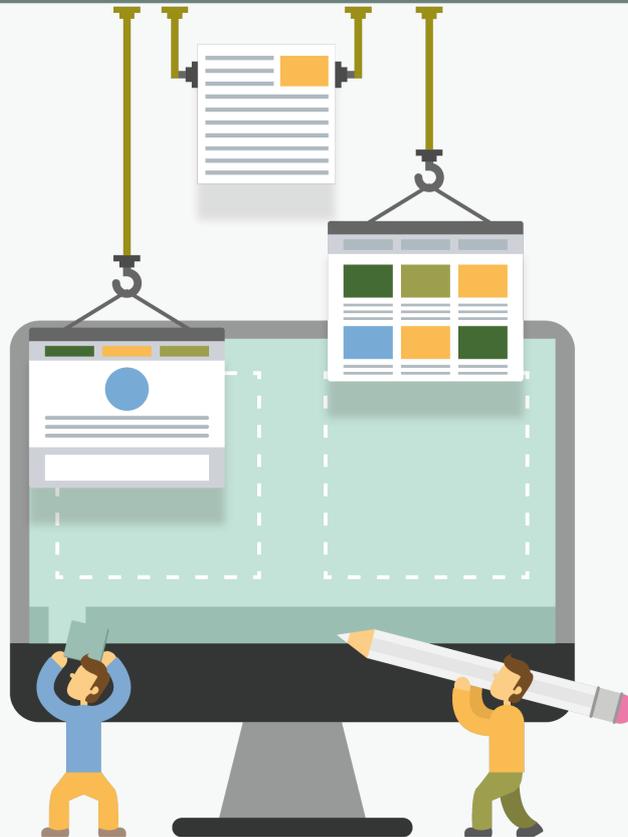




Istituto
di Ricovero
e Cura
a Carattere
Scientifico

HEALTH
AND SCIENCE
ON AGING



BILANCIO SOCIALE

2 0 1 5



INRCA

Bilancio Sociale

2015

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

Presentazione

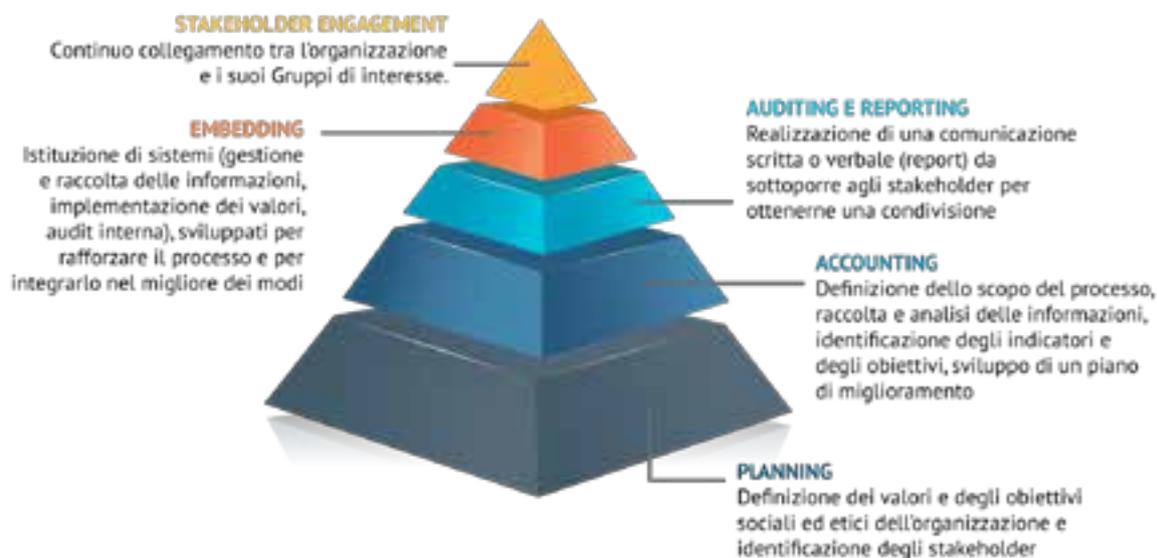
Nota Metodologica

1° Parte - Identità dell'IRCCS INRCA	pag. 3
IRCCS INRCA	5
Il Contesto di Riferimento	6
Il Contesto Demografico in Europa	6
Il Contesto Demografico in Italia e nelle Regioni in cui l'INRCA è presente con un suo Presidio	6
Lo scenario Demografico	7
Contesto Legislativo	14
Vision e Mission	16
Valori	17
Sistema di Governance	18
Gli organi Istituzionali collegiali e di consultazione	19
L'assetto Organizzativo	20
Organigramma	21
Strategie e Obiettivi	22
Politiche di Gestione	24
Mappa degli Stakeholders	29
Altre Iniziative e Riconoscimenti	34
Risorse Umane e Tecnologiche	39
Parco tecnologico	40
Il sistema informatico aziendale	41
2° Parte - Relazione sociale	pag. 45
Caratteristiche della popolazione assistita	45
I Servizi offerti: un quadro di insieme	46
Attività semi-residenziale	47
Attività residenziale	47
L'INRCA e l'integrazione con il territorio	48
Modelli e percorsi gestionali	52
Alcuni dati di sintesi	57
Presidio Ospedaliero di Ricerca di Ancona	57
Presidio Ospedaliero di Ricerca di Fermo	58
Presidio Ospedaliero di Ricerca di Casatenovo	59
Presidio Ospedaliero di Ricerca di Cosenza	60
Il governo dei tempi di attesa dell'INRCA in linea con le direttive regionali	62
Assistenza ambulatoriale	63
Rischio clinico	66
Dialogo con i pazienti	71
Ufficio Relazioni con il Pubblico	71
Soddisfazione dell'utente	75
Il portale internet	81
Social media	82
Testate nazionali e regionale	82
Comitato di Partecipazione ed Associazioni	84
I collaboratori	86
Promozione del Benessere dei lavoratori	86
La formazione	89
Sicurezza e salute dei dipendenti	93
La valutazione ed il sistema premiante	94
Il personale e le relazioni sindacali	95
Alcuni dati sui procedimenti disciplinari	96

La ricerca	98
I risultati dell'attività di ricerca	99
La progettualità scientifica	100
La produzione scientifica	103
L'attività di studio e sperimentazione clinica	107
Integrazione tra l'attività scientifica e sistema qualità	108
Servizi di supporto alla ricerca	110
Il finanziamento della ricerca	111
3° Parte - Impatto ambientale	pag. 115
Politiche di Smaltimento dei Rifiuti	115
Le politiche di risparmio energetico	116
4° Parte - Produzione e distribuzione di valore aggiunto	pag. 121
5° Obiettivi di Miglioramento	pag. 131
Certificazione del bilancio sociale da parte di Ente Terzo (RINA service)	Pag. 133
Appendice	Pag. 135
Glossario	Pag. 137

Nota metodologica

Il Bilancio 2015 dell'IRCCS INRCA, 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 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.

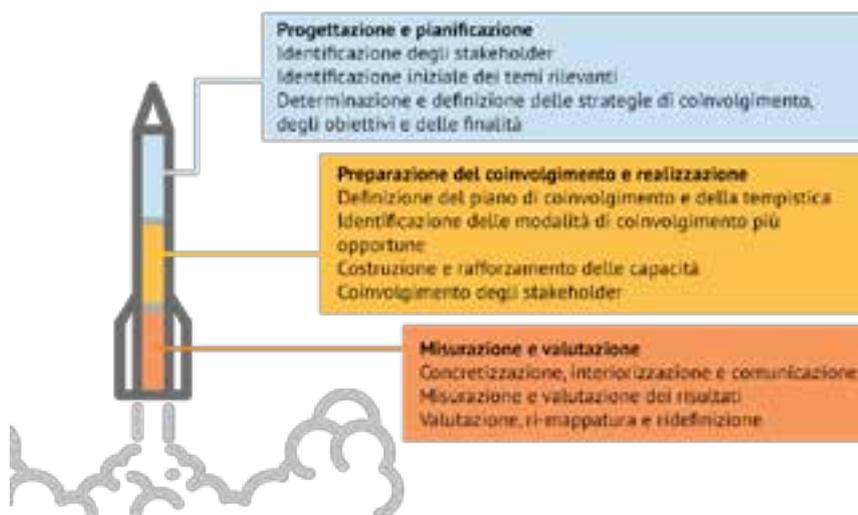
Rispondenza

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 dalla 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.

Il presente documento è stato redatto, come già detto, in coerenza allo standard AA1000AS (2008), il quale fornisce una base coerente per la verifica esterna del report e dei sottostanti processi, sistemi e competenze rispetto alle definizioni e ai principi di rendicontazione dell'AA1000 sopra esposti. Tale fase del processo è stata ritenuta rilevante al fine di ottenere un giudizio sulla credibilità dei report e sistemi che mettono a disposizione le informazioni significative e che sono all'origine delle performance dell'Ente. Inoltre, per far fronte alle specifiche esigenze di rendicontazione di un'organizzazione del settore non profit, il documento del Gruppo di studio per il Bilancio Sociale "La rendicontazione sociale del non profit" ha costituito altro spunto di riferimento. In particolare, quest'ultimo standard ha guidato la definizione della struttura del documento.

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:

- I 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.
- I 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.
- I Impatto ambientale:** descrive i risultati aziendali rispetto alle informazioni ambientali che raccontano l'impatto dell'IRCCS INRCA e delle sue strategie sullo sviluppo sostenibile.
- I 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.
- I 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 del Presidente del Consiglio d'Indirizzo e Verifica

Il Consiglio di Indirizzo e Verifica dell'INRCA presenta il 2° Bilancio sociale dell'Istituto anno 2015.

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*.

L'Istituto è in transito: ha risolto molti problemi, altri ne dovrà affrontare guardando futuro.

Di positivo ricordiamo la stabilizzazione della sua struttura organizzativa, patrimoniale ed economica. Purtroppo ciò ha significato perdere le sedi di Roma e di Cagliari. Non c'era altra scelta, considerate le volontà espresse dalle rispettive Regioni di appartenenza.

In compenso è possibile dare respiro alle sedi di Casatenovo e di Cosenza.

Si sono rafforzate le strutture di Ancona e di Fermo. E' avviato il processo di ricostruzione della sede di Appignano.

E' definitivo il progetto del nuovo ospedale di Ancona sud: splendida occasione di efficacia assistenziale e di ricerca.

La ricerca si è definitivamente strutturata e sta operando con progetti di livello nazionale e internazionale.

Il network *Italia longeva* prosegue la sua strada di coinvolgimento di soggetti privati e pubblici, capaci di elevare l'attenzione e la risposta a persone della maggiore età.

L'Istituto ha affrontato la riorganizzazione della sanità nella nostra Regione, rafforzando la sua funzione nella catena delle reti cliniche e delle sue competenze geriatriche; l'opera delle figure apicali è stata determinante in questo processo di transito.

Gli obiettivi futuri riguardano:

- Un'organica partecipazione alla sanità interregionale con la Lombardia e la Calabria.
- Il progetto del nuovo ospedale, senza dimenticare l'attuale sede di via della Montagnola e della sede dell'ex Tambroni.
- Un rafforzamento della funzione della geriatria in ambito regionale e universitario.
- L'impegno a tutto campo per affrontare le patologie dell'Alzheimer e delle demenze correlate, delle patologie cardio-vascolari, dell'oncologia e della riabilitazione.

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 *governance* della Regione Marche, con il suo Presidente, è stata garante della vita dell'INRCA offrendo prospettive di impegno e di crescita: gli obiettivi futuri possono essere raggiunti.

Il Presidente del Consiglio d'Indirizzo e Verifica

Don Vinicio Albanesi

pagina intenzionalmente vuota



pagina intenzionalmente vuota

1^o 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	374
Dimessi Degenza Ordinaria	8692
Dimessi Day Hospital	1208
Età media pazienti (anni)	75

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, 60125 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, CASATENOVO (LC) • Tel. 039 9232

Regione Calabria

Presidio Ospedaliero di Ricerca Cosenza

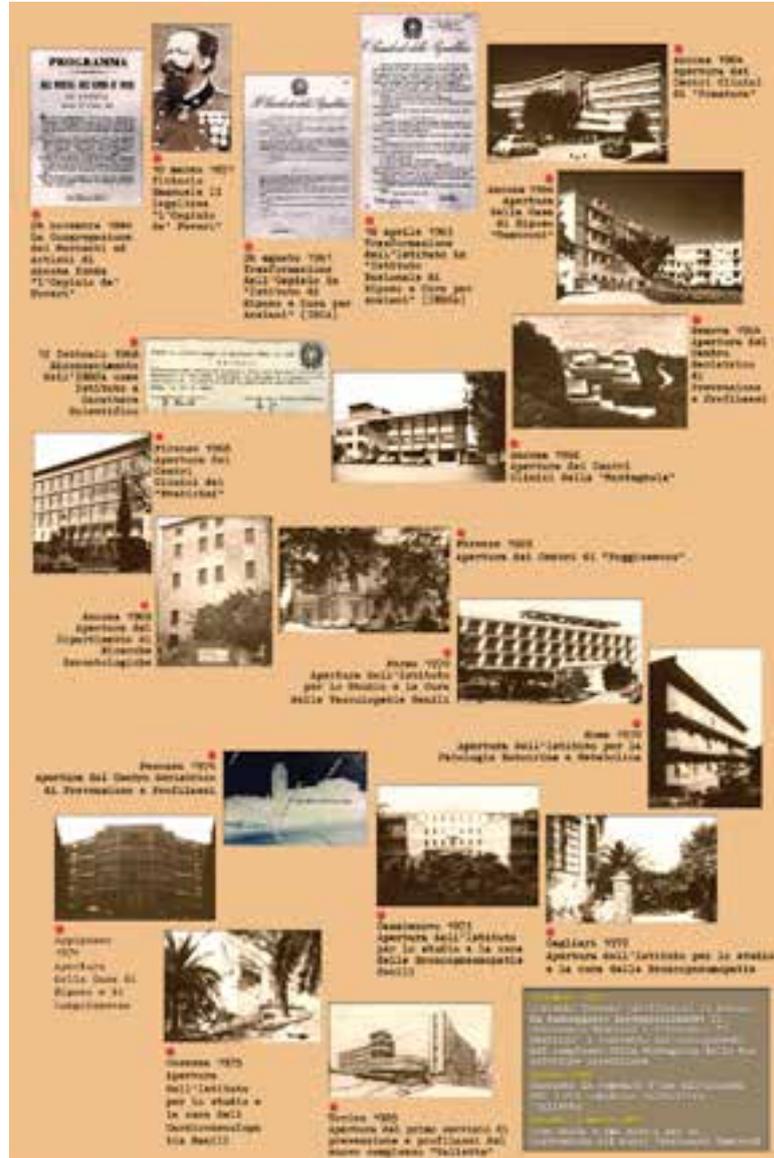
Contrada Muoio Piccolo, 87100 COSENZA • Tel. 0984 6821

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 (V.E 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.



