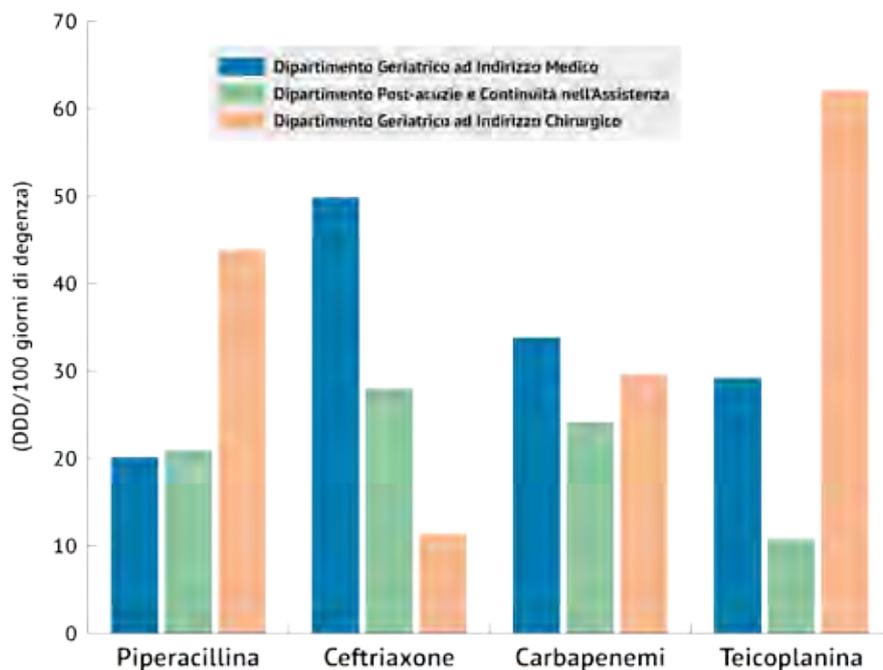




Figura 29 - Consumo di antibiotici (DDD/100 giorni di degenza) nei reparti di Cardiologia, Geriatria, Riabilitazione, Degenza Post-acuzie del Presidio di Fermo - Anno 2016

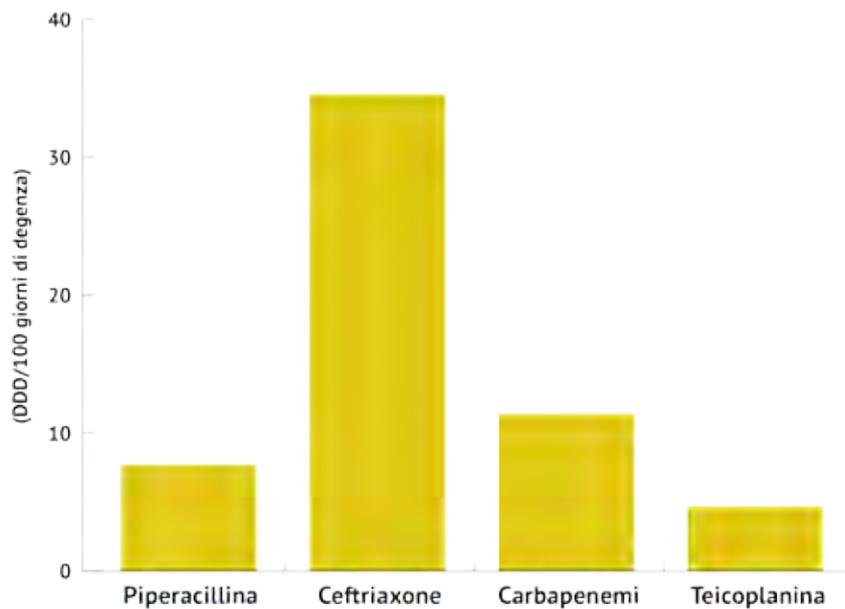


Tabella 29 - Microrganismi multiresistenti (MDROs) più isolati e distribuzione per sito di isolamento in reparti di area medica nel presidio INRCA di Ancona - Anno 2016

Microrganismo	Percentuale sul totale	Percentuale MDROs
Escherichia coli	29.7	23.5
Proteus mirabilis	13.5	10.4
Pseudomonas aeruginosa	9,4	14.3
Enterococcus faecalis	8.8	
Klebsiella pneumoniae	7.7	23
Staphylococcus aureus	5,6	25
Staphylococcus epidermidis	5.1	
Candida (glabrata, tropicalis, parapsilosis)	4.7	
Candida albicans	4.2	
Acinetobacter baumannii	2.5	85.4

Tabella 30 - Microrganismi multiresistenti (MDROs) più isolati e distribuzione per sito di isolamento in reparti di area chirurgica nel presidio INRCA di Ancona - anno 2016

Microrganismo	Percentuale sul totale	Percentuale MDROs
Staphylococcus aureus	20.8	32.4
Escherichia coli	13.5	20.8
Klebsiella pneumoniae	11.2	25
Proteus mirabilis	10.7	21.1
Pseudomonas aeruginosa	10.1	22.2
Enterococcus faecalis	6.7	
Candida albicans	5.6	
Staphylococcus epidermidis	4.5	
Enterobacter cloacae	2.8	
Acinetobacter baumannii	1.1	100

Ufficio Tecnico: analisi interventi anno 2016

Il database dell'Ufficio Tecnico raccoglie i dati delle segnalazioni, ma non degli interventi correttivi svolti. Allo stato attuale il database si è rivelato inutilizzabile ai fini della visualizzazione di un quadro descrittivo della situazione corrente. Si ritiene quindi opportuno modificarne la costituzione in modo da renderlo più funzionale alla produzione di dati utili al risk management.



Dialogo con i pazienti

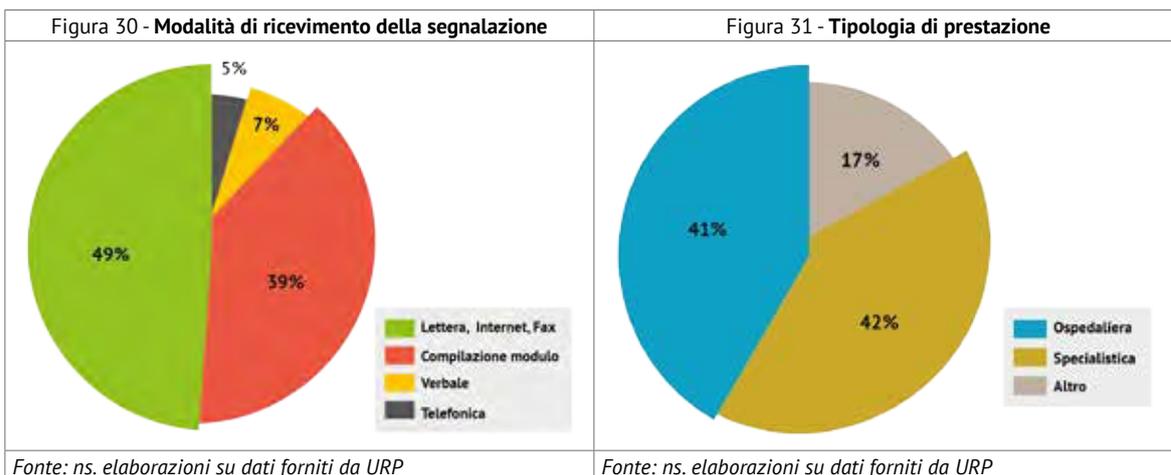
L'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP)

È lo strumento attraverso il quale l'INRCA ascolta e comunica con gli utenti, al fine di migliorare l'accessibilità e favorire la partecipazione della cittadinanza. Tramite il suo front-office, offre informazioni all'utenza, gestisce l'attività legata all'assistenza integrativa privata o legata alle badanti a domicilio, per tutti coloro i quali avessero bisogno di usufruirne per un proprio parente ricoverato. Svolge per legge alcune funzioni, ovvero:

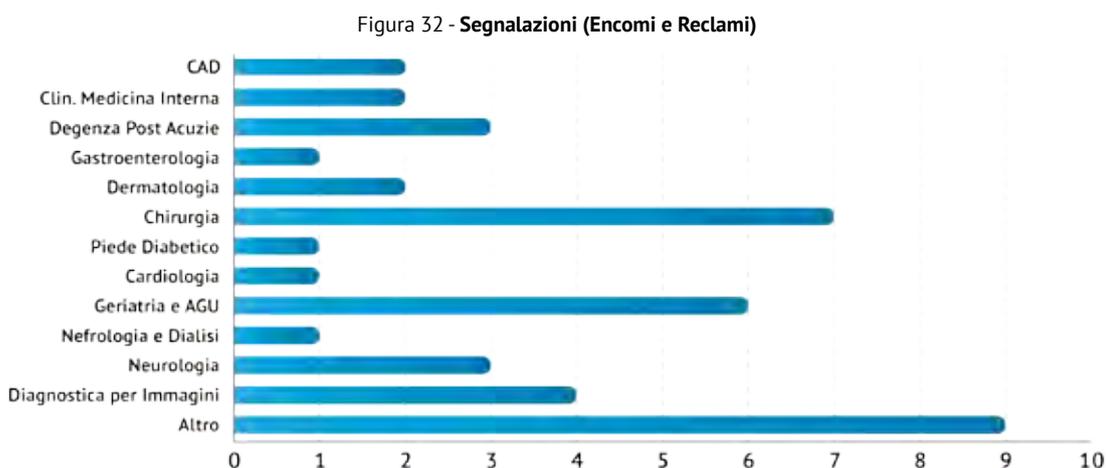


L'URP riceve gli elogi nei confronti degli operatori e dell'organizzazione della struttura, che vengono trasmessi agli interessati e alla Direzione Aziendale. Di seguito vengono mostrati i dati quantitativi relativi ai reclami/segnalazioni ed elogi pervenuti all'Ufficio relazioni con il pubblico nell'anno 2016. Per quanto riguarda il **POR di Ancona** sono pervenute **42 segnalazioni di cui 16 encomi e 26 reclami**; si registra quindi una sensibile diminuzione delle segnalazioni che nel 2015 erano state 108 (32 encomi e 76 reclami).

La modalità di ricevimento della segnalazione, come si vede dal grafico sottostante (fig.30), è principalmente tramite posta elettronica, cui segue la compilazione del modulo, reperibile sia sul sito internet dell'INRCA, che messo a disposizione nei punti in cui sono presenti le cassette predisposte per la loro raccolta. Seguono poi le segnalazioni effettuate con modalità verbale e telefonica che vengono registrate con verbale interno dell'URP. La tipologia di prestazione che interessa le segnalazioni riguarda in egual misura le prestazioni specialistiche e quelle ospedaliere. (Fig.31)

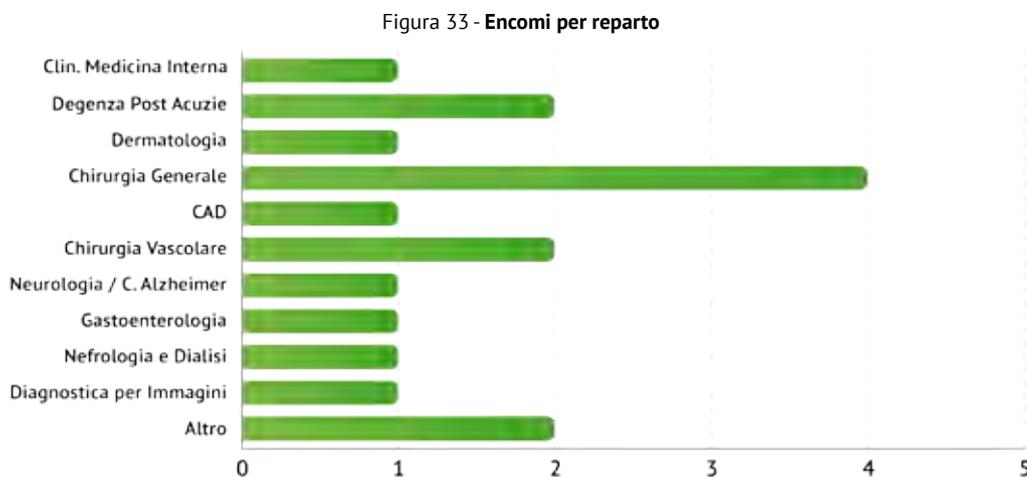


Nel grafico seguente (Fig.32) sono riportate le Unità Operative che sono state oggetto di segnalazione. Il maggior numero di reclami riguarda l'UOC Geriatria ed Accettazione Geriatrica d'Urgenza quindi comprensivo sia del reparto che del Punto di Primo Intervento, sia a causa dell'installazione dell'apposita cassetta, sia soprattutto a causa di una scarsa conoscenza da parte dell'utenza dei codici di urgenza attribuiti e dei relativi tempi di attesa. Il maggior numero di elogi riguarda invece l'UOC Chirurgia Generale e Patologia Chirurgica (6 elogi).



Fonte: ns. elaborazioni su dati forniti da URP

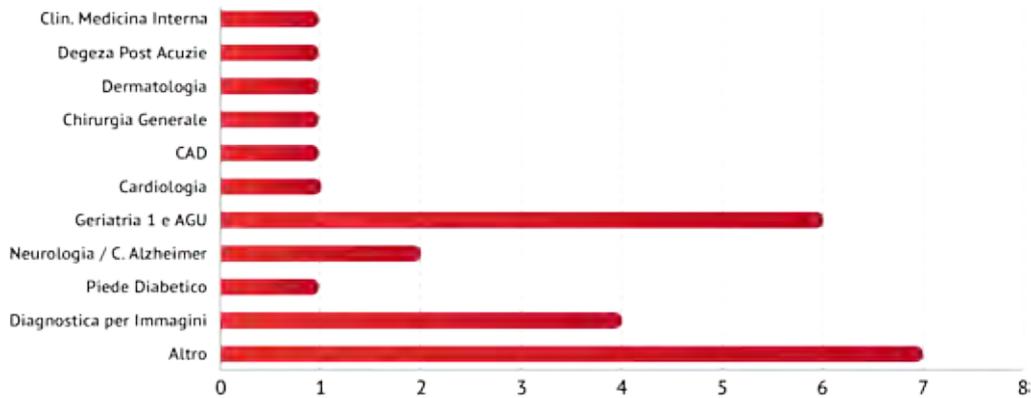
Nello specifico, la suddivisione dei reclami e degli elogi tra i vari reparti è la seguente.



Fonte: ns. elaborazioni su dati forniti da URP



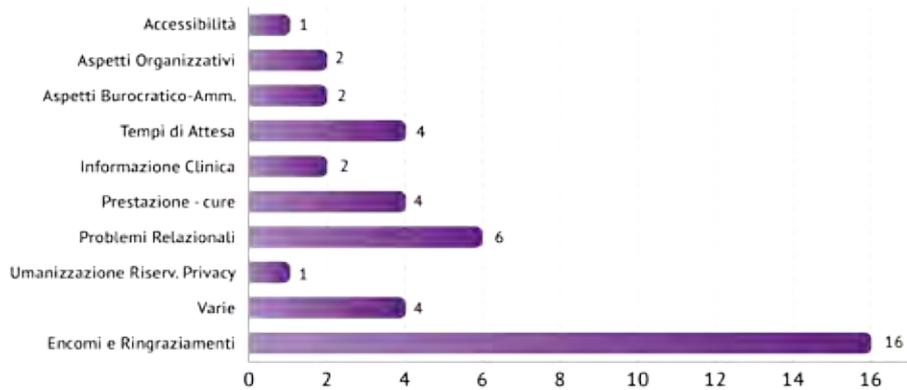
Figura 34 - Reclami per reparto



Fonte: ns. elaborazioni su dati forniti da URP

Per quanto riguarda la variabile “tipologia di problema” (vedi Fig.35) oggetto di reclamo, la categoria prevalente risulta essere essere “problemi relazionali”. Seguono poi le categorie “prestazioni - cure” e “tempi di attesa” che in particolare si riferisce all’attesa presso l’Accettazione Geriatrica d’Urgenza.

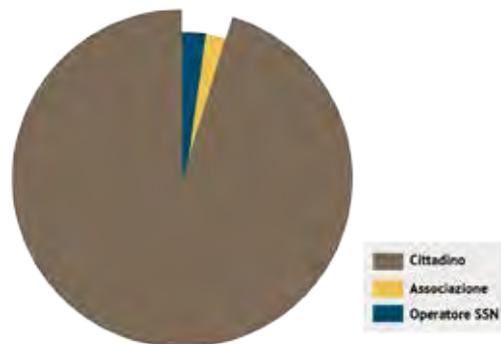
Figura 35 - Tipologia di problema



Fonte: ns. elaborazioni su dati forniti da URP

Andando a specificare meglio la tipologia di problema, il problema relazionale si riferisce a problemi di incomprensione con il personale sia sanitario che amministrativo. Nel 2016, sono pervenuti all’URP 6 reclami appartenenti a tale tipologia di cui 5 relativi al personale sanitario non medico (infermieri) ed 1 riguardante personale amministrativo (portineria). Per quanto riguarda la categoria di problema “Prestazioni-Cure”, nel 2016 sono pervenuti in tutto 4 reclami di cui 3 si riferiscono alla qualità e competenza tecnico professionale del personale medico ed 1 riguardante la mancanza di presidi medici adeguati alle cure. Infine, ad effettuare le segnalazioni, sono per la maggior parte i cittadini, come è possibile vedere dal grafico sotto riportato (Fig.36), e solo in minima parte sono effettuate da Associazioni (ACU Marche) e da operatori del Servizio Sanitario Nazionale.

Figura 36 - Chi effettua la segnalazione

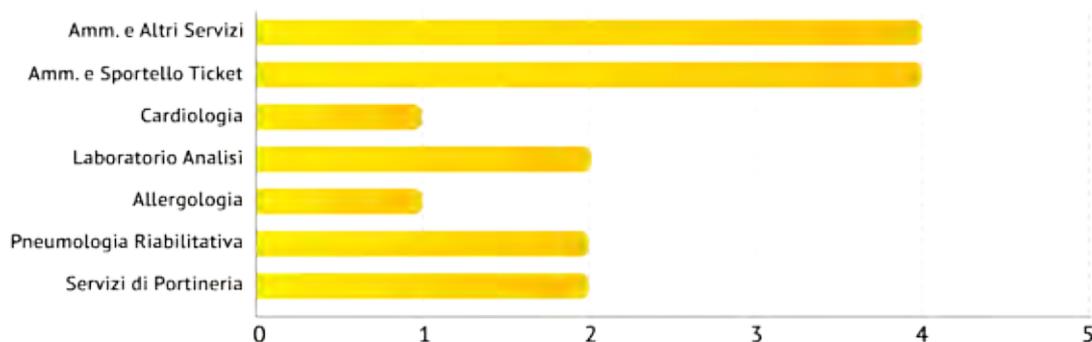


Fonte: ns. elaborazioni su dati forniti da URP



Nel corso del 2016 l'URP del POR di Casatenovo ha ricevuto 16 reclami e 1 encomio. Nelle tabelle sottostanti l'analisi per reparti e per tipo di segnalazione.

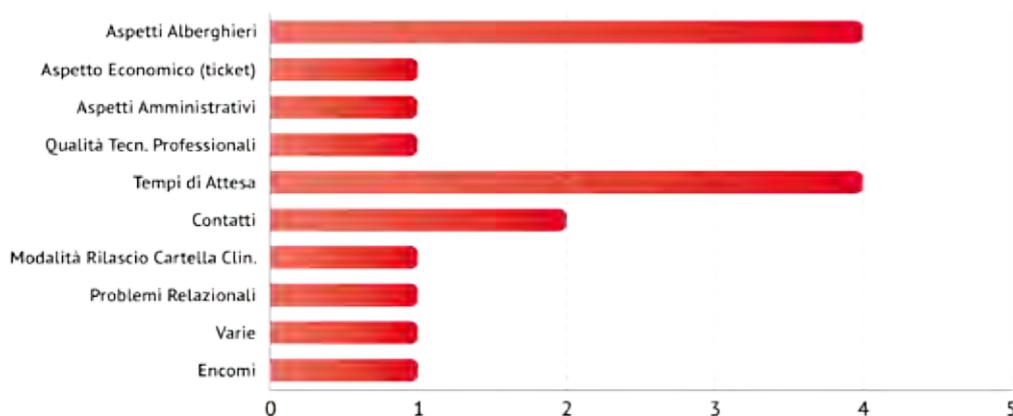
Figura 37 - Reclami per reparto



Fonte: ns. elaborazioni su dati forniti da URP

Il maggior numero di reclami è a carico dell'amministrazione e sportello e servizi di portineria: 10/16 riguardano i tempi di attesa per le visite, aspetti economici e alberghieri; le segnalazioni sui reparti sono 6/16 e riguardano aspetti di tipo relazionale, modalità di rilascio della documentazione e tempi attesa per i ricoveri.

Figura 38 - Tipologia di segnalazione



Fonte: ns. elaborazioni su dati forniti da URP

I reclami e/o le segnalazioni pervenuti all'URP sono analizzati e trattati nei tempi e con le modalità descritte nella Carta dei Servizi.

Soddisfazione dell'utente

L'Istituto per rafforzare il rapporto di fiducia con i cittadini e gli utenti mette in campo strategie di comunicazione utili a sviluppare relazioni con gli utenti.

Ascoltare gli utenti permette all'IRCCS-INRCA di verificare se le proprie prestazioni sono gradite, di raccogliere informazioni utili per migliorare la qualità dei propri servizi, di dare voce ai diversi gruppi di interesse acquisendo elementi indispensabili per la formazione delle decisioni e delle politiche.

Nel corso del 2016, la Direzione medica di Presidio, in collaborazione con l'Ufficio Comunicazione e URP ha promosso, la rilevazione della customer satisfaction ovvero la soddisfazione degli utenti, presso tutte le sedi dei Presidi Ospedalieri dell'INRCA.

L'analisi delle opinioni e del vissuto dei pazienti, dei loro suggerimenti e delle loro critiche serve a "ritarare" l'offerta dei servizi sanitari, a ragionare sull'allocazione delle risorse, ma soprattutto serve al sistema sanitario per riscoprire la sua mission, privilegiando gli strumenti che contribuiscono ad accrescere la partecipazione dei pazienti, considerati soggetti attivi nel loro percorso di prevenzione, controllo e cura della malattia. Sono stati somministrati due questionari uno per l'area di degenza e uno per l'area ambulatoriale che esploravano vari aspetti del ricovero o della prestazione ambulatoriale più un giudizio complessivo sull'esperienza in generale. Allo scopo occorre ricordare che per ogni item



del questionario era previsto un punteggio da 1 (punteggio peggiore) a 7 (punteggio migliore). Di seguito vengono illustrati i dati relativi al questionario di gradimento somministrato in forma volontaria.

Area Ricovero

- D02 Tempi d'attesa per ottenere il ricovero (tempo trascorso dalla prescrizione del ricovero all'ingresso in ospedale)
- D03 Accoglienza ed informazioni ricevute sull'organizzazione del reparto (orari visite mediche, orari prelievi e terapie, orari ricevimenti medici, identificazione dei responsabili cure)
- D04 Aspetti strutturali ed alberghieri (comfort della stanza, vitto, pulizia)
- D05 Assistenza del personale infermieristico (disponibilità, sollecitudine, tempestività, cortesia)
- D06 Assistenza del personale medico (disponibilità, cortesia)
- D07 Cure a Lei prestate
- D08 Informazioni sullo stato di salute e sulle cure prestate
- D09 Rispetto della riservatezza personale
- D10 Organizzazione dell'ospedale nel suo insieme
- D11 Indicazioni fornite dagli operatori sanitari su come comportarsi dopo la dimissione (riguardo a: uso di farmaci, presidi o protesi, alimentazione, attività fisica, abitudini quotidiane, eventuali visite di controllo)
- D12 Complessivamente quanto è soddisfatto della sua esperienza di ricovero?

Area Ambulatoriale

- D02 Servizio di prenotazione (orari di apertura, attesa al telefono/allo sportello, cortesia degli operatori, informazioni ricevute)
- D03 Tempo di attesa dalla prenotazione alla data della prestazione
- D04 Servizio di accettazione amministrativa e pagamento ticket (attesa allo sportello, cortesia degli operatori, informazioni ricevute)
- D05 Accessibilità, comfort e pulizia degli ambienti
- D06 Rispetto degli orari previsti
- D07 Attenzione ricevuta dal personale medico (accuratezza della visita, cortesia)
- D08 Chiarezza e completezza delle informazioni e delle spiegazioni ricevute
- D09 Attenzione ricevuta dal personale infermieristico e/o tecnico (accuratezza, cortesia, informazioni)
- D10 Rispetto della riservatezza personale
- D11 Complessivamente quanto è soddisfatto del nostro servizio?
- D12 Consiglierebbe ad altri questa struttura

L'analisi della Customer Satisfaction per gli anni 2016 e 2017 ha rivelato nel complesso un buon grado di soddisfazione degli utenti nei confronti dei servizi assistenziali ricevuti presso l'IRCCS-INRCA, con differenze tra le varie Aree e Sedi di rilevazione, correlabili alle caratteristiche insite nelle stesse ed illustrate.

La raccolta di questionari, sempre più rappresentativa, serve ad ottenere valori più accurati e significativi, in maniera integrata ed uniforme per tutte le Sedi dell'Istituto. In questo modo, la rilevazione potrà rappresentare un più valido strumento di misura della Satisfaction Score e guidare così lo sviluppo di azioni di miglioramento, finalizzate a rendere i servizi assistenziali ancora più performanti e soddisfacenti per i pazienti

Presso il POR INRCA di ANCONA, per l'area Degenze, sono stati raccolti ed analizzati complessivamente 214 questionari, 178 nel 2016 e 36 nel 2017; si precisa che il basso numero di questionari raccolti nell'anno corrente è da attribuire alla necessità di elaborare i dati nelle tempistiche stabilite all'interno della procedura aziendale, precedentemente menzionata. I questionari raccolti provenivano da:

- 54% Cardiologia
- 36% Chirurgia generale/Urologia
- 6,5% Degenza Post-Acuzie
- 1,5% Dermatologia/Piede Diabetico
- 1% Geriatria
- 0,5% Day Surgery
- 0,5% UTIC

In termini di soddisfazione complessiva, il reparto che ha ottenuto il miglior punteggio è risultato essere l'UTIC (100% di risposte "Molto soddisfatto"), seguito dalla Degenza Post-Acuzie (54,5% di risposte "Molto soddisfatto").

Il 93,9% di tutti gli utenti dichiara che consiglierebbe ad altri la struttura, contro il 6,1% che ha risposto negativamente. Il 25% dei pazienti trova che, rispetto a precedenti ricoveri presso la struttura, il servizio sia migliorato, il 33,5% ritiene che sia invariato e solo lo 0,5% ritiene che sia peggiorato; per 76 pazienti (41%) si è trattato del primo accesso.

Nella tabella 31. si riportano le risposte ottenute dai questionari, con calcolo del punteggio medio; si evidenzia come nessuno degli item abbia ottenuto un punteggio medio insufficiente (stabilito come Satisfaction Score medio <4), riportando comunque gli ambiti di maggior criticità.



Tabella 31 - Media dei Punteggi sul grado di soddisfazione nell'Area Degenze del POR di Ancona

Area degenze 2016-2017	D02	D03	D04	D05	D06	D07	D08	D09	D10	D11	D12
1 = Per niente soddisfatto	1	1	0	0	2	1	1	0	0	1	1
2 = Poco soddisfatto	2	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1
3 = Appena soddisfatto	6	3	5	0	1	2	3	1	4	1	1
4 = Così così	19	11	18	7	6	2	5	6	11	6	4
5 = Abbastanza soddisfatto	20	20	32	16	12	22	23	13	30	20	21
6 = Soddisfatto	46	58	66	42	42	51	57	59	70	48	72
7 = Molto soddisfatto	113	117	89	147	149	131	116	128	85	81	97
TOTALE	207	211	211	213	212	209	206	207	200	157	197
Punteggio Medio	6,12	6,27	6,01	6,53	6,53	6,45	6,32	6,48	6,11	6,26	6,28

Per l'Area Ambulatoriale del POR INRCA di Ancona sono stati raccolti complessivamente 359 questionari, 161 nel 2016 e 198 nel 2017. I questionari raccolti provenivano da:

- 45,2% Dermatologia
- 15,1% Riabilitazione
- 11,2% Laboratorio Analisi
- 9,5% Gastroenterologia
- 8,9% Centro Antidiabetico
- 4,5% Pneumologia
- 1,7% Urologia
- 0,6% Tumori Prostatici

In termini di soddisfazione complessiva, l'ambulatorio che ha ottenuto il punteggio migliore è risultato essere il Laboratorio Analisi (94,9% di risposte "Molto soddisfatto"); quello col punteggio più basso è stato invece l'ambulatorio Cardiologico (solo il 41,7% di risposte "Molto soddisfatto").