Contesto di Riferimento

Il contesto socio-demografico in Europa

La situazione demografica in Europa al primo gennaio 2014 riporta che il 18,5% dell'intera popolazione è costituita da persone con più di 65 anni, con un incremento di 0,3% rispetto all'anno precedente e di quasi 2 punti percentuali rispetto al 2004 (fonte dati Eurostat 2015). Cresce quindi anche l'età media della popolazione europea che, nel 2014 è di 42,2 anni e oscilla tra il valore più basso in Irlanda (36.0 anni) e quello più elevato in Germania (45.6 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.

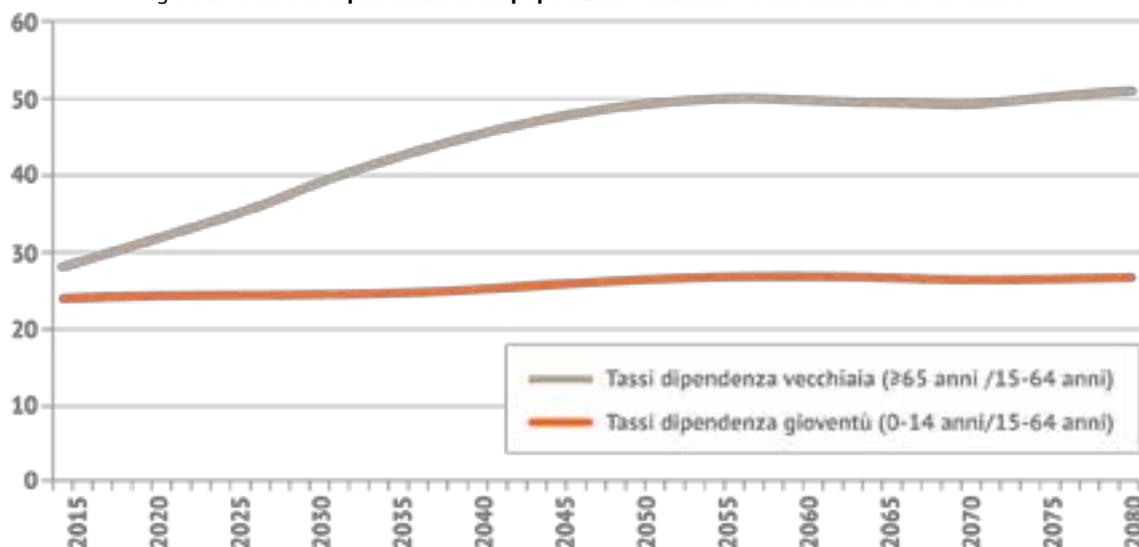
Si allarga la forbice tra aspettativa di vita e **aspettativa di vita in salute**: le persone vivono più a lungo ma l'ultima parte dell'esistenza è caratterizzata da cronicità e disabilità.

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 2014 era del 51,8%, vale a dire che per ogni persona non-autosufficiente c'erano due persone in età da lavoro.

In Europa il solo tasso di dipendenza della popolazione anziana è passato dal 24,3% nel 2004 al 28,1% nel 2014, con un incremento di 4 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

La situazione sociale del Paese

Il 49° Rapporto sulla situazione sociale del Paese fornisce un'immagine molto complessa dell'Italia, un Paese che sta cercando di affrontare e gestire un periodo economico molto difficile le cui conseguenze

si ripercuotono sui settori sanitario e sociale.

L'indagine Censis (2015) sull'opinione relativa all'adeguatezza e alla qualità del Servizio Sanitario Regionale, riporta che il 42,7% dei cittadini italiani ritiene che la qualità delle prestazioni sanitarie sia in forte peggioramento, opinione espressa dal 64% della popolazione del Sud. Il 55,5% considera inadeguato il Servizio Sanitario Regionale, con un picco dell'82,8% nel Mezzogiorno.

Il Rapporto mette in evidenza le difficoltà del sistema assistenziale italiano, caratterizzato da un'assistenza all'anziano garantita dal contributo sia dei familiari (caregiver) che dei privati assicurati dalle lavoratrici straniere. Sembra infatti che il 50,2% delle famiglie con una persona non autosufficiente (contro il 38,7% del totale delle famiglie) abbia a disposizione risorse familiari scarse o insufficienti. Per fronteggiare il costo privato dell'assistenza ai non autosufficienti, circa 561.000 famiglie si sono viste costrette ad utilizzare i propri risparmi e/o dovuto vendere la casa.

I risultati del rapporto confermano la lenta ed inesorabile inversione di tendenza del nostro sistema di welfare, che vede una spesa sanitaria pubblica sempre più ridotta a fronte di un impegno economico sempre più consistente da parte delle famiglie. Queste sono sempre più in difficoltà e, per questo motivo, nell'ultimo anno è aumentato il numero delle famiglie (41,7%) in cui almeno un membro ha dovuto rinunciare ad una prestazione sanitaria per mancanza di risorse.

Tra il 2008 e il 2015 è risultato in forte crescita sia il numero di lavoratori anziani (55-64 anni) sia quello delle persone anziane di pari età in cerca di occupazione. La tabella sottostante (tab.1) riassume i dati relativi all'impatto della crisi su lavoratori anziani (fonte dati Istat).

Tabella 1 - **Impatto della crisi su lavoratori anziani periodo 2008-2015 (migliaia e val %)**

	2008	2014	I trim. 2015	II trim. 2015	Diff. II trim. 2015 con situazione pre-crisi (II trim. 2008)	Diff. II trim. 2015 con introduzione del Jobs Act (I trim. 2015)
<i>Gli Anziani</i>						
Lavoratori anziani (mgl)	2455	3508	3624	3715	1242	91
Tasso di Occupazione (55-64anni) (%)	34,3	46,2	47,5	48,6	3,4	1,1
Lavoratori anziani in cerca di occupazione (mgl)	79	203	224	217	135	-7
Tasso di Disoccupazione (55-64anni) (%)	3,1	5,5	5,8	5,5	2,3	-0,3
<i>Gli Stranieri</i>						
Stranieri occupati (mgl)	1690	2294	2283	2360	746	77
Stranieri in cerca di occupazione (mgl)	157	466	510	456	296	-54

Lo scenario demografico

La popolazione anziana in Italia

I dati ricavati dall'ultimo rapporto dell'ISTAT (2015) 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 quasi il 22% della popolazione e l'età media della popolazione si aggira a circa 44,4 anni.

Le indagini ISTAT nel 2015 registrano una diminuzione dell'aspettativa di vita che si attesta a 80,1 anni per gli uomini (80,3 nel 2014) e a 84,7 per le donne (85 nel 2014). 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.

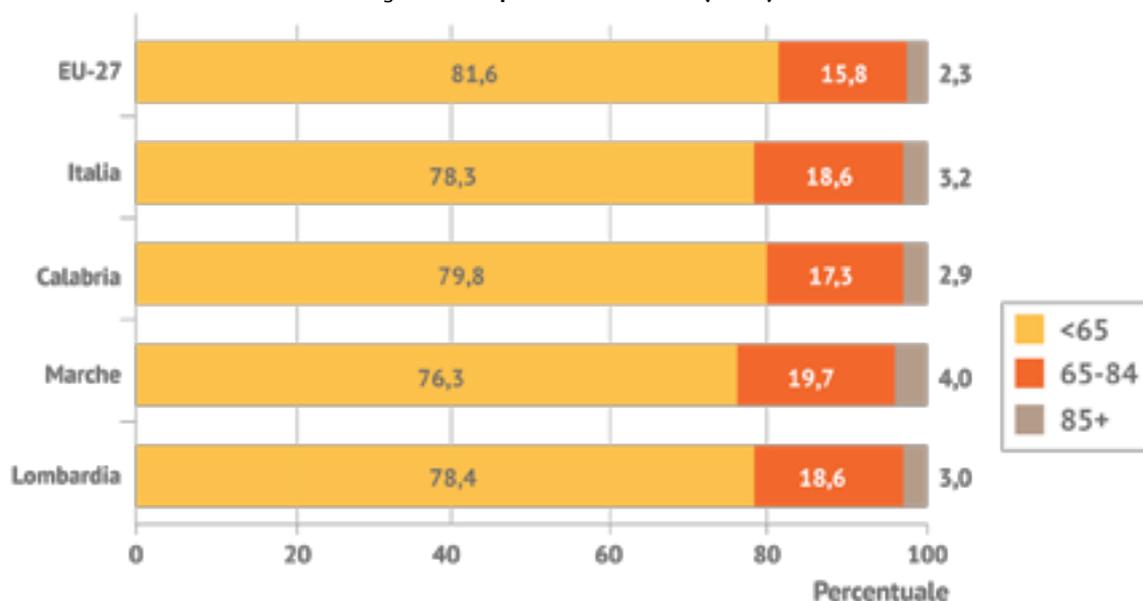
La popolazione anziana nelle Regioni in cui l'INRCA è presente con un suo presidio

Tra le regioni italiane, le Marche risultano essere una delle regioni più longeve d'Italia con gli over 65 che raggiungono il 23.7%, di poco inferiore è il dato in Lombardia (21.6%) mentre la Calabria registra il valore più basso (20.1%).

Aumentano anche i "grandi vecchi" cioè gli individui che hanno superato gli 85 anni di età. L'Italia, grazie all'elevata longevità e alla contemporanea bassa natalità, detiene il primato della più alta quota di popolazione over 85 (3.2%) a fronte di un valore medio europeo di 2.3%. Questa popolazione molto

anziana nella regione Marche raggiunge il 4% superando di quasi un punto percentuale la media nazionale (Fig.2).

Figura 2 - **Proporzione di anziani (val %)**

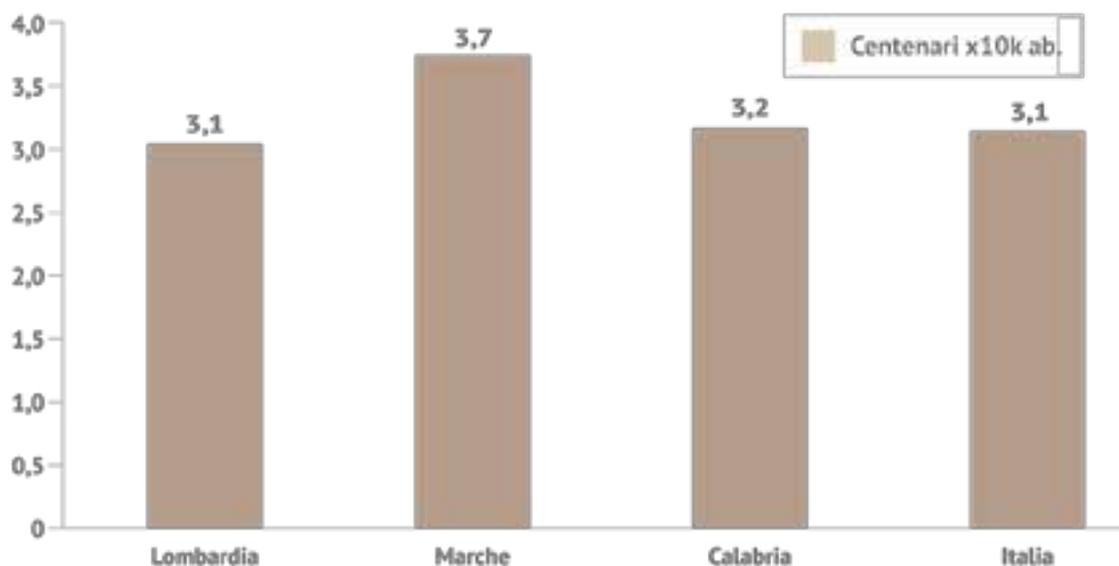


Fonte: elaborazioni su dati ISTAT e EUROSTAT Anno 2015

In Italia la popolazione ultracentenaria continua ad aumentare: nel 2015 oltre tre italiani su 10.000 hanno raggiunto e superato il secolo di vita. Nel periodo dal 2002 al 2015 gli ultracentenari sono più che triplicati, infatti si è passati da un centenario ogni 10.000 residenti nel 2002 a oltre 3 nel 2015.

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**



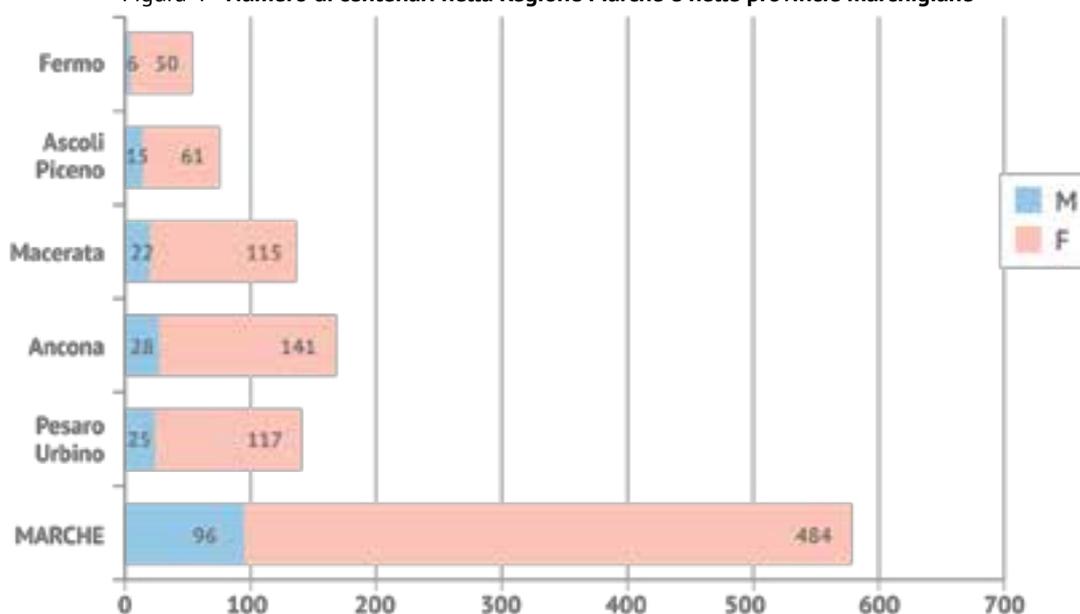
Fonte: elaborazioni su dati ISTAT Anno 2015

Analizzando in dettaglio la distribuzione dei centenari nelle cinque province marchigiane la figura 4 illustra che la provincia con il maggior numero di persone che hanno oltrepassato il secolo di vita è quella di Ancona con 169 ultracentenari, davanti a Pesaro-Urbino e Macerata rispettivamente con 142 e 137 ultracentenari, chiudono Ascoli Piceno con 76 e Fermo con 56.

La componente femminile è la più numerosa: nelle Marche infatti nel 2015 le donne rappresentano

l'83,4% di tutti gli ultracentenari residenti nella regione.

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



Fonte: ns. elaborazioni su dati ISTAT Anno 2015

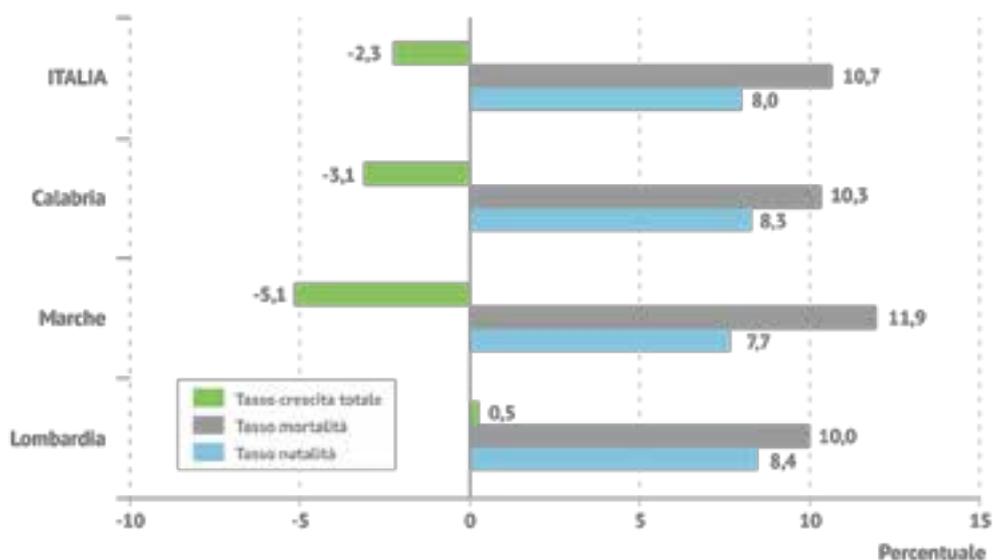
Indicatori demografici per le regioni in cui l'INRCA è presente

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 2015):

- **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

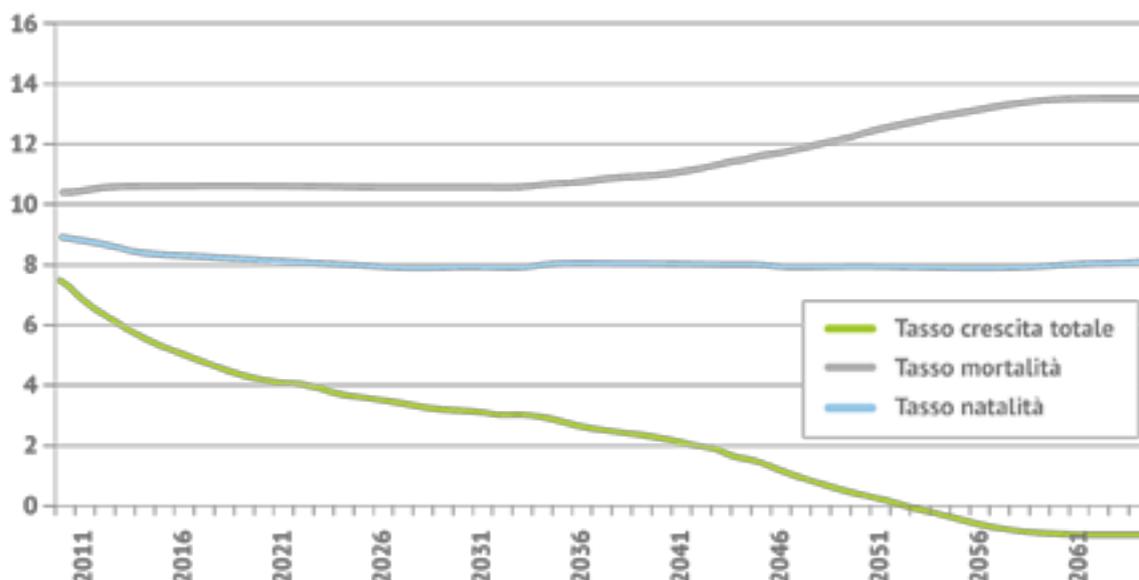


Fonte: elaborazioni su dati ISTAT Anno 2015

Per quanto riguarda l'andamento degli indicatori di bilancio demografico nelle Marche, l'ISTAT prevede

che il tasso di natalità rimarrà pressappoco stabile, registrando negli anni solo un leggero declino, mentre il tasso di mortalità subirà un incremento nell'ultimo ventennio preso in considerazione. Ciò determinerà, negli ultimi 10 anni, 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 2015

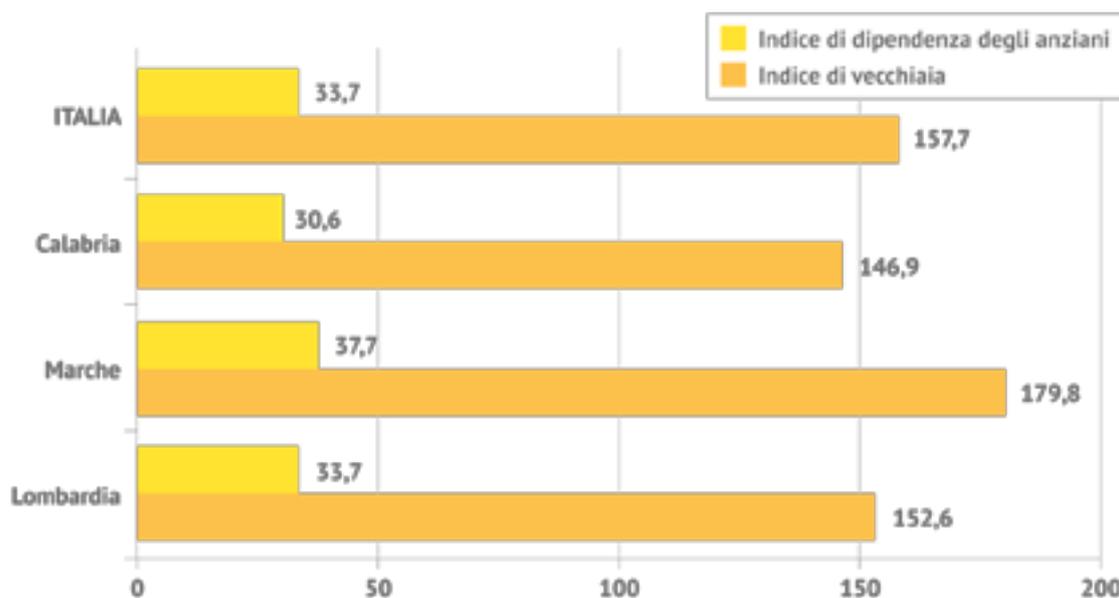
Altri indicatori utili per comprendere il grado di rinnovamento e, contemporaneamente, di longevità della popolazione sono rappresentati dai seguenti indici:

■ **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 2015

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

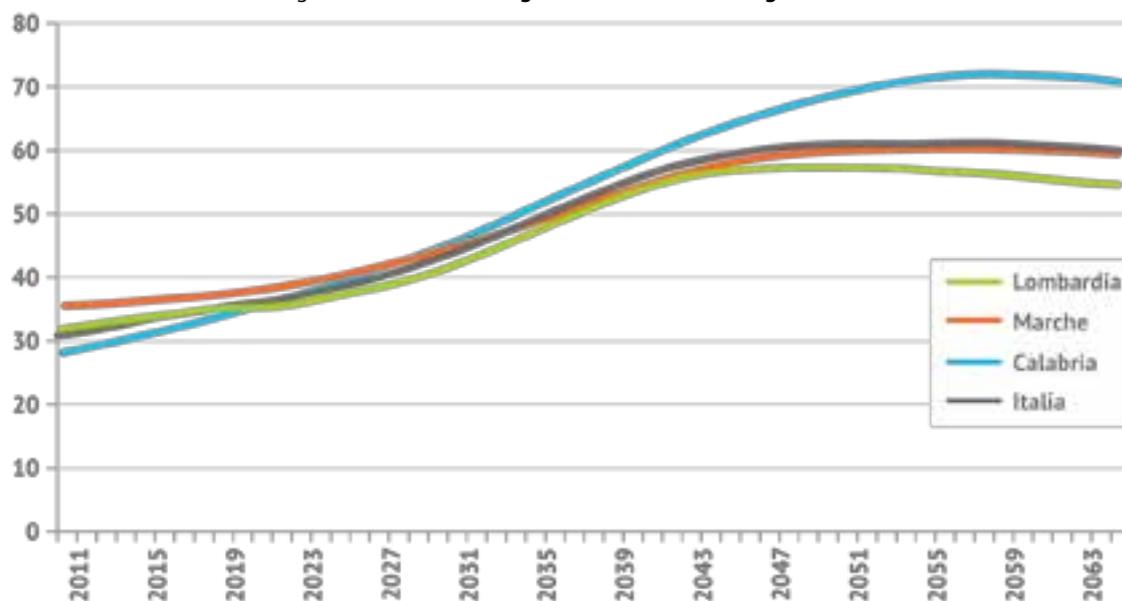
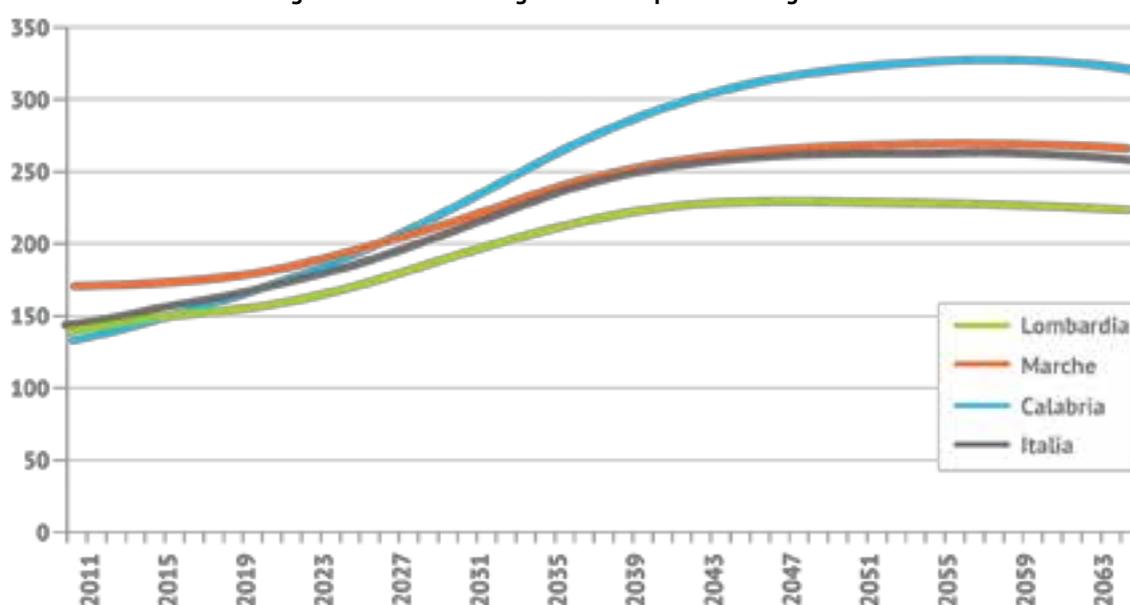


Figura 9 - Proiezione degli indici di dipendenza degli anziani



Fonte: elaborazioni su dati ISTAT Anno 2015

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.

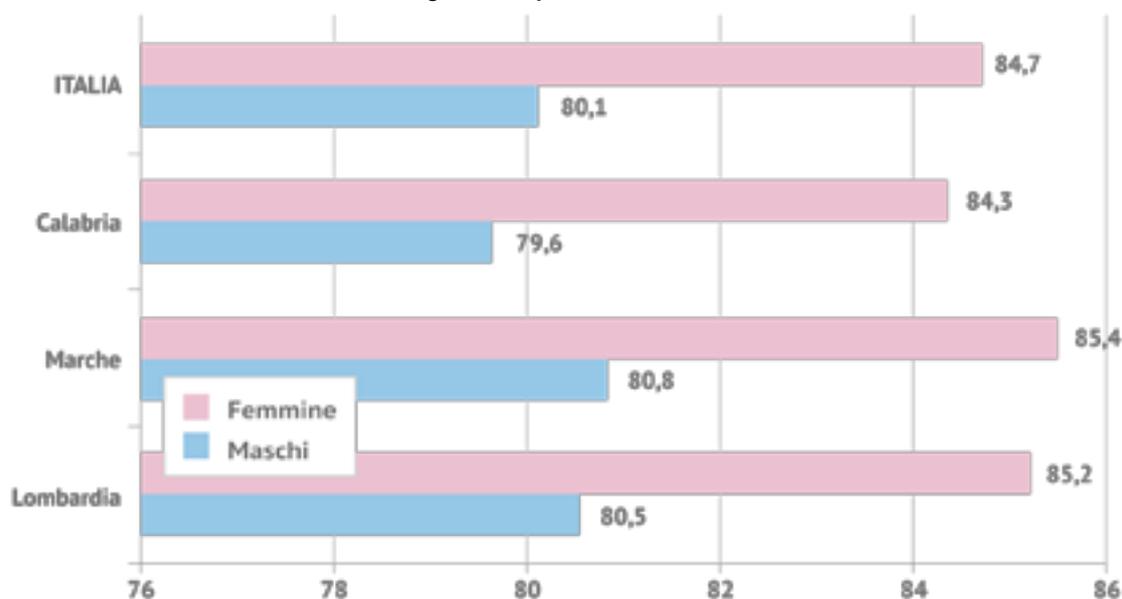
L'aumento della popolazione anziana è anche dovuto ad un allungamento della vita dei cittadini italiani ed è confermato dai seguenti indicatori:

■ **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 2015 l'età media degli Italiani è di oltre 44,4 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 2015

Alcuni indicatori dello stato di salute della popolazione in Italia

La prima causa di morte sono le malattie ischemiche del cuore, responsabili da sole di 75.098 morti (poco più del 12% del totale dei decessi). La seconda è costituita dalle malattie cerebrovascolari (61.255 morti, pari a quasi il 10% del totale) e le altre malattie del cuore non di origine ischemica (48.384 morti, pari a circa l'8% del totale). I tumori maligni di trachea, bronchi e polmoni, che negli uomini determina 24.885 decessi (seconda causa di morte) sono la successiva causa di morte, mentre è da segnalare che malattie ipertensive (20.367), demenza e malattia di Alzheimer (18.226), causano tra le donne il doppio dei decessi osservati tra gli uomini (fonte ISTAT, 2014 su dati 2012).