Il 93% degli utenti dichiara che consiglierebbe ad altri la struttura, contro il 7% che ha risposto negativamente; in particolare, il punteggio più alto è stato raggiunto dall'ambulatorio di Urologia e di Gastroenterologia, con rispettivamente il 100% ed il 96,9% di pazienti che dichiara di consigliare certamente ad altri la struttura, contro il 5,3% dei pazienti del Laboratorio Analisi, che hanno risposto negativamente all'item specifico D12.

Rispetto a precedenti esperienze presso l'INRCA (visite, esami specialistici), il 44,4% dei pazienti ha dichiarato di trovare il servizio migliorato, il 34,9% lo trova invariato, lo 0,7% lo trova peggiorato; per il 20% dei pazienti si è trattato del primo accesso; il punteggio più basso è stato ottenuto dal Centro Antidiabetico.

Nella tabella 32 si riportano le risposte ottenute dai questionari, con calcolo del punteggio medio; si evidenzia come nessuno degli item abbia ottenuto un punteggio medio insufficiente (stabilito come Satisfaction Score medio <4), riportando comunque gli ambiti di maggior criticità.

Tabella 32 - Media dei Punteggi sul grado di soddisfazione nell'Area Ambulatoriale del POR di Ancona

Area Ambulatoriale 2016-2017	D02	D03	D04	D05	D06	D07	D08	D09	D10	D11
1 = Per niente soddisfatto	2	14	4	2	3	3	1	1	1	1
2 = Poco soddisfatto	1	11	11	1	2	0	0	1	0	0
3 = Appena soddisfatto	5	9	4	7	12	0	2	1	4	2
4 = Così così	18	30	26	18	22	11	10	12	9	7
5 = Abbastanza soddisfatto	39	36	31	43	30	14	18	17	16	27
6 = Soddisfatto	87	68	85	90	73	60	68	64	56	81
7 = Molto soddisfatto	154	147	122	180	186	237	234	237	232	213
TOTALE	306	315	283	341	328	325	333	333	318	331
Punteggio Medio	6,16	5,71	5,87	6,19	6,16	6,57	6,56	6,55	6,57	6,49

Per l'Area Degenze del POR INRCA di Fermo, per l'anno 2017 sono stati raccolti complessivamente 28 questionari: 10 presso la Degenza Riabilitazione, 10 presso la Geriatria e 10 presso la Degenza Post-Acuzie.

In termini di soddisfazione complessiva, il 52,1% dei pazienti si è dichiarato "Molto Soddisfatto" del servizio; il punteggio migliore è stato ottenuto dal reparto di Geriatria (70% di pazienti soddisfatti), il più basso dalla Degenza Riabilitazione (30% di pazienti soddisfatti).

Rispetto a precedenti esperienze (visite, esami specialistici), il 33,3% dei pazienti ha dichiarato di trovare



il servizio migliorato, il 4,8% lo trova invariato, un altro 4,8% lo trova peggiorato; per il 57,1% dei pazienti si è trattato del primo accesso.

Tabella 33 - Media dei Punteggi sul grado di soddisfazione nell'Area Degenze del POR di Fermo

Area degenze 2016-2017	D02	D03	D04	D05	D06	D07	D08	D09	D10	D11	D12
1 = Per niente soddisfatto	0	2	1	2	2	0	2	0	1	0	1
2 = Poco soddisfatto	2	0	1	0	1	1	0	2	0	1	1
3 = Appena soddisfatto	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
4 = Così così	2	3	4	4	1	1	2	1	0	0	0
5 = Abbastanza soddisfatto	1	1	1	4	2	1	2	1	5	2	5
6 = Soddisfatto	4	5	6	6	4	6	4	4	4	4	3
7 = Molto soddisfatto	17	15	13	12	16	16	15	17	12	12	12
TOTALE	27	26	26	28	26	25	26	25	22	19	23
Punteggio Medio	6,0	5,9	5,8	5,6	5,9	6,6	5,8	6,2	6,1	6,4	5,8

Per l'Area Ambulatoriale del POR di Fermo sono stati raccolti complessivamente 181 questionari, 25 relativi al 2017 e 156 relativi al 2016. In particolare i questionari provenivano:

- 5 dall'ambulatorio di Cardiologia
- 12 dall'ambulatorio di Reumatologia
- 173 dalla Palestra

In termini di soddisfazione complessiva, tutti gli ambulatori hanno raggiunto un punteggio eccellente (solo lo 0,6% dei rispondenti al questionario si è dichiarato insoddisfatto dei servizi, in particolare relativamente alla Palestra); il 98,8 % dei pazienti afferma che certamente consiglierebbe ad altri la struttura. Il 38% degli utenti ritiene che il servizio sia migliorato rispetto a precedenti esperienze, il 29% lo ritiene invariato e solo lo 0,6 ritiene che sia peggiorato; per il 27% dei pazienti si è trattato del primo accesso.

Nella tabella 34 si riportano le risposte ottenute dai questionari, con calcolo del punteggio medio; si evidenzia come nessuno degli item abbia ottenuto un punteggio medio insufficiente (stabilito come Satisfaction Score medio <4), riportando comunque gli ambiti di maggior criticità.

Tabella 34 - Media dei Punteggi sul grado di soddisfazione nell'Area Ambulatoriale del POR di Fermo

Area Ambulatoriale 2016-2017	D02	D03	D04	D05	D06	D07	D08	D09	D10	D11
1 = Per niente soddisfatto	1	4	1	2	0	0	0	0	0	0
2 = Poco soddisfatto	1	3	1	0	1	0	0	0	0	0
3 = Appena soddisfatto	2	5	1	0	0	1	0	0	0	0
4 = Così così	1	11	4	4	2	1	4	1	1	1
5 = Abbastanza soddisfatto	17	26	19	9	7	4	6	7	6	6
6 = Soddisfatto	27	24	29	21	19	19	22	17	19	19
7 = Molto soddisfatto	119	96	98	137	132	114	121	138	140	140
TOTALE	168	169	153	173	161	139	153	163	166	166
Punteggio Medio	6,51	6,01	6,39	6,64	6,73	6,79	6,91	6,79	6,80	6,81

Per quanto riguarda il POR di Cosenza, per l'Area Degenze sono stati raccolti complessivamente 22 questionari. Il grado di soddisfazione complessiva dei servizi si è rivelato buono (nessun punteggio inferiore a 4). Inoltre, il 27,3% dei pazienti ritiene che il servizio sia migliorato rispetto a precedenti esperienze, il 36,3% lo ritiene invariato, mentre il 4,5% lo ritiene peggiorato; per il 31,5% si è trattato del primo accesso. Tutti i rispondenti al questionario dichiarano che consiglierebbero ad altri l'Ospedale. Si segnala il riscontro di un basso Satisfaction Score medio per l'Item relativo agli Aspetti strutturali (D04).

Per l'Area Ambulatoriale del POR di Cosenza, sono stati raccolti 29 questionari, tutti provenienti dall'ambulatorio Cardiologico. Il 93,1% dei pazienti dichiara di essere complessivamente molto soddisfatto della struttura ed il 100% lo consiglierebbe ad altri. Il 27% dichiara che il servizio sia migliorato rispetto a precedenti esperienze, il 38% lo trova invariato ed il 4% lo trova peggiorato. Per 8 pazienti si è trattato del primo accesso.

Si evidenzia come nessuno degli item abbia ottenuto un punteggio medio insufficiente (stabilito come Satisfaction Score medio <4), riportando comunque gli ambiti di maggior criticità.

Figura 39 - Media dei Punteggi sul grado di soddisfazione nell'Area Degenza del POR di Cosenza

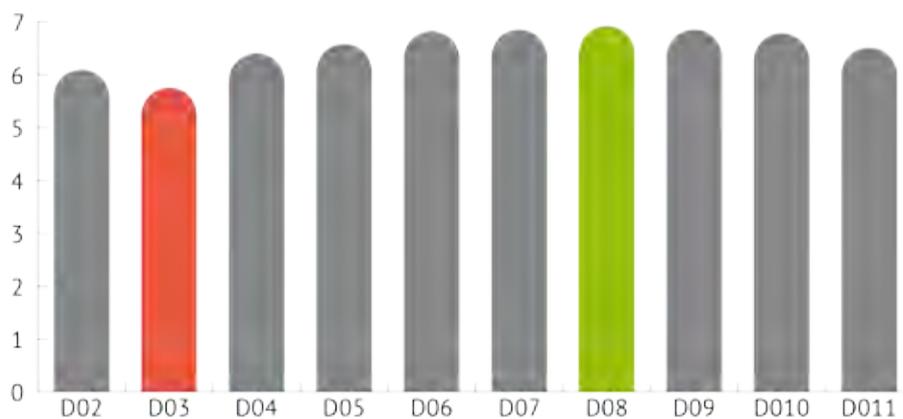
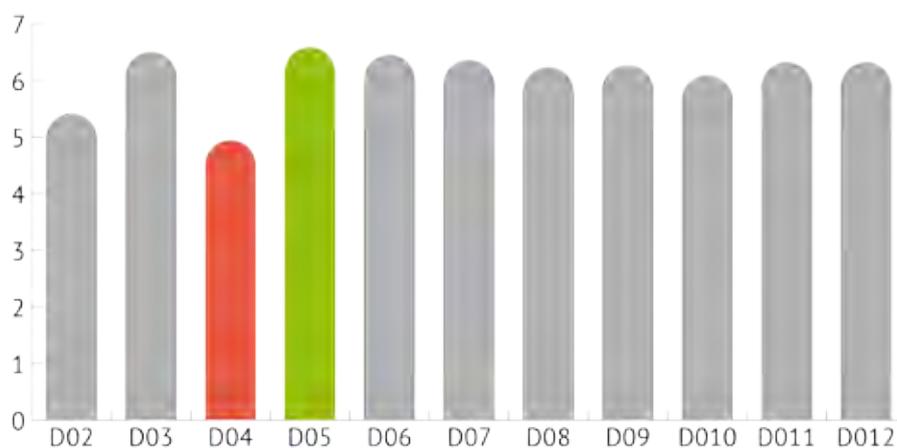


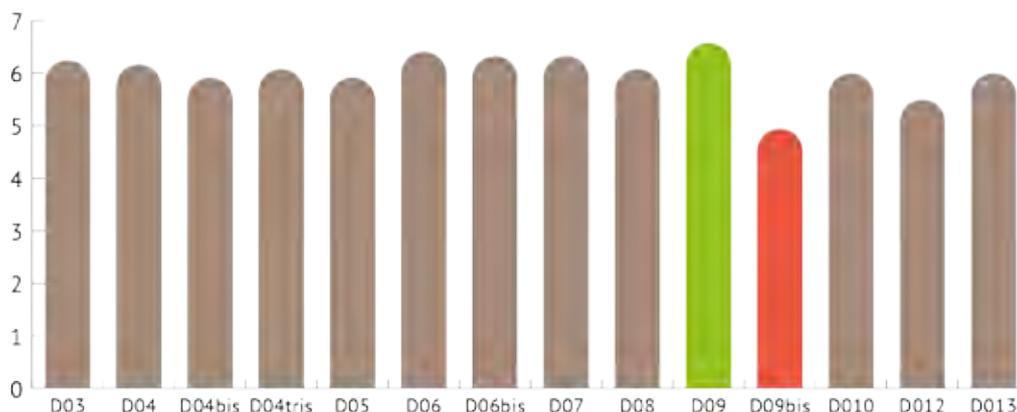
Figura 40 - Media dei Punteggi sul grado di soddisfazione nell'Area Ambulatoriale del POR di Cosenza



Infine, per quanto riguarda l'Area Residenziale INRCA, presso la Residenza Dorica sono stati raccolti 12 questionari relativi al 2017. La Soddisfazione Complessiva ha raggiunto un punteggio medio sufficiente. L'83,4% dei pazienti ha dichiarato di essere soddisfatto della propria esperienza di ricovero e consiglierebbe ad altri la struttura.

L'item che ha raggiunto il punteggio medio più basso è quello relativo al miglioramento dell'autosufficienza; un ottimo punteggio è stato invece raggiunto dall'item relativo al rispetto della riservatezza personale, seguito dalla disponibilità del personale medico.

Figura 41 - Media dei Punteggi sul grado di soddisfazione nell'Area Residenziale INRCA - Residenza Dorica



Area Residenza Dorica

- D03** Accoglienza e informazioni ricevute sull'organizzazione della struttura (orari visite mediche, orari prelievi e terapie, orari visite parenti, orari ricevimento medici, identificazione dei responsabili di cure).
- D04** Aspetti strutturali e alberghieri (comfort della stanza, vitto, pulizia).



- D04bis Come giudica l'adeguatezza dell'orario della sveglia e del sonno?
- D04tris Come valuta la disponibilità di spazi all'interno della struttura per incontrare parenti ed amici?
- D05 Assistenza del personale infermieristico (disponibilità, sollecitudine/tempestività, cortesia).
- D06 Assistenza del personale medico (disponibilità, cortesia)
- D06bis Come valuta il livello dell'igiene personale?
- D07 Cure a lei prestate
- D08 Informazioni ricevute sul suo stato di salute e sulle cure prestate.
- D09 Rispetto della riservatezza personale.
- D09bis In quale misura le cure ricevute hanno migliorato la sua autosufficienza? (camminare, vestirsi, mangiare, fare il bagno, usare la toilette)
- D10 Organizzazione della struttura nel suo insieme.
- D12 Complessivamente quanto è soddisfatto della sua esperienza?

Il punteggio medio nell'area degenza per il POR di Casatenovo è di 6,45. L'item che ha totalizzato il punteggio più alto (6,74) è D06 (Assistenza del personale medico), mentre quello che ha realizzato il punteggio più basso (5,75) è D04 (Aspetti strutturali ed alberghieri).

Tabella 35 - Media dei Punteggi sul grado di soddisfazione nell'Area Degenza del POR di Casatenovo - Anno 2016

Area Degenze 2016	D02	D03	D04	D05	D06	D07	D08	D09	D10	D11	D12
TOTALE	522	522	255	255	255	255	255	255	255	255	255
Punteggio Medio	6,09	6,40	5,75	6,67	6,74	6,65	6,56	6,73	6,15	6,49	6,48

Per quanto concerne l'area ambulatoriale, il punteggio medio di gradimento è 6,24. Il punteggio più alto (6,39) spetta all'item D12, il più basso all'item D03 (Tempi d'attesa).

Tabella 36 - Media dei Punteggi sul grado di soddisfazione nell'Area Ambulatoriale del POR di Casatenovo - Anno 2016

Area Ambulatoriale 2016	D02	D03	D04	D05	D06	D07	D08	D09	D10	D11	D12
TOTALE	641	641	641	641	641	641	641	641	641	641	641
Punteggio Medio	6,14	5,88	6,24	6,19	6,22	6,38	6,17	6,36	6,35	6,29	6,39

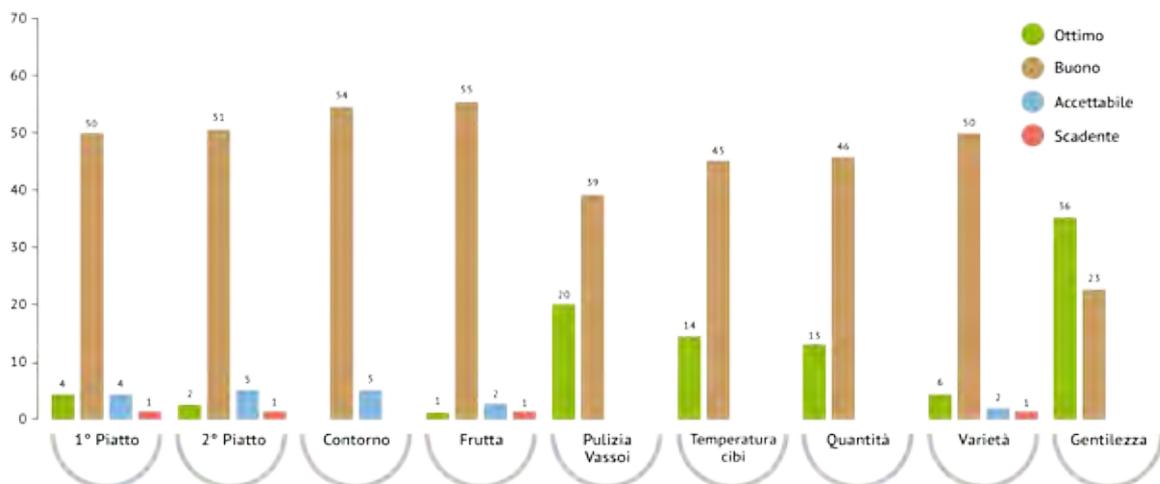
Gradimento Vitto

È stato somministrato presso i POR delle Marche un questionario di gradimento del vitto. L'attenzione è stata rivolta ai seguenti indicatori:

- quantità, gradibilità, pulizia dei vassoi, temperatura dei cibi, varietà del menù, gentilezza e cortesia del personale addetto alla distribuzione

Il questionario è stato sottoposto ai degenti che da almeno 5 giorni risultavano essere ricoverati. Il numero dei questionari raccolti è 59 di cui 28 maschi e 31 femmine. L'età media dei degenti coinvolti nell'indagine è 81,5 anni e i giorni medi di degenza 15,4. Di seguito sono riportati i risultati dell'indagine

Figura 42 - Gradimento vitto





Il Portale Internet

Il portale istituzionale, pensato come punto d'incontro privilegiato tra Istituto e utenti, rappresenta uno dei principali canali di comunicazione e di informazione sull'attività dell'INRCA e consente di accedere in modo veloce ed intuitivo alle informazioni offerte. L'obiettivo è quello di consolidare la qualità dei servizi offerti ai cittadini attraverso un'informazione on-line precisa e trasparente delle attività assistenziali, di ricerca e formazione, nonché della struttura organizzativa dell'Ente.

L'informazione del sito è basata su quattro principi: velocità, completezza, trasparenza e usabilità.

Veloce, perché con pochi click e attraverso differenti percorsi di navigazione è possibile accedere a qualsiasi informazione presente nel sito.

Completa, perché vengono valorizzate non solo le attività dei nostri presidi ospedalieri, ma anche la produzione della ricerca scientifica e l'offerta di alta formazione dell'Ente.

Trasparente, perché conforme a tutta la normativa vigente in materia di siti di Pubbliche Amministrazioni e facilmente consultabile.

Usabile, perché una profonda analisi sui bisogni degli utenti ci ha portato a sviluppare un'interfaccia grafica e percorsi di navigazione migliori per facilitare l'accesso ai contenuti.

Il sito offre maggiori opportunità per il cittadino di divenire interlocutore privilegiato per l'Istituto, potendo accedere direttamente a informazioni relative ai servizi facilitando l'invio di commenti e suggerimenti. Anche altri tipi di utenti beneficiano del sito:

- la comunità scientifica, nazionale ed internazionale, con cui i ricercatori dell'INRCA interagiscono e lavorano costantemente giorno dopo giorno;
- gli enti coinvolti nel sistema di alta formazione scientifica e professionale, i quali potranno costruire più facilmente sinergie con l'INRCA, nonché il pubblico interessato alla nostra offerta formativa.

La figura che segue mostra, a conferma di quanto detto sopra, il numero dei visitatori del Portale Internet nell'anno 2016 dai diversi Paesi del mondo. Dopo l'Italia che conta 502.273 visitatori (+27% rispetto all'anno precedente), Cina, Germania e Stati Uniti mostrano un sempre crescente numero di visitatori. In generale, il 63% dei visitatori del Portale può essere considerato un fruitore occasionale mentre il 37%, quindi più di un terzo di coloro che navigano il sito, effettua accessi ripetuti.

2016



Fonte dati: ns elaborazione su dati forniti da Area sistemi informativi



Social Media

Nel 2016 è andato avanti il coinvolgimento dei più comuni social media nelle attività di comunicazione del nostro Istituto, poiché risulta importante puntare su una comunicazione sempre più orientata al cittadino attraverso tali nuovi canali di comunicazione. Di seguito si riportano i dati relativi ai social media.

	Like totali	1153
	Like nell'anno	308 (+27% rispetto al 2015)
	Visualizzazioni e interazioni uniche totali nel 2016	4284
	Utenti raggiunti in totale nel 2016, tra post e visite alla pagina	182489
	Follower tra giornalisti, opinion leader, associazioni e organizzazioni	212 (+33%)
	Tweet totali	842
	Mi piace	240
	Follower tra ricercatori e professionisti vari	287 (+32%)
	Settori lavorativi dei follower:	49% sanità
		22% ricerca
		12% formazione
		9% business development
	8% informatica	
	Video caricati nell'anno	62
	Visualizzazioni totali dei video	13020

Servizi Radio-TV Nazionali



RAI 3 "Elisir" - 07/01/2016
"Anziani: monitoraggio a distanza"



RAI 3 "Elisir" - 7/4/2016
"Coltivare la salute in campagna": il progetto Longevità attiva in ambito rurale"



RAI 1 "Uno Mattina" - 19/01/2016
"Ecco Sprint-t: il progetto per la longevità attiva"



Rai 1 "Tempo e Denaro" - 15/11/2016
"Sanità: il business dell'incontinenza"



La7 "Coffee Break" - 13/02/2016
"Progetto Robot-Era"



Radio Rai 1 GR - 8/12/2016
"La sfida del federalismo solidale"



Servizi Radio-TV Locali



TGR Marche - 29/01/2016
"La campagna aiuta ad invecchiare bene"

Il Settimanale delle Marche - 05/03/2016
"La longevità degli abitanti marchigiani"

TGR Marche - 22/04/2016
"INRCA, il Ministero della Salute conferma il carattere scientifico"

TGR Marche - 26/05/2016
"Studio My Mind per prevenire Alzheimer"

TGR Marche - 22/07/2016
"Tumori alla prostata: all'INRCA c'è HIFU"

TGR Marche - 21/10/2016
"La pet-therapy entra all'INRCA"

Buongiorno Regione Marche - 16/11/2016
"Generazione argento: i consigli per vivere bene e a lungo"

TGR Marche - 26/10/2016
"Ricerca e prestazioni. Inrca, positivo il bilancio sociale"

TGR Marche - 12/12/2016
"Giornata della trasparenza all'INRCA"



26/05/2016 - "Dall'INRCA il progetto My Mind per conservare memoria senza uso di farmaci"

22/07/2016 - "All'INRCA c'è HIFU, la sonda che brucia il tumore alla prostata"



25/07/2016 - "All'INRCA la sonda a ultrasuoni che brucia il tumore alla prostata"



21/04/2016 - "Osteoporosi, parliamone"

15/05/2016 - "Anziani maltrattati: intervista a Fabrizia Lattanzio e Gabriella Melchiorre"



25/01/2016 - "Nelle Marche agricoltura e longevità attiva lavorano insieme"



01/04/2016 - "Doppia inaugurazione nel fermano"

Quotidiani Nazionali



16/02/2016 - "Agricoltura sociale: un'opzione al servizio della longevità attiva"

31/05/2016 - "Anziani, studio My Mind: utile il training cognitivo"

27/09/2016 - "Pet-therapy alleata contro il Parkinson"



27/09/2016 - "Pet-therapy alleata contro il Parkinson"

03/06/2016 - "Anziani, l'utilità del training cognitivo contro la demenza"

22/07/2016 - "Tumore alla prostata: l'INRCA di Ancona scommette sugli ultrasuoni ad alta precisione"

07/11/2016 - "Bilancio sociale INRCA: aumentano day surgery e citazioni"



14/09/2016 - "I cani infermieri"

27/07/2016 - "Conoscere la prostata con un'app"



14/09/2016 - "I cani infermieri"



29/11/2016 - "Anziani in cattedra danno lezioni d'impresa"



26/09/2016 - "Parkinson: ad Ancona si sperimenta la pet-therapy"



13/12/2016 - "Città a portata di anziano, ricerca scientifica e medicina traslazionale all'INRCA"



5/02/2016 - "Per invecchiare in salute l'ideale è il lavoro rurale"



24/05/2016 - "Anziani non autosufficienti: in Italia sono 2,5 milioni"

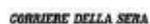
22/08/2016 - "Meditazione aiuta cervello a restare giovane"



29/01/2016 - "Salute: studio INRCA Ancona, agricoltura sociale per invecchiare bene"



29/06/2016 - "Anziani: indagine, dai presidi al sostegno, ecco cosa manca a incontinenti"



8/06/2016 - "Con l'agricoltura sociale il ritorno alla natura è una terapia efficace"

6/03/2016 - "Caregiver riconosciuti solo in una Regione su 20"

25/05/2016 - "Alzheimer, allenare la mente aiuta a prevenire la malattia"

15/05/2016 - "Incontinenza, conseguenze: uno stress che pesa molto sui familiari"

10/10/2016 - "I dubbi su ADI e SAD in pratica"

09/10/2016 - "Assistenza domiciliare: domande e risposte"



25/05/2016 - "Parole crociate e sudoku: quel mix di esercizi che potrebbe rallentare l'Alzheimer"



Salute e Benessere

27/07/2016 - "Conoscere la prostata con un'app"

14/09/2016 - "I cani infermieri"



14/05/2016 - "Tumori prostata: INRCA attiva percorso multispecialistico su diagnosi e terapie"

28/06/2016 - "Incontinenza. Il SSN offre troppo poco a chi ne soffre. Lo rileva l'indagine Inrca tra gli anziani"

28/06/2016 - "Pet therapy per combattere il Parkinson: risultati positivi per il percorso pilota all'INRCA di Ancona"



29/01/2016 - "Salute, studio INRCA Ancona: agricoltura sociale per invecchiare meglio"

26/07/2016 - "Oscar Green a INRCA per progetto Longevità in ambito rurale"



6/10/2016 - "Luna e Pulce, uno sguardo e tante feste per gli anziani in riabilitazione"



02/05/2016 - "I piaceri della terza età: l'INRCA aiuta a scoprirli e apprezzarli. Intervista a Fabrizia Lattanzio"



25/01/2016 - "Invecchiamento del sistema nervoso: Inrca e Ainv insieme per nuove strategie di cura. Convegno ad Ancona"

16/01/2016 - "Terme: tra turismo e prevenzione. A Montappone la sanità marchigiana fa rete"

16/01/2016 - "Inaugurata a Fermo l'unità postacuzie dell'INRCA"

16/01/2016 - "La longevità del futuro? Un mix di tradizioni rurali e ricerca scientifica"

22/04/2016 - "Il Ministero della Salute conferma la vocazione scientifica dell'INRCA"

22/04/2016 - "Marche: piano regionale liste d'attesa, anche l'INRCA in prima linea"

22/04/2016 - "Alzheimer: dall'Inrca il mix di esercizi che allena la mente e previene la patologia"



Agenzie di Stampa



26/05/2016 - "INRCA, ecco mix di esercizi che allena mente"



22/07/2016 - "Una sonda 'brucia' il tumore alla prostata"

06/10/2016 - "INRCA, pet-therapy contro il Parkinson"

07/12/2016 - "La priorità massima per i caregiver? Prendersi cura di sé"



29/01/2016 - "Agricoltura sociale per invecchiare bene"

22/04/2016 - "Confermata vocazione scientifica Inrca"

17/05/2016 - "INRCA, 2.500 posti in più al Cup"

22/07/2016 - "INRCA, una sonda brucia il tumore alla prostata"

14/10/2016 - "INRCA, la riabilitazione compie 50 anni"



26/07/2016 - "Oscar Green all'Inrca per il progetto Longevità in ambito rurale"

6/10/2016 - "Pet therapy per combattere il Parkinson: al via percorso pilota"



26/07/2016 - "Salute: ad Ancona Pet-Therapy per combattere il Parkinson"



6/10/2016 - "All'Inrca percorso pilota per combattere il Parkinson con la pet-therapy"

21/10/2016 - "Videosorveglianza nelle strutture: criminalizzata e inefficace"

25/11/2016 - "Anziani in cattedra per dare lezione di impresa ai Neet"



25/05/2016 - "Alzheimer, ginnastica cervello per prevenirlo"



25/01/2016 - "Agricoltura sociale per invecchiare bene"



1/08/2016 - "Coldiretti premia il progetto dell'Inrca per la longevità in ambito rurale"



01/04/2016 - "Marche: Ceriscioli inaugura unità degenza post-acuzie INRCA Fermo"

22/07/2016 - "Cancro alla prostata, ad Ancona l'innovativa sonda a ultrasuoni"

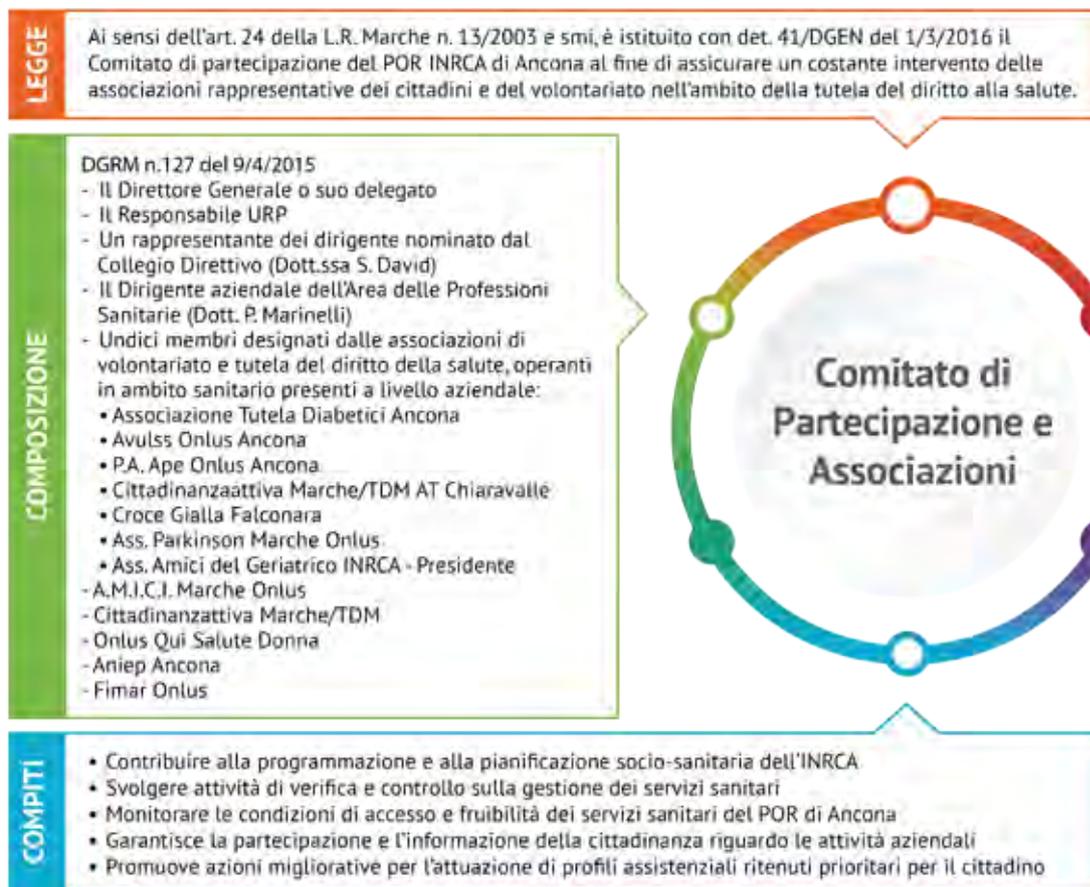


13/06/2016 - "Una vecchiaia sana? Si prepara per tutta la vita"

06/10/2016 - "Il parkinson? Si combatte anche con l'amore di due cagnoline"



Comitato di Partecipazione e Associazioni



Principali Attività del Comitato svolte nel 2016

Nel 2016 il Comitato ha iniziato a svolgere la sua funzione con un impegno costante e continuativo tramite incontri mensili.

Fin dai primi incontri le Associazioni facenti parte di tale organismo, hanno operato per entrare nel vivo delle attività e conoscere lo stato dell'arte dell'Istituto ed in particolare dell'Inrca di Ancona.

Tra gli argomenti salienti:

- Analisi della situazione relativa alle dimissioni protette, con la predisposizione di una bozza di progetto condivisa con i comitati degli Ospedali Riuniti di Torrette ed Area Vasta 2
- Miglioramento dell'accessibilità del presidio ospedaliero e abbattimento delle residue barriere architettoniche, attraverso la somministrazione di un questionario ed una simulazione condotta dalla Presidente Aniep insieme alla Direzione Medica di Presidio ed all'URP;
- Monitoraggio del progetto relativo al Nuovo Ospedale Inrca-osimo e recupero tramite una proposta di riqualificazione del presidio ospedaliero della Montagnola con servizi ambulatoriali ed altre prestazioni riabilitative;
- Creazione di una rete dei comitati di partecipazione regionale, per un dialogo costruttivo su temi comuni riferiti all'anziano ed al percorso post-ricovero, di concerto con gli organi politici di indirizzo del comune e delle istituzioni sanitarie regionali;
- Progetto Agenas: valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero tramite indicatori interni ai presidi ospedalieri ed alle residenze sanitarie;
- Carte dei servizi: progetto di creazione di una Carta dei Servizi con format condiviso a livello regionale.
- Il Comitato di partecipazione Inrca, ha così gettato le basi per un serie di obiettivi che nell'anno 2017 troveranno la loro concreta realizzazione.

Regolamento di funzionamento del Comitato

Il Presidente convoca il Comitato con cadenza almeno bimestrale ed ogni qual volta lo ritenga necessario o ne facciano richiesta almeno un terzo dei membri. Le convocazioni, pubblicate anche su



sito istituzionale INRCA, vengono spedite via mail dal Segretario individuato all'interno dell'UOSD URP/ Comunicazione. L'ordine del giorno è fissato dal Presidente e comprende eventualmente anche punti proposti dai singoli membri. Ogni membro del Comitato ha diritto ad un voto e ad indicare un suo delegato che lo sostituisca in caso di assenza. Le decisioni vengono prese a maggioranza dei votanti. Soggetti esterni al Comitato possono prendere parte alle riunioni solo su invito e comunque senza avere diritto di voto. I membri delle associazioni cessano il loro ruolo di rappresentanti nel Comitato in caso di dimissioni personali, o di recesso dell'Associazione di appartenenza dall'Assemblea delle Associazioni per rinuncia, cessazione dell'attività o decadenza dei requisiti che le hanno dato accesso all'Assemblea stessa.

Per quanto riguarda la composizione, come da regolamento regionale 15 settembre 2014, DGR 1016/2014, si è provveduto a convocare le associazioni iscritte nell'elenco delle associazioni operanti a livello regionale impegnate nella tutela del diritto alla salute e che gravitano attorno l'INRCA di Ancona al fine di costituire l'Assemblea. Essa ha poi eletto al suo interno gli 11 rappresentanti del Comitato. Al fine di garantire un'alta rappresentatività delle associazioni maggiormente attive sul territorio ed all'interno dell'Istituto, i membri del Comitato hanno stabilito di comune accordo durante una seduta comune, di riservare l'ammissione alle sole associazioni della Provincia di Ancona orientate prevalentemente a sostegno del paziente in età geriatrica. Tale scelta è giustificata dal bisogno di un monitoraggio ed un intervento costante aderente alle reali esigenze del territorio, ottenibile solo con la partecipazione delle associazioni residenti nella provincia in cui risiede il Presidio Ospedaliero.

Associazioni di volontariato

Le Associazioni di volontariato e di tutela dei cittadini hanno lo scopo di garantire i diritti di equità delle cure, di rispetto della persona, di partecipazione alle decisioni che riguardano la propria salute. L'attività è orientata non soltanto alla denuncia, ma anche alla collaborazione con le Direzioni Mediche per il perseguimento di questi obiettivi. Le attività, svolte da volontari, attengono principalmente al supporto, all'ascolto partecipativo, all'assistenza durante i pasti ed al conforto. I volontari sono una "presenza amica" accanto ai malati, agli anziani, ai familiari, ai caregiver. Le Associazioni variano a seconda del Presidio INRCA di riferimento.

Presidio Ancona

Associazione Cuore Vivo, l'Associazione Parkinson Marche, l'ANED, Associazione Diabetici, Tribunale della Salute, AVULSS, Fimar.

Presidio Fermo

Tribunale per i Diritti del Malato, AVULSS.

Presidio Casatenovo

È presente presso l'Ospedale, l'Associazione di volontariato "Farsi Prossimo". I volontari sono regolarmente presenti da lunedì a sabato e svolgono attività di supporto ai pazienti bisognosi durante l'orario del pranzo.



I collaboratori

Promozione del benessere dei lavoratori

Indagine di clima Organizzativo



Lo studio del clima organizzativo risponde all'esigenza di valutare l'impatto delle azioni organizzative sui processi di lavoro quotidiani ed è un modo per misurare lo stato di salute di un'organizzazione.

Un importante fattore che influenza la performance aziendale, infatti, è rappresentato dalle risorse umane operanti nell'organizzazione che, tradizionalmente, rappresentano una delle principali categorie di stakeholders che si relazionano con l'azienda. La soddisfazione del personale è un elemento fondamentale per le aziende perché avere dipendenti e collaboratori soddisfatti, motivati e coinvolti influenza la produttività ed il senso di appartenenza, andando ad incidere indirettamente sulla soddisfazione del cliente finale. Viceversa l'insoddisfazione lavorativa può portare a problemi di equilibrio psico-fisico, ad un maggior assenteismo e turnover e, complessivamente, ad una riduzione del livello di performance organizzativa. I risultati dell'indagine possono essere utili al management per costruire nuove strategie volte a creare un clima positivo, col fine ultimo di migliorare la performance complessiva dell'organizzazione. Oltre a questi aspetti

va considerato anche l'effetto positivo verso la promozione della salute e la sicurezza dei lavoratori. L'indagine di clima organizzativo organizzata dall'INRCA, nel periodo marzo-aprile 2016, ha coinvolto 905 dipendenti che hanno avuto la possibilità di partecipare a tale iniziativa compilando un apposito questionario on-line gestito dalla Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, che ha consentito la raccolta dei dati utilizzando internet. La comunicazione relativa all'iniziativa è stata curata da referenti aziendali tramite l'invio di e-mail, l'affissione di locandine e la diffusione di comunicazioni sulla intranet aziendale. La partecipazione all'indagine è stata volontaria, il personale ha fornito, in forma anonima, il consenso informato al trattamento dei dati. Al termine dell'indagine sono state salvate esclusivamente le informazioni relative al profilo dei rispondenti, escludendo quelle riconducibili all'identità personale, garantendo in tal modo l'anonimato dei partecipanti (nel rispetto delle disposizioni di cui al D.Lgs. n. 196/2003). Sulla base del ruolo rivestito dagli operatori sono stati predisposti due tipi di questionario: il primo rivolto ai dipendenti il secondo rivolto ai responsabili di struttura semplice/complessa, al fine di distinguere le variabili e le sfumature del clima organizzativo.

Il questionario è stato strutturato nelle seguenti dimensioni:

Dimensioni in studio	Caratteristiche
Contesto: il mio lavoro	rilevare la percezione del personale rispetto al proprio lavoro, all'adeguatezza delle proprie competenze e delle risorse fornite dall'organizzazione rispetto alle mansioni richieste e al livello di realizzazione personale
Condizioni Lavorative	rilevare la percezione del personale rispetto alla sicurezza, all'adeguatezza delle strutture e della dotazione di materiale, all'adeguatezza della formazione rispetto alla sicurezza e all'esperienza di fenomeni di mobbing
Interdipendenza	rilevare la percezione del personale rispetto alle interdipendenze organizzative e al livello di collaborazione intra-organizzativa
Management	rilevare la percezione del personale rispetto alla valutazione del management relativamente alle competenze ritenute necessarie per governare le organizzazioni, alla valutazione della capacità del management di convocare periodicamente momenti di coordinamento, di responsabilizzare sulla qualità dei risultati conseguiti, di consultare il personale rispetto a decisioni che riguardano la struttura, di prendere in considerazione le proposte di miglioramento e di gestire efficacemente il conflitto.
Comunicazione e Informazione	rilevare la percezione del personale rispetto all'efficacia dei processi di comunicazione all'interno dell'organizzazione
Formazione	rilevare la percezione del personale rispetto al ruolo della formazione in azienda
Sistema di budget	rilevare le percezioni del personale sui meccanismi di programmazione e controllo e sulla conoscenza e il grado coinvolgimento dei dipendenti nella discussione del budget
Valutazione dei Sistemi Interni	rilevare la percezione del personale sulla disponibilità, adeguatezza ed efficacia degli strumenti e dei meccanismi operativi dell'azienda.
La Mia Azienda	rilevare la percezione del personale nei confronti dell'Azienda nel suo complesso



Al termine del questionario, ai dipendenti e responsabili di struttura sono state poste alcune domande relative al senso di appartenenza al Sistema Sanitario regionale e alle possibili azioni di miglioramento che, nella percezione del personale, ogni azienda dovrebbe prendere in considerazione. Le risposte fornite dai dipendenti alle diverse domande sono state elaborate e rappresentate in forma grafica in un apposito report che verrà reso pubblico nel 2017, sul portale internet dell'Istituto, nella sezione "Amministrazione Trasparente".

Progetto "FITNESS AT WORK" attività fisica per i dipendenti, sul posto di lavoro



La strategia sulla promozione della attività fisica ad ogni età, promulgata recentemente dall'OMS per la Regione Europea per gli anni 2016-2025, sembra essere sempre più riconosciuta quale mezzo per il mantenimento di buone condizioni di salute e di benessere della popolazione.

È dimostrata l'importanza dell'attività fisica in relazione alle malattie cardiovascolari e al diabete, nella riabilitazione osteo-muscolare, nelle broncopneumopatie ostruttive croniche, in alcune tipologie di tumore, per preservare le funzioni cognitive, mantenere il tono muscolare e l'equilibrio e ridurre il rischio di demenza.

E' ampiamente riconosciuto che svolgere attività lavorativa in luoghi in cui si presta assistenza alle persone malate costituisce un importante fattore di stress e di usura, sia per il carico assistenziale, sia per il coinvolgimento psicologico ed emotivo. La situazione risulterebbe ancor più gravosa in ambito assistenziale geriatrico dove le caratteristiche dei pazienti anziani, portatori di pluripatologie e in gran parte o parzialmente non autosufficienti, richiedono un maggior carico assistenziale, soprattutto di tipo fisico connesso con la movimentazione manuale dei pazienti. Gli operatori si trovano pertanto a dover far fronte alla domanda di prestazioni sempre più gravose e alle mutate condizioni delle loro performance spesso connesse con il proprio invecchiamento.

Nell'intento e necessità di mantenere in buone condizioni di salute i lavoratori, promuovendo un ambiente lavorativo nel quale l'individuo possa impiegare le proprie potenzialità e al contempo tenere "attivo" l'organismo, l'INRCA ha da alcuni anni avviato il progetto Fitness at Work, dando la possibilità ai dipendenti dell'Istituto di svolgere attività di fitness nell'ambiente di lavoro, usufruendo delle attrezzature disponibili presso la palestra ospedaliera negli orari in cui non sono presenti i pazienti. Obiettivo principale del progetto è quello di fronteggiare l'invecchiamento psico-fisico dei lavoratori dell'INRCA promuovendo lo svolgimento, nell'ambiente lavorativo, sia di attività fisica controllata con programmi personalizzati, sia di ginnastica di gruppo, tipo Back School, mediante azioni educative, preventive e curative delle algie vertebrali per l'uso corretto del rachide, l'apprendimento di tecniche di rilassamento per l'autogestione



delle tensioni ed il recupero della fatica fisica e mentale. Tutto ciò anche col fine di garantire un miglioramento delle prestazioni lavorative e quindi contribuire al miglioramento continuo dell'assistenza erogata agli utenti. Il progetto ha previsto la raccolta dei dati in 2 tempi: al tempo iniziale (T_0), ovvero prima dell'attività fisica e al tempo finale (T_1) dopo aver eseguito il programma. Al tempo T_0 sono stati raccolti i dati anagrafici, sono stati registrati il peso, l'età e l'altezza ed eseguite le valutazioni sulla flessibilità della colonna vertebrale, sulla percezione dello stato di salute, sulla presenza di eventuali dolori (scala VAS), sulla percezione dello sforzo (scala di Borg) e dello stato psicologico.



Caratteristiche degli interventi di training

Fitness metabolico	Ginnastica per la schiena "Chi allunga la schiena allunga la vita"
<p>2 trattamenti settimanali di 1½ ora x 3 mesi con l'uso di attrezzi "Air Machine" per aumentare la massa muscolare e la forza:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 Treadmill (aerobico) • 2 Cicloergometro con pedana orizzontale (aerobico) • 1 Poliercolina (forza) <p>Ogni partecipante è stato dotato di un cardiofrequenzimetro personale per il monitoraggio della frequenza cardiaca durante l'allenamento.</p>	<p>2 sedute settimanali di 1 ora (in gruppo) con esercizi multidisciplinari di stretching e rilassamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • presa coscienza della colonna, e delle zone più rigide e dolorose; • esercizi di controllo del bacino e della colonna in posizione supina e stazione eretta; • mobilizzazione articolare e allungamento muscolare arti superiori e inferiori; • correzione della postura, esercizi di estensione e decompressione discale; • esercizi di neurodinamica: movimenti selettivi o posture sul decorso del nervo; • tecniche di rilassamento muscolare; • tecniche corrette per spingere, sollevare pesi; • correzione posturale e rinforzo dei muscoli posturali; • educazione alla risoluzione dei propri sintomi

Risultati conseguiti nelle 2 sezioni di training previste dal progetto

Fitness metabolico	Ginnastica per la schiena "Chi allunga la schiena allunga la vita"
<p>Campione di 14 dipendenti (77% sanitari, 23% amministrativi), età media 47 anni, circa il 40% con patologie all'apparato muscolo scheletrico.</p> <p>Valutazioni finali:</p> <p>Al termine del trattamento si è avuto un sostanziale decremento del peso corporeo, è migliorata la flessibilità della colonna vertebrale e sono diminuiti sia valori della scala del dolore (VAS), che la percezione dello sforzo (scala di Borg). Sono migliorati in tutti i soggetti i parametri cardio-circolatori e laddove presenti sono rientrati i casi di intertensione arteriosa.</p>	<p>Campione di 19 lavoratori (80% sanitari, 84% donne), età media 46 anni, il 100% con patologie dell'apparato muscolo-scheletrico, prevalentemente al rachide cervico-dorso-lombare.</p> <p>Alla valutazione di fine trattamento, nella totalità del campione analizzato, si è riscontrato un importante miglioramento della flessibilità della colonna e dei movimenti di inclinazione laterale. Sostanziale miglioramento della scala del dolore (VAS) e della percezione dello stato di salute. Migliorati i valori anche della scala VOMAC (per la valutazione dell'artrosi).</p> <p>Tutti i lavoratori partecipanti al progetto hanno riferito una sensibile riduzione delle tensioni muscolari con il progredire del training ed anche un miglioramento dell'esecuzione e della fluidità del movimento, oltre all'aver acquisito una maggiore consapevolezza del proprio corpo e dei giusti movimenti da effettuare come "protezione" verso i carichi</p>

Nei pochi mesi di attuazione del programma, i risultati ottenuti si sono evidenziati assai incoraggianti sia per la valutazione intrinseca del corso sia per la prosecuzione futura dell'iniziativa.

Ampia visibilità del progetto e dei suoi risultati si è ottenuta con comunicati stampa, radio, giornali locali e nazionali. Il progetto è stato portato all'attenzione della Medicina del Lavoro dell'INAIL e segnalato al network europeo Work Place Health Promotion.

I partecipanti al progetto hanno dichiarato di essersi sentiti meglio sin dalle prime sedute di training, di aver migliorato la flessibilità osteoarticolare, di avvertire minore tensione e dolore muscolare e di aver modificato il proprio stile di vita. I lavoratori hanno espresso una sostanziale soddisfazione per il miglioramento del loro benessere psico-fisico e per la disponibilità all'utilizzo di una palestra in ambiente lavorativo durante la pausa. I partecipanti hanno riportato anche un miglioramento della performance lavorativa, un umore migliore e una maggiore motivazione a riprendere il proprio lavoro dopo l'attività fisica.

A tutt'oggi, il progetto si è rivelato un valido intervento per ostacolare la sedentarietà e promuovere il benessere dei lavoratori. Il progetto è stato anche presentato al 1° Bando Buone Pratiche per la Qualità e Sicurezza della Cure, promosso dall'INRCA nel 2016 e segnalato tra i migliori progetti presentati.



Indagine gradimento dei servizi: BAR E DISTRIBUTORI AUTOMATICI

Nel 2016 si è proceduto alla somministrazione di un Questionario di gradimento sul servizio BAR e sui distributori automatici collocati presso il POR di Ancona con l'obiettivo di conoscere l'opinione dei



dipendenti su alcuni aspetti che riguardano il nostro sistema di ristorazione. L'attenzione è stata rivolta ai seguenti indicatori:

BAR

- I Adeguatezza orario di apertura
- I Cortesia del personale
- I Velocità del servizio
- I Pulizia ambienti
- I Assortimento e qualità dei prodotti offerti

DISTRIBUTORI AUTOMATICI

- I Assortimento e qualità dei prodotti offerti
- I Rapidità di intervento del servizio clienti per assistenza
- I Rapporto qualità / prezzo

Risultati indagine gradimento BAR

I risultati dell'indagine sul gradimento del servizio BAR mostrano una buona soddisfazione circa il servizio BAR in termini di adeguatezza dell'orario di apertura del servizio (Figura 43), cortesia del personale (Figura 44) e velocità del servizio (Figura 45). Anche se la maggioranza delle persone si ritiene soddisfatta delle condizioni igieniche (Figura 46) dei locali adibiti a Bar, si segnala una alta percentuale di insoddisfazione a carico della pulizia degli ambienti; criticità emersa anche nei giudizi espressi. L'aspetto più rilevante emerso è quello riguardante l'assortimento e qualità dei prodotti (Figura 47).

Aspetto emerso anche dai commenti negativi dei dipendenti riguardanti soprattutto il grande uso di prodotti surgelati e scarso assortimento dei prodotti proposti. Altri giudizi negativi sono a carico dei prezzi elevati e il NON impiego di materiale monouso (bicchieri, tazzine, cucchiaini).

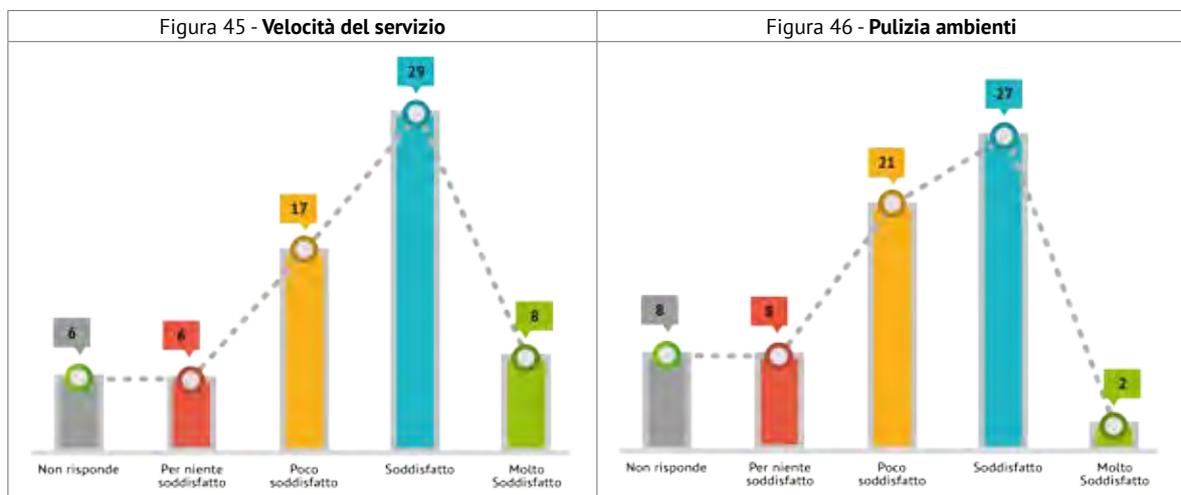
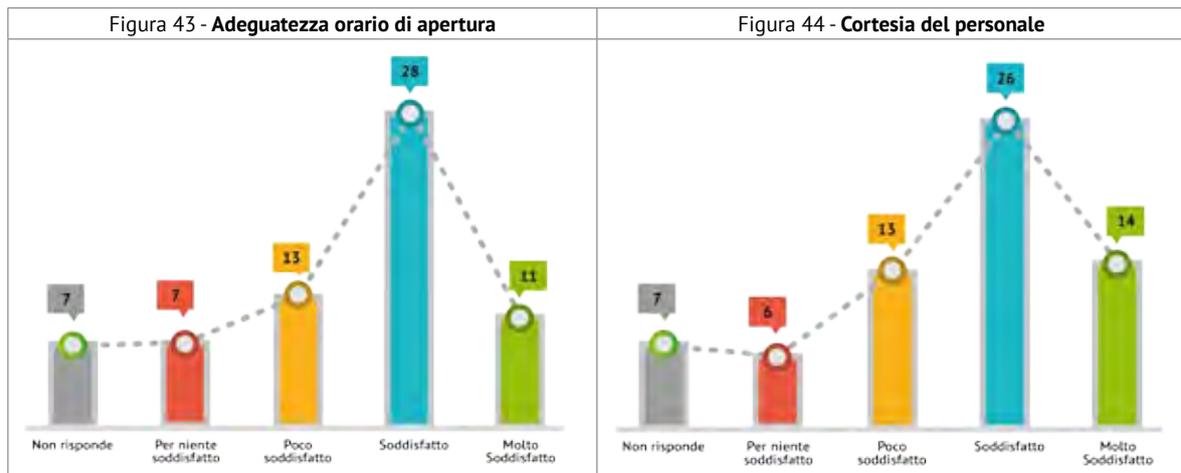
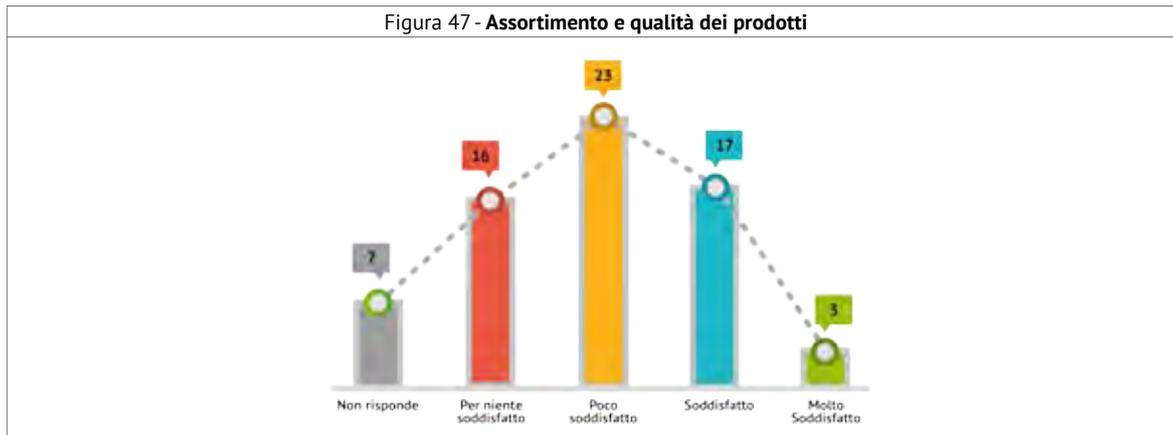




Figura 47 - Assortimento e qualità dei prodotti



Risultati indagine gradimento distributori automatici

Come si può notare dai grafici la maggior parte delle lamentele sono a carico della varietà e bontà dei prodotti e dell'aumento dei prezzi riscontrato con il cambio di gestione. Questi aspetti evidenziati con il questionario sono stati confermati nei giudizi espressi dai dipendenti.

Nel 2017 si provvederà alla sostituzione dell'attuale ditta di erogazione del servizio.