I tassi di mortalità potrebbero essere ridotti attraverso stili di vita sani (misurati su parametri quali alimentazione, consumo di alcol, fumo e attività fisica) e prevenzione. Sul primo versante la popolazione italiana ha comportamenti ambivalenti poiché se, da un lato, il consumo di alcol e fumo è venuto diminuendo, dall'altro gli italiani mangiano poche porzioni di frutta e verdura rispetto a quelle raccomandate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e sono sempre più obesi. Per quanto riguarda la prevenzione, questa sfortunatamente, dal 2005 al 2013 ha subito ingenti tagli nelle risorse ad essa destinate in tutti i Paesi economicamente più avanzati (OCSE - Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico, 2015). Il Rapporto Osservasalute 2015 conferma, per l'Italia, da un lato una spesa pubblica limitata nella prevenzione e dall'altro, un'adesione medio-bassa da parte della popolazione ai programmi di screening delle tre principali patologie: 56,1% per il tumore della mammella, 40,7%, per il cervicocarcinoma uterino, il 47,1% per il carcinoma del colon-retto. Un ulteriore aspetto della prevenzione sono le vaccinazioni. Negli anziani ultra 65enni la copertura antinfluenzale non raggiunge in nessuna regione italiana i valori considerati minimi (75%) e ottimali (95%) dal Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale. Nella stagione 2014-2015 infatti, solo il 49% della popolazione anziana ha deciso di vaccinarsi contro l'influenza con un decremento dell'22,6% rispetto alla stagione 2003-2004. Prendendo in considerazione le tre regioni ove è presente l'INRCA, osserviamo che sia le Marche con il 46,7%, sia la Lombardia con il 47% sono al di sotto della media nazionale, mentre la Calabria con il 54,3%, è tra le regioni più virtuose (Fonte dati: Rapporto Osservasalute 2015).

FOCUS: La malattia di Alzheimer nel mondo e in Italia

Il più recente “World Alzheimer Report” (2015) stima 46,8 milioni di persone affette da vari tipi di demenza. Le proiezioni prevedono un raddoppiamento di queste cifre nei prossimi 20 anni per arrivare a 74,7 milioni nel 2030. Per comprendere la portata del fenomeno basti pensare che ogni anno si ammalano 9,9 milioni di persone, una ogni 3,2 secondi.



fonte: World Alzheimer Report 2015

Per quanto riguarda la distribuzione 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 recente studio condotto dal Censis in collaborazione con l'Associazione Italiana Malattia di Alzheimer (2015), 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.

Contesto legislativo

RIFERIMENTI NORMATIVI	DESCRIZIONE
DgLS n.502 /1992	Riordino della disciplina in materia sanitaria norma art.1 legge 23 ottobre 1992, n.421
DgLS n.269/1993	Riordino degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico a norma art.1 comma 1, lettera h) della legge 23 ottobre 1992, n.421
D.P.R. n.42/2001	Regolamento di Semplificazione del procedimento per il finanziamento della ricerca corrente e finalizzata svolta dagli IRCCS con personalità giuridica di diritto pubblico e privato
D.Lgs. n.288/2003	Riordino della disciplina degli IRCCS a norma dell'art.42, comma 1, della L. 16/01/2003 n.3
LR Marche n.13 /2003	Riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale
Accordo Stato Regioni del 1 luglio 2004	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 ottobre 2003, n.288. Intesa ai sensi dell'art. 5 del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n.288 e dell'art. 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n.131.
LR Calabria n.11/2004 e smi	Piano Regionale per la Salute
LR Marche n.21 del 21/12/2006	Disposizioni in materia di riordino della disciplina dell'Istituto Ricovero e Cura a Carattere Scientifico INRCA di Ancona
DPR n.42/2007	Regolamento recante disposizioni in materia di Direttori scientifici degli IRCCS
LR Lombardia n.33/2009 e smi	Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità
DGRM n.38 del 16/12/2011	Piano Socio-Sanitario della Regione Marche. Sostenibilità, appropriatezza, innovazione e sviluppo
Legge n.190 del 06/11/2012 e smi	Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione
D.lgs 33 del 14/03/2013	Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle P.A.
DGRM n.735 del 20/05/2013	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
DGRM n.1345 del 30/09/2013	Riordino delle Reti cliniche della Regione Marche
Accordo Stato Regioni 10 luglio 2014	Nuovo Patto per la salute 2014-2016
DGR 1219 del 27/10/2014	Modifica della la 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 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 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" 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. 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.

MISSION e VISION

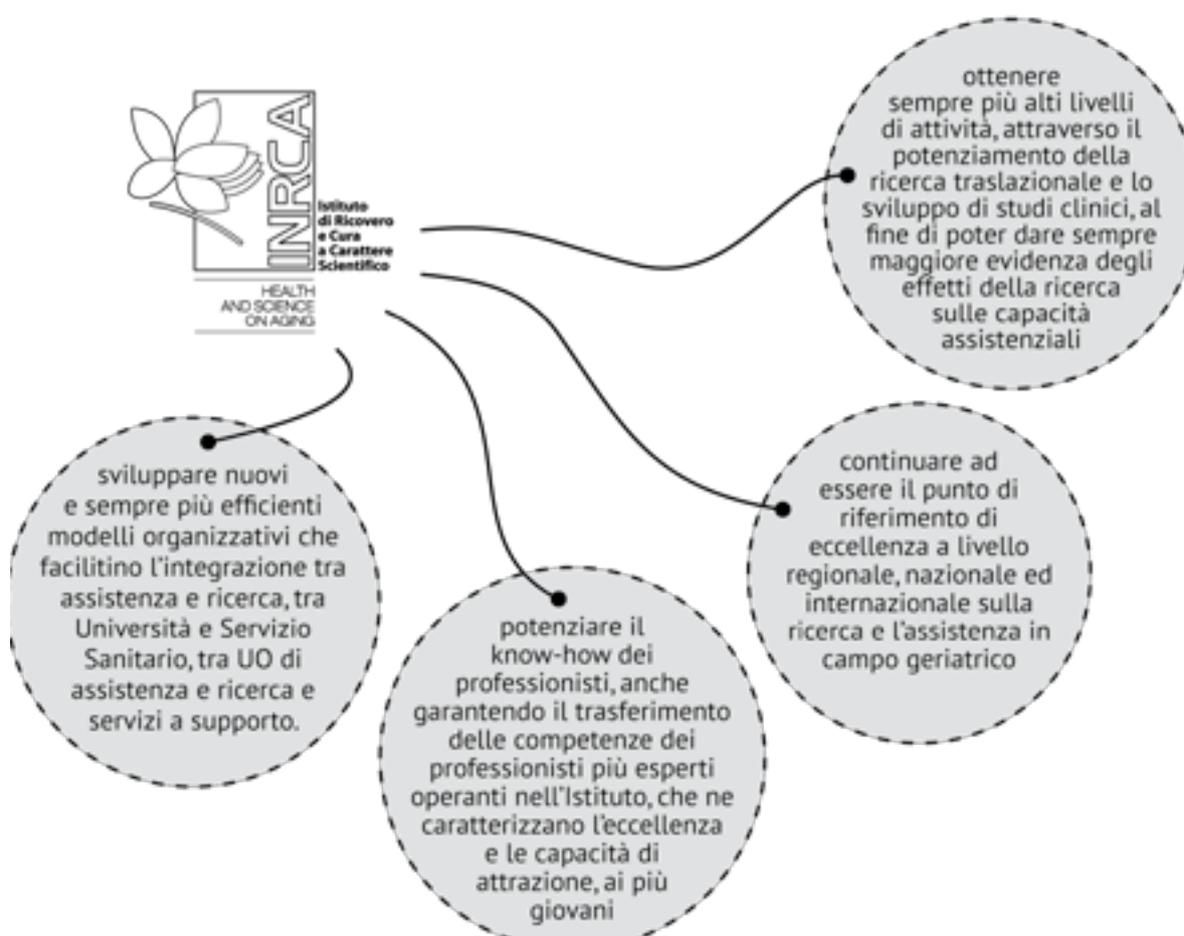
Mission

L'INRCA trova i propri riferimenti da un lato nell'essere Istituto di ricerca e dall'altro nell'avere una forte connotazione specialistica in senso geriatrico e gerontologico. 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:



Valori

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

- 

la centralità della persona assistita

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, continuità - assicurare la continuità e la regolarità delle cure
- 

il diritto di scelta e la partecipazione

Assicurare ad ogni utente la possibilità di decidere in ordine alla propria salute e garantendo la possibilità di esprimere la propria valutazione sulla qualità delle prestazioni
- 

la trasparenza e la comunicazione

Garantire la libera circolazione delle informazioni sulle prestazioni offerte, sulle procedure, sulle risorse e sui risultati
- 

l'efficienza e l'efficacia

Le attività vengono pianificate in modo da garantire la promozione della salute, evitare sprechi di risorse e migliorare l'efficienza delle prestazioni erogate, senza compromettere l'efficacia del servizio reso
- 

la qualità

Il miglioramento continuo della qualità dei servizi resi al cittadino
- 

la ricerca, l'innovazione e la formazione

Promuovere l'eccellenza e l'innovazione nel campo della ricerca sull'invecchiamento, guidata dai bisogni di salute della popolazione anziana, ed assicurare lo sviluppo delle conoscenze e delle competenze professionali e culturali del personale

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 efficacia ed efficienza.

Gli organi Istituzionali

Consiglio di Indirizzo e Verifica (CIV) è 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;
- ▮ sceglie, 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 Ministero Salute

Dott. Antonio Lacetera

In rappresentanza Regione Marche

Dott. Achille Maccaferro

In rappresentanza Regione Marche

Dott. Franco Dolcini

In rappresentanza Regione Marche

Dott. Andrea Gioacchini

In rappresentanza Regione Marche

Dott. Nicola Bonaduce

In rappresentanza Regione Lombardia

Dott. Lucio Sbanò

In rappresentanza 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.

Il Direttore generale



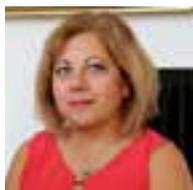
Dr. Gianni Genga

(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.

Gli organismi collegiali e di consultazione

Il Collegio di Direzione

Coadiuvata 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. Attualmente, in base a quanto stabilito dal DM 8 febbraio 2013, in tutte le sedi INRCA operano i seguenti comitati etici:

- Comitato Etico Regione Marche c/o AOU Ospedali Riuniti di Ancona
- Comitato Etico Regione Calabria - Sezione Area Nord - c/o Azienda Ospedaliera di Cosenza
- Comitato Etico Centrale IRCCS Lombardia c/o Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori di Milano.

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

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

Coadiuvato 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

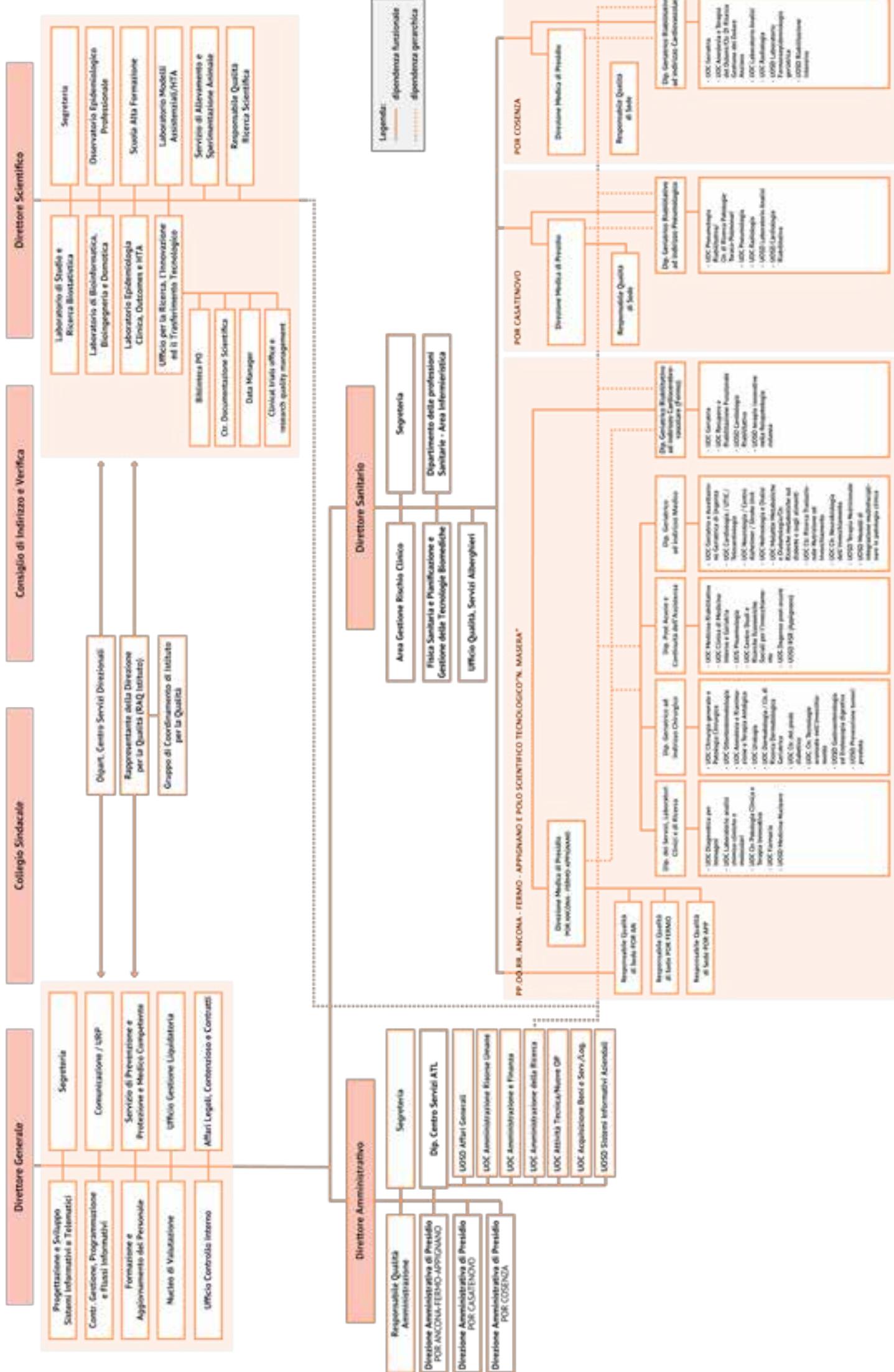
Dr. Alberto Deales nominato con determina n.178/DGen del 29/06/2016 collabora allo svolgimento dell'insieme delle attività aziendali con particolare riguardo all'area sanitaria.

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 di clinico assistenziale.



ORGANIGRAMMA

Edizione 2015



Strategie e obiettivi

Gli indirizzi comunitari e nazionali e 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).



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.

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 centocinquanta giorni dalla data di entrata in vigore del Piano sanitario nazionale, adottano o adeguano i piani sanitari regionali.

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.

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 2015 è stato quello di rafforzare la propria vocazione geriatrica e di ricerca in un contesto economico sostanzialmente equivalente rispetto a quello degli anni precedenti:

- l'assistenza geriatrica ha una forte complessità e specificità e l'INRCA ha come suo mandato istituzionale di praticarla e di studiarla;
- gli standard assistenziali di un IRCCS sono più alti;
- l'assistenza agli anziani assorbe più risorse;
- l'INRCA si pone l'obiettivo di essere sede di processi ad altro contenuto in termini di innovazione organizzativa e gestionale, comunicazione professionale e ricerca scientifica;
- l'INRCA ambisce a costituirsi come un modello di riferimento scientifico prima a livello regionale e poi nazionale ed internazionale;
- l'INRCA aspira ad avere la leadership almeno culturale anche nella gestione dei servizi geriatrici extraospedalieri, specie a livello della Regione Marche.