Figura 48 - Varietà e bontà dei prodotti

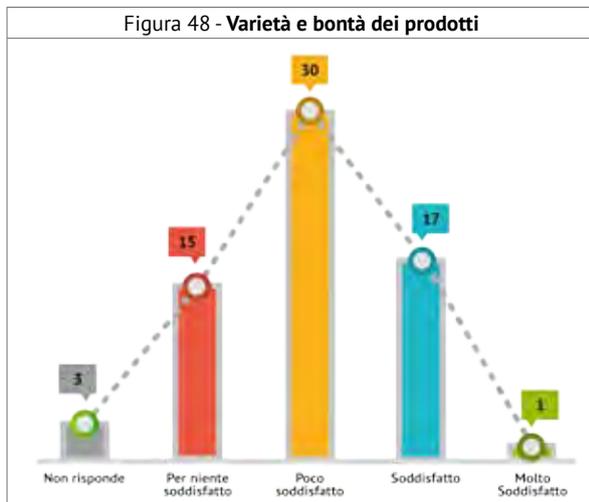


Figura 49 - Rapidità del servizio di assistenza

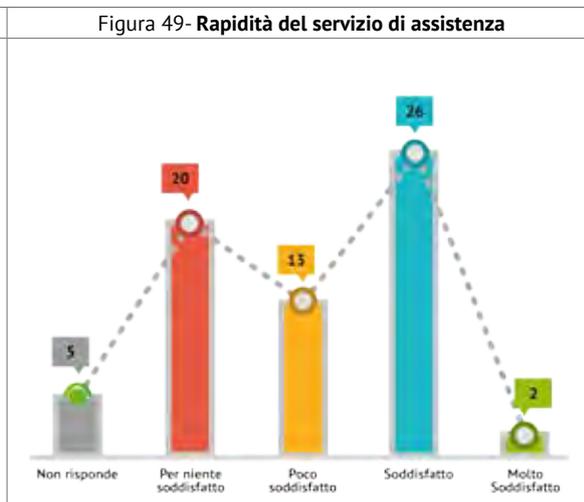
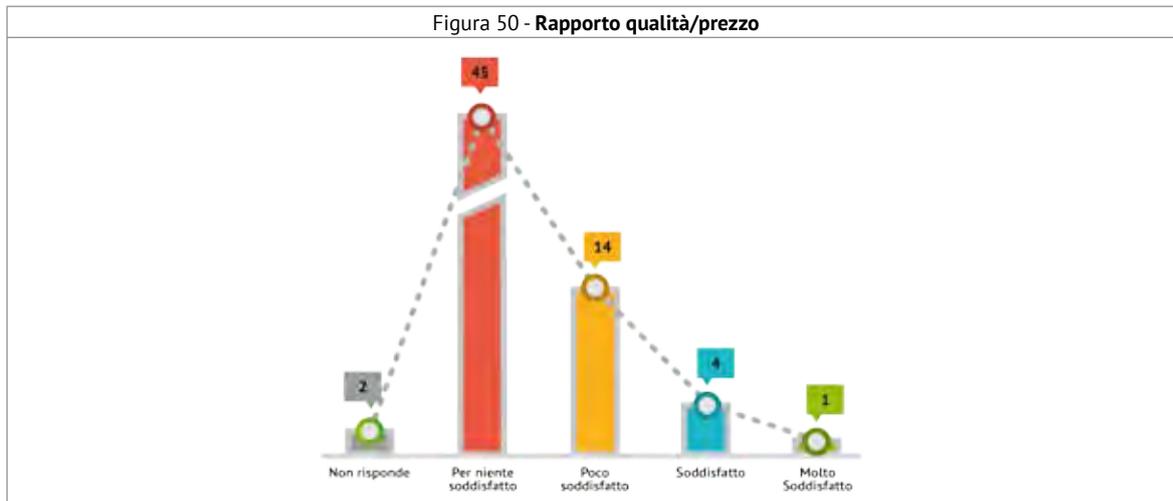


Figura 50 - Rapporto qualità/prezzo





La formazione

Il Sistema di Formazione dell'Istituto è un sistema complesso, in grado di trasferire ai vari livelli dell'organizzazione le linee strategiche indicate dalla Direzione Aziendale ed integrarle con esigenze formative specifiche e differenziate. Sulla base degli obiettivi formativi definiti a livello nazionale e regionale e degli obiettivi strategici, la Direzione Aziendale individua i macro-obiettivi formativi. L'Istituto attraverso la rete dei Referenti per la Formazione, che svolgono un ruolo di stimolo facilitazione per l'identificazione del fabbisogno formativo individuale e sono a supporto per il monitoraggio e la valutazione degli eventi formativi, trasferisce all'intera organizzazione gli orientamenti della direzione. La presenza di una rete stabile di Referenti per la Formazione aziendale consente la costruzione di percorsi formativi condivisi. Nel diagramma seguente è schematizzato il processo di elaborazione e attuazione del Piano Aziendale della Formazione (P.A.F.).



- Al *primo livello* opera la Direzione Strategica che indica gli obiettivi strategici da cui derivano i macro obiettivi formativi, con le funzioni di linee e staff che ne assicurano la realizzazione.
- Al *secondo livello* attori principali sono i Referenti per la Formazione.
- Il *terzo livello* è affidato alle figure del Responsabile Scientifico e del Direttore del corso i quali, in quanto gestori dei singoli eventi, ne garantiscono lo standard di qualità e il rispetto delle regole in base alle quali è stato ottenuto l'accredimento.

L'UO Formazione e Aggiornamento del Personale svolge il ruolo di coordinamento e facilitazione in particolare al secondo e terzo livello, garantendo supporto metodologico e organizzativo per la progettazione, l'accREDITAMENTO e la valutazione dei percorsi formativi. L'attività formativa dell'anno 2016 è stata programmata e realizzata in continuità con l'anno precedente, in particolare per ciò che riguarda le tematiche nelle quali la formazione funge da leva per il raggiungimento degli obiettivi aziendali. Per il 2016 La Direzione Aziendale ha individuato, in base agli obiettivi strategici, i seguenti macro-obiettivi formativi:

- formazione strutturata sulla metodologia della ricerca destinata ai giovani medici;
- sviluppo della ricerca



- Sviluppo delle competenze per una ricerca integrata e multidimensionale
- Aggiornamento e sviluppo delle competenze tecnico-professionali
- Sviluppo delle capacità relazionali e di comunicazione interna, esterna e con il paziente Implementazione del sistema di gestione per la qualità
- Formazione e aggiornamento su prevenzione, e protezione, sicurezza
- Formazione in materia di prevenzione della corruzione e approfondimento dei codici di comportamento

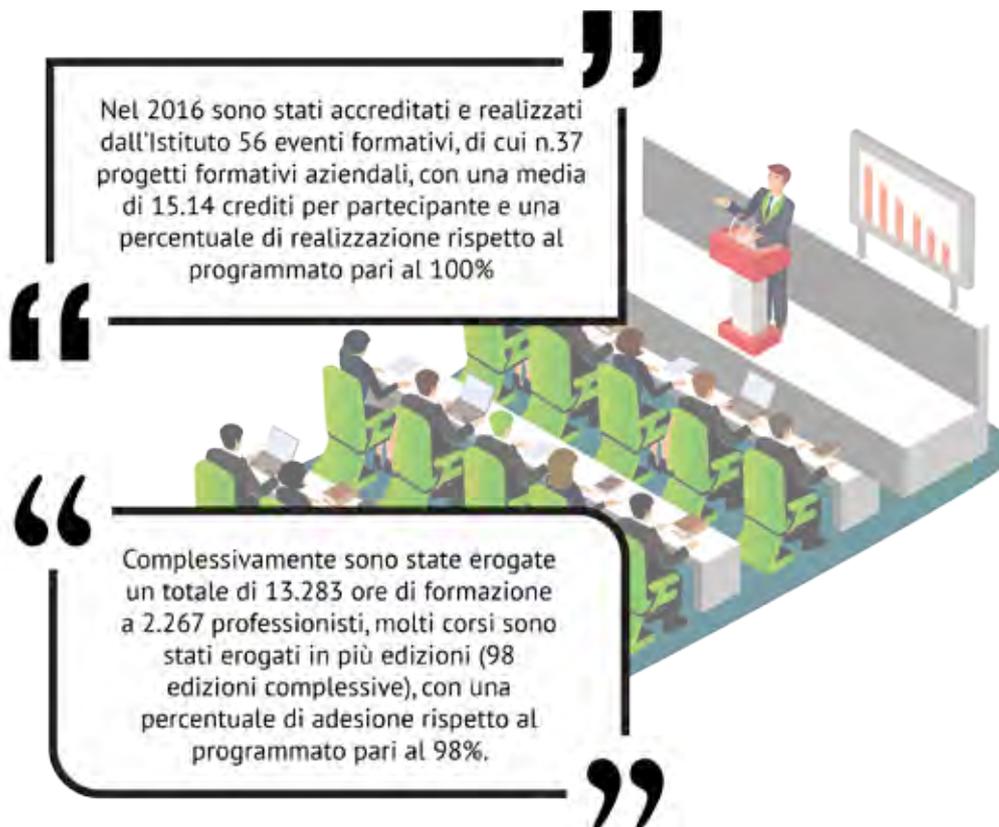


- infermieristica;
- dalla teoria alla pratica: come implementare i risultati dell'attività scientifica;
 - Alzheimer in un IRCCS: dalla ricerca biomedica alla gestione clinica, lo sviluppo di nuovi percorsi assistenziali;
 - valorizzazione del ruolo delle nuove professioni nell'assistenza geriatrica;
 - invecchiamento della popolazione e percorsi assistenziali nell'ospedale per acuti: capire la domanda assistenziale e sviluppare idonei modelli di offerta;
 - sviluppo di conoscenze e competenze necessarie per l'implementazione di modelli organizzativi per intensità di cure;
 - implementazione di specifici modelli organizzativi di integrazione ospedale-territorio, finalizzati alla continuità assistenziale e a una maggiore appropriatezza;
 - definizione di percorsi assistenziali condivisi tra i diversi presidi INRCA;
 - sviluppo delle competenze specialistiche, organizzative, relazionali, comunicative per un approccio ai processi assistenziali basato sul lavoro in team interprofessionali e interdisciplinari;
 - rafforzamento delle competenze relazionali e di leadership dei dirigenti di struttura per la valorizzazione e delle risorse assegnate e il superamento delle criticità;
 - rafforzamento dei diversi ruoli coinvolti nei processi di acquisto al fine di migliorare i livelli di efficacia ed efficienza di tali processi e minimizzare il rischio di potenziali fenomeni corruttivi;

Anche nel 2016 si è data priorità alla formazione “in house”, cercando di promuovere i percorsi di formazione sul campo e quelli a forte interattività, sia per ottimizzare le risorse disponibili, sia per valorizzare il personale interno come risorsa attiva nel processo formativo.

Numerose sono state le iniziative formative a valenza interdipartimentale, tese a favorire il coinvolgimento e l'integrazione di più figure professionali nella definizione di linee guida, protocolli e procedure.

L'intero processo formativo (rilevazione del fabbisogno, pianificazione, attuazione, valutazione) è stato condotto con il supporto della rete dei referenti della formazione accreditata nell'ambito del sistema di gestione della qualità dell'Istituto, UNI EN ISO 9001.



Le figure che seguono rappresentano l'offerta formativa erogata dall'Istituto nell'anno 2016 rispetto alle aree di riferimento, alle tipologie formative e ai professionisti coinvolti.



Figura 51 - Distribuzione % dei progetti formativi rispetto alle aree di riferimento - Anno 2016

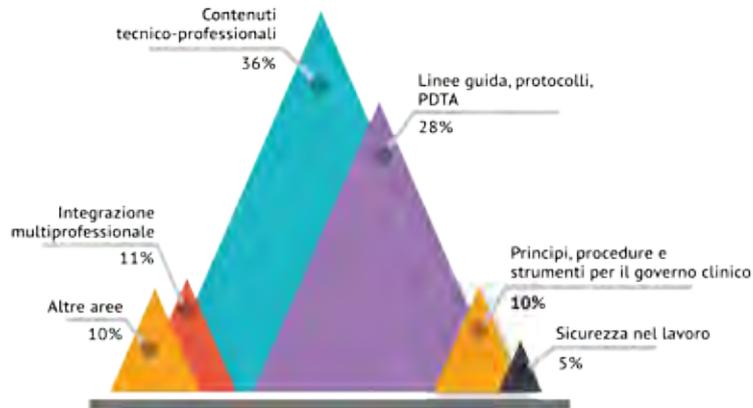


Figura 52 - Distribuzione percentuale dei progetti formativi rispetto alla tipologia - Anno 2016

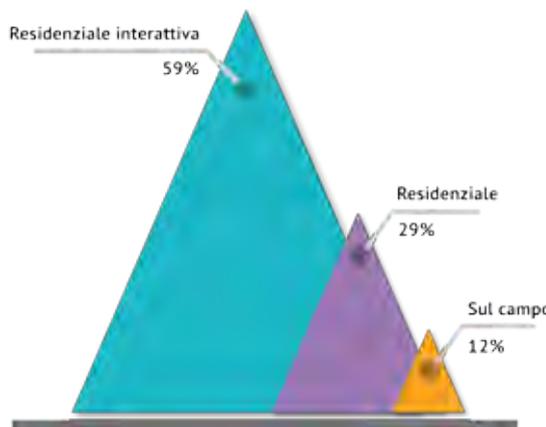


Figura 53 - Distribuzione percentuale dei progetti formativi rispetto ai partecipanti

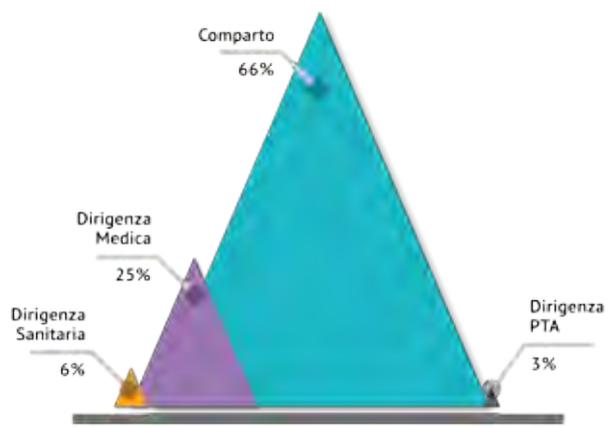
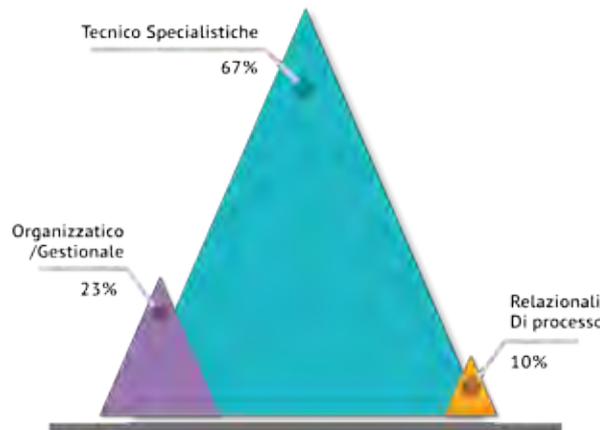


Figura 54 - Distribuzione dei progetti formativi rispetto alle competenze sviluppate



Nella scelta delle tipologie formative sono state privilegiate quelle a maggior grado d'interattività. Anche nel caso di interventi formativi residenziali, le lezioni il più delle volte sono state integrate con attività di tipo interattivo quali simulazioni, analisi di casi, esercitazioni, lavori di gruppo, al fine di favorire oltre allo sviluppo delle conoscenze professionali, anche il miglioramento delle capacità organizzative e di comunicazione del singolo professionista e dell'equipe. Di seguito vengono descritti alcuni percorsi formativi, scelti tra i più strategici.

- Gli indicatori di esito e il loro utilizzo per la misurazione della performance: esperienze a confronto - evento aperto ai professionisti sanitari della regione marche
- Metodologia in epidemiologia - progetto formativo aziendale destinato ai professionisti dell'istituto che svolgono o sono interessati all'attività di ricerca scientifica



- Sicurezza: dall'analisi dei dati ad un sistema di gestione del rischio inrca - progetto formativo aziendale a valenza strategica sui principi metodologici del risk management in ambito sanitario
- Consensus conference sul percorso diagnostico terapeutico del tumore della prostata – evento aperto agli specialisti della Regione Marche

Nella tabella seguente sono indicati i costi dell'attività formativa relativi al 2015 e al 2016, questi ultimi ricavati in base alle risultanze contabili al 30 marzo 2017.

Tabella 37 - Costo (€) della formazione triennio 2014-2016

	2016	2015	2014
Spesa totale a carico dei fondi della formazione	82.701	48.295	69.612
Spesa per formazione esterna	25.581	21.959	28.979

Fonte: dati UO Formazione e aggiornamento professionale

Sicurezza e salute dei dipendenti

L'INRCA si avvale del Servizio di Prevenzione e Protezione che ha il compito di promuovere, nel posto di lavoro, condizioni che garantiscano il più alto grado di qualità nella vita lavorativa, proteggendo la salute dei lavoratori, migliorando il loro benessere fisico, psichico, sociale e prevenendo malattie ed infortuni. Il Servizio di Prevenzione e Protezione funge da consulente specializzato del datore di lavoro nelle aree di valutazione dei rischi, di individuazione delle misure preventive, di definizione delle procedure e di informazione, per la promozione e la tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori. Il "Regolamento sulla sicurezza" (Determina n.285/2013) ha definito i ruoli, le competenze e gli strumenti organizzativi e procedurali per l'attuazione delle disposizioni di legge e delle misure preventive e protettive sul lavoro all'interno dei Presidi INRCA, in relazione a quanto disposto dal D.Lgs 81/08 (Testo Unico in materia di salute e sicurezza). Il regolamento persegue i seguenti scopi ed obiettivi:

- Raggiungimento della migliore integrazione e funzionalità del sistema di gestione della prevenzione;
- Conseguimento degli obiettivi di efficacia e qualità pur nel rispetto dei livelli di autonomia di ciascun soggetto o servizio coinvolto nell'espletamento dei compiti;
- Regolamentazione delle attività di programmazione, attuazione, verifica e controllo degli adempimenti connessi alla prevenzione;
- Definizione dei ruoli, delle competenze e degli strumenti organizzativi e procedurali per ottimizzare lo svolgimento dell'attività di prevenzione.

Nell'ambito della valutazione dei rischi, nel corso del 2016 il Servizio ha promosso l'aggiornamento di parti della valutazione dei rischi per i vari presidi.

I nuovi Documento Valutazione dei rischi conterranno tutti gli aggiornamenti e le integrazioni delle valutazioni effettuate nel corso dell'anno 2016 e successivo e relativamente alla/al:

- Ricognizione delle sostanze pericolose in uso nei presidi ospedalieri e di ricerca ed aggiornamento della valutazione del rischio chimico: revisione totale della valutazione dei rischi;
- Valutazione rischio fisico: valutazione rischi da esposizione al Radon e predisposizione della valutazione specialistica dei rischi da campi elettromagnetici;
- Valutazione dei rischi da stress lavoro-correlato: applicazione di metodo conforme alle Linee Guida ISPESL; elaborazione dei dati raccolti attraverso le schede somministrate nell'ultima campagna di rilevazione; l'Istituto ha aderito alla rilevazione del benessere organizzativo nelle strutture sanitarie effettuata attraverso la piattaforma fornita dall'Istituto S. Anna di Pisa e diffusione dei risultati ottenuti;
- Coordinamento sicurezza e valutazione dei rischi presso strutture in convenzione: Clinica odontoiatrica UNIVPM, Residenza Dorica dell'Istituto S. Stefano; coordinamento della attività interferenti nell'ambito dell'integrazione INRCA-AV2 Presidio Ospedaliero di Osimo in collaborazione con il SPPA della Zona Territoriale 7;
- Aggiornamento della valutazione Movimentazione Manuale Carichi nei vari POR.

In particolare per il POR di Ancona è stato implementato il Sistema di Gestione della Sicurezza Antincendio richiesto dal DM 19/03/2015 per le strutture sanitarie non ancora in possesso del Certificato di Prevenzione Incendi.

Gli infortuni sul lavoro vengono sistematicamente rilevati ed analizzati dal Servizio di Prevenzione e Protezione allo scopo di ricostruirne la dinamica, individuarne le cause e mettere in atto le necessarie



misure di prevenzione e protezione, volte ad impedire che si verifichino nuovamente, ovvero contenerne la gravità. Gli infortuni sul lavoro nel 2016 sono complessivamente 66, in particolare, raffrontando i dati del triennio 2014-2016, si evince quanto segue:

Tabella 38 - Denunce di infortunio nel triennio 2014-2016

N. INFORTUNI			N. LAVORATORI			INDICE D = diminuito I = inalterato A = aumentato	Anno 2016 (%)	Triennio 2014-2016 (%)
2014	2015	2016	2014	2015	2016			
56 (1)	59 (9)	60 (6)	1029	1027	1031	A	5,819	5,668

Fonte: dati Servizio Prevenzione e Protezione. Tra parentesi gli infortuni occorsi ai tirocinanti/specializzandi/allievi non conteggiati nelle percentuali

Tabella 39 - Infortuni per tipologia di rischio nel triennio 2014-2016

Tipologia infortunio	Numero dei casi			Percentuale dei casi		
	2014	2015	2016	2014	2015	2016
Taglio / Puntura / Ferita	19 (1)	19 (6)	26 (6)	1,846%	1,850%	2,521%
Traumi / Mov. Carichi	33	24	30	3,207%	2,337%	2,909%
Contatto Fluido Biologico	3	6 (3)	4	0,292%	0,584%	0,388%
Incidente in itinere	1	10	0	0,097%	0,974%	0,000%

Fonte: dati Servizio Prevenzione e Protezione. Tra parentesi gli infortuni occorsi ai tirocinanti/specializzandi/allievi non conteggiati nelle percentuali.

Nel 2016 il numero di infortuni è rimasto sostanzialmente invariato rispetto al 2015. Si registra un lieve aumento tendenziale degli infortuni ascrivibile in particolare a eventi causati da pungenti e taglienti e da traumi di varia natura, in special modo da movimentazione dei pazienti.

Riguardo agli episodi occorsi a figure equiparate ai lavoratori (tirocinanti, specializzandi, allievi) si osserva una diminuzione del numero di infortuni a rischio biologico soprattutto da contatto restando purtroppo costante il numero di soggetti che si infortunano con pungenti e taglienti.

La stima di riduzione percentuale del 1,6% (dal 3,7% del 2015 al 2,2% del 2016) potrebbe derivare da una maggior consapevolezza sui rischi presenti e sulle procedure di sicurezza da attuare durante le attività con i pungenti e taglienti stimolata dalla informazione ricevuta sugli infortuni accaduti ai tirocinanti.

Il dato infortunistico relativo a pungenti e taglienti del 2016 sconta lo slittamento della completa sostituzione dei dispositivi in uso dovuta con quelli con sistema di sicurezza disponibili a seguito di gara regionale solo a partire da maggio 2017. La diffusione dei dispositivi di sicurezza dovrebbe portare ad una riduzione degli infortuni da puntura o taglio.

La maggior informazione ricevuta dai lavoratori nelle edizioni 2014-2016 dei Corsi sulla Sicurezza ha probabilmente influito sulla conoscenza di cos'è un infortunio e perciò sul diritto-dovere alla segnalazione

La Valutazione ed il Sistema Premiante

Il sistema di valutazione del personale ed il sistema premiante sono strutturati in modo integrato con il sistema di budgeting e sono in linea con i valori fondanti e condivisi che ne hanno ispirato la costruzione complessiva:

- orientamento alla responsabilizzazione sui risultati conseguiti, dove tali sistemi risultano essere tra i più efficaci per sviluppare meccanismi operativi in grado di indirizzare i comportamenti verso risultati attesi;
- considerazione dell'aspetto motivazionale come elemento intorno al quale si gioca il successo o l'insuccesso di un sistema di budgeting, di valutazione e premiante del personale;
- attenzione alla correlazione tra i risultati attesi e le risorse a disposizione per raggiungerli ovvero tra il fabbisogno di risorse economiche, finanziarie, tecnologiche ed umane ed il volume di attività programmate;
- sistematica verifica di coerenza tra gli obiettivi di lungo e di breve periodo;
- valorizzazione dell'autonomia dei dirigenti, che trovano in tali sistemi efficaci supporti ai propri processi di programmazione e controllo.

Il sistema è integrato in tre diverse sezioni che prevedono l'utilizzo di specifici strumenti di definizione, rilevazione e valutazione - su base annuale e per Centro di Responsabilità (CdR) - degli obiettivi stabiliti



e delle performance conseguite nelle varie aree di interesse:

1. Scheda riassuntiva degli obiettivi assegnati al CdR negli ambiti:
 - Economico-finanziario;
 - Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità);
 - Prospettiva dell'utenza e stakeholder;
 - Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi.
2. Scheda di Budget del CdR che sintetizza in termini quantitativi le attività programmate per l'anno e conseguentemente le risorse necessarie, considerando i seguenti aspetti:
 - Attività ed Indicatori di risultato e performance;
 - Risorse economiche;
 - Piano delle risorse umane;
 - Piano degli investimenti.
3. Scheda di valutazione dei processi produttivi, relazionali e organizzativi, con strumenti diversi per aree contrattuali e/o incarichi organizzativi che esplorano le seguenti aree:
 - Conoscenze generali;
 - Coinvolgimento nell'Unità Operativa;
 - Attenzione ai propri doveri;
 - Capacità organizzative e relazionali;
 - Integrazione interna/esterna;
 - Organizzazione;
 - Risoluzione dei conflitti;
 - Capacità direzionali.

Il sistema integrato e gli strumenti adottati rappresentano anche un mezzo utile nel confronto tra il "valutatore" ed il "valutato" per le aspettative reciproche in termini di pianificazione definita e raggiungimento degli obiettivi. E' anche uno strumento di comunicazione per il valutato, in merito al proprio lavoro, alla crescita professionale, alle eventuali attività future e per il valutatore, rispetto ai risultati attesi dal valutato ed alle competenze/capacità, in relazione al lavoro svolto e a possibili sviluppi organizzativi. Su 82 Centri di Responsabilità con schede di budget negoziate nel 2016:



Il personale e le relazioni sindacali

Il rapporto di lavoro dei dipendenti dell'INRCA è disciplinato dai contratti collettivi nazionali stipulati distintamente per l'area del comparto e le aree dirigenziali (medici e dirigenti dei ruoli sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo). Tali contratti sono il risultato di accordi sottoscritti tra le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello nazionale e l'ARAN. I contratti collettivi disciplinano gli aspetti giuridici ed economici del rapporto di lavoro.



La regolamentazione di alcune materie è demandata tuttavia alla contrattazione decentrata ossia a quella che si svolge direttamente in azienda tra rappresentanti della stessa ed organizzazioni sindacali locali. La contrattazione avviene distintamente per area contrattuale. A tale scopo vengono costituite due delegazioni: quella di parte pubblica nominata dall'INRCA e quella di parte sindacale. Quest'ultima, per le aree dirigenziali, è composta dai rappresentanti aziendali, ossia dipendenti, e dai rappresentanti territoriali delle Organizzazioni Sindacali (OOSS) di categoria firmatarie del contratto nazionale; per l'area del comparto, la delegazione sindacale è composta dalla RSU (Rappresentanza Sindacale Unitaria) e dai rappresentanti territoriali delle OOSS di categoria firmatarie del contratto nazionale.

La RSU rappresenta i lavoratori nel luogo di lavoro ed i suoi componenti sono eletti, a seguito di procedure elettorali disciplinate da apposito accordo nazionale, con cadenza triennale, da tutti i lavoratori iscritti e non iscritti al sindacato. Le ultime elezioni per il rinnovo della RSU si sono svolte nei giorni dal 5 al 7 marzo 2015. Sebbene l'INRCA abbia una struttura multiregionale la RSU è unica e comprende i componenti delle varie sedi dell'Istituto.

Il sistema delle relazioni sindacali è strutturato in modo da contemperare le esigenze organizzative dell'Istituto e l'interesse dei lavoratori al miglioramento delle proprie condizioni di lavoro ed allo sviluppo professionale. Esso è orientato all'obiettivo di assicurare adeguati livelli di efficienza e produttività dei servizi pubblici forniti all'utenza incentivando l'impegno e la qualità delle prestazioni. Nell'ultimo triennio il confronto con le OOSS ha portato alla sottoscrizione di importanti accordi per la regolamentazione di istituti a carattere giuridico economico quali le progressioni economiche orizzontali dei dipendenti e la valorizzazione della produttività. Costante è stata anche l'informazione in merito al percorso di revisione dell'assetto organizzativo.

Tabella 40 - Numero dei dipendenti iscritti ai sindacati (triennio 2014-2016)

	2016	2015	2014
Dirigenza medica tot dipendenti iscritti	120	102	102
Dirigenza medica totale dipendenti	169	154	149
Percentuale di iscritti sul totale	71,01%	66,23%	68,46%
Dirigenza sanitaria professionale tecnica e amministrativa totale dipendenti iscritti	31	33	28
Dirigenza sanitaria professionale tecnica e amministrativa totale dipendenti	58	58	56
Percentuale di iscritti sul totale	53,45%	56,90%	50%
Comparto totale dipendenti iscritti	370	406	380
Comparto totale dipendenti	764	753	760
Percentuale di iscritti sul totale	48,43%	53,92%	50%
Totale dipendenti iscritti	521	541	510
Totale dipendenti	991	965	965
Percentuale di iscritti sul totale	52,57%	56,06%	52,85%

Tabella 41 - Giornate di sciopero (triennio 2014-2016)

	2016	2015	2014
N. Giornate sciopero	5	1	5
Dipendenti che hanno aderito allo sciopero	13	2	15

Alcuni dati sui procedimenti disciplinari

Si presentano di seguito i dati relativi ai procedimenti disciplinari articolati per:

- Esito sfavorevole per il dipendente
- Archiviati
- Pendenti per procedimento penale in corso e distinti per area contrattuale

Tabella 42 - Procedimenti disciplinari per esito per area contrattuale (quadriennio 2013-2016)

	2016	2015	2014	2013
Esito sfavorevole per il dipendente	6	6	5	4
Archiviati	3	2	-	-
Pendenti per procedimento penale in corso	1	-	1	-
Dirigenza sanitaria, professionale, tecnico amministrativa	1	2	-	1
Comparto	9	6	6	4



Tabella 43 - **Procedimenti disciplinari distinti per contenuto (quadriennio 2013-2016)**

	2016	2015	2014	2013
Assenza ingiustificata dal servizio	3			
Condotta non conforme ai principi di correttezza	1	2	1	2
Inosservanza disposizioni di servizio	3	3	2	3
Violazione doveri di comportamento	1	3		
Negligenza nell'esecuzione dei compiti assegnati	2		3	

Figura 55 - **Contenzioso tra personale ed Azienda (quadriennio 2013-2016)**





La ricerca

Il riconoscimento dell'INRCA come Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) lo pone nella rete degli Enti di rilevanza nazionale impegnati a perseguire, oltre che prestazioni assistenziali di alta specialità, finalità di ricerca prevalentemente clinica e traslazionale, nel campo biomedico e nell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari, secondo standard di eccellenza.

Il ruolo strategico e le finalità dell'IRCCS INRCA fanno quindi riferimento a due ambiti fondamentali e fortemente integrati fra loro - ricerca traslazionale ed attività assistenziale - nell'area di riconoscimento geriatrico-gerontologica. La ricerca scientifica istituzionale è nel suo complesso fondata e sviluppata in modo da cogliere le nuove opportunità, identificando aree tematiche e progetti speciali prioritari non solo per lo sviluppo dell'attività scientifica ma anche per poter far assumere all'Istituto un ruolo guida all'interno di un sistema di relazioni e di integrazioni nei diversi scenari allargando la prospettiva di riferimento e presidiando tutti i settori anche non sanitari che "hanno un ruolo nell'invecchiamento".

Oggi in particolare il dato epidemiologico emergente identifica nella **multimorbilità** - intesa come copresenza di due o più patologie attive con una prevalenza che nell'anziano rappresenta oltre il 60% - uno dei temi trainanti della ricerca, trasversalmente a tutte le aree legate all'invecchiamento. La gestione ed il trattamento degli anziani con multimorbilità rappresentano una rilevante criticità per gli operatori e per il sistema socio-sanitario nel suo complesso, spesso affrontata in modo frammentario e non coordinato. Le implicazioni della multimorbilità sull'organizzazione dell'assistenza sanitaria sono anche molto variabili a seconda delle condizioni di salute, delle patologie e del contesto sociale del paziente e diventano molto "complesse" nel soggetto anziano con declino cognitivo e funzionale. Ad oggi, tuttavia, la ricerca in questo ambito manca ancora di studi rigorosi dal punto di vista metodologico (ad esempio identificazione della popolazione "target", descrizione ed ottimizzazione degli interventi) che forniscano risultati rilevanti per i pazienti e per il sistema sanitario e sociale.

L'obiettivo globale delle nostre attività di ricerca è quello di lavorare allo sviluppo delle conoscenze da tradurre in modelli di assistenza ed intervento personalizzati sui pazienti anziani con multimorbilità e condizioni complesse, per un migliore impatto sulle loro condizioni funzionali, sullo stato di salute e sulla qualità della vita. In questo contesto, l'attività scientifica è focalizzata sulle quattro linee di ricerca istituzionali come definito all'interno della programmazione triennale della Ricerca Corrente per il periodo 2013-2015, prorogata anche per l'anno 2016, così come approvata dalla Commissione Nazionale Ricerca Sanitaria nel corso del 2013, e dettagliate come segue:

LINEA 1 DETERMINANTI CELLULARI, MOLECOLARI E GENETICI DI INVECCHIAMENTO, LONGEVITÀ E PATOLOGIE ETÀ ASSOCIATE;

LINEA 2 PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLA FRAGILITÀ E MANAGEMENT DELLE PATOLOGIE E DELLE SINDROMI GERIATRICHE;

LINEA 3 INVECCHIAMENTO E FARMACI;

LINEA 4 VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE, ASSISTENZA CONTINUATIVA, HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT E ACTIVE AND ASSISTED LIVING.

La ricerca scientifica ha in definitiva il compito di contribuire a declinare la missione dell'IRCCS INRCA che, supportata dall'aumento progressivo delle conoscenze, guida e realizza il miglioramento continuo dell'assistenza. Comprendere infatti le basi biologiche delle malattie e della multimorbilità e identificare strategie in grado di intercettare i complessi meccanismi che le caratterizzano, concorrono a migliorare la conoscenza delle condizioni cliniche-funzionali dei pazienti e a sviluppare modelli più efficaci di presa in carico e di cura.

Sulla base degli obiettivi così definiti, la strategia organizzativa e gestionale dell'attività di ricerca è volta a favorire in modo efficace la costruzione di un percorso per la ricerca italiana sull'invecchiamento, partendo da quanto già esistente a livello europeo ed internazionale, coinvolgendo sia i ricercatori dell'Istituto sia i principali centri di ricerca gerontologico-geriatrica italiani - al fine di condividere obiettivi, garantire una ricerca innovativa ed ottimizzare l'utilizzo delle risorse scarse disponibili - e operando con obiettivi organizzativi per perseguire.

- massima integrazione e multidisciplinarietà di approccio alle principali tematiche dell'invecchiamento
 - rafforzamento del ruolo dei Dipartimenti misti, per una miglior integrazione tra ricerca e assistenza;



- attivazione di gruppi di lavoro multidisciplinari sulle principali tematiche geriatriche;
 - integrazione dell'IRCCS INRCA nelle reti di ricerca internazionale ed europee sulle tematiche dell'invecchiamento e della ricerca geriatrica e collaborazione con le Università presenti nei diversi territori di riferimento;
 - creazione di percorsi atti a favorire lo scambio con giovani ricercatori provenienti dall'estero;
- I** traslationalità della ricerca
- trasferimento dei risultati della ricerca nella realtà ospedaliera e nel territorio di riferimento;
 - condivisione dei dati raccolti con gruppi di lavoro identificati a livello nazionale ed internazionale in base alla competenza nell'area di interesse;
 - maggiore coinvolgimento delle professioni sanitarie nell'attività di ricerca dell'Istituto, per facilitare la trasferibilità dei risultati scientifici;
- I** qualità della ricerca
- completamento della cornice di procedure operative standard per la ricerca, integrate con il sistema qualità dell'Istituto;
 - diffusione e promozione del Codice Etico;
 - realizzazione del Bilancio Sociale, come strumento di verifica e comunicazione sul grado di soddisfazione dei dipendenti, sui bisogni evidenziati, sulla relazione instaurata con gli stakeholder
- I** promozione e la valorizzazione della produttività scientifica
- implementazione dell'utilizzo di indicatori oggettivi di monitoraggio e valutazione dell'attività di ricerca;
 - definizione di un sistema di profiling dei ricercatori, favorendo il percorso di crescita;
 - potenziamento della ricerca a progetto mediante la partecipazione a bandi nazionali ed europei;
 - sviluppo dell'area della comunicazione scientifica, in un processo interattivo che generi cultura e conoscenze a beneficio dei cittadini e della società con particolare attenzione ai soggetti anziani
- I** sviluppo della struttura organizzativa dell'attività di ricerca
- organizzazione della funzione di raccolta fondi;
 - potenziamento dell'Ufficio della ricerca clinica e strutturazione di un sistema di supporto metodologico e procedurale all'attività di ricerca;
 - fruizione ottimale dei servizi a supporto per documentazione scientifica e servizi librari.

I risultati dell'attività di ricerca

Nel corso del 2015, l'IRCCS INRCA è stato oggetto della "site visit" condotta nei diversi presidi dell'Istituto dalla Commissione ministeriale e finalizzata alla conferma del riconoscimento del carattere scientifico da parte del Ministero della Salute. Il risultato primario riguarda quindi l'ottenimento della conferma del riconoscimento con Decreto del Ministero della Salute del 21 marzo 2016: Conferma del riconoscimento del carattere scientifico, dell'IRCCS di diritto pubblico «INRCA - Istituto Nazionale di Ricovero e Cura per Anziani», in Ancona, per la disciplina di «geriatria». (16A02914) (GU Serie Generale n.87 del 14-4-2016).

Globalmente, l'attività di ricerca è misurata e valutata - sia all'interno dell'Istituto che in termini di debito informativo verso il Ministero della Salute ed altri stakeholder istituzionali - sulla base di una serie di indicatori che considerano:

1. la progettualità scientifica (Ricerca Corrente e Ricerca Finalizzata o Ricerca a Progetto)
2. la produzione scientifica (pubblicazioni scientifiche, valore dell'Impact Factor)
3. l'attività di studio e sperimentazione clinica sui pazienti che afferiscono all'Istituto secondo le indicazioni della Commissione Nazionale per la Ricerca Sanitaria (CNRS), in coerenza con quanto riportato nel Piano Nazionale Ricerca Sanitaria.

RICERCA CORRENTE

E' l'attività di ricerca scientifica diretta a sviluppare nel tempo le conoscenze fondamentali in settori specifici della biomedicina e della sanità pubblica.

RICERCA A PROGETTO

Quella attuata attraverso specifici bandi diretti al raggiungimento di particolari e prioritari obiettivi biomedici e sanitari, individuati dai Piano Sanitario Regionale e Piano Sanitario Nazionale, da enti ed istituzioni internazionali. Può svilupparsi anche attraverso l'effettuazione di ricerche su commissione o sponsorizzate.



La progettualità scientifica

Sin dal 2013 è stata avviata l'implementazione dell'attuale programma triennale per la ricerca corrente istituzionale per il periodo 2013-2015 e prorogato al 2016, volto in particolare ad enfatizzare la traslationalità della ricerca tra scienze sociali e mediche, tra ricerca biomedica e clinica nello studio dei processi di invecchiamento, delle patologie età correlate e dei problemi e bisogni dell'anziano: nel 2016 è proseguita pertanto la gestione di 70 progetti suddivisi nelle quattro linee di ricerca.

Le attività di rilevanza scientifica istituzionale per l'anno 2016 sono state condotte da 88 ricercatori tra personale dipendente e ricercatori a contratto - completamente o parzialmente dedicati all'attività scientifica. In particolare, hanno operato nell'Istituto 33 ricercatori a tempo pieno e indeterminato (full time) e 55 professionisti che - nei diversi ruoli - hanno contribuito alla produzione scientifica, risultando autori di pubblicazioni e contribuendo all'Impact Factor Ministeriale (IFM) globale istituzionale.

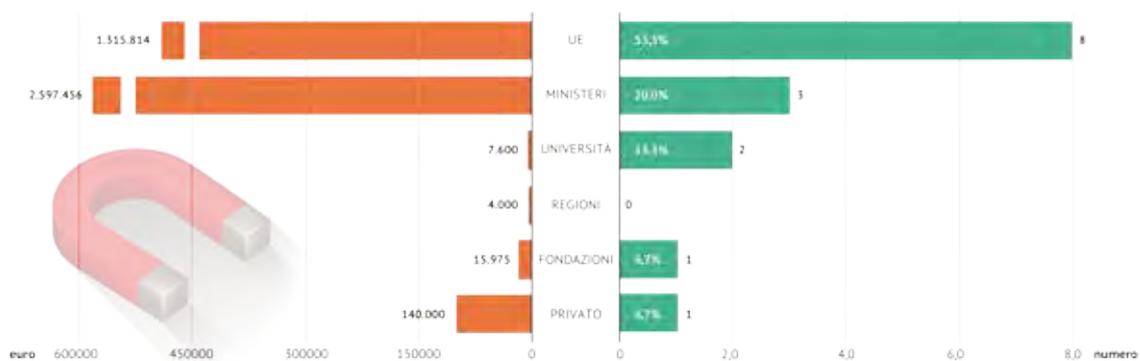
Tabella 44 - Numero progetti ricerca corrente attivati e gestiti nel triennio 2014-2016

LINEA	1	→	n. PROGETTI	17
LINEA	2	→	n. PROGETTI	25
LINEA	3	→	n. PROGETTI	9
LINEA	4	→	n. PROGETTI	18

Fonte: ns elaborazione su dati Workflow della ricerca - Ministero della salute

La classificazione dei progetti di ricerca per soggetto finanziatore consente, invece, di misurare la capacità dell'Istituto di attrarre risorse e l'afflusso di denaro concesso per struttura promotrice o sostenitrice di progetti di ricerca. I pesi tra i diversi finanziatori possono cambiare di anno in anno ed è per questo che si ritiene opportuno offrire di seguito una visione globale relativa a tutti i progetti attivati nel corso del 2016.

Figura 56 - Capacità di attrarre risorse



Dati espressi in migliaia di Euro

In termini di valore economico si vuole confermare la rilevanza dei finanziamenti dell'Unione Europea. Anche il Ministero della Salute ha un peso rilevante nella raccolta fondi dell'Istituto ed ha finanziato un progetto di rete, uno finalizzato e uno con ricercatore straniero. Nella sezione che segue vengono illustrati alcuni dei progetti più rilevanti gestiti nel 2016:



Il progetto europeo **APPS FOR CARERS** è finanziato nell'ambito del programma Erasmus Plus. Il progetto, che vede coinvolti partner di 5 paesi, ha l'obiettivo di sviluppare una "libreria" contenente le principali applicazioni e siti web in versione mobile disponibili sul mercato e che offrono risorse e servizi a supporto dei caregivers. La nuova app verrà prodotta in inglese e nelle 4 lingue dei partner del progetto (italiano, portoghese, greco, svedese) e saranno implementati strumenti e metodi affinché i caregiver possano scegliere ed usare in modo appropriato le risorse a loro dedicate.



Il progetto europeo **BE THE CHANGE** (Boosting entrepreneurship through intergenerational exchange”) è coordinato dall'IRCCS-INRCA ed è finanziato nell'ambito del programma Erasmus Plus KA2-ADULT EDUCATION 2016. Il progetto è rivolto ad imprenditori maturi con più di 50 anni (i cosiddetti senior) e a giovani disoccupati che sono fuori dai circuiti formali della formazione (i cosiddetti NEETs) e ha l'obiettivo di produrre delle Linee Guida Europee per la validazione di competenze acquisite in ambiti formativi non-formali e informali, sul modello di quelle già esistenti nell'ambito della formazione formale (scolastica e universitaria), con lo scopo di rendere le competenze acquisite maggiormente spendibili nel mondo del lavoro. Il progetto vedrà collaborare l'istituto con altri partner in Germania, Ungheria, Slovenia e Malta.

GOOD “Geriatric Outcomes among Older type 2 Diabetic patients treated with Dpp4-inhibitors or glinides” è un progetto finanziato dal Ministero della Salute (Progetto di Rete Bando Ricerca finalizzata 2013) che ha l'obiettivo di valutare gli outcomes di tipo geriatrico in 450 pazienti anziani affetti da diabete ed in trattamento farmacologico. Verranno analizzati il controllo metabolico, lo stress infiammatorio e ossidativo; sarà effettuata la valutazione della sarcopenia e dei parametri relativi a massa muscolare, forza muscolare e prestazioni fisiche oggettive, utilizzando il test SPPB (short physical performance battery) e saranno studiate le performance cognitive.



Il progetto **HOME4DEM - HOME-based ICT solutions FOR the independent living of people with DEMentia and their caregivers** - è stato finanziato all'interno del programma europeo AAL-Active and Assisted Living e coordinato dall'IRCCS INRCA.

Fortemente orientato al mercato, il progetto, che si avvale della collaborazione di 8 partner in 4 Paesi europei (Svezia, Norvegia, Italia e Svizzera), si pone l'obiettivo di affrontare la sfida della cura della demenza, malattia con un impatto sociale ed economico notevole per le società industrializzate, attraverso la diffusione su larga scala nel mercato di una piattaforma ICT innovativa che consenta alle persone affette da demenza di vivere a casa in modo indipendente e di mantenere una vita sociale attiva, migliorando così la qualità della loro vita e quella dei loro caregiver. In particolare il progetto prevede la sperimentazione, la validazione e la commercializzazione di un prodotto modulare installabile direttamente nelle abitazioni private

DEMENTia and their caregivers - è stato finanziato all'interno del programma europeo AAL-Active and Assisted Living e coordinato dall'IRCCS INRCA.

Fortemente orientato al mercato, il progetto, che si avvale della collaborazione di 8 partner in 4 Paesi europei (Svezia, Norvegia, Italia e Svizzera), si pone l'obiettivo di affrontare la sfida della cura della demenza, malattia con un impatto sociale ed economico notevole per le società industrializzate, attraverso la diffusione su larga scala nel mercato di una piattaforma ICT innovativa che consenta alle persone affette da demenza di vivere a casa in modo indipendente e di mantenere una vita sociale attiva, migliorando così la qualità della loro vita e quella dei loro caregiver. In particolare il progetto prevede la sperimentazione, la validazione e la commercializzazione di un prodotto modulare installabile direttamente nelle abitazioni private.



Il Progetto **INNOVAGE** è stato finanziato dalla Commissione Europea e si pone l'obiettivo di sviluppare e testare nuove innovazioni sociali per migliorare il benessere e la qualità della vita degli anziani. Il progetto si prefigge lo scopo di

collegare insieme il settore pubblico e privato, il terzo settore, gli utenti e gli stakeholder, in modo da sviluppare strategie adeguate e condivise al miglioramento delle condizioni degli anziani. Inoltre all'interno di questo progetto è stata sviluppata l'innovativa piattaforma web InformCare progettata per aiutare i “caregiver” familiari di parenti anziani non autosufficienti.



Il progetto **Longevità attiva in ambito rurale**, avviato in collaborazione con la Regione Marche e le imprese rurali, consiste in una sperimentazione di servizi a supporto della “longevità attiva” che vede nell'impresa rurale un centro di aggregazione ed un luogo ideale per invecchiare in salute. Le attività collettive

svolte in campagna stimolano la vitalità e il benessere degli anziani dando così vita a nuovi modelli di welfare e assistenziali che rispondono anche alle esigenze di cura e inclusione sociale. Il progetto si prefigge di raggiungere questi obiettivi creando iniziative di scambio e incontro tra generazioni,



promuovendo l'adozione di stili di vita sani, attivando laboratori per la mente, costruendo reti sociali stabili, programmando interventi di animazione sociale in azienda allo scopo di favorire la partecipazione alla vita di comunità.



Il progetto **SCOPE - Screening for Chronic Kidney Disease (CKD) among older People across Europe** - coordinato dall'IRCCS INRCA e finanziato all'interno del Programma Horizon2020 (PHC6-2014), vede la collaborazione di 8 partner afferenti a 6 Paesi europei (Svezia, Olanda, Germania, Polonia, Austria, Spagna) e Israele. L'obiettivo principale del progetto SCOPE è quello di valutare per la prima volta un programma di screening per la malattia renale cronica su larga scala nella popolazione europea con più di 75 anni, creando anche un ampio database osservazionale che include una popolazione di 2.350 anziani arruolati in uno studio multinazionale, multidisciplinare, prospettico e con un follow-up di due anni. Il progetto cercherà di stabilire se e in che misura gli attuali metodi di screening disponibili sono in grado di identificare le persone anziane a rischio di un peggioramento della funzionalità renale: inoltre fornirà indicazioni utili ad informare i decisori pubblici circa i benefici ed i costi dei programmi di screening e di prevenzione della malattia renale cronica e contribuirà alla creazione di un modello di screening per questa condizione nell'anziano.



Il progetto **Senior Social Entrepreneurship** finanziato dall'Unione Europea (Programma Erasmus Plus) condotto in sei Paesi (coordinato dal Comune di Aarhus, Danimarca) si basa sui concetti di innovazione sociale e imprenditoria sociale. Lo scopo principale è quello di orientare e sviluppare le capacità delle persone mature affinché esse possano creare, come mediatori (brokers), azioni innovative coordinate tra diversi stakeholders per rispondere ai bisogni sociali individuati nella comunità locale (senior brokering). Si tratta di coinvolgere dei seniors, portatori di determinate conoscenze/esperienze, in sei comunità locali europee: una in Danimarca, una in Spagna, una in Bulgaria, una in Inghilterra e due in Francia. Il loro compito, supportati dai partner locali del progetto è quello di individuare determinati problemi sociali, identificare una soluzione innovativa per tali problemi e perseguirla attraverso uno spirito imprenditoriale, coinvolgendo stakeholder locali.



Il progetto **"Empowering patients by professional STress Avoidance and Recovery Services - STARS"** finanziato dall'Unione Europea vede la partecipazione dell'IRCCS-INRCA tra i 6 partner europei coinvolti. L'obiettivo principale del progetto è promuovere la partecipazione attiva e l'auto-gestione attiva dei pazienti chirurgici, tramite l'utilizzo di una nuova tecnologia che contribuirà a fornire soluzioni per risolvere il problema clinico correlato alla misurazione e gestione dello stress, già in fase pre-clinica e anche dopo la dimissione dall'ospedale. Questo produrrà un aumento della qualità della vita dei pazienti e un miglioramento delle condizioni di lavoro degli operatori sanitari. Nella fase pre-clinica, al paziente sarà dato un dispositivo di comunicazione/formazione che lo aiuterà a prepararsi all'intervento clinico, a comunicare con l'equipe, a valutare alcuni parametri connessi con lo stress. Durante la fase clinica il dispositivo dovrebbe integrare sia una funzione di navigazione in ospedale, come funzione calendario interattivo, sia per comunicare con gli operatori, sia per valutare alcuni parametri, al fine di responsabilizzare i pazienti verso la propria salute. Infine, lo stesso dispositivo di comunicazione/formazione sosterrà i pazienti nella fase post-clinica, al fine di accelerare la riabilitazione.



Il progetto **SPRINTT - Sarcopenia and physical frailty in older people: multi-component treatment strategies** - finanziato dalla Commissione Europea e dall'Innovative Medicine Initiative dell'UE e coordinato dall'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, vede la partecipazione dell'IRCCS-INRCA tra i 18 partners coinvolti. Il progetto SPRINTT ha due obiettivi principali: a) fornire una definizione scientificamente valida e clinicamente rilevante di fragilità fisica e sarcopenia (perdita di massa muscolare e forza) per consentire una chiara e obiettiva identificazione degli anziani affetti da questa condizione; b) la conduzione di uno studio clinico volto a testare su 1.500 ultrasessantenni fragili di tutta Europa gli effetti di un intervento multicomponente (basato su attività fisica, consulenza nutrizionale e tecnologie innovative) rispetto ad un programma educativo sanitario per la prevenzione della disabilità motoria e della sarcopenia nell'anziano.



Il progetto **ReportAGE** nasce all'IRCCS INRCA nel 2008 con l'obiettivo primario di creare una banca dati in grado di mettere in relazione i dati clinici, sanitari, biologici, genetici e sociali inerenti i pazienti anziani ricoverati presso i diversi Presidi Ospedalieri di Ricerca dell'Istituto. La base dati ReportAGE è basata sull'utilizzo sistematico della valutazione multidimensionale geriatrica tramite strumento MDS-AC ed è in grado di fornire misure di outcome clinici in tempo reale, nonché dati relativi al consumo di risorse e ad altri esiti del processo di cura. Le aree strategiche di implementazione o Working Package includono: WP1. Valutazione Multidimensionale, WP2. Definizione, sviluppo ed integrazione degli strumenti di raccolta dei dati, WP3. Banca Biologica e WP4. Architettura tecnologica - ed al loro sviluppo hanno contribuito sia risorse istituzionali intramurali che progetti finanziati con fondi pubblici e privati, tra i quali in particolare evidenza per il 2016:

Il progetto **ReportAGE: Predittori molecolari e clinici della fragilità nella popolazione anziana ospedalizzata**, finanziato dalla Regione Marche nell'ambito dei Progetti Speciali di Competenza Regionale del 2014, ha riguardato la conduzione di un'analisi descrittivo-epidemiologica dello stato di salute della popolazione di anziani ospedalizzati afferenti ai diversi Presidi dell'IRCCS INRCA

Il progetto **ReportAGE: clinical and biological predictors of physical function decline in older patients with chronic cardiovascular diseases**, finanziato dal Ministero della Salute nell'ambito del Bando Ricerca Finalizzata e Giovani Ricercatori 2013, si propone di studiare come la valutazione della performance fisica ed il ruolo dei parametri clinici e biologici legati alla fragilità possano essere importanti nel predire il declino della funzionalità fisica e gli esiti negativi, come l'ospedalizzazione e la mortalità in un campione di anziani con malattie cardiovascolari

Il progetto **Cartella Clinica Elettronica**, co-finanziato dalla Fondazione Cariverona e supportato da finanziamenti del Ministero della Salute dedicati alle infrastrutture, sta sviluppando un sistema di informatizzazione dei processi clinici dei presidi ospedalieri e di ricerca dell'INRCA con l'introduzione della cartella clinica elettronica con un'ottica multidisciplinare all'interno di un'organizzazione sanitaria per le attività di diagnosi, cura e ricerca e facendo riferimento anche a buone pratiche di metodologie di riorganizzazione per processi ed a strumenti e standard di rappresentazione, strutturazione ed automazione dei processi

Il progetto **BloGER - Creazione di una BioBanca per la diagnosi, la ricerca e l'assistenza del paziente geriatrico oncologico** è un progetto co-finanziato dalla Fondazione Cariverona per la creazione presso l'Istituto di una Biobanca per la raccolta, la conservazione e la distribuzione di materiale biologico umano e dei dati associati, relativa a pazienti anziani, in particolare ai pazienti geriatrici affetti da patologie oncologiche, che afferiscono alle strutture dell'Istituto

La produzione scientifica

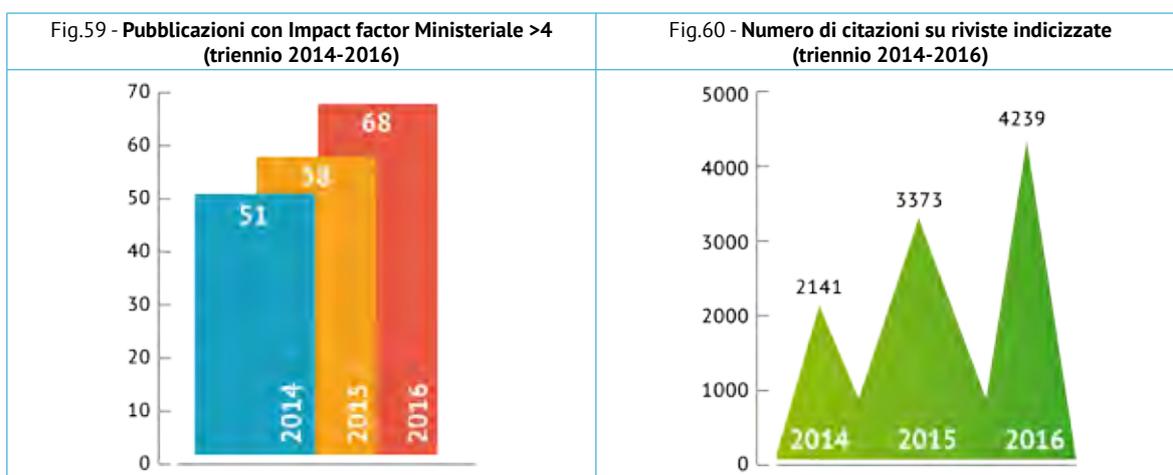
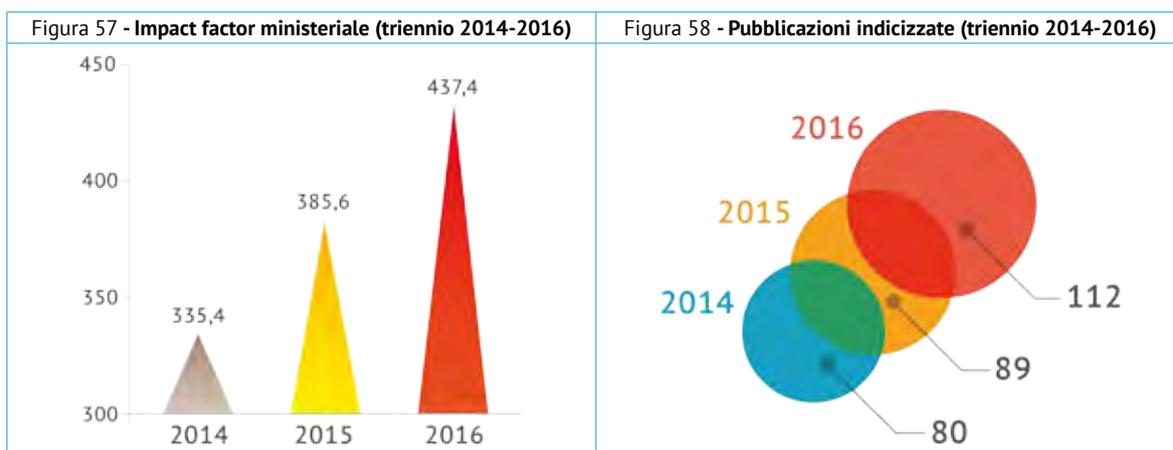
La progettualità scientifica ha dato luogo nel corso del 2016 ad un rilevante progresso nella produzione scientifica, particolarmente in termini di qualità, di impatto scientifico e di rispetto dei criteri di valutazione adottati dal Ministero della Salute per la ripartizione dei finanziamenti tra gli IRCCS. Ci si riferisce in particolare alla riorganizzazione globale della politica per la produzione scientifica - in termini di articoli e pubblicazioni diverse - implementando una continua selezione e verifica dell'attinenza delle diverse tematiche studiate e della loro rilevanza nell'ambito geriatrico-gerontologico e considerando il ruolo primario dei ricercatori afferenti all'Istituto.