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.

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 9001:2008, 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 continuo 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 della 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 9001:2008 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 organizzata in processi (vedi figura).



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-Degenza e Chirurgie, P03-Servizi) e secondari a supporto (P04-Gestione Risorse, P05-Approvvigionamento), 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 la 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;
- ▮ il Forum Qualità sull'intranet aziendale: uno spazio per il confronto e per il supporto quotidiano aperto a tutti gli operatori INRCA. Il forum contiene 4 stanze per il confronto e la discussione: Ricerca, Assistenza, Certificazione e SGQ e Gestione Risorse (Economiche, Umane e Strumentali);
- ▮ 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.

Trasparenza e prevenzione della corruzione

Nel 2015 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, 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.



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.



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.

Codice Etico Aziendale

Individua i principi generali e le regole comportamentali a cui viene riconosciuto valore etico positivo. Il codice etico aziendale si richiama ai principi universalistici e ai valori che caratterizzano il sistema Sanitario Nazionale, si rivolge a tutta la dirigenza e a tutti i dipendenti aziendali orientando le loro scelte comportamentali. Esso è vincolante, senza alcuna eccezione, per tutto il personale che opera a qualsiasi titolo nelle strutture aziendali o anche al di fuori di esse, purché operi nello svolgimento dei propri compiti e funzioni istituzionali.

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 (determina n.33 del 30/01/2015) 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 numero di rappresentanti 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.



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.

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 seguenti 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

Mappa 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
Sono interessati all'efficace ed all'efficiente svolgimento dell'attività assistenziale per la salute del paziente
Gli operatori 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 è impegnata nella promozione dello sviluppo e valorizzazione delle competenze attraverso il riconoscimento della formazione e aggiornamento del personale e sistemi di valutazione delle capacità professionali
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. La loro attività deve essere 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.
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
Svolge funzioni di programmazione, indirizzo, controllo nonché di coordinamento nei confronti dell'INRCA attraverso le indicazioni del Piano Sanitario Regionale

Associazioni
<p>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.</p> <p>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</p>
Organizzazioni sindacali
<p>Sono quelle organizzazioni con la finalità di promuovere le necessità dei lavoratori dipendenti, temperando l'interesse al miglioramento delle condizioni di lavoro ed alla crescita professionale del personale. Per le materie stabilite dalla vigente normativa e dai CCCNLL sono titolari dei diritti riguardanti l'informazione, la consultazione, la concertazione e la contrattazione integrativa aziendale</p>
Università
<p>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</p>
Aziende Ospedaliere e Extraospedaliere
<p>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.</p>
Medici di Medicina Generale
<p>Rappresentano il collegamento tra paziente e territorio.</p>
Altri IRCCS e la comunità scientifica
<p>Sono Istituti di Ricerca a Carattere Scientifico con i quali l'INRCA promuove collaborazioni al fine di accrescere le conoscenze scientifiche.</p>
Comuni
<p>Il sindaco del comune è responsabile della salute dei cittadini e pertanto vigila sulla corretta erogazione di tutti i servizi sanitari</p>
Il mondo produttivo (imprese, istituzioni, no profit)
<p>l'INRCA intrattiene collaborazioni con il mondo produttivo in quanto utilizzatori, acquirenti, partner per la ricerca e lo sviluppo</p>
Network Italia Longeva (Rete nazionale di ricerca sull'invecchiamento e la longevità attiva)
<p>l'INRCA è socio fondatore assieme 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</p>
Comunità europea
<p>Emana le direttive generali, promuove la ricerca scientifica attraverso l'emanazione di bandi per progetti di interesse internazionale di salute pubblica</p>

Tra gli stakeholder definiti, allo stato attuale l'IRCCS INRCA ha concentrato la propria attenzione a quei portatori di interesse che ha ritenuto in questa fase prioritari:

- i pazienti /utenti perché con maggiore difficoltà possono far sentire la propria voce;
- la Ricerca perché l'INRCA è un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico la cui missione è

anche quella di creare valore attraverso le conoscenze nel settore geriatrico e gerontologico (i risultati della ricerca sono disponibili nella 2° parte pagina;

- ▮ 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;
- ▮ mondo produttivo perché dalla stretta collaborazione dell'IRCCS INRCA con le imprese si realizzano nuove tecnologie a supporto dell'anziano e dei suoi familiari.

La tabella a seguire identifica per ogni stakeholder le modalità di coinvolgimento dello stesso e gli obiettivi pluriennali che l'IRCCS INRCA intende perseguire come riportato in maniera più dettagliata nella sezione "obiettivi di miglioramento" Parte 5° pagina 131.

Stakeholder	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 per un totale di 643 utenti</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. La media totale più alta è stata registrata nell'area dell'assistenza del personale medico (disponibilità, cortesia) quella più bassa nell'area degli aspetti strutturali e alberghieri (confort della stanza, vitto e pulizia) (I dati in dettaglio sono riportati nella 2° Parte pag.75)</p>	<p>Il miglioramento dell'aspetto strutturale è correlato con il Progetto del "nuovo ospedale"</p> <p>Mantenimento dell'indagine di soddisfazione dell'utenza</p>
	<p>Ufficio Relazioni con il Pubblico</p> <p>Gestione dei reclami</p> <p>Coinvolgimento e presenza dell'INRCA nelle testate giornalistiche nazionali e regionali nell'anno di riferimento. (riferimento Parte 1° pag. 82)</p>	<p>Mantenimento delle attività</p>
	<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° pag. 82 sono riportati i dati totali raccolti per la prima volta nel 2015 riferiti ai "mi piace" totali e visualizzazione dei video</p>	<p>Aumento del 5% rispetto ai dati riferiti all'anno precedente</p>
	<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 marzo 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>	<p>Riorganizzazione del portale web con sezioni dedicate maggiormente fruibili ai cittadini</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. Il progetto coinvolge 27 Paesi in ambito europeo con una durata pluriennale(www.eurocarers.org) gli utenti possono trovare risorse informative e servizi interattivi per connettersi con altri assistenti agli anziani e nella lingua del paese di origine. Nell'anno di riferimento l'INRCA ha promosso l'utilizzo della piattaforma web sul territorio con incontri monotematici presso il Comune di Ancona ai quali ha partecipato la cittadinanza.</p> <p>Inoltre l'iniziativa è stata disseminata attraverso le testate del TG3, TGR Marche, TV Centro Marche ad Ottobre 2015</p>	<p>Raccolta informazioni e dati provenienti dal progetto al fine di migliorare la comprensione dei bisogni e aspettative di chi assiste l'anziano.</p>
	<p>Percorsi formativi specifici per chi assiste un anziano sono stati realizzati dall'INRCA e hanno permesso di consolidare le competenze e le conoscenze sui temi della formazione all'assistenza all'anziano.</p>	<p>Formazione ad hoc per chi assiste anziani malati di Alzheimer</p> <p>Promozione dell'attività di formazione a chi assiste attraverso la partecipazione a bandi specifici</p>

<p>Operatori istituto</p>	<p>Indagine clima interno in collaborazione con la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e le Aziende sanitarie della Regione Marche. Lo studio del clima organizzativo risponde all'esigenza di valutare l'impatto delle azione organizzative sui processi di lavoro quotidiani ed è un modo per misurare lo stato di salute di una organizzazione. Una delle principali categorie di portatori di interesse che si relazionano con l'Istituto sono le risorse umane che con le proprie motivazioni, aspettative e comportamenti impattano sulla qualità dell'assistenza erogata ai cittadini e sulla attività di ricerca. Nel 2015 è stato somministrato un questionario on line anonimo e su base volontaria e si attende l'elaborazione dei dati da parte della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa.</p> <p>A testimonianza di una metodologia già consolidata dell'INRCA su questi temi, si riporta una breve sintesi de risultati ottenuti da un'indagine condotta nel 2013 sulla valutazione dello stress lavoro correlato quale strumento per misurare il benessere organizzativo. È stata effettuata una prima fase di valutazione oggettiva dello stress, a cui ha fatto seguito quella di valutazione soggettiva, la formazione e incontri di gruppo finalizzati alla gestione dello stress in ambito lavorativo per il miglioramento del clima interno. Nel 2015 la rilevazione ha esplorato l'area contenuto del lavoro ovvero ambiente, attrezzature, risorse strumentali e umane, carico e orario. L'area contesto del lavoro ha permesso di raccogliere informazioni sul ruolo del dipendente nell'ambito dell'organizzazione, sui suoi rapporti interpersonali, sulla sua autonomia decisionale e cultura dell'organizzazione. In generale i risultati hanno evidenziato un livello medio di stress in entrambe le aree indipendentemente dalla figura professionale coinvolta. Nella Parte 2° pag. 86 si riportano i contenuti e dati relativi alle indagini condotte nell'anno 2013 e 2015).</p>	<p>Analisi dei dati pervenuti dalla Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e pubblicazione della reportistica sul portale web</p> <p>Mantenimento dell'indagine</p>
	<p>Promozione benessere lavorativo: l'INRCA in collaborazione con l'Osservatorio Epidemiologico Professionale e l'unità operativa Medicina Riabilitativa del Presidio Ospedaliero di Ancona ha implementato già dal 2014 l'obiettivo di coinvolgere gli operatori nella promozione del mantenimento delle buone condizioni di salute svolgendo attività fisica all'interno del posto di lavoro fuori orario di servizio. Un questionario cartaceo è stato somministrato ai partecipanti per raccogliere informazioni su condizioni cardio circolatorie, muscolo scheletriche e fisiologiche. Tra i principali risultati si è assistito ad un decremento del peso corporeo. (Gli approfondimenti del progetto sono visibili Parte 2° pag. 88).</p>	<p>Mantenimento del progetto e ampliamento dell'attività con inserimento di una sezione di ginnastica preventiva e rieducazione posturale</p>
	<p>INRCA talk: il progetto avviato già nel 2014 prevede la realizzazione di uno spazio per la comunicazione in cui i dipendenti dell'INRCA possono presentare idee progetti e novità che interessano la vita dell'istituto. Nel 2015 il progetto ha visto un maggiore coinvolgimento da parte degli operatori che si sono confrontati su tematiche di interesse comune e non. Sono stati realizzati 12 incontri e l'iniziativa ha favorito la conoscenza degli operatori in una realtà di riferimento che vede l'INRCA presente su diverse sedi del territorio nazionale. (Riferimento Parte 1° pag. 34)</p>	<p>Mantenimento dell'iniziativa</p>
<p>Fornitori</p>	<p>Sul Portale web in una sezione dedicata (http://www.inrca.it/inrca/Mod_Insti_115.asp?pag=Isti_fornl.asp).</p> <p>Vengono pubblicate le informazioni e i dati che coinvolgono i fornitori. È stato pianificato l'inserimento di uno strumento di valutazione del gradimento dei fornitori usufruibile on line per conoscere le aspettative dei fornitori.</p>	<p>Prosecuzione e predisposizione di un questionario online per l'indagine delle aspettative dei fornitori</p> <p>Analisi dei dati e divulgazione dei risultati</p>
<p>Ministeri</p>	<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).</p> <p>Per questa tipologia di portatore di interesse l'INRCA ha scelto di utilizzare informazioni di ritorno diverse da quelle ottenute con l'uso di un questionario diretto quali ad esempio la partecipazione agli Stati Generali della Ricerca (2016) e della salute (2014); gruppi di lavoro ed incontri sui temi della ricerca. Le riunioni si svolgono nell'ottica della condivisione con l'obiettivo di delineare le linee di ricerca future e la partecipazione a reti di interesse scientifico.</p> <p>Nell'anno 2015 l'INRCA è stata oggetto di verifica da parte della commissione ministeriale (Ministero della Salute) per il riconoscimento del carattere scientifico dell'IRCCS INRCA (decreto 21/03/2016). La visita ha visto il coinvolgimento di tutti gli operatori dell'Istituto che hanno partecipato con grande spirito di iniziativa e senso di appartenenza rappresentando un momento di crescita e di confronto professionale.</p>	<p>Rapporto istituzionale</p> <p>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>Come per le Istituzioni l'INRCA ha scelto di utilizzare informazioni di ritorno diverse da quelle ottenute con l'uso di un questionario diretto quali ad esempio la partecipazione a tavoli tecnici per la programmazione sanitaria e per la definizione di obiettivi sanitari ed economici nel rispetto del Piano Sanitario Regionale e Nazionale.</p>	<p>Rapporto istituzionale</p> <p>Prosecuzione della partecipazione a tavoli tecnici</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'Università Politecnica delle Marche e ha visto il coinvolgimento dei dipendenti.</p> <p>ISSA Summer School on Aging "scuola estiva internazionale sull'invecchiamento" sviluppata dall'IRCCS 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.</p>	<p>Mantenimento delle collaborazioni</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. Nella Parte 1° pag. 34 è riportato l'evento.</p> <p>Incontro pubblico insieme all'Associazione Amici dell'INRCA e il Presidente della Regione Marche</p>	<p>Organizzazione giornata della trasparenza</p> <p>Mantenimento collaborazione</p>
	<p>In collaborazione con l'Auser di Chiaravalle si sono svolti 7 incontri divulgativi sui temi dell'invecchiamento per la cittadinanza. Il dettaglio degli incontri è riportato Parte 1° pagina 35</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 Parte 2° pag. 84)</p>	<p>Consolidamento e ampliamento della rete di collaborazioni</p> <p>Riunioni ad hoc sui temi della partecipazione</p>
Aziende 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 sanitarie, 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	<p>Nell'ambito della ricerca il coinvolgimento è finalizzato alla partecipazione su progetti di ricerca.</p> <p>Kick off meeting: incontri di confronto sulle attività progettuali.</p>	<p>Consolidamento della rete di collaborazioni</p>
Mondo produttivo	<p>Al fine di comprendere le istanze e le aspettative delle imprese che si occupano principalmente di tecnologia innovativa applicata ai bisogni dell'anziano è stato somministrato un questionario on line che ha coinvolto 45 imprese, i cui dati di sintesi sono riportati Parte 1° pag.36.</p>	<p>Mantenimento delle attività e miglioramento della conoscenza attraverso sezione specifica sul sito aziendale</p>
Comunità Europea	<p>Adesione all'APRE - Agenzia per la Promozione Ricerca Europea -</p> <p>Per potenziare le conoscenze e le competenze nel settore della 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.</p>	<p>Incontro presso la direzione generale ricerca della Comunità europea nell'ambito della progettazione scientifica</p>

Altre iniziative e riconoscimenti



Giornata della Trasparenza

All'INRCA di Ancona, Istituto accessibile a cittadini e associazioni

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 (Istituto Nazionale Riposo e Cura Anziani) 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. La prima "Giornata della Trasparenza" INRCA si è tenuta oggi presso l'Auditorium di Via della Montagnola (Ancona), ed è stata un'occasione per far conoscere il percorso di trasparenza dell'Istituto, iniziato già dagli anni '90. *"In questi anni di difficoltà del Sistema Sanitario pubblico - ha spiegato Gianni Genga - la tendenza delle amministrazioni è quella di chiudersi, mentre la nuova Direzione incoraggerà una più forte collaborazione con le associazioni di volontariato e con le comunità territoriali, rendendo ancora più partecipe la cittadinanza"*.