IMPACT FACTOR o Fattore di impatto: indice sintetico che valuta la rilevanza della pubblicazione misurando il numero medio di citazioni ricevute in un periodo definito da articoli pubblicati in una rivista scientifica.



Nei grafici a seguire si riportano i dati relativi alla produzione scientifica nel triennio 2014-2016.



Come mostrato in Fig.57, nel 2016 si è evidenziato un significativo aumento del valore di Impact Factor Ministeriale (IFM o IF normalizzato secondo i criteri ministeriali, riconosciuto come criterio di valutazione dal Ministero della Salute) accompagnato da un aumento sostanziale del peso qualitativo della produzione scientifica e dall'aumento del numero di pubblicazioni su prestigiose riviste nazionali ed internazionali con Impact Factor più elevato (Fig.58, Fig.59). Sono incrementate anche le citazioni - ovvero diffusione e riconoscimento - che articoli e pubblicazioni dell'Istituto hanno ricevuto nell'ambito di riferimento (Fig.60). Questo risultato nel corso del 2016 è il frutto della produzione scientifica sostenuta in tutte le quattro linee di ricerca come illustrato nella tabella seguente:

Tabella 45 - **Produzione scientifica per linee di ricerca 2014-2016**

	2016		2015		2014	
	N° articoli	IFM	N° articoli	IFM	N° articoli	IFM
Linea di Ricerca 1	27	134	20	93	21	93
Linea di Ricerca 2	38	154,20	30	136,40	26	109,4
Linea di Ricerca 3	23	69	20	95,20	20	89
Linea di Ricerca 4	24	80,20	19	61	13	44

Il risultato globale della produzione scientifica è principalmente legato ad un approccio basato su azioni volte a coordinare ed integrare l'attività scientifica sia all'interno delle quattro linee di ricerca sia all'interno delle diverse articolazioni organizzative ovvero le Sedi dei Presidi Ospedalieri di Ricerca o le strutture Dipartimentali. Si riportano di seguito alcune tabelle generali di presentazione dei risultati della produzione scientifica in modalità aggregata per: Sede/POR, Dipartimento, Direzione Scientifica / PST / Staff. Tali dati rappresentano il contributo delle singole strutture al valore complessivo di IFM raggiunto dall'Istituto, considerando però che a ciascuna pubblicazione possono avere partecipato e contribuito ricercatori afferenti a strutture diverse (ad es. un ricercatore del PST, ricercatori clinici appartenenti a POR diversi, un ricercatore dello staff) nella logica perseguita del lavoro di team intra-aziendale.



Tabella 46 - Impact Factor per Sede 2014-2016

	2016	2015	2014
SEDE DI ANCONA	421.20	380	305,2
POR DI FERMO	25.20	16,2	5,8
POR DI CASATENOVO	4	3	4
POR DI COSENZA	35.20	61	69

Tabella 47 - Impact Factor per Dipartimento 2014-2016

	2016	2015	2014
Post Acuzie Continuità dell'Assistenza - Ancona	66	45	46
Geriatrico ad Indirizzo Medico - Ancona	173.7	222,40	162,40
Geriatrico ad Indirizzo Chirurgico - Ancona	81.0	34	16
Servizi, Laboratori Clinici e di Ricerca - Ancona	83.5	43	45
Geriatrico Riabilitativo ad Indirizzo Cardio-Cerebro Vascolare - Fermo	25.2	16,2	5,8
Geriatrico Riabilitativo ad Indirizzo Pneumologico - Casatenovo	4	3	4
Geriatrico Riabilitativo ad Indirizzo Cardiovascolare - Cosenza	35.20	61	69
Direzione Scientifica e Centro Servizi di Staff	97.0	207,0	94,4

L'analisi globale dei risultati della produzione scientifica conferma per il 2016 quindi un sostanziale miglioramento degli indicatori di performance in termini di IFM e di contributo delle singole strutture e dei singoli professionisti dell'Istituto.

L'attività di studio e sperimentazione clinica

L'attività di ricerca e la produzione scientifica istituzionale si estrinsecano inoltre in studi e sperimentazioni cliniche, sviluppati all'interno dell'Istituto o commissionati da sponsor esterni, condotti nelle diverse Sedi dopo aver ottenuto l'approvazione da parte del Comitato Etico.

Nella successiva tabella sono riportati i principali indicatori globali in termini di nuovi studi approvati, studi attivi e numerosità dei pazienti arruolati, mentre nelle figure successive vengono illustrate le principali caratteristiche (tipologia di studio e di sponsor) per gli studi e le sperimentazioni approvati nell'anno di riferimento. Per quanto riguarda il dato relativo al 2014 ed al 2015 si evidenzia come l'operatività del Comitato Etico sia stata temporalmente limitata nel periodo indicato e legata alla fase di riordino dei Comitati Etici stessi. Infatti, il Comitato Etico IRCCS INRCA è stato di fatto operativo all'interno dell'Istituto fino a luglio 2014, avendo in seguito trasferito le proprie competenze all'unico Comitato Etico Regionale (CER) istituito dalla Regione Marche con DGR n.1104 del 29 settembre 2014. Il CER è stato formalmente costituito nell'ottobre 2014 e reso operativo a partire dalla primavera del 2015 e ha continuato le sue attività di riferimento per l'IRCCS-INRCA per tutto il 2016. In questo stesso anno sono state avviate le procedure di costituzione del Comitato Etico INRCA di riferimento per tutte le sedi dell'istituto che si è formalmente insediato nel giugno 2017.

Tabella 48 - Studi approvati, studi attivi e numerosità dei pazienti arruolati

	2014	2015	2016
n. studi approvati	8	7	7
n. studi Attivi	50	41	31
n. pazienti arruolati	1501	991	1708

Fonte dati: Ufficio Ricerca Clinica



Tabella 49 - Studi e sperimentazioni cliniche - tipologia studio 2014-2016				Tabella 50 - Studi e sperimentazioni cliniche - Tipo di sponsor 2014-2016			
	2014	2015	2016		2014	2015	2016
Studi interventistici farmacologici	4	4	2	Azienda Farmaceutica	4	5	3
Studi interventistici non farmacologici	1	2	-	INRCA	2	-	3
Studi osservazionali	3	1	5	Altri Enti di Ricerca	2	2	1

Fonte dati: Ufficio Ricerca Clinica

Integrazione tra l'attività scientifica e Sistema Qualità

Nel corso degli ultimi anni l'IRCCS INRCA ha avviato al proprio interno un percorso finalizzato al sempre maggiore coinvolgimento di tutti i professionisti inseriti a diversi livelli di responsabilità all'interno dell'Istituto perseguendo un duplice obiettivo. Da un lato, il raggiungimento di una maggiore integrazione tra le attività assistenziali e di ricerca, nella precisa convinzione che la qualità della ricerca proviene da una forte partecipazione ed integrazione; dall'altro l'Istituto viene posto nelle migliori condizioni per la conquista di un ruolo sempre più importante nel contesto scientifico. Il secondo obiettivo è fortemente collegato con il primo: quanto più, infatti, i processi di ricerca sono monitorati e sottoposti a valutazione scrupolosa all'interno dell'Istituto, tanto più l'INRCA riuscirà ad accreditarsi all'interno della comunità scientifica nazionale ed internazionale. Partendo da questa analisi di contesto, la Direzione Scientifica ha realizzato e implementato un modello di valutazione e monitoraggio dell'attività di ricerca - individuando una serie di indicatori basati sui criteri ministeriali - ad esclusivo uso interno di autovalutazione ed inserito nel Sistema di Gestione della Qualità.

A tale scopo sono stati individuati due macro-obiettivi, uno relativo alla produttività scientifica e alla capacità di attrarre risorse, l'altro relativo alla capacità di operare in rete e alla qualità dell'attività di ricerca. Nell'ambito di ciascun macro-obiettivo, sono stati definiti e descritti gli obiettivi specifici e ad ognuno di questi assegnato un peso $\geq 10\%$ per un totale complessivo del 100%. Per l'assegnazione dei pesi ai singoli obiettivi si è scelto di fare riferimento ai criteri adottati dal Ministero della Salute per la valutazione e il finanziamento degli IRCCS. Per ogni obiettivo è stato individuato l'indicatore di misura e il relativo valore target di raggiungimento dell'obiettivo stesso.

Di seguito sono riportate, per ogni macro-obiettivo, la tabella descrittiva degli obiettivi specifici e degli indicatori dell'ultimo triennio (Tab.51 e Tab.52).

Tabella 51 - Macro-obiettivo "Produttività Scientifica e capacità di attrarre risorse": confronto dei valori degli indicatori per il triennio 2014-2016

Macro Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Peso	Valore		
				2014	2015	2016
Produttività Scientifica e capacità di attrarre risorse	Produzione scientifica istituto (pubb. indicizzate nell'anno di riferimento)	N. Pubblicazioni con IF	20	80	89	112
		Target 80				
	Produzione scientifica istituto (Impact Factor Ministeriale nell'anno di riferimento)	IFM	30	335	386	437
		Target 350				
Impatto dell'attività scientifica dell'Istituto (citazioni totali nell'anno di riferimento)	N.Citazioni	25	2141	3373	4239	
	Target 1500					
Capacità di attrarre risorse (finanziamenti pubb. e privati nell'anno di riferimento)	N° Progetti finanziati	25	17	18	8	
	Target 15					
Totale Peso			100			

Modello: basato sui criteri ministeriali ad esclusivo uso interno di autovalutazione inserito nel sistema di certificazione di qualità

L'analisi di confronto tra i valori dei singoli indicatori 2016 vs 2015 e 2014 mostra che, nell'anno di riferimento, la produzione scientifica, sia in termini di IFM sia di numero di pubblicazioni indicizzate, è aumentata rispetto al 2015 con un incremento di circa il 12% per il valore dell'IFM rispetto al dato del 2015, mentre è diminuita la capacità di attrarre risorse in termini di finanziamenti pubblici e privati. Risulta progressivamente aumentato nel triennio il numero di citazioni.



Tabella 52 - Macro-obiettivo “Produttività Scientifica e capacità di operare in rete e qualità dell’attività di ricerca”: confronto dei valori degli indicatori per il triennio 2014-2016

Macro Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Peso	Valore		
				2014	2015	2016
Capacità di operare in rete e qualità dell’attività di ricerca scientifica	Gestione della progettazione e pianificazione	N.Approval form/Tot progetti di ricerca finanziati (%)	30	70	70	87
		Target 90				
	Capacità Innovativa	N.Nuovi Studi clinici	15	8	7	7
		Target 5				
	Capacità di operare in rete (sperimentazione clinica indipendente)	N° Nuovi Studi clinici con sponsor istituzionali/Tot Nuovi Studi Clinici (%)	15	50	30	43
		Target 50				
	Capacità di operare in rete (sperimentazione animale)	N° Collaborazioni Scientifiche con Enti pubblici e privati	15	8	8	10
		Target 5				
	Capacità di risposta del SASA	N° di animali forniti dal SASA/ Totale degli animali richiesti (%)	25	98	98	98
		Target 90				
Totale Peso			100			

Macro-obiettivo “Capacità di operare in rete e qualità dell’attività di ricerca scientifica”: confronto dei valori degli indicatori per il triennio 2014-2016.

In relazione al macro-obiettivo “Capacità di operare in rete e qualità dell’attività di ricerca scientifica”, nel 2016, il valore dell’indicatore, espressione del rispetto dei regolamenti e delle procedure d’Istituto nella gestione della progettazione, è risultato aumentato rispetto al biennio 2014-2015 (87.5%), pur non essendo stato ancora raggiunto il valore target di riferimento. Il numero di nuovi studi clinici avviati nel 2016 è risultato superiore al valore soglia di riferimento e stabile rispetto al biennio precedente, mentre risulta aumentato il numero di collaborazioni scientifiche dell’Istituto nell’ambito della sperimentazione animale. L’indicatore relativo alla capacità di operare in rete nell’area della ricerca clinica indipendente è risultato inferiore al valore atteso, mentre si conserva stabile l’aumento per l’indicatore “capacità di risposta del SASA (Servizio di Allevamento e Sperimentazione Animale)”, inteso come numero di animali forniti sul totale dei richiesti.

Le numerose partnership con centri di ricerca nazionali ed interna-zionali che sono state attivate hanno consentito di ottenere finanziamenti pubblici - Comunità Europea, Ricerca Finalizzata Ministero della Salute, progetti finanziati da altri ministeri o a livello regionale - e privati - fondazioni bancarie e industrie - per l’attivazione e la realizzazione di progetti di ricerca di grande rilievo. Ciò ha consentito di controbilanciare la progressiva riduzione dei finanziamenti ministeriali per la Ricerca Corrente (RC) mediante fondi a progetto (Ricerca a Progetto - RP) il cui valore globale nel 2016, pari a 1.39 milioni di euro, inferiore a quello dei 3.6 milioni di euro per i 17 progetti finanziati nel 2015, non tiene conto del fatto che per alcuni dei progetti presentati nell’anno di riferimento, l’istituto è al momento in attesa di conoscere gli esiti della valutazione da parte degli enti finanziatori. Inoltre, va sottolineato che il risultato di produzione è dato da un mix di attività scientifica più complesso. L’ottimizzazione delle risorse umane, a fronte di una contrazione del finanziamento ministeriale, ha determinato, infatti, un impegno sia nell’implementazione e conduzione di studi che nella stesura di pubblicazioni per attività progettuali finanziate negli anni precedenti.

Nel settore della sperimentazione animale, l’aumento delle collaborazioni scientifiche con partner esterni è stato accompagnato da una produzione scientifica cui ha partecipato il Servizio di Allevamento e Sperimentazione Animale (SASA), presente all’interno dell’Istituto. In alcuni casi la collaborazione ha portato a dei veri e propri contributi economici finalizzati allo svolgimento di tirocini e formazione (Convenzione in data 27 Giugno 2016; Det. N. 224 del 19/06/2015, univ degli studi di Modena e Reggio Emilia) o alla realizzazione di un progetto specifico che preveda animali da laboratorio (Det. N.1 del 27/01/2016, Univ degli studi di Brescia), in altri casi la collaborazione ha portato alla progettazione comune, per esempio alla partecipazione a bandi di ricerca che hanno ottenuto finanziamento come nel caso del Progetto MAYBE “Multicomponent Analysis of physical frailty Biomarkers: focus on mitochondrial health”, finanziato da Fondazione Cariplo.



Servizi di supporto alla ricerca

Servizio di Allevamento e Sperimentazione Animale (SASA)

Il Servizio offre agli utenti l'opportunità di utilizzare per fini di ricerca gli animali ivi allevati e, nei limiti delle disponibilità, di usufruire delle strutture ed apparecchiature presenti e di ottenere consulenza scientifico - tecnico - veterinaria del personale operante. La struttura sita a Castelferretti prevede un'unità di allevamento e riproduzione di topi e ratti in ambiente Specific Pathogen Free (SPF) ed un'unità per la sperimentazione animale, con sala operatoria e spazi dedicati. La sua unicità è rappresentata dall'allevare piccoli roditori (attualmente 500 ratti e 3500 topi), utilizzati per fini sperimentali, fino all'invecchiamento. Gli animali vengono mantenuti in uno stabulario di ultima generazione, coerentemente a quanto previsto dalla normativa sulla sperimentazione animale (DLg 4 Marzo 2014, n.26; Attuazione della direttiva 2010/63/UE sulla protezione degli animali utilizzati ai fini scientifici). Per assicurare il mantenimento di condizioni ambientali idonee per l'allevamento degli animali, il SASA, nell'ambito della certificazione di qualità dell'Istituto, ha adottato procedure in linea con quanto previsto dalle raccomandazioni "Federation of European Laboratory Animal Science Associations" (FELASA) atte a garantire che l'impiego degli animali a fini sperimentali avvenga nel rispetto degli stessi e in accordo con le buone pratiche di laboratorio. Con determina del Direttore Generale dell'INRCA (det/DG 126 del 28 Maggio 2014) e in conformità alla normativa vigente, è stato istituito l'Organismo Preposto al Benessere Animale, che ha tra le sue finalità quella di valutare, dal punto di vista etico e scientifico, condizioni e modalità di impiego degli animali che garantiscano loro rispetto, protezione e tutela. L'Organismo esamina i progetti di ricerca che implicano l'utilizzo di animali, prima del loro invio al Ministero della Salute; l'acquisizione di un suo parere favorevole è indispensabile per poter ospitare gli animali da esperimento nelle strutture di stabulazione del SASA. Il 2016 è stato un anno particolarmente produttivo per il comitato del benessere animale che ha emesso diverse valutazioni etico-tecnico scientifiche sui progetti di sperimentazione animale finalizzate alla sottomissione degli stessi nella piattaforma ministeriale per la successiva approvazione e autorizzazione alla sperimentazione. Nel 2016 sono stati sottomessi 12 progetti, di cui 10 approvati, 1 in attesa di parere, e 1 rifiutato.

Laboratorio di Crioconservazione

Il Laboratorio di Crioconservazione attualmente presente al Polo Scientifico Tecnologico della Sede INRCA di Ancona rappresenta una struttura organizzativa che permette una precisa e veloce comunicazione fra il personale clinico e di ricerca, con indicazioni precise sulle quantità, catalogazione, modalità di raccolta e processazione dei campioni biologici. Il Laboratorio ha pertanto il ruolo di conservare e processare campioni raccolti negli studi in corso al fine di massimizzare la quantità di informazioni ottenute per ogni campione, sia per scopi di ricerca che diagnostici.

La conservazione di campioni a medio - lungo termine viene effettuata per vari scopi:

1. Progetti di ricerca
2. Studi clinici
3. Banking per le Unità Operative interne dell'istituto
4. Campioni diagnostici da conservare obbligatoriamente

I materiali biologici vengono conservati e catalogati, tutti accompagnati da consenso informato. L'accesso alle aree è ristretto al solo personale autorizzato. Sono inoltre attivi rigorosi protocolli e procedure per la raccolta, la processazione, la conservazione, e lo smaltimento del materiale biologico, in linea con la recente normativa.

Tipologia del materiale conservato: sangue intero, plasma, siero, granulociti, eritrociti, linfociti, PBMC, pellet di piastrine, cellule CD14 selezionate, RNA e cDNA da linfociti.

Numero di campioni conservati: 39.389 (alla fine del 2016)

Numero di pazienti: 3.980 (alla fine del 2016)

Numero di campioni raccolti ogni anno: 7.470 (2013); 10.310 (2014); 5.750 (2015); 12.762 (2016)

Numero campioni distribuiti ogni anno (media degli ultimi 3 anni): 1.569

Biblioteca e Centro per la Documentazione Scientifica

La Biblioteca Scientifica dell'IRCCS INRCA, istituita all'inizio degli anni '70 per rispondere alle esigenze di informazione e di aggiornamento dei ricercatori e degli operatori sanitari dell'Istituto, nella sua sede presso il POR di Ancona, ha sviluppato la sua dotazione attuale di riviste e volumi, con specializzazione nel settore dell'invecchiamento, delle scienze biomediche, socio-economiche e statistiche. La Biblioteca possiede sulle aree specifiche oltre 5000 volumi e grazie all'appartenenza istituzionale al sistema BIBLIOSAN - network di biblioteche istituito dal Ministero della Salute - attualmente viene garantito



agli utenti l'accesso a oltre 15.000 riviste e sistemi di banche dati accessibili tramite *Publication Finder*: il *Catalogo Bibliosan online delle risorse elettroniche*, a cui è possibile accedere da tutte le sedi dell'Istituto, tramite un collegamento Intranet Aziendale. Sono disponibili agli utenti sistemi e software per valutazioni bibliometriche e sistemi per la gestione.

Le risorse disponibili sia all'interno che dal sistema BIBLIOSAN sono continuamente integrate da riviste e volumi specifici per il settore geriatrico-gerontologico - seguendo una politica di gestione e di nuove acquisizioni, per quanto possibile, in formato elettronico/online - e sono largamente utilizzate dai diversi utenti e ricercatori nell'Istituto: nel corso del 2016 sono state effettuate oltre 19.000 consultazioni di pubblicazioni scientifiche e sono state attivate circa 6.000 sessioni o *queries* all'interno delle banche dati disponibili a sistema. L'appartenenza e l'integrazione dell'Istituto anche ad altre reti nazionali di servizi librari (come i sistemi ACNP e NILDE), permettono di fornire ed accedere anche a servizi informativi e di scambio documentale allargando le potenzialità delle risorse disponibili: nel corso del 2016 sono stati attivati circa 700 richieste e scambi di pubblicazioni scientifiche.

Il finanziamento della ricerca

Il finanziamento delle attività di ricerca dell'INRCA ha visto l'affermarsi di un trend di progressivo incremento del "peso" dei finanziamenti della ricerca a progetto rispetto alla progressiva diminuzione del finanziamento della ricerca corrente. Nello stesso periodo si evidenzia una sempre maggior capacità di attrarre risorse in ambito europeo attraverso l'attivazione di partnership con numerosi centri di ricerca nazionali ed internazionali che hanno consentito di ottenere finanziamenti di grande rilievo.

In particolare, sono stati ottenuti finanziamenti pubblici - Comunità Europea, Ricerca Finalizzata Ministero della Salute, progetti finanziati da altri ministeri o a livello regionale - e privati - fondazioni bancarie e industrie - per l'attivazione e la realizzazione di progetti di ricerca di grande rilievo. Ciò ha consentito di controbilanciare la progressiva riduzione dei finanziamenti ministeriali per la Ricerca Corrente (RC) mediante fondi a progetto (Ricerca a Progetto - RP) la cui entità si è mantenuta consistente nel corso del periodo di riferimento, come illustrato nella tabella seguente:

Tabella 53 - Finanziamento della ricerca

2016			2015			2014		
Nuovi progetti	RP (€)	RC (€)	Nuovi progetti	RP (€)	RC (€)	Nuovi progetti	RP (€)	RC (€)
14	4.073.245	1.434.506	18	1.517.030	1.889.377	18	3.100.218	1.704.109

L'esercizio 2016 ha fatto registrare un discreto numero di risorse messe a disposizione della ricerca finalizzata, essendo stati attivati progetti dall'importo di oltre 4 milioni di euro. Sono entrati 14 nuovi progetti che si sono aggiunti ad altri 53 avviati al 1 gennaio 2016 per cui complessivamente sono stati gestiti 67 progetti di ricerca, di cui 12 conclusi nell'anno in esame.





3^a
parte

**Impatto
Ambientale**



3^a parte

Impatto ambientale

Politiche di Smaltimento dei Rifiuti

Lo smaltimento dei rifiuti nelle strutture sanitarie riveste notevole importanza in ragione della diversità e complessità della composizione dei rifiuti prodotti e dei rischi potenziali che la loro manipolazione implica per la salute e la sicurezza degli operatori sanitari, dei pazienti e per l'ambiente.

Per la gestione dei rifiuti sanitari l'INRCA si avvale di ditte specializzate autorizzate al trasporto e allo smaltimento o recupero dei rifiuti prodotti. Presso l'Istituto i rifiuti vengono smaltiti secondo modalità operative che ne individuano diverse classi.

I Rifiuti Sanitari Pericolosi a Rischio Infettivo (CER 18.01.03), vengono raccolti nel doppio contenitore, composto da un sacco interno e contenitore rigido esterno di "COLORE NERO" da 60 lt. Sia il sacco interno che il contenitore esterno riportano la scritta "Rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo" ed il simbolo del rischio biologico.

Nella procedura aziendale viene esplicitato di:

- ▮ procedere con cautela alla chiusura del sacco con l'apposito laccio, facendo attenzione a non comprimere o toccare il contenuto;
- ▮ conservare i contenitori dei rifiuti pericolosi a rischio infettivo integri in ambienti asciutti e puliti.
- ▮ contenitori vengono ritirati quotidianamente dalle UO dal personale del servizio di Pulizia e Sanificazione.

Particolare attenzione viene posta, come richiesto dalla normativa vigente, sul corretto smaltimento di taglienti e pungenti.

Questi presidi medici (aghi, bisturi e taglienti) devono essere necessariamente introdotti negli appositi contenitori rigidi di "Colore Giallo" (AGO-BOX) riportante la scritta "Rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo taglienti e pungenti" ed il simbolo del rischio biologico. Una volta riempiti essi devono essere inseriti nei contenitori per i rifiuti pericolosi a rischio infettivo di "Colore nero".

Il contenitore per "taglienti e pungenti" deve essere collocato in una posizione opportuna, tale da garantire:

- ▮ la visibilità del contenitore: es. sufficiente illuminazione, assenza di ostacoli intermedi;
- ▮ la raggiungibilità da parte degli operatori: es. vanno evitate fasi di appoggio intermedie del rifiuto; la posizione deve essere il più vicino possibile al luogo dove i presidi taglienti sono utilizzati - carrello prelievi, medicazioni;
- ▮ la stabilità del contenitore: es. mantenimento della posizione verticale durante l'utilizzo.

Nella procedura è formalizzato il DIVIETO di:

- ▮ compiere qualsiasi operazione manuale sui rifiuti collocati all'interno dei contenitori (es. recupero oggetti);
- ▮ riaprire il contenitore una volta chiuso;
- ▮ incappucciare gli aghi prima di introdurli nel contenitore;
- ▮ lasciare contenitori aperti a disposizione per pazienti, parenti e personale non sanitario o tecnico in luoghi incustoditi;
- ▮ non travasare i rifiuti da un contenitore all'altro;
- ▮ non comprimere i rifiuti introdotti nel contenitore in alcun modo;
- ▮ non utilizzare i contenitori rotti o danneggiati.

L'eliminazione degli oggetti taglienti o pungenti, utilizzati nei confronti di qualsiasi paziente, deve avvenire con cautele idonee ad evitare punture o tagli accidentali. In particolare gli aghi, le lame di bisturi e gli altri strumenti acuminati o taglienti monouso non debbono essere rimossi dalle siringhe o da altri supporti né in alcun modo manipolati o re-incappucciati, ma riposti, per l'eliminazione, negli



appositi AGO BOX.

Il contenitore deve comunque essere chiuso temporaneamente a fine giornata in modo da evitare accidentalmente fuoriuscite di materiale. Prima della chiusura definitiva l'operatore deve accertarsi che non vi siano materiali pungenti o taglienti che fuoriescano impropriamente dalla bocca del contenitore.

Rifiuti prodotti durante l'assistenza domiciliare

Nell'art. 4 del DPR 254/03 viene disciplinata la gestione dei rifiuti pericolosi prodotti all'esterno della struttura sanitaria: "Nel caso in cui l'attività del personale sanitario delle strutture pubbliche e private che erogano le prestazioni all'esterno delle stesse, si considerano luogo di produzione dei rifiuti sanitari le strutture medesime. Il conferimento di tali rifiuti dal luogo in cui è stata effettuata la prestazione alla struttura sanitaria avviene sotto la responsabilità dell'operatore sanitario che ha fornito la prestazione in tempo utile". Questo significa che i rifiuti sanitari prodotti in strutture decentrate o durante l'assistenza domiciliare possono essere trasferiti dal personale sanitario rispettando sia i limiti quantitativi fissati per il trasporto in 30 kg o 30 L al giorno, sia i tempi utili per l'allontanamento degli stessi al fine dello smaltimento (massimo 5 giorni dalla produzione).

Rifiuti liquidi

Vengono utilizzate taniche da 20 e 5 litri, consegnate su richiesta dalla ditta addetta al servizio di pulizia e sanificazione dell'Istituto, che svolge il servizio di ritiro dei contenitori dei rifiuti.