L'INRCA è a pieno titolo una struttura storica di eccellenza del Sistema Sanitario marchigiano. *"Eccellenza che deve essere trasmessa con il contatto diretto - ha sottolineato don Vinicio Albanesi - e tradursi in percorsi di qualità agevolati per aiutare anziani e familiari ad accedere facilmente ai servizi. Un cammino già intrapreso, che va sviluppato oggi senza aspettare la costruzione del nuovo ospedale. I dati pongono l'INRCA a livello medio-alto nella ricerca in Italia - ha concluso Don Vinicio - Una scienza come la geriatria va comunicata, per una maggiore conoscenza della prevenzione per l'invecchiamento attivo, poiché l'anziano è un malato particolare e va trattato a 360°"*.

Trasparenza e condivisione dei risultati scientifici a livello internazionale sono i principi a cui si ispirano i ricercatori INRCA. 'Lavoriamo sulla competizione a livello nazionale e europeo - ha ricordato Fabrizia Lattanzio - per attrarre risorse e progettualità che abbiano un impatto positivo sulla salute della persona anziana, verso un approccio olistico, slegato dalla singola malattia". "E' questo l'orizzonte in cui la Regione colloca l'INRCA - ha aggiunto Fabrizio Volpini Presidente della IV Commissione Sanità del Consiglio regionale delle Marche - non solo nella ricerca ma in un orizzonte più vasto, in grado di ottenere quell'integrazione col territorio che rappresenta il concetto stesso di salute e assistenza".



All'evento hanno partecipato come relatori anche Tiziana Tregambe, Responsabile dell'Ufficio Comunicazione/URP dell'INRCA, che ha illustrato i nuovi canali di comunicazione online dell'Istituto in un'ottica di partecipazione. In questo senso i ricercatori Giovanni Lamura e Barbara Poli hanno presentato la nuova piattaforma online Informcare per il supporto assistenziale in tempo reale a familiari e caregiver. Sono intervenuti all'evento anche l'Avv. Caterina Fossari, di Cittadinanza Attiva (Coordinatore Assemblea Territoriale AP), Carlo Cardarelli (Presidente Associazione Consumatori Utenti ACU Marche), insieme ad alcuni rappresentanti dei cittadini per raccontare esperienze di trasparenza, o non trasparenza, con la Pubblica Amministrazione, tra cui Katia Lumachi, Medicina Democratica ACU, Maria Clotilde Santarelli, Tribunale della Salute - Ospedali Riuniti Marche. Sauro Scarpeccio, Paolo Preati e Alessandro Lippo (ACU), oltre a numerose associazioni di volontariato e tutela, tra cui Cuore Vivo, ANED Dializzati, Tutela Diabetici, Parkinson Marche, Avulss, ANIEP, AUSER e Tribunale del malato. (comunicato stampa INRCA - UOSD Comunicazione/URP)

Incontri con AUSER



PARLIAMONE CON:

Calendario incontri - Giugno 2015

- | Venerdì 5 giugno - ore 16.30
"Strategie e interventi per assistere i pazienti con demenza. Spunti dalle esperienze internazionali"
- | Martedì 9 giugno - ore 16.30
"Malattie renali nella terza età: conoscere e prevenire"

Calendario incontri - Settembre 2015

- | Venerdì 11 settembre - ore 16.00
"Nuove tecnologie a supporto di anziani e familiari"
- | Giovedì 24 settembre ore 17.00
"Corretti stili di vita: per un invecchiamento felice"

Calendario incontri - Ottobre 2015

- | Venerdì 2 ottobre ore 16.30
"La patologia dell'ano nell'anziano: i disturbi e i rimedi"
- | Giovedì 15 ottobre ore 17.00
"La prevenzione del tumore della prostata"
- | Mercoledì 21 ottobre - ore 16.30
"L'insufficienza venosa cronica"

Gli incontri si svolgeranno nella sede del Centro Sociale "L'Incontro" - Piazza Garibaldi, Chiaravalle (AN)

Intervista a Luca Ceriscioli

Governatore delle Marche nell'ambito dell'evento organizzato da Amici dell'INRCA 23 gennaio 2016



INRCA TALK



Il progetto prevede la realizzazione di un vero e proprio talk in cui ciascun dipendente dell'INRCA possa presentare ai propri colleghi, idee, progetti, novità che interessano la vita dell'Istituto.

Il progetto, visto l'interesse per l'innovazione proposta è stato presentato anche al premio EU OSHA come buona pratica nel quadro della Campagna Ambienti di lavoro sani e sicuri.

La convinzione alla base del progetto INRCA talk, si inserisce nel quadro delle evidenze scientifiche sul tema motivazione e appartenenza delle risorse umane all'interno di una organizzazione. Infatti sappiamo che la comunicazione interna favorisce il

coinvolgimento dei collaboratori e quindi la motivazione agli obiettivi dell'organizzazione.

Nell'anno di riferimento sono stati svolti 12 incontri i temi principalmente trattati sono stati la presentazione di progetti di ricerca sia attivati che idee progettuali, video e lucidi sull'attività svolta dalle singole Unità Operative. Per favorire la presenza anche dei presidi ospedalieri di ricerca di Cosenza e Casatenovo è stata utilizzata la videoconferenza.

Rilevazione 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 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 periodo di redazione del presente documento, allo scopo di comprendere le istanze delle aziende produttive, è stato realizzato e somministrato loro un questionario di soddisfazione mirato a comprendere i bisogni e le attese di questa categoria di stakeholder, la particolare relazione con l'IRCCS INRCA al fine di identificare le azioni di miglioramento.

L'indagine è stata somministrata utilizzando *google moduli* in modo da poter essere compilato in maniera anonima alle Aziende del cosiddetto mondo produttivo che hanno avuto a vario titolo contatti con l'area ricerca dell'Istituto.

Come emerge dall'indagine il grado complessivo di soddisfazione dell'IRCCS INRCA nei confronti delle aziende è complessivamente buono sia in termini di conoscenza dell'Istituto che di relazione.

I grafici che seguono mostrano in dettaglio i dati risultanti dall'indagine che ha visto coinvolte 45 aziende per lo più appartenenti al territorio marchigiano.

Figura 11 - Conosce come è organizzata l'INRCA e quali sono le sue attività?

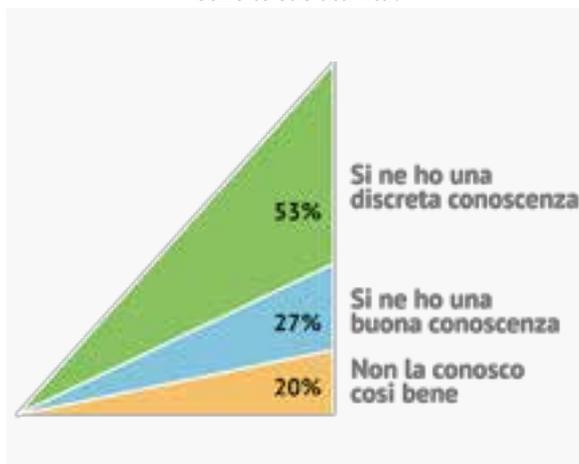


Figura 12 - Ritiene che le competenze offerte dall'INRCA possano esserle utili?

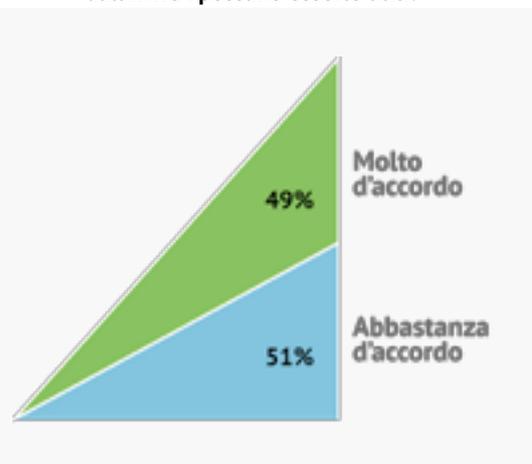


Figura 13 - Grazie alla relazione con l'INRCA la sua Azienda ha sviluppato idee innovative?

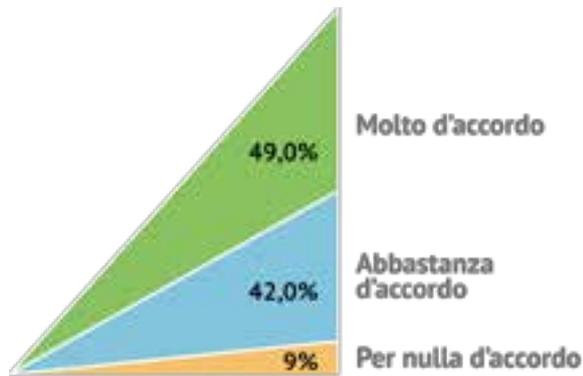


Figura 14 - L'INRCA comunica in modo efficace le proprie iniziative sul territorio?

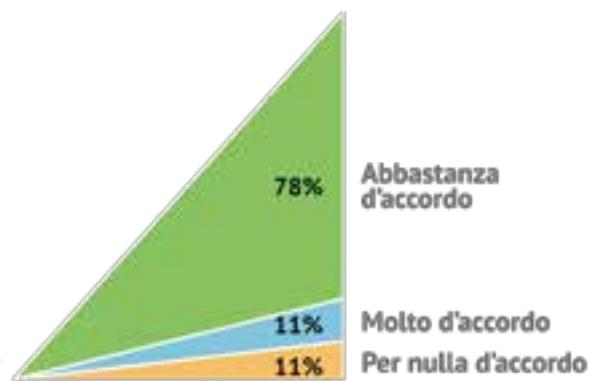
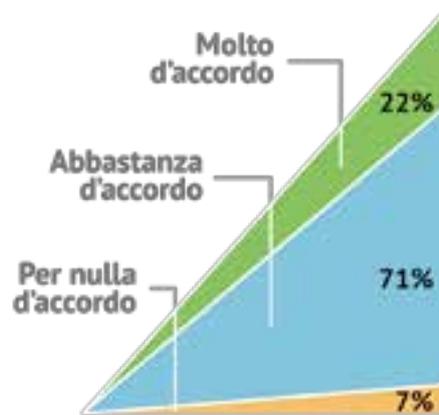


Figura 15 - In generale la collaborazione con l'INRCA soddisfa le sue aspettative



Recensione dal quotidiano "Il Resto del Carlino"



Come "Tripadvisor" il Resto del Carlino ha promosso una indagine sulla soddisfazione degli utenti sugli ospedali marchigiani

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.



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

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 31/12/2015 utili a dettagliare le caratteristiche e la consistenza del personale dell'Istituto.

Tabella 2 - **Consistenza del personale in unità di persone (Anno 2015)**

	Dipendenti INRCA	Personale in convenzione
Dirigenti medici	154	11
Dirigenti sanitari non medici	36	2
Dirigenti tecnico amministrativi	22	
Personale sanitario	502	3
Personale tecnico amministrativo	166	
Personale tecnico dell'assistenza	85	
Totale	965	16

Fonte dati: Unità Operativa Gestione Risorse Umane

Tabella 3 - **Consistenza del personale in unità di persone divisa per POR (Anno 2015)**

	POR Ancona	POR Fermo	RSR Appignano	PST	Amministrazione	POR Casatenovo	POR Cosenza
Dirigenti medici	99	15	2	6	0	12	20
Dirigenti sanitari non medici	16	1	0	17	0	1	1
Dirigenti tecnico-amministrativi	1	1	0	8	11	0	1
Personale sanitario	319	60	12	7	0	45	59
Personale tecnico-amministrativo	52	7	4	17	51	19	13
Personale tecnico-dell'assistenza	42	4	13	8	0	13	8
Totale	529	88	31	63	62	90	102

Fonte dati: Unità Operativa Gestione Risorse Umane

Tabella 4 - **Composizione del personale dipendente per classi di età (Anno 2015)**

	Dipendenti INRCA		Personale in convenzione	
	maschi	femmine	maschi	femmine
< di 30	4	16	0	0
31-40	71	110	1	1
41-50	86	222	3	1
51-60	111	196	4	4
61-70	56	49	2	0
>71	0	0	0	0
Totale	328	593	10	6

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

Tabella 5 - **Anzianità di servizio del personale dipendente (anno 2015)**

	Dipendenti INRCA		Personale in convenzione	
	maschi	femmine	maschi	femmine
0-5	64	121	5	3
6-15	117	226	5	3
16-20	26	51	0	0
>21	121	195		
Totale	328	593	10	6

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

Tabella 6 - Tipologia contrattuale (Anno 2015)

Tipologia contrattuale	Maschi	Femmine
Tempo indeterminato	328	593
Tempo determinato	13	31
Parasubordinato	32	42
Convenzionato	10	6
Totale	341	624

Dato estrapolato dal conto annuale.

Parco tecnologico

Il parco tecnologico dell'INRCA nell'anno 2015 è costituito da n.3.111 apparecchiature censite e di proprietà, per un valore di sostituzione complessivo pari a € 22.076.533; inoltre sono presenti n.804 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.7), tipologia di acquisizione (tab.8), grado tecnologico del parco tecnologico di proprietà (tab.9) e percentuali di obsolescenza delle apparecchiature sanitarie con confronto dell'ultimo triennio (tab.10).

Tabella 7 - Numero apparecchiature elettromedicali di proprietà e loro valorizzazione

Anno 2015		Anno 2014		Anno 2013	
Numero Apparecchiature	Valore Di Sostituzione	Numero Apparecchiature	Valore di Sostituzione	Numero Apparecchiature	Valore di Sostituzione
3.111	€ 22.076.533	3.004	€ 18.314.901	2.914	€ 19.055.563

Tabella 8 - Tipologia di acquisizione delle apparecchiature elettromedicali (2015)

Proprietà dell'INRCA	Service e Comodato	Leasing e Noleggio	Altro
3.111	751	40	13

Tabella 9 - Grado tecnologico e rispettiva valorizzazione economica (2015)

Alto		Medio		Basso	
Numero Apparecchiature	Valore (€)	Numero Apparecchiature	Valore (€)	Numero Apparecchiature	Valore (€)
261	€ 7.123.672	270	€ 5.590.470	2.580	€ 9.362.410

Tabella 10 - Rappresentazione percentuale della obsolescenza del parco tecnologico

	< 5 Anni	> 5 e ≤ 10 Anni	> 10 Anni
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%)
ANNO 2013	962 (33,0%)	606 (20,8%)	1.346 (46,2%)

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.

Tipologia	Campo di applicazione
RMN 1,5 TESLA	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)
HI-FU	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 c/o ns Istituto
VASCA PER MORRIS WATER MAZE	Strumenti per valutazioni comportamentali nel ratto: a) Memoria spaziale b) Memoria di avversione Utilizzati per valutare eventuali differenze a livello di proteine presinaptiche in ratti anziani suddivisi in base ad esiti impaired o not impaired
AFFYMETRIX	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).
AMPLIFICATORE DI SEQUENZE NUCLEOTIDICHE (AMP. DNA IN REAL TIME)	Apparecchio per l'amplificazione delle sequenze osservabili in tempo reale con emissione di fluorescenza, per lo studio dei polimorfismi noti e per la validazione di nuove metodiche per la ricerca

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;

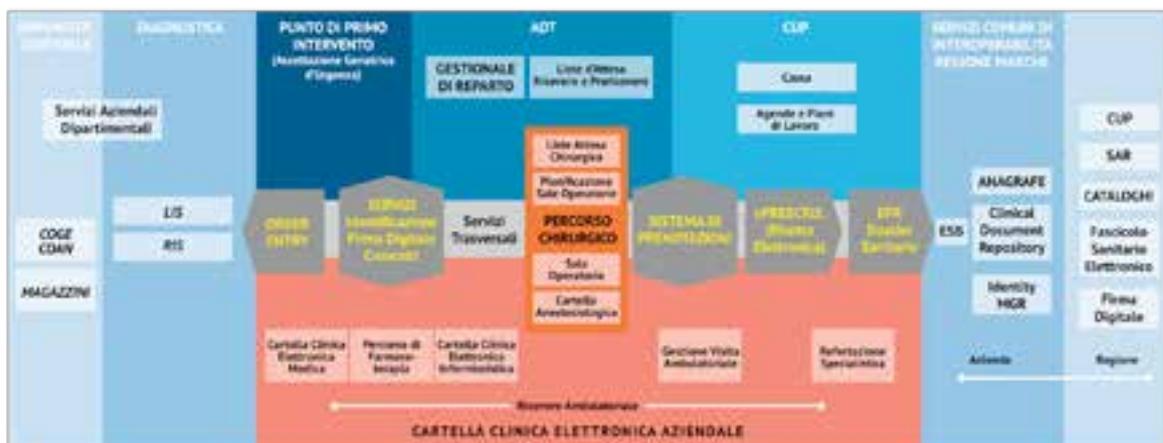
In questo periodo l'INRCA ha deciso di intervenire sul proprio sistema informatico, finalizzato a favorire una integrazione per processi basata sulla centralità del paziente e sulla condivisione delle informazioni come supporto alle decisioni cliniche e alla ricerca scientifica. L'esigenza di far compiere 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 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; cioè 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



C.4

Produzione e
Distribuzione
di Valore
Aggiunto

C.3

Impatto
Ambientale

C.2

**Relazione
Sociale**



pagina intenzionalmente vuota

2° parte

Relazione Sociale

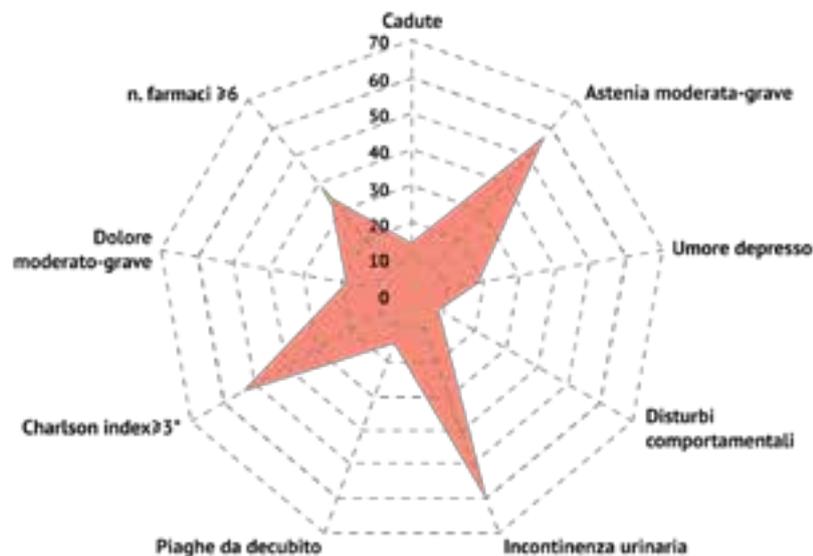
Caratteristiche della popolazione assistita

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.

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

Le valutazioni effettuate sono state 4786 in modalità di ricovero in regime ordinario, che corrispondono ad un numero complessivo di pazienti pari a 2449. 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.

Figura 16 - Caratteristiche della popolazione presa in esame da ReportAge





- | **Cadute:** il valore all'ammissione riporta la percentuale di ricoveri che ha subito almeno una caduta negli ultimi 90 giorni;
- | **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);
- | **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;
- | **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;
- | **Incontinenza urinaria:** il valore riporta la percentuale di ricoveri per cui è stata rilevata l'incontinenza urinaria da moderata a severa;
- | **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'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
- | **Dolore moderato-grave:** il valore riporta la percentuale di ricoveri per cui l'intensità del dolore provato dal paziente è definito moderato o severo;
- | **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. la sede 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 presidio di Fermo è accreditato per 56 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 presidio di Casatenovo, in Lombardia, accreditato per 80 posti letto, ma attualmente i posti letto attivi sono 62 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 intensità;
- d. il presidio 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 residenziale 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

Dimissione protetta e servizio sociale ospedaliero

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 alla elaborazione di percorsi di dimissione protetta mediante una apposita procedura aziendale. La procedura, presso il Presidio di Ancona, ha 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). I dati del 2015 confermano il grande lavoro del servizio che ha preso in carico complessivamente 400 utenti, valore in crescita rispetto a quanto rilevato nel periodo 2013-2014. Nella tabella 11 sono illustrati i dati di sintesi che descrivono le caratteristiche dell'utenza per la quale il SSO ha attivato interventi di aiuto nel corso dell'anno 2015.

Tabella 11 - Dati di sintesi - Valori

Indicatore	2015	2014	2013
N.pazienti	400	381	297
Età media in anni	86	86,6	84
Donne	60,7%	67%	61%
Decessi intraospedalieri	32%	30,9%*	29%
Residenti Comune di Ancona (%)	62,7% (251)	72,4%	62,3 %
Residenti Area Vasta 2 (%)	95,7% (383)	97,1%	99,0%

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

Gli utenti del SSO nel 2015 presentano un'età avanzata, con una media di 86 anni. L'età dei pazienti è leggermente aumentata nel corso degli anni così, come la gravità delle loro condizioni cliniche. Gli utenti segnalati sono spesso caratterizzati da complesse condizioni di salute, come dimostrato dal loro tasso di mortalità intraospedaliera, che giunge al 32% in lenta ma costante crescita negli ultimi cinque anni. Per quanto riguarda la distribuzione dei pazienti per classe di età, si osserva come ben 227 utenti siano ricompresi nella classe 85-94. In 34 casi, gli utenti hanno una età superiore ai 95 anni. Solamente 11 pazienti hanno una età inferiore ai 65 anni.

Tabella 12 - Età dell'utenza per classi

	Numero casi	Percentuale
Meno di 65 anni	11	2,8
65-74 anni	17	4,3
75-84 anni	106	26,8
85-94 anni	227	57,5
Più di 95	34	8,6
Totale	395**	100

**Di 5 casi non è disponibile l'età

Il principale bacino di utenza del SSO è l'Area Vasta 2 dell'ASUR (tabella 13), in particolare al Distretto sanitario n.7 - Ancona (378 utenti), 383 sui 400 pazienti segnalati sono residenti in questo territorio.

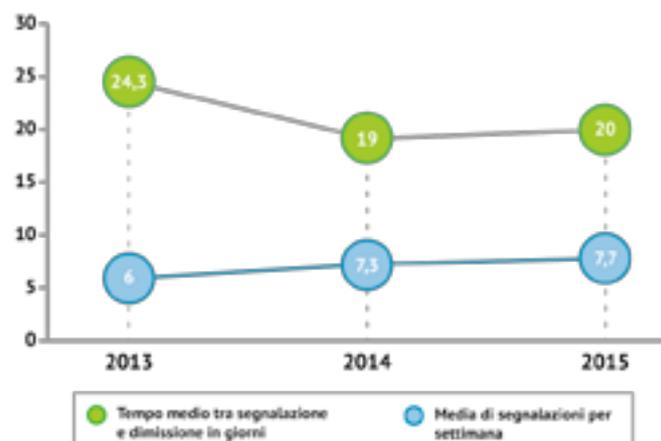
Tabella 13 - Area Vasta di residenza dell'utenza sul totale dei pazienti

Area Vasta ASUR	Numero casi
AV 1	0
AV 2	383
AV 3	8
AV 4	0
AV 5	1
Totale ASUR	392

Fuori Regione	6
Stato Estero	2
Totale	400

In media, nel corso del 2015 il SSO ha ricevuto 7,7 segnalazioni per settimana, dato in incremento rispetto a quanto rilevato nel corso dei due precedenti anni (Figura 17). Nel corso del 2015 la durata media della presa in carico per ogni utente del SSO è stata di 20 giorni, in diminuzione rispetto ai 24,3 giorni del 2013 ma lievemente in aumento rispetto ai 19 giorni dell'anno 2014.

Figura 17 - **Indicatore del funzionamento del Servizio Sociale Ospedaliero**



Su un totale di 400 segnalazioni, sono stati attuati effettivamente 190 interventi di dimissione protetta, definiti come percorsi di inserimento dei pazienti in: struttura residenziale, riabilitativa, hospice, oppure in altra struttura ospedaliera. Il SSO ha seguito le procedure di inserimento dei pazienti in strutture residenziali o extra-ospedaliere così come indicato dalla tabella 14. Dalla stessa tabella si evince come la struttura di Cure Intermedie dell'INRCA rappresenti la principale destinazione del percorso di dimissioni protette del SSO. Nel 2015, 128 su 190 dimissioni protette hanno portato all'ingresso del paziente in questa struttura (a fronte dei 96 ingressi del 2014).

Tabella 14 - **indicatori sul funzionamento del SSO**

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

*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.

Integrazione con i servizi territoriali

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 cultura sanitaria, orientata alla specializzazione ed alla conseguente segmentazione organizzativa, non trova soluzioni spontanee a favore di logiche trasversali di responsabilizzazione su risultati complessivi degli interventi; la frammentazione in segmenti di offerta che risolvono nella propria autoreferenzialità il rapporto con l'utente/cittadino/paziente, finisce per obbligare l'utente stesso a

dover farsi carico di riunire i pezzi di offerta che il sistema confeziona.

I vuoti tra i segmenti assistenziali sostanziano infatti una percezione di abbandono da parte degli utenti, assenza di governo dei processi nelle fasi non gestite e rischi incrementali dei livelli di inappropriatezza.

La gestione per processi e la logica dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali deve diventare l'ordinario vettore dell'organizzazione, individuando per ogni singolo caso e per ciascun ambito di cura o macrostruttura quelle figure che assumono il ruolo di connettori di sistema e ne raccordano le parti. La gestione del paziente anziano in dimissione è un nodo cruciale per la buona riuscita di ogni percorso ospedale territorio nella necessità di garantire un'appropriata prosecuzione dell'assistenza al paziente 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.

Anche là dove sono disponibili servizi sanitari e sociali al domicilio, spesso i familiari devono affrontare difficoltà burocratiche, problemi organizzativi, tempi di attesa prolungati che possono provocare un vuoto di intervento al domicilio.

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.

D'altro canto risulta sempre più evidente la difficoltà di dimettere dall'Ospedale tempestivamente con percorsi adeguati, persone anziane con elevati bisogni assistenziali, per cui il paziente permane impropriamente nel contesto ospedaliero riducendone l'efficienza e aumentando il rischio clinico.

Anche per tale motivo risulta quindi importante ottimizzare i processi delle Dimissioni Protette nella logica della continuità assistenziale potenziando il coordinamento e l'integrazione fra il sistema delle Cure Ospedaliere ed i servizi territoriali sociali e sanitari.

Dal canto suo l'INRCA ha istituito già da alcuni anni una funzione d'integrazione Ospedale/Territorio per la valutazione e la continuità dell'assistenza.

La funzione, con carattere di transmuralità, in quanto disposta "a cavaliere" tra l'Ospedale ed il Territorio è identificata all'interno della Direzione Medica di presidio.

L'esperienza di questi anni di operatività ha portato alla conclusione che è indispensabile formalizzare protocolli di intesa con gli interlocutori esterni all'Istituto per definire bene le funzioni e le responsabilità di ognuno. Per questo motivo sono già stati sottoscritti accordi specifici con l'Area Vasta 4 per la dimissione protetta presso il POR INRCA di Fermo.

Sono stati presi accordi con il Distretto n.7 dell'Area Vasta n.2 ASUR Marche per la dimissione protetta dei pazienti dal POR INRCA di Ancona. Sulla base di tali accordi il personale dell'Unità Valutativa Integrata del Distretto partecipa alle valutazioni dell'Unità Valutativa INRCA per i pazienti in dimissione dall'Ospedale INRCA di Ancona costituendo una Unità Valutativa Integrata Interaziendale. L'attività in questione è descritta in un'apposita procedura concordata e condivisa con tutti i soggetti coinvolti.

Progetto infermiere di sostegno in collaborazione con la Fondazione Masera

Nel corso del 2015 l'INRCA in collaborazione con la FONDAZIONE MASERA ha promosso un progetto di assistenza infermieristica dedicata al paziente anziano sottoposto o da sottoporre ad intervento chirurgico e mirato a favorire:

- La fase di pre-ricovero
- la fase di dimissione ospedaliera,
- un supporto al reinserimento a domicilio, sostenendo il paziente e la sua famiglia attraverso l'erogazione di quelle prestazioni erogabili anche in ambiente domiciliare.

Il servizio, denominato "Infermiere di sostegno" rivolto alla popolazione anziana di età superiore ai 75 anni, ha l'intento di soddisfare prioritariamente il bisogno di domiciliarità, favorendo il recupero post operatorio e sviluppando il miglioramento della qualità di vita al paziente sottoposto ad intervento chirurgico al suo domicilio. L'obiettivo è quello di integrare le attività di assistenza tra ospedale INRCA e domicilio svolta nel territorio del comune di Ancona a favore di anziani affetti da polipatologie. In particolare l'infermiere ha tra le altre, la funzione di collegamento tra medici di reparto ospedaliero e

Medico di medicina generale durante l'ultimo periodo della degenza e successivamente alla dimissione. Il progetto consente di fornire a domicilio gli interventi professionali necessari per il mantenimento e il miglioramento delle condizioni generali della persona anziana attraverso:

- il sostegno delle capacità di autosufficienza dell'individuo e della famiglia, che rappresentano il contributo continuo alla propria esistenza, alla propria salute e al proprio benessere, trasmettendo loro sicurezza attraverso eventuali competenze utili per una autonomia di intervento;
- la riduzione delle giornate di ricovero;
- il miglioramento del reinserimento a domicilio;
- contribuire a migliorare la fiducia e la soddisfazione dei cittadini, a riguardo delle strutture socio-sanitarie.