Per migliorare la gestione dei rifiuti del Laboratorio di Analisi Chimico-Cliniche e Molecolari del POR di Ancona, dove vengono prodotte giornalmente numerose taniche di rifiuti liquidi derivanti dai reflui della strumentazione presente con la conseguente attività quotidiana di sostituzione delle taniche piene con altre vuote, al fine di ridurre anche l'attività di movimentazione manuale dei carichi, a seguito dell'installazione delle nuove attrezzature si è provveduto a collocare una cisterna esterna al laboratorio dove confluisce la maggior parte dei reflui degli strumenti. Si è così ridotto al minimo il conferimento e lo stazionamento di taniche nelle vicinanze degli strumenti. La ditta incaricata dello smaltimento provvede periodicamente a svuotare il serbatoio esterno.

Per questa tipologia di rifiuto è vietata qualsiasi forma di diluizione o miscelazione ad eccezione della produzione di rifiuti derivanti dall'unione di più sostanze durante le varie fasi di lavorazione.

Rifiuti solidi

I contenitori per i rifiuti pericolosi NON a rischio infettivo (sia taniche che cartoni) vanno accuratamente chiusi e collocati in posizione stabile evitando possibili capovolgimenti e spandimenti del contenuto; non devono essere lasciati nelle immediate vicinanze di fonti di calore, né in ambienti senza la possibilità di ricambi d'aria naturali o artificiali.

I contenitori una volta preparati (etichettatura) dal personale delle UO, vengono trasportati dal personale della ditta incaricata del servizio di pulizia e sanificazione, per lo stoccaggio provvisorio, nell'apposito deposito temporaneo esistente all'interno dell'area ospedaliera.

Controlli

Rilevazione di non conformità sul servizio durante lo svolgimento delle attività quotidiane

Le rilevazioni di "non conformità" sul servizio reso vengono effettuate sulla base degli standard indicati nel Capitolato Speciale d'Appalto e nell'offerta tecnica della Ditta presentata in sede di gara.

La verifica della "non conformità", segnalata dalle UO, si attua mediante un riscontro congiunto tra il DEC del servizio (Direzione Medica di Presidio) e il Responsabile di commessa della ditta.

In particolare i controlli sono effettuati sulla/sul:

- fornitura di adeguato numero di contenitori per rifiuti e idonei contenitori per la raccolta di taglienti;
- rispetto della tempistica relativa al ritiro dei rifiuti (frequenze compatibili con quelle previste dalla normativa vigente per le diverse tipologie di rifiuti prodotti e comunque concordate con la Stazione appaltante);

Controlli qualitativi sul conferimento dei rifiuti

Nell'ambito delle attività sviluppate, in linea con quanto previsto dalla normativa vigente in materia di rifiuti sanitari, è stata implementata la raccolta differenziata dei rifiuti prodotti presso le sedi marchigiane dell'INRCA. Per favorire il raggiungimento di tale obiettivo sono stati programmati ed effettuati interventi di formazione del personale: l'attività di formazione è stata finalizzata al generale miglioramento della gestione dei rifiuti sanitari, indirizzata in particolare modo a minimizzare il contatto di materiali non infetti con potenziali fonti infettive e a diminuire la produzione dei rifiuti a



rischio infettivo. Le tipologie di rifiuto raccolte in maniera differenziata sono:



Vetro

Contenitori di farmaci, contenitori di soluzioni per infusione privati di cannule, di aghi e di accessori per la somministrazione (escluso contenitori radioattivi, contenitori di soluzioni di farmaci antiblastici, contenitori provenienti da pazienti di isolamento infettivo)



Carta/Cartone

Giornali e riviste, cartoncini, foglietti illustrativi di confezioni di farmaci, modulistica, fogli A4, che prima dell'avvio della raccolta differenziata erano conferiti nel rifiuto indifferenziato o sacco nero per RSU. Imballaggi secondari di varia provenienza



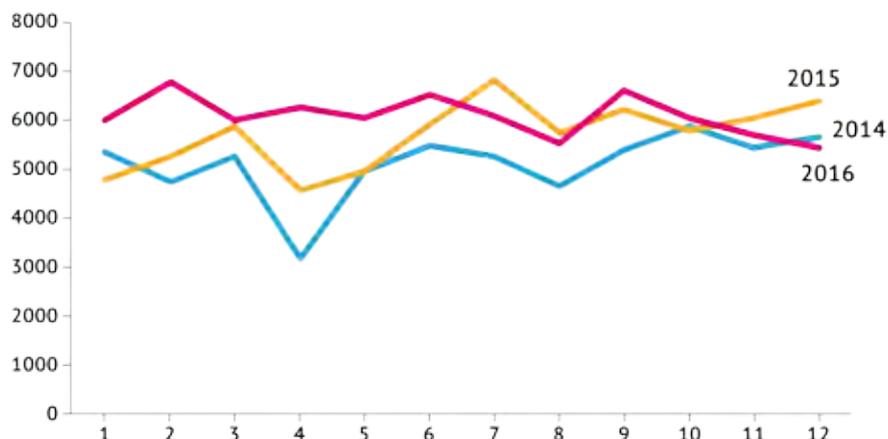
Plastica

Bottiglie di acqua e bevande in genere, flaconi e bottiglie di detersivi, disinfettanti (esclusi i contenitori che riportano l'etichetta di tossico /nocivo)

L'implementazione di tali raccolte hanno permesso di ridurre la pericolosità del rifiuto attraverso la separazione delle frazioni "pericolose" da quelle "non pericolose", valorizzare le frazioni merceologiche recuperate e ridurre di conseguenza le quantità di rifiuto da avviare allo smaltimento.

Di seguito vengono riportati i dati relativi alla produzione di rifiuti pericolosi a rischio infettivo prodotti nel presidio di Via della Montagnola negli anni 2008-2010 e 2014-2016.

Figura 61 - Produzione di rifiuti pericolosi a rischio infettivo



Le politiche di risparmio energetico

Il tema della responsabilità ambientale è tema di primaria importanza per l'Istituto che si è posto come finalità quella di intervenire direttamente con azioni rivolte a limitare l'impatto ambientale delle proprie attività (emissioni inquinanti e produzione rifiuti).

Le azioni svolte dall'INRA rivolte a limitare l'impatto ambientale all'interno ed all'esterno dell'Istituto sono svolte dalla Unità Operativa Attività Tecnica, Nuove Opere e Patrimonio.

POR INRCA di Cosenza

Per il presidio dell'INRCA di Cosenza sono state realizzate opere di riqualificazione energetica dell'involucro edilizio esterno mediante la posa in opera di un rivestimento esterno ad elevata inerzia termica e la sostituzione degli infissi esterni (finestre e porte finestre) presenti con altri infissi del tipo



a taglio termico di qualità nettamente migliore e dotati di un coefficiente di trasmittanza termica molto più basso. L'intervento sopra elencato e denominato "Miglioramento del comfort alberghiero del POR INRCA di Cosenza" è stato realizzato con fondi ex art.20 L.67/88 assegnato con DM del 15/5/2006.

Gli interventi eseguiti sono da considerarsi preliminari alla successiva fase di intervento sull'impiantistica esistente prevedendo, nel caso specifico, la sostituzione completa dell'impianto termico presente e l'implementazione di un sistema a pannelli solari accoppiati al fotovoltaico.

I bisogni energetici dell'ospedale saranno, per larga parte, soddisfatti mediante il ricorso all'energia rinnovabile.

Sono in fase di progettazione altri interventi urgenti di adeguamento alla sicurezza della sede finalizzati all'adeguamento normativo e consentiranno la sostituzione di apparecchiature elettriche/elettroniche con positive ricadute in termini di efficienza e risparmio energetico.

Presidi Ospedalieri e sedi INRCA delle Marche

L'Istituto nel 2015 ha aderito alla convenzione Consip per la gestione del calore per tutte le sedi INRCA delle Marche e per la sede di Cosenza. La ditta aggiudicataria è attualmente impegnata nell'attività di miglioramento dell'efficienza energetica delle sedi con sostituzione dei generatori di calore (caldaie) e altri interventi di miglioramento agli impianti termici e di condizionamento. L'elenco degli interventi di riqualificazione energetica sono di seguito riportati:

Tabella 54 - Interventi di Riqualificazione Energetica

Edificio	Codice intervento	Intervento di Riqualificazione Energetica
Presidio Ospedaliero di Ricerca - Ancona	09	Installazione solare termico Installazione sistema di telecontrollo
Presidio Ospedaliero di Ricerca - Fermo	10	Sostituzione generatore di calore Rinnovo del sistema di telecontrollo
Amministrazione Centrale	12	Sostituzione generatore di calore Installazione sistema di telecontrollo Sistema di tubazioni centrale
Polo Scientifico - Tecnologico "N. Masera"	13	Installazione sistema di telecontrollo
Stabulario Castelferretti di Falconara	14	Installazione sistema di telecontrollo Installazione generatore di calore Sistema di tubazioni centrale
Presidio Ospedaliero di Ricerca - Casatenovo	15	Involucro isolante (cappotto e serramenti esterni) Impianti di produzione di energia da fonti alternative: cogenerazione, fotovoltaico e geotermico; Impianto di CDZ a travi fredde di reparti e ambulatori; Sistemi automatici di monitoraggio e controllo
Presidio Ospedaliero di Ricerca - Cosenza	16	Sostituzione generatore di calore Installazione sistema di telecontrollo Sistema di tubazioni centrale

POR INRCA di Casatenovo

Miglioramento delle prestazioni energetiche dell'involucro edilizio

L'Istituto ha vinto un bando del Ministero dell'Ambiente e della Tutela del Territorio e del Mare relativo al "Cofinanziamento di progetti per l'impiego delle tecnologie per l'efficienza energetica e delle fonti rinnovabili nelle strutture edilizie di proprietà pubblica - ai sensi del DM n.468 del 19/05/2011".

Il 14 marzo 2013 è stato siglato il Protocollo d'Intesa tra INRCA e Ministero per la realizzazione del Progetto "Ospedale a consumo energetico zero", per un importo di 1,5 milioni di euro. Il cofinanziamento copre il 90% del costo di realizzazione restando il 10% a carico dell'INRCA. Gli interventi principali previsti riguarderanno l'involucro (cappotto esterno e infissi), la realizzazione di impianti di produzione di energia da fonti alternative (cogenerazione, fotovoltaico, geotermico), sistemi di monitoraggio e controllo automatici, miglioramenti/integrazioni puntuali degli impianti meccanici di condizionamento. Sono in corso i lavori; se ne prevede la conclusione entro la fine del 2017.



4^a parte

Produzione e distribuzione di valore aggiunto



4^a parte

Produzione e Distribuzione del Valore Aggiunto

In linea generale la rappresentazione economica di un Azienda Sanitaria intesa (e quindi anche di un IRCCS) “sconta” alcune specificità che la contraddistinguono.

In particolare vanno evidenziati due elementi che caratterizzano il dato dei ricavi:

- in primis, il fatto che il valore della produzione erogata (ricoveri, prestazioni, ecc.) è determinato / condizionato dalle tariffe con le quali la stessa è valorizzata. E le tariffe di ricoveri, prestazioni ambulatoriali, ecc. non sono determinate dal “mercato” ma da scelte politiche. Non rappresentano, in altri termini, il valore oggettivo dello scambio;
- secondariamente, all'interno del volume complessivo dei ricavi, oltre al valore della produzione si individua anche la voce di ricavi per contributi derivanti da scelte proprie del livello di governo, tipicamente regionale.

Questa situazione è pienamente confermata anche nelle dinamiche che caratterizzano l'INRCA. Considerando il particolare profilo giuridico istituzionale dell'INRCA, azienda unica ma multi regionale, queste dinamiche sono addirittura amplificate dai diversi comportamenti regionali, a testimonianza dell'eterogeneità che caratterizzano tali sistemi sanitari.

In una simile situazione, dunque, se i costi rimangono espressivi dei livelli di attività e dei servizi erogati, cioè delle risorse economiche impiegate per la realizzazione delle attività, i ricavi dipendono da scelte diverse e in realtà tendono ad identificare le opzioni che i competenti livelli di governo (essenzialmente regionali) fanno in termini di risorse da destinare ai consumi sanitari.

Ulteriore elemento di complicazione dell'INRCA è l'area ricerca che, come noto, ai sensi dell'art.117 della Costituzione, rappresenta materia concorrente tra Regioni e Stato e come tale subisce tutte le problematiche tipiche delle situazioni non compiutamente definite.

La rappresentazione economica dell'INRCA

Considerati i diversi elementi elencati nella premessa (particolare significato del risultato economico, multiregionalità dell'Istituto, presenza dell'area ricerca, ecc.) si è ipotizzata una rappresentazione del risultato economico dell'Istituto secondo la logica del Valore Aggiunto in ambito sanitario con riferimento ai diversi livelli / stakeholders di riferimento.

Come già indicato in precedenza il Valore Aggiunto che qui prendiamo in considerazione e che andiamo a rappresentare in termini di formazione e di assorbimento deriva solo in parte dai valori di scambio (con l'aggiunta di tutte le considerazioni fatte sulla dimensione politica delle tariffe). Da ciò discende che la differenza tra le grandezze economiche positive e i costi di acquisto deve essere considerata come la quantità di risorse che si sono rese disponibili per remunerare i fattori produttivi visti come componenti fondamentali della produzione del sistema aziendale sanitario.

Il parametro del valore aggiunto misura la ricchezza prodotta dall'azienda, con particolare riferimento agli interlocutori (stakeholders) che vi partecipano.

Il processo di calcolo riclassifica i dati del conto economico, in modo da evidenziare la produzione secondo gli stakeholders e la successiva distribuzione del valore aggiunto che è lasciata in una logica unitaria stante l'unicità dell'istituto.

Il concetto di Valore Aggiunto in questo ambito, identifica l'insieme di quelle risorse o grandezze o differenze economiche, con le quali è possibile remunerare i singoli fattori produttivi quali componenti fondamentali della produzione del sistema aziendale sanitario.

Si tratta di una grandezza che, in realtà, permette valutazioni anche sulle scelte di esternalizzazione effettuate dalle aziende, o meglio sul livello di attività che esse ritengono di sviluppare al proprio interno e perciò sulla capacità dell'azienda di remunerare i fattori produttivi direttamente gestiti.

Essa si presta dunque, anche a valutazioni di come ciascuna azienda sanitaria pubblica possa ricercare



il mix più congruente di fattori produttivi interni ed esterni per raggiungere l'equilibrio economico e come questo mix possa variare nel tempo. Da questo punto di vista, la produzione e distribuzione del valore aggiunto è uno strumento per rileggere il Bilancio di Esercizio dell'Istituto dal punto di vista degli stakeholder. Il processo di calcolo del valore aggiunto riclassifica i dati del conto economico consuntivo nei seguenti prospetti:

- I il prospetto di determinazione del valore aggiunto individuato dalla contrapposizione dei ricavi e dei costi esterni e rappresentato per soggetti / stakeholders di riferimento;
- I il prospetto di distribuzione o di riparto del valore aggiunto ricomposto quale sommatoria delle remunerazioni percepite dagli interlocutori dell'Istituto.

La tabella seguente illustra la creazione del Valore Aggiunto Globale dell'INRCA suddiviso secondo i soggetti di riferimento / stakeholder.

Tabella 55 - Produzione del Valore Aggiunto Globale Netto

		Anno 2015		Anno 2016	
Fattori Produttivi Remunerati	Regione Marche - Presidi di Ancona, Fermo, Appignano, Attività residenziali e semiresidenziali	42.092.257	78,93%	42.820.975	78,34%
	Regione Lombardia - Presidio di Casatenovo	4.636.821	8,70%	5.440.340	9,95%
	Regione Calabria - Presidio di Cosenza	5.070.270	9,51%	5.124.319	9,37%
	Area Ricerca Scientifica	1.526.757	2,86%	1.274.645	2,33%
	Totale Valore Aggiunto Globale Netto	53.326.105		54.660.279	

La tabella appena rappresentata evidenzia una sostanziale costanza tra l'esercizio 2015 e l'esercizio 2016 sia in termini di valore assoluto che a livello di composizione, ovvero di soggetto che ha generato il valore aggiunto globale netto. Ovviamente quando si fa riferimento al soggetto si intende sostanzialmente l'articolazione aziendale produttiva nella quale è suddiviso l'Istituto tenendo conto del suo particolare assetto giuridico (istituto di ricerca a carattere scientifico, unico come azienda ma multi regionale come assetto). La tabella seguente è invece relativa alla distribuzione del valore aggiunto globale come formato in precedenza.

Tabella 56 - Distribuzione del Valore Aggiunto Globale Netto

		Anno 2015		Anno 2016	
Fattori Produttivi Remunerati	Remunerazione delle Risorse Umane	50.828.697	92,09%	51.487.708	92,57%
	Remunerazione della Pubblica Amministrazione	3.970.773	7,19%	3.920.106	7,05%
	Remunerazione del Capitale di Credito	393.336	0,71%	214.733	0,39%
	Totale Valore Aggiunto Globale distribuito	55.192.806		55.622.548	

Anche in questo caso va osservata una sostanziale costanza sia nel valore assoluto complessivo che nella composizione dei costi per fattori produttivi remunerati.

Inoltre si evidenzia che l'interlocutore istituzionale di riferimento principale (quasi esclusivo) a cui viene distribuito il valore aggiunto prodotto è costituito dal personale dipendente.

La tabella evidenzia poi che la distribuzione del valore aggiunto è superiore al valore aggiunto globale netto e questo è dovuto alla situazione del Presidio di Cosenza che pertanto si trova in perdita economica (perdita economica che peraltro rappresenta e genera la perdita dell'intero Istituto).

Considerando la sostanziale stabilità dell'interlocutore Pubblica Amministrazione appare evidente come la possibile riduzione della perdita possa realizzarsi solo attraverso un percorso di razionalizzazione di questo stakeholder, fermo restando la necessità improrogabile di migliorare contemporaneamente e decisamente il livello di valore aggiunto globale netto distribuito.

La rappresentazione dell'INRCA per livelli assistenziali

Analizzando i costi dell'esercizio 2016 secondo il modello dei Livelli di Assistenza (LA) è possibile evidenziare la "destinazione" dei costi in termini di macroaree assistenziali nel solo ambito sanitario.

Anche in questo caso la rappresentazione è fatta per sezioni regionali, per le logiche di cui sopra.



POR Marche

Analizzando i costi dell'esercizio 2016 secondo il modello LA è possibile evidenziare la "destinazione" dei costi in termini di macroaree assistenziali.

Un primo elemento di osservazione è costituito dal fatto che all'interno dell'ammontare complessivo dei costi (pari a poco più di 65,5 milioni di €) quasi 27 milioni di € (cioè poco oltre il 41,2%) è dedicato ai livelli di assistenza distrettuale e quindi non ospedaliera. Il valore percentuale appena indicato è sulla stessa linea sostanziale di quello degli anni precedenti e come tale rafforza il trend di un Istituto che sempre più sta consolidando la propria attività in ambito non ospedaliero nella consapevolezza che questa è la strada che sempre di più tende a soddisfare la mission aziendale, cioè l'attività di assistenza e cura degli anziani.

Peraltro si deve anche osservare che all'interno dell'attività di assistenza ospedaliera una parte (pari al 17,1% dell'attività ospedaliera e al 10,1% dell'intera attività dell'Istituto) è poi dedicata all'attività di assistenza per lungodegenti e per riabilitazione.

Un consumo di risorse come appena descritto in maniera molto generale è comunque un elemento fortemente coerente con la mission aziendale e cioè della cura dell'anziano che trova sempre più risposta nell'area territoriale / extra ospedaliera piuttosto che in quella ospedaliera per acuti. In altri termini sempre più l'orizzonte della cura degli anziani è quello di un'attività residenziale, ambulatoriale, territoriale e sempre meno in un'attività ospedaliera. Questa dinamica è quella che in termini sanitari tende a concretizzarsi con la cosiddetta continuità delle cure che rappresentano nell'anziano, più che in altre fasce di utenti, un valore aggiunto imprescindibile.

Analiticamente nell'ambito dell'attività assistenziale distrettuale si osserva una forte rilevanza dell'attività clinica un pari mantenimento delle attività di laboratorio e una diminuzione nell'ambito della diagnostica per l'immagini. Si osserva poi un forte incremento sia nell'area semiresidenziale che nell'area residenziale rivolta agli anziani. Infine si osserva il decremento dell'assistenza farmaceutica per una maggiore attività in distribuzione diretta.

Nell'ambito dell'assistenza ospedaliera si osserva le diverse tipologie di erogazione di questa attività a testimonianza dell'ampia offerta di servizi dell'Istituto sempre nella logica di servire un'utenza particolare come quella anziana. Da questo punto di vista si osserva la particolarità dell'attività di pronto soccorso in sostanziale mantenimento (per il quale si registra un leggero decremento nel consumo di risorse) e che è divenuta un punto di riferimento fondamentale per l'utenza ultra settantacinquenne, la presenza, seppur non di dimensioni elevata dell'attività di day surgery e di day hospital, che si caratterizza per percorsi ben definiti con particolare attenzione all'utenza anziana (ne è una testimonianza il percorso del day surgery chirurgico rivolto in maniera specifica all'utenza considerata), il ruolo fondamentale nell'ambito dei percorsi di continuità della cura e di recupero funzionale del paziente anziano delle attività di assistenza ospedaliera per lungodegenti e di assistenza ospedaliera per riabilitazione. Accanto a tutte queste attività resta ovviamente con un ruolo centrale l'assistenza ospedaliera per acuti in degenza ordinaria.

La "fotografia" che emerge dal modello LA delinea dunque un modello, quello dell'Inrca, particolare e unico nel suo genere in quanto all'interno della stessa dimensione aziendale tendono a confluire e convergere diverse dimensioni dell'assistenza, quelle più rilevanti e necessarie per la cura dell'anziano fragile, al di là del "tradizionale" intervento ospedaliero che non sempre rappresenta per l'utenza considerata la situazione ottimale.



Macrovoce economiche	Consumi e manutenzioni di esercizio		Costi per acquisti di servizi			Personale ruolo sanitario	Personale ruolo profess. le	Personale ruolo tecnico	Personale ruolo amministrativo	Ammortamenti	Sopravvenienze / insussistenze	Altri costi	Totale
	sanitari	non sanitari	prestazioni sanitarie	servizi sanitari per erogazione di prestazioni	servizi non sanitari								
Assistenza san.collettiva in ambiente di vita e di lavoro													
Igiene e sanità pubblica													-
Igiene degli alimenti e della nutrizione													-
Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro													-
Sanità pubblica veterinaria													-
Attività di prevenzione rivolta alla persona	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
a) Vaccinazioni													-
b) Attività di "Screening"													-
c) Altre attività di prevenzione rivolte alla persona													-
Servizio medico legale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
a) Attività del Servizio medico-legale													-
b) Visite Fiscali													-
c) Attività di Medicina sportiva													-
Totale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Assistenza distrettuale													
Guardia medica													-
Medicina generale													
Medicina generica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
a) Attività in convenzione													-
b) prestazioni erogate in ADI/ADP													-
c) prestazioni erogate in RSA/Case protette e assistenza semiresidenziale													-
d) campagne vaccinali													-
Pediatria di libera scelta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
a) Attività in convenzione													-
b) prestazioni erogate in ADI/ADP													-
d) campagne vaccinali													-
Emergenza sanitaria territoriale													-
Assistenza farmaceutica													
Assistenza farmaceutica erogata tramite le farmacie convenzionate													-
Altre forme di erogazione dell'assistenza farmaceutica ("Doppio canale" e "Primo ciclo terapeutico")													-
Farmaci del File F (ad esclusione "Doppio canale", "Primo ciclo terapeutico" e incluso Farmaci Fascia H)	868	-	-	1	34	13	-	10	6	4	2	52	990
Assistenza Integrativa													-
Assistenza specialistica													
Attività clinica	1483	41	571	145	1619	7365	-	539	200	749	7	1506	14225
Attività di laboratorio	543	5	5	5	87	404	-	73	15	19	1	127	1284
Attività di diagnostica strumentale e per immagini	253	14	10	9	493	1270	-	115	51	331	3	288	2837
Assistenza Protesica													-
Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare													
Assistenza programmata a domicilio (ADI)													-
Assistenza alle donne, famiglia, coppie (consultori)													-
Assistenza psichiatrica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
a) a favore di persone con problemi psichiatrici;													-
b) a favore di minori con problemi neuropsichiatrici													-
Assistenza riabilitativa ai disabili													-
Assistenza ai tossicodipendenti													-
Assistenza agli anziani	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Assistenza ai malati terminali													-
Assistenza a persone affette da HIV													-
Assistenza territoriale semiresidenziale													
Assistenza psichiatrica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
a) a favore di persone con problemi psichiatrici;													-
b) a favore di minori con problemi neuropsichiatrici													-
Assistenza riabilitativa ai disabili													-
Assistenza ai tossicodipendenti													-
Assistenza agli anziani	7	2	-	1	89	196	-	72	5	11	2	58	443



Assistenza a persone affette da HIV														-
Assistenza ai malati terminali														-
Assistenza territoriale residenziale														
Assistenza psichiatrica														-
Assistenza riabilitativa ai disabili														-
Assistenza ai tossicodipendenti														-
Assistenza agli anziani	252	5	367	298	1272	929	-	380	52	21	3	442	4021	
Assistenza a persone affette da HIV														
Assistenza ai malati terminali														-
Assistenza Idrotermale														-
Totale	3728	77	958	464	3853	1988	-	1458	381	1247	23	2774	26951	
Assistenza ospedaliera														
Attività di pronto soccorso	432	14	5	8	354	2453	-	354	71	152	6	407	4258	
a) Attività di Pronto Soccorso non seguita da ricovero	322	10	5	5	259	1811	-	269	52	112	5	301	3151	
b) Attività di Pronto Soccorso seguita da ricovero	112	4	-	3	95	642	-	85	19	40	1	106	1107	
Ass. ospedaliera per acuti														
in Day Hospital e Day Surgery	67	6	23	16	116	13		29	6	34	2	40	352	
in degenza ordinaria	2943	75	782	346	3688	16143	-	1426	422	942	9	3715	30491	
Interventi ospedalieri a domicilio														
Assistenza ospedaliera per lungodegenti	170	9	64	49	354	880	-	265	24	28	1	253	2097	
Assistenza ospedaliera per riabilitazione	198	11	102	48	759	2339	-	327	50	64	4	583	4485	
Emocomponenti e servizi trasfusionali														-
Trapianto organi e tessuti														-
Totale	3490	105	971	462	5012	20017	-	2132	521	1108	17	4697	38532	
TOTALE (SANITARIO)	7218	182	1929	926	8865	32005	-	3590	902	2355	40	7471	65483	



POR Casatenovo

I costi del Por trovano un diverso punto di osservazione nel modello La che tende a riclassificare i costi per i livelli di assistenza. Come tutte le operazioni di riclassificazione e di ribaltamento le stesse sono soggette alle possibilità di errori di riattribuzione, di cambiamento nei criteri di riclassificazione e di più o meno maggiore accuratezza nelle operazioni di riattribuzione dei costi.

Analizzando nello specifico i prospetti consuntivi degli esercizi 2016 e 2015 si osserva come la variazione complessiva dei costi in incremento tende ad essersi realizzata in tutti i livelli di assistenza che il Por di Casatenovo eroga anche se in maniera diversificata. Nello specifico l'attività specialistica di area clinica tende a incrementarsi in maniera meno rilevante rispetto all'assistenza ospedaliera soprattutto per il forte decremento nell'ambito dell'attività clinica.

L'incremento nell'ambito dell'assistenza ospedaliera tende a realizzarsi nelle macrovoci economiche già identificate in precedenza.

Analizzando complessivamente il modello La 2016 si evidenzia come 2/3 dei costi siano derivanti dal livello assistenziale ospedaliero, all'interno del quale ha prevalenza l'attività per acuti rispetto a quella riabilitativa. La rimanente parte (poco più di 1/3) è attribuibile all'assistenza specialistica. Questi valori confermano la vocazione del presidio orientato al paziente anziano e fragile e come tale fortemente necessitante di un'attività assistenziale più ospedaliera che ambulatoriale / territoriale. Peraltro le dinamiche dell'invecchiamento della popolazione già descritte in precedenza tendono a rafforzare questo quadro e a rendere particolarmente sfidante la necessità di garantire livelli di assistenza adeguati a costi contenuti.

Macrovoce economiche	Consumi e manutenzioni di esercizio		Costi per acquisti di servizi			Personale ruolo sanitario	Personale ruolo profess. le	Personale ruolo tecnico	Personale ruolo amministrativo	Ammortamenti	Sopravvenienze / insussistenze	Altri costi	Totale
	sanitari	non sanitari	prestazioni sanitarie	servizi sanitari per erogazione di prestazioni	servizi non sanitari								
Assistenza san.collettiva in ambiente di vita e di lavoro													
Igiene e sanità pubblica													-
Igiene degli alimenti e della nutrizione													-
Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro													-
Sanità pubblica veterinaria													-
Attività di prevenzione rivolta alla persona	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
a) Vaccinazioni													-
b) Attività di "Screening"													-
c) Altre attività di prevenzione rivolte alla persona													-
Servizio medico legale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
a) Attività del Servizio medico-legale													-
b) Visite Fiscali													-
c) Attività di Medicina sportiva													-
Totale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Assistenza distrettuale													
Guardia medica													-
Medicina generale													-
Medicina generica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
a) Attività in convenzione													-
b) prestazioni erogate in ADI/ADP													-
c) prestazioni erogate in RSA/Case protette e assistenza semiresidenziale													-
d) campagne vaccinali													-
Pediatria di libera scelta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
a) Attività in convenzione													-
b) prestazioni erogate in ADI/ADP													-
d) campagne vaccinali													-
Emergenza sanitaria territoriale													-
Assistenza farmaceutica													-
Assistenza farmaceutica erogata tramite le farmacie convenzionate													-
Altre forme di erogazione dell'assistenza farmaceutica ("Doppio canale" e "Primo ciclo terapeutico")													-
Farmaci del File F (ad esclusione "Doppio canale", "Primo ciclo terapeutico" e incluso Farmaci Fascia H)	123												123



POR Cosenza

Analizzando i costi dell'esercizio 2016 secondo il modello LA è possibile evidenziare la "destinazione" dei costi in termini di macroaree assistenziali.

Ciò premesso un primo elemento di osservazione è costituito dal sostanziale equilibrio dei costi tra il 2015 ed il 2016.

Proseguendo nell'analisi, si rileva una trend nell'allocazione dei costi all'interno dell'assistenza ospedaliera tra il 2015 ed il 2016 e che "fotografa" il processo di riconversione avviato già dal 2013 con la leggera ma costante diminuzione nell'ambito dell'assistenza ospedaliera per acuti a favore di un incremento nell'ambito dell'assistenza ospedaliera per riabilitazione. Questo "trasferimento" nel consumo delle risorse è coerente con il cambiamento organizzativo realizzato seguendo le indicazioni regionali e si pone in un ottica di sviluppo del Presidio di Cosenza in un versante di maggiore appropriatezza e maggiore rispondenza alle necessità dell'utenza anziana.

Un consumo di risorse come appena descritto è un elemento fortemente coerente con la mission aziendale e cioè della cura dell'anziano che trova sempre più risposta nell'area ospedaliera non acuta piuttosto che in quella ospedaliera per acuti. Questa dinamica è quella che in termini sanitari tende a concretizzarsi con la cosiddetta continuità delle cure che rappresentare nell'anziano, più che in altre fasce di utenti, un valore aggiunto imprescindibile.

Macrovoce economiche	Consumi e manutenzioni di esercizio		Costi per acquisti di servizi			Personale ruolo sanitario	Personale ruolo profess.le	Personale ruolo tecnico	Personale ruolo amministrativo	Ammortamenti	Sopravvenienze / Insussistenze	Altri costi	Totale
	sanitari	non sanitari	prestazioni sanitarie	servizi sanitari per erogazione di prestazioni	servizi non sanitari								
Medicina generale													
Medicina generica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
a) Attività in convenzione													-
b) prestazioni erogate in ADI/ADP													-
c) prestazioni erogate in RSA/Case protette e assistenza semiresidenziale													-
d) campagne vaccinali													-
<i>Pediatria di libera scelta</i>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
a) Attività in convenzione													-
b) prestazioni erogate in ADI/ADP													-
d) campagne vaccinali													-
<i>Emergenza sanitaria territoriale</i>													-
<i>Assistenza farmaceutica</i>													-
<i>Ass. farmaceutica erogata tramite le farmacie convenzionate</i>													-
Altre forme di erogazione dell'assistenza farmaceutica ("Doppio canale" e "Primo ciclo terapeutico")													-
Farmaci del File F (ad esclusione "Doppio canale", "Primo ciclo terapeutico" e incluso Farmaci Fascia H)													-
Assistenza Integrativa													-
Assistenza specialistica													-
Attività clinica	4	2			72	117			10	26		26	257
Attività di laboratorio	75	1			33	172		40	16	14		40	391
Attività di diagnostica strumentale e per immagini	5	3			90	172			15	50		36	371
Assistenza Protesica													-
Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare assistenza programmata a domicilio (ADI)													-
<i>assistenza alle donne, famiglia, coppie (consultori)</i>													-
Assistenza psichiatrica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
a) a favore di persone con problemi psichiatrici;													-
b) a favore di minori con problemi neuropsichiatrici													-
Assistenza riabilitativa ai disabili													-
Assistenza ai tossicodipendenti													-
Assistenza agli anziani													-
Assistenza ai malati terminali													-
Assistenza a persone affette da HIV													-
Assistenza territoriale semiresidenziale													-
Assistenza psichiatrica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
a) a favore di persone con problemi psichiatrici;													-
b) a favore di minori con problemi neuropsichiatrici													-
Assistenza riabilitativa ai disabili													-
Assistenza ai tossicodipendenti													-
Assistenza agli anziani													-



Assistenza a persone affette da HIV														-
Assistenza ai malati terminali														-
Assistenza territoriale residenziale														-
Assistenza psichiatrica														-
Assistenza riabilitativa ai disabili														-
Assistenza ai tossicodipendenti														-
Assistenza agli anziani														-
Assistenza a persone affette da HIV														-
Assistenza ai malati terminali														-
Assistenza Idrotermale														-
Totale	84	6	-	-	195	461	-	40	41	90		102	1019	
Assistenza ospedaliera														
Attività di pronto soccorso	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
a) Attività di Pronto Soccorso non seguita da ricovero														-
b) Attività di Pronto Soccorso seguita da ricovero														-
Ass. ospedaliera per acuti														
in Day Hospital e Day Surgery														-
in degenza ordinaria	251	11	18	9	617	3362		240	207	132	3	543	5393	
Interventi ospedalieri a domicilio														-
Ass. ospedaliera per lungodegenti														-
Ass. ospedaliera per riabilitazione	53	3	8	5	222	1035		264	69	36		177	1872	
Emocomponenti e servizi trasfusionali														-
Trapianto organi e tessuti														-
Totale	304	14	26	14	839	4397	-	504	276	168	3	720	7265	
TOTALE (SANITARIO)	388	20	26	14	1034	4858	-	544	317	258	3	822	8284	

La rappresentazione patrimoniale dell'INRCA

La tabella seguente evidenzia la riclassificazione delle voci patrimoniali dell'Istituto. Di rilievo appare il miglioramento della situazione patrimoniale netta (passata da 29,8 milioni di euro a 31,3 milioni di euro). In una logica di razionalizzazione e risanamento si osserva l'incremento della massa debitoria a breve pur in presenza di una costanza di quella a medio lungo termine.

PROSPETTO INFORMATIVO SUL PATRIMONIO E SU ALTRI BENI E IMPEGNI	ESERCIZI	
	Anno 2015	Anno 2016
A) Inventario dei beni (se esistente)		
- Beni di terzi	-	-
- Beni patrimoniali indisponibili	21.126.396	19.118.282
- Beni patrimoniali disponibili	14.138.803	16.360.796
B) Valori di particolari categorie di beni:		
- I titoli, le partecipazioni e gli strumenti finanziari innovativi	-	-
- Le immobilizzazioni immateriali (brevetti, know-how)	1.275.676	1.283.267
- Le immobilizzazioni in corso		
C) Altri valori del Patrimonio		
- Patrimonio utilizzato da terzi per attività non-istituzionali	-	-
- Beni di maggior pregio artistico, storico	-	-
- Patrimonio netto	29.797.909	31.264.221
D) Impegni ed altri valori		
- Debiti a medio / lungo termine (fondi per rischi e oneri)	19.273.138	19.294.191
- Debiti a breve (scadenza entro 12 mesi)	34.976.327	38.548.581
- Debiti fuori bilancio da riconoscere	-	-
- Altri impegni	-	-
E) Indicatori		
- Proventi dei beni dell'azienda/Patrimonio disponibile	-	-
- Proventi dei beni dell'azienda/Proventi complessivi	-	-
- Proventi dell'azienda/Ammortamento beni	-	-
- Proventi dei beni dell'azienda/Interessi passivi	-	-



5^a
parte

**Obiettivi di
Miglioramento**





5^a parte

Obiettivi di Miglioramento

La direzione strategica INRCA, in accordo con le linee di indirizzo del Consiglio di Indirizzo e Verifica per il biennio 2016-2017, identificano delle aree prioritarie per il miglioramento delle attività dell'IRCCS INRCA ed il consolidamento del rilievo nazionale dell'istituto attraverso il mantenimento dell'articolazione interregionale.

Area Clinica

- I Integrazione INRCA-Osimo e nuovo ospedale.
- I Sviluppo di un progetto di utilizzo della sede dell'attuale Presidio Ospedaliero di Ancona.
- I Implementazione di nuovi modelli organizzativi per i Presidi Ospedalieri di Casatenovo e Cosenza.
- I Erogazione di prestazioni di ricovero e cura di alta specialità garantendo caratteri di eccellenza nell'assistenza geriatrica dedicate a condizioni cliniche ad alta prevalenza, quali:
 - **Malattia di Alzheimer:** la demenza, una delle principali cause di disabilità e di disagio sociale per il mondo occidentale, deve rappresentare un'assoluta priorità sia nel campo clinico-assistenziale sia nel campo della ricerca.
 - **Patologie cardiovascolari:** cura e gestione dello Scopenso Cardiaco (SC).
 - **Oncologia:** la terapia oncologica con l'introduzione dei cosiddetti farmaci biologici ha fatto enormi progressi, ma gli anziani non figurano quasi mai nei trials clinici e nelle sperimentazioni. L'INRCA avendo al suo interno professionisti che sono riferimento nazionale in questo campo, dovrebbe diventare parte attiva nell'implementazione di linee guida per la gestione e il trattamento dei tumori nell'anziano.
 - **Riabilitazione:** le strutture dell'INRCA siano sempre di più attrattive e accoglienti nell'ambito delle reti dei servizi del proprio territorio.

Ricerca

- I Prosecuzione e rilancio delle attività dell'INRCA in campo nazionale e internazionale, nei settori della ricerca socio-economica, biogerontologica, riabilitativa, dei modelli assistenziali e della tecnico assistenza
- I Implementazione di programmi volti al trasferimento nella pratica clinica dei risultati ottenuti dai progetti di ricerca
- I Pianificazione di strategie scientifiche volte allo sviluppo di una ricerca biomedica in grado di coniugare lo studio del fenomeno dell'invecchiamento con le problematiche cliniche della fragilità e della multimorbilità.

Italia Longeva

Network dedicato all'invecchiamento, creato dal Ministero della Salute, dalla Regione Marche e dall'IRCCS INRCA per promuovere una nuova visione dell'anziano quale risorsa per la società, attivo e impegnato in compiti e ruoli adatti che valorizzino l'esperienza e la saggezza accumulata negli anni, ma anche fruitore di beni e servizi.

In questo ambito risulta sempre più importante la sinergia tra INRCA e Italia Longeva per lanciare una sfida a livello nazionale, a partire dalla regione Marche, per il futuro dell'anziano: migliorarne la qualità della vita, renderlo il più possibile autonomo, aumentarne gli spazi di autosufficienza, contenere il consumo di farmaci, semplificare le condizioni di vita e infine ridurre i costi del Servizio Sanitario. Dopo il monitoraggio delle istanze dei diversi stakeholder e degli indicatori gestionali individuati nei documenti programmatici, si presentano di seguito i principali obiettivi di miglioramento:



Macro Obiettivo	Obiettivo specifico	Attività	Indicatore	Valore 2016	Valore atteso 2017	Azione di miglioramento
Migliorare la conoscenza dell'attività svolte dall'IRCCS INRCA	Divulgazione del Bilancio Sociale/ Volume Attività Scientifica	Redazione e pubblicazione del Bilancio Sociale attraverso sito internet, mailing list e social	Pubblicazione del Bilancio Sociale/Volume Attività Scientifica	1	2	Aggiornamento del sito istituzionale e consolidamento degli strumenti di comunicazione online
	Migliorare la disseminazione e la comunicazione dell'Istituto nei canali online e social	Implementazione degli strumenti di comunicazione online	Numero di follower dei social media	1652	Aumento del 5% rispetto all'anno precedente	Aggiornamento del sito istituzionale e consolidamento degli strumenti di comunicazione online
	Aumentare la visibilità e le opportunità di network	Organizzazione e partecipazione ad eventi/convegni	Numero di eventi a cui ha partecipato l'Istituto	37	Aumento del 10% rispetto all'anno precedente	Pianificazione strategica degli eventi/incontri/convegni/tavoli tecnici a cui partecipare
Miglioramento della capacità dell'IRCCS INRCA di rispondere alle aspettative e ai bisogni degli Stakeholder	Migliorare la soddisfazione degli utenti/pazienti	Predisposizione e somministrazione del questionario di soddisfazione	Numero di utenti/pazienti che hanno aderito all'indagine di soddisfazione	550	Aumento del 5%	Analisi delle aree critiche rilevate tramite la customer e pianificazione di strategie di intervento dedicate.
		Rilevazione e raccolta dati	Numero reclami pervenuti all'URP	42	Nessun incremento	Analisi delle motivazione dei reclami e adozione di strategie di risoluzione
	Migliorare la soddisfazione dei dipendenti	Somministrazione del questionario relativo all'indagine sul benessere organizzativo	Numero questionari dipendenti aderenti	905	Pubblicazione dei risultati	Analisi dei risultati ed eventuali azioni di miglioramento
		Dipendenti aderenti al progetto Fitness at Work	Numero dipendenti aderenti	33	Aumento del 25%	Mantenimento dell'iniziativa e sensibilizzazione del personale
	Migliorare la capacità di interazione con associazioni ed erogatori di servizi	Organizzazione giornata della trasparenza	numero associazioni partecipanti	2	Aumento del 25%	Mantenimento dell'iniziativa
	Migliorare la capacità di fare rete con stakeholder istituzionali	Partecipazione a tavoli/ incontri regionali/ ministeriali	Numero incontri	3	5	Mantenimento dell'iniziativa
	Miglioramento dei servizi e della attività di ricerca in relazione ai bisogni dell'utente/ cliente	Partecipazione a progetti di ricerca	Presentazione di progetti in ambito nazionale ed europeo	Numero di progetti di ricerca presentati	8	Almeno 5
Aumentare l'empowerment dei caregivers		Organizzazione di eventi formativi destinati ai caregiver	Numero di eventi	2	Almeno 3	Mantenimento dell'iniziativa



Appendice

Contesto legislativo

Riferimenti Normativi			
DgLS n.502 /1992	DgLS n.269/1993	D.P.R. n.313/2001	D.Lgs. n. 288/2003
Riordino della disciplina in materia sanitaria norma art.1 legge 23 ottobre 1992, n.421	Riordino degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico a norma art.1 c.1, lettera h) della L. 23/10/1992, n.421	Regolamento di Semplificazione del procedimento per il finanziamento della ricerca corrente e finalizzata svolta dagli IRCCS con personalità giuridica di diritto pubblico e privato	Riordino della disciplina degli IRCCS a norma dell'art.42, c.1, della L. 16/01/2003 n.3
LR Marche n.13 /2003 (LR 17/2010)	Accordo Stato Regioni del 1/7/2004 e 29/05/2014	LR Calabria n.11/2004 e smi	LR Marche n.2 del 21/12/2006
Riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale	Atto di intesa recante: «Organizzazione, gestione e funzionamento degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico non trasformati in fondazioni», di cui all'art.5 del decreto legislativo 16/10/2003, n.288. Intesa ai sensi dell'art.5 del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n.288 e dell'art.8, c.6 della L.5 giugno 2003, n.131.	Piano Regionale per la Salute	Disposizioni in materia di riordino della disciplina dell'Istituto Ricovero e Cura a Carattere Scientifico INRCA di Ancona
DPR n.42/2007		LR Lombardia n.33/2009 e smi	DGRM n.38 del 16/12/2011
Regolamento recante disposizioni in materia di Direttori scientifici degli IRCCS		Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità	Piano Socio sanitario della regione Marche Sostenibilità, appropriatezza, innovazione e sviluppo
L. n.190 del 06/11/2012		D.lgs 33 del 14/03/2013	DGRM n.735 del 20/05/2013
Piano Socio-sanitario della regione Marche Sostenibilità, appropriatezza, innovazione e sviluppo		Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle P.A.	Riduzione della frammentazione della rete ospedaliera, riconversione delle piccole strutture ospedaliere e riorganizzazione della rete territoriale della emergenza-urgenza della Regione Marche in attuazione della DGR 1696/2012
Accordo Stato Regioni 10/7/2014	DGRM n.1345 del 30/09/2013		
Nuovo Patto per la salute 2014-2016	Riordino delle Reti cliniche della Regione Marche		
	DGR 1219 del 27/10/2014		
	Modifica della DGR 1345 del 30/09/2013 concernente il riordino delle Reti cliniche della Regione Marche		

L'Istituto Nazionale Riposo e Cura Anziani (INRCA) è stato riconosciuto IRCCS con Decreto Ministero (DM) del 12.6.1968 e con DM il 21/03/2016 è stato confermato il riconoscimento del carattere scientifico per la disciplina di "geriatria" in tutte le sedi dell'Istituto.

L'INRCA è un IRCCS non trasformato in fondazione e di conseguenza allo stesso viene applicata la



normativa per tali Istituti ovvero il D.Lgs n.288/2003 e smi, l'Accordo Stato-Regioni del 1/7/2004, l'accordo Stato Regioni del 29.05.2014 e la normativa regionale di settore.

L'IRCCS INRCA ha sede legale ad Ancona e strutture nelle Regioni Lombardia, Calabria e Marche. Per contestualizzare e comprendere a pieno l'organizzazione e le dinamiche, che hanno caratterizzato l'INRCA dalla riforma attuata con il D.Lgs n.288/2003 e smi occorre, in primis, fare una breve trattazione della normativa sanitaria della Regione Marche, con particolare riferimento alla Legge Regionale (LR) n.13/2003 e smi "Riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale", come modificata in particolare dalla L.R. n.17/2010 e alla LR n.21/2006 "Disposizioni in materia di riordino della disciplina dell'Istituto ricovero e cura a carattere scientifico "INRCA" di Ancona".

Nello specifico, dal combinato delle leggi richiamate si rileva che:

- l'INRCA è un ente del Servizio Sanitario Regionale (SSR) (l'art 2 della LR 13/2003 e smi);
- è Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico a rilevanza nazionale non trasformato in fondazione, dotato di personalità giuridica di diritto pubblico ed autonomia amministrativa, tecnica, patrimoniale e contabile, ai sensi del D. Lgs n.288/03 smi. Inoltre, viene stabilito che ha sede legale ad Ancona e sedi periferiche nelle Regioni Lombardia, Calabria e Marche (l'art. 1 della LR n.21/2006 e smi);
- i suoi organi sono il Consiglio di Indirizzo e Verifica, il Direttore Generale, il Direttore Scientifico e il Collegio Sindacale. Questi vengono nominati, per quanto di relativa competenza, dal Ministro della Salute, Presidente della Regione Marche, Consiglio Regionale, Giunta Regionale (artt.li 3,4, 5, 6 e 7 della LR n.21/2006);
- è finanziata con risorse pubbliche (riceve risorse destinate al finanziamento del Servizio Sanitario Regionale in base all'art. 3 della LR n.13/03) mentre il patrimonio è costituito secondo quanto previsto dall'art.7 del D.Lgs n.288/2003;
- la Regione Marche ne definisce gli obiettivi specifici coordinati con quelli perseguiti dagli altri enti sanitari regionali (art.3 della LR n.13/03 e smi);
- persegue fini pubblici (svolge attività di prevenzione cura e riabilitazione nei confronti della popolazione anziana, nonché attività di ricerca scientifica e alta formazione professionale (art.2 della LR n.21/06 smi);
- è soggetta a stringenti controlli pubblici sia a livello regionale che statale (art.12 della LR n.21/06 e smi, artt.li 1, comma 2, e 16 del D.Lgs n.288/03 e smi).

Inoltre, la LR Marche n.21/06 all'art.2, comma 1 e 7 prevede 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.



SCHEDA DI VALUTAZIONE DEL BILANCIO SOCIALE IRCCS INRCA

Caratteristiche del compilatore:
(indicare con una X la voce scelta)

Anno di nascita _____

Categoria di appartenenza

- Personale interno
- Cittadino/paziente /utente
- Fornitore
- Enti e Istituzioni
- Associazioni e Fondazioni
- Mondo produttivo
- Azienda ospedaliera/sanitaria

Altro (specificare) _____

1. Come è venuto in possesso/ conoscenza del Bilancio Sociale?

(indicare con una X la voce scelta)

- Presentazione al pubblico
- Sito internet
- Per caso
- Altro (specificare) _____

2. Ritene utile l'iniziativa dell'INRCA di pubblicare il Bilancio Sociale?

(indicare con una X la voce scelta)

- Sì, molto
- Sì, abbastanza
- Poco
- Per niente

3. Quale sezione del Bilancio Sociale l'ha interessata maggiormente?

(indicare con una X la voce scelta)

- Identità dell'IRCCS INRCA
- Relazione sociale
- Impatto Ambientale
- Creazione e distribuzione del valore aggiunto
- Obiettivi di miglioramento

4. Quale è il suo giudizio sul documento?

(indicare con una X la voce scelta)

	Scarsa	Sufficiente	Buona	Ottima
Facilità di lettura				
Completezza				
Rilevanza				
Capacità di lettura grafici e tabelle				
Veste grafica				
Chiarezza				

5. Grazie al Bilancio Sociale ha avuto modo di conoscere meglio le attività svolte dall'INRCA?

(indicare con una X la voce scelta)

- Sì



- Sì, per alcuni aspetti (specificare) _____*
- No*

6. *Su quali aspetti fra quelli presenti nel Bilancio Sociale vorrebbe avere maggiori informazioni? (indicare con una X la voce scelta)*

- Identità dell'IRCCS INRCA*
- Creazione e distribuzione del valore aggiunto*
- Relazione sociale*
- Attività caratterizzanti e buone pratiche*
- Criticità e obiettivi di miglioramento*

I Suoi commenti e suggerimenti ci saranno molto utili per le future stesure del documento.
La ringraziamo sentitamente della collaborazione.

7. *Commenti e suggerimenti:*

La informiamo che il presente questionario potrà essere trasmesso nelle seguenti modalità:

- ✓ *Compilazione ed invio a mezzo e-mail a: direzionescientifica@inrca.it*
- ✓ *Invio per posta ordinaria - indirizzo: via Santa Margherita n.5 Ancona 60124*



Glossario

Accountability

Rendere conto. Accountability significa che aziende e organizzazioni devono essere in grado di giustificare pubblicamente i propri comportamenti. Un'organizzazione è "accountable" se rende conto periodicamente e comunica in modo trasparente alle parti interessate quanto è stato fatto nel corso delle proprie attività.

ADI

L'Assistenza Domiciliare Integrata è un servizio che permette al cittadino di usufruire a domicilio di un programma personalizzato, per essere dimesso con un'adeguata assistenza, per evitare il ricovero in ospedale o in casa di riposo.

Bilancio sociale

Strumento tramite il quale rappresentare informazioni qualitative, quantitative e monetarie dell'operato aziendale, raccolte attraverso schemi e procedure coerenti con lo scopo di analizzare e interpretare tali informazioni dall'interno, per monitorare, valutare, programmare e stabilire obiettivi conformi ai valori etici che caratterizzano l'azienda

Budget

Programma di gestione espresso in termini quantitativo-monetari, riferito al periodo di un anno che supporta la direzione nella guida aziendale verso gli obiettivi di efficienza e di efficacia gestionale. Partendo dalla previsione delle attività e tenendo conto delle risorse disponibili e dei costi presunti da sostenere, delinea i risultati previsti. Strumento di governo della gestione aziendale, che mette in relazione le attività da svolgere con le risorse disponibili, solitamente di durata annuale. Nel budget sono indicati gli obiettivi che l'Azienda, nel suo complesso e nell'articolazione dei suoi servizi, deve raggiungere. In quanto strumento di programmazione e di controllo delle attività, permette di verificare i risultati conseguiti con grandezze standard di riferimento e di effettuare correzioni sulla base di procedure che consentono di ipotizzare l'andamento futuro del processo gestionale.

Caregiver

Colui che si prende cura di una persona con disabilità.

Codice Etico-Comportamentale

Il Codice Etico-Comportamentale racchiude i principi che guidano l'organizzazione nelle attività quotidiane, specificando il significato di responsabilità sociale per l'impresa e le misure da questa attuate per metterla in pratica nell'operato di tutti i giorni. Tutti coloro che fanno parte dell'impresa sono tenuti ad osservare le norme contenute nel Codice Etico.

Customer satisfaction

Letteralmente "la soddisfazione del cliente": è un parametro utilizzato per conoscere la bontà di un determinato servizio offerto al pubblico.

Day-Hospital

Una particolare forma di assistenza medica ospedaliera, in cui le prestazioni diagnostiche e terapeutiche vengono fornite nelle ore diurne e al termine delle quali il paziente può tornare a casa. Viene adottato per indagini cliniche o trattamenti terapeutici particolarmente complessi, che richiedono la presenza del paziente per un notevole arco di tempo e attrezzature di tipo ospedaliero, ma non necessariamente il ricovero.

Day-Surgery

La possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici o anche procedure diagnostiche e terapeutiche invasive e seminvasive in regime di ricovero limitato alle sole ore del giorno, in anestesia locale, locoregionale o generale.

ECM

Educazione Continua in Medicina. È l'insieme organizzato delle attività formative teoriche e pratiche



promosse con lo scopo di mantenere elevata la professionalità del personale sanitario.

Governance

Insieme dei criteri e dei processi di governo in un'organizzazione.

Mission

Filosofia dell'organizzazione e gli obiettivi che si prefigge.

GBS

Lo Standard del GBS è stato elaborato dal Gruppo di Studio per la statuizione dei principi di redazione del Bilancio Sociale, allo scopo di elencare e definire i principi necessari alla redazione del Bilancio Sociale. L'osservanza di tali principi permette di predisporre un bilancio contenente l'identità aziendale, la generazione e la distribuzione del valore aggiunto, i risultati raggiunti rispetto agli obiettivi prefissati e in ragione dei differenti stakeholder. Lo Standard prevede anche una sezione integrativa dedicata all'opinione degli stakeholder sul documento, così come una sezione dedicata agli obiettivi di miglioramento

LEA

I livelli Essenziali di Assistenza sanitaria sono prestazioni e servizi garantiti a tutti i cittadini dal Servizio Sanitario Nazionale, la cui erogazione è gratuita o con partecipazione alla spesa da parte del cittadino

Stakeholder

Portatore di interesse con questo termine sono indicate tutte le categorie di soggetti che possono influenzare, essere influenzati o avere un interesse per le attività dell'impresa/banca come le risorse umane, gli azionisti, i clienti, la comunità nazionale e lo stato, i fornitori, le generazioni future.

Survey

Ricerca, studio.

Valore Aggiunto

E' dato dalla differenza tra i proventi della gestione e i costi esterni sostenuti per l'acquisto di beni e servizi per lo svolgimento dell'attività. Il valore aggiunto quantifica il valore creato e viene distribuito tra i diversi portatori di interessi (stakeholder).



Ideazione e coordinamento
Direzione Strategica INRCA

Redazione a cura di
Giuseppina Di Stefano, Raffaella Moresi, Laura Cassetta

Con la collaborazione di
**Rita Arzeni, Norma Barbini, Debora Benedettelli, Silvia Bolognini, Silvia Bustacchini,
Antonio Cherubini, Andrea Corsonello, Giacomo Cucchieri, Roberta Casoli, Adriana
D'Alba, Paola D'Ascoli, Serenella David, Mirko Di Rosa, Roberto Di Ruscio, Letizia Ferrara,
Cristina Ferrini, Paola Fioravanti, Riccardo Fraternali, Cristina Gagliardi, Irene Leonelli,
Riccardo Luzi, Giovanni Madeo, Cristiana Marzocchi, Veruschka Nardi, Patrizia Pacenti,
Maria Grazia Palmeri, Mauro Provinciali, Lorena Rossi, Renata Rossini, Sara Santini,
Paolo Sorcinelli, Teobaldo Servilio, Giuseppe Spiga, Micaela Tonucci, Tiziana Tregambe**

Direttore Generale
Gianni Genga

Direttore Scientifico
Fabrizia Lattanzio

Direttore Sanitario
Alberto Deales

Direttore Amministrativo
Riccardo Mario Paoli

Grafica editoriale
Marzio Marcellini

Data di pubblicazione
Dicembre 2017