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, l'età media si aggira attorno ai 79,84 anni.

N.accessi		9067	8908	9162
Età media		79,3	79,6	79,8
CODICE GRAVITÀ		6%	7%	6,4%
		75%	68%	66,3%
		16%	22%	23,6%
		3%	3%	3,7%
		2013	2014	2015

La maggior parte dei pazienti arrivano tramite 118 (45,4%) o di propria iniziativa (45,8%).

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 (ecografi 3D, Risonanza Magnetica Nucleare con bobina endorettale e multiparametrica ad alto campo). Nel 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. È 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 cardio circolatorio
- 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
 - 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 anestesiolgiche 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 colpiscano un terzo dei pazienti ricoverati. Nell'ambito della missione dell'Istituto è prioritario strutturare percorsi diagnostici terapeutici e assistenziali per la loro gestione.

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. Tale attività prevede azioni integrate tra le diverse unità operative

Il percorso del paziente affetto da disfagia prevede un approccio multidisciplinare condiviso tra tutte le unità operative dell'Istituto (Neurologia, Pneumologia, Pneumologia riabilitativa, Clinica di Medicina Interna, Geriatria, Neurologica, Medicina riabilitativa, Degenza post-acuzie), che permette la gestione di tale problematica clinica nei suoi diversi aspetti:

- a. nella fase diagnostica: screening, valutazione clinica di base non strumentale e valutazione strumentale non radiologica (FEES), successivamente all'inquadramento ai vari livelli della malattia l'approccio multidisciplinare permette l'attuazione dei piani d'intervento personalizzati:
- b. protocollo nutrizionale,
- c. prescrizione e somministrazione della terapia farmacologica orale, in collaborazione con il Servizio di Farmacia

La fase di recupero è gestita da un team multi professionale nelle U.O. di Medicina Riabilitativa e Pneumologia Riabilitativa, a cui afferiscono logopedisti, riabilitatori, fisiatristi, 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 Presidio Ospedaliero di Ancona è sede del Centro Antidiabetico per i pazienti geriatrici e ad esso si affianca il Centro di riferimento regionale del Piede Diabetico. Particolare attenzione viene data dalla nostra struttura, ai pazienti diabetici nelle varie fasi della malattia e delle eventuali complicanze, pertanto la presa in carico globale dei pazienti con Diabete si articola a tutti i livelli coinvolgendo tutte le unità operative.

- il percorso ambulatoriale di presa in carico del paziente anziano con diabete. Inquadramento diagnostico e follow-up che prevede oltre che la diagnosi, la sorveglianza attiva e la prevenzione di primo e secondo livello, ad essa si associa anche il percorso di screening per la vasculopatia periferica del diabetico. L'articolazione della presa in carico globale è svolta anche con la collaborazione di un servizio di dietetica diabetologica.
- Per i pazienti più giovani è operativo lo Sportello microinfusore: tale tecnica innovativa prevede, grazie all'integrazione con l'holter glicemico, di monitorare e, grazie al microinfusore per l'infusione continua sottocutanea di insulina, di controllare i livelli di insulina durante la giornata.
- Percorso per la gestione del paziente diabetico nefropatico in collaborazione con le UUOCC di Nefrologia e Dialisi e Centro antidiabetico.
- Percorso ambulatoriale per la prevenzione, diagnosi e follow up dei pazienti con piede diabetico, UOC Piede diabetico e Centro Antidiabetico.
- Percorso vascolare per il paziente diabetico con complicanze agli arti inferiori. Tale processo prevede la presa in carico dei pazienti con ulcere diabetiche agli arti inferiori. L'offerta terapeutica si articola a vari livelli, dalla terapia conservativa, attraverso l'uso di medicazioni complesse altamente tecnologiche, o la costruzione di lembi cutanei, alla terapia più risolutiva. Tale processo è svolto in collaborazione con le UU.OO.CC. Piede diabetico e Centro Antidiabetico e con la Chirurgia Vascolare e Diagnostica per immagini.

Un ruolo importante viene dato dal nostro Istituto, anche alla gestione dell'Osteoporosi.

Percorso ambulatoriale dei pazienti con osteoporosi e osteoporosi severe: prevenzione, diagnosi, trattamento medico e riabilitativo. Un fiore all'occhiello del nostro Istituto è rappresentato dalla valutazione diagnostica, infatti grazie al dosaggio dei marcatori CTX, P1NP e dell'esecuzione degli esami di diagnostica per immagini è possibile ottenere il profilo del rimodellamento osseo dei pazienti affetti da questa malattia. Tale percorso multidisciplinare è dato dall'integrazione delle UUOCC di

Medicina Riabilitativa, Laboratorio Analisi, Diagnostica per Immagini.

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 Medici di Medicina Generale.

Gestione del paziente con patologie neurologiche

I presidi ospedalieri 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 presa in carico di tutte le manifestazioni legate a tale patologia. Infatti risulterebbe riduttivo limitare l'argomento alla sola gestione della malattia escludendo tutte le procedure per la gestione delle complicanze. L'altra sindrome neurologica che, per la tipologia del paziente seguito dall'Istituto e per la frequenza di osservazione, ha meritato dei percorsi assistenziali dedicati è il Parkinson. La presa in carico multidisciplinare delle unità operative di Neurologia e Medicina Riabilitativa e Medicina Nucleare per la diagnostica, permette di definire una gestione personalizzata della patologia grazie alle tecniche di diagnosi avanzata quali la PET e la SPECT nonché per interventi riabilitativi mirati. Percorso di diagnosi e cura del paziente con Malattia di Parkinson. Intervento logopedico e riabilitativo globale dei parkinsoniani. Attivato grazie all'integrazione tra UU.OO.CC. di Neurologia e Medicina Riabilitativa. Una delle attività che caratterizzano tutto l'Istituto è l'addestramento dei caregiver e familiari per la gestione dei pazienti dopo il trattamento ospedaliero. Le patologie croniche dell'età avanzata ad andamento evolutivo degenerativo necessitano, infatti di una gestione domiciliare o residenziale con personale formato.

Alcuni dati di sintesi

Prima di andare nel dettaglio delle attività, di seguito vengono forniti alcuni dati di sintesi al fine di fornire un quadro complessivo dell'attività erogata in termini quantitativi.

- 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.
- 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 15 - Ricoveri ordinari e giornate di degenza (triennio 2013-2015)

Totale INRCA		Anno 2015	Anno 2014	Anno 2013
Numero ricoveri	Ordinari	8692	8920	9196
	Day hospital	1208	1150	1061
	Totale	9900	10.070	10257
Giornate degenza	Ordinari	113980	115956	118391
	Day hospital	1968	1850	1786
	Totale	115948	117806	120177
Degenza media	Ordinari	13,11	13,00	12,87
	Day hospital	1,70	1,66	1,71
Peso medio ricoveri in DO Medici	Ordinari	1,15	1,14	1,16

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. Diminuiscono le giornate di degenza considerando che l'indice di degenza media resta pressoché stabile con piccoli incrementi di anno in anno. Ciò è conseguente da un lato dall'aumento della complessità della casistica trattata e dell'altro dalla carenza nell'assistenza territoriale post fase acuta. Il peso medio dei DRG ordinario ha un trend crescente, esso costituisce 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. Nel corso del 2015 i posti letto utilizzati sono stati mediamente intorno ai 140, stante i lavori di sistemazione e di manutenzione della struttura. Il numero complessivo dei ricoveri è in leggera diminuzione a livello ordinario anche per la ridotta disponibilità di posti letto. L'aumento della degenza media e l'incremento del DRG medio indica una maggiore complessità dell'attività erogata.

Tabella 16 - Indicatori di attività triennio (2013-2015)

Indicatori di attività	2015	2014	2013
Numero ricoveri degenza ordinaria	4.466	4.515	4727
Degenza media ordinaria	11,41	10,98	10,88

Peso Medio Ricoveri in DO Medici	1,14	1,14	1,10
Peso Medio Ricoveri in DO Chirurgici	1,71	1,73	1,82

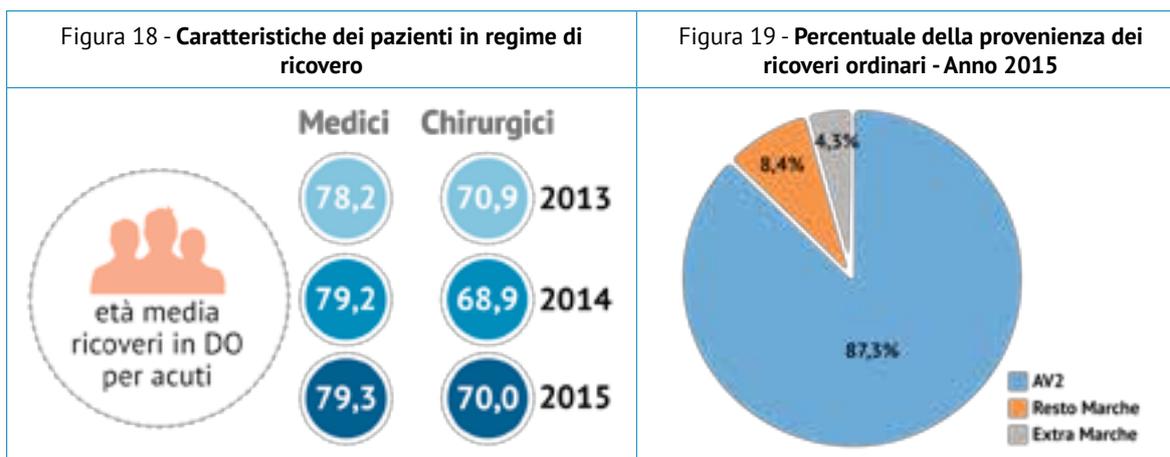
L'attività diurna di ricovero medico (day hospital) e chirurgico (day surgery) del POR Ancona vede il trend dell'attività in aumento nell'ultimo triennio come mostrato nella tabella che segue.



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 17 - Indicatori di attività Day-Hospital triennio (2013-2015)

Indicatori di attività Day-Hospital			
Anni	2015	2014	2013
Numero dimessi	1.083	1.066	1.020
Numero ricoveri medici in DH	535	567	577
Numero ricoveri chirurgici in DH	548	499	443
Peso Medio Ricoveri in DH	0,9	0,89	0,89



La figura 19 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

Per quanto riguarda il Presidio di Fermo l'attività di ricovero ha visto una leggera contrazione frutto di un incremento nella degenza media derivante dalla cronica mancanza, nel territorio fermano, di una dotazione di posti letto adeguati al recepimento dei pazienti post acuti. Tali difficoltà sono state in parte mitigate dalla sottoscrizione di un accordo con l'ASUR Area Vasta 4 di Fermo per l'attivazione di un reparto di lungodegenza post-acuzie presso il Presidio Ospedaliero di Ricerca INRCA di Fermo. In particolare l'accordo ha reso disponibili 16 posti letto di lungodegenza da parte dell'ASUR Area Vasta 4, il presidio dal dicembre 2015 conta su 20 posti in totale, di cui 4 propri. La lungodegenza svolge un ruolo fondamentale nell'assistere quei pazienti, soprattutto anziani, che spesso necessitano un prolungamento dell'assistenza all'interno dell'ospedale, dopo un iniziale ricovero in un reparto "normale", prima di poter tornare a domicilio. Si tratta dunque di un luogo destinato ad accogliere pazienti clinicamente stabili ma che hanno bisogno di elevati standard assistenziali, standard garantiti dal personale infermieristico e dagli operatori socio-sanitari.

Tabella 18 - Indicatori di attività, triennio (2013-2015)

Anni	2015	2014	2013
Numero ricoveri degenza ordinaria	978	1070	1212
Degenza media ordinaria	17,28	16,55	15,30
Peso Medio Ricoveri in DO Medici	0,99	0,96	0,99

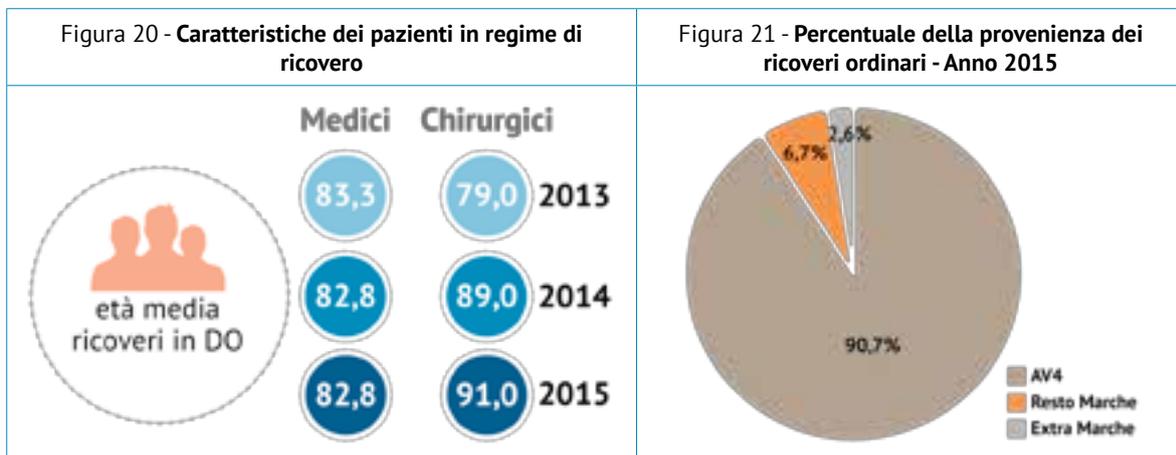
Il presidio di Fermo si caratterizza per l'attività di presa in carico dei pazienti anziani complessi sia in termini di attività per acuti che per attività di post-acuzie a valenza riabilitativa generale e cardiologica.

Tabella 19 - Dati relativi alla degenza ordinaria per post acuti - Riabilitazione, triennio (2013-2015)

Anni	2015	2014	2013
Numero Dimessi	179	170	174
Peso Medio Ricoveri	0,87	0,87	0,87
Età Media	81,29	81,34	80,47

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:

- attività 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) per oltre il 90% sottoposti a tracheotomia con ventilazione meccanica continuativa. Compito dell'UTIIR è appunto quello di svezzare fin dove possibile i pazienti dalla ventilazione meccanica. Circa il 90% dei pazienti viene domiciliato con la necessità quindi di identificare care-givers per poterli istruire relativamente alle principali problematiche di gestione di pazienti particolarmente complessi soprattutto quando questi siano ventilati in continuo 24/24 ore;
- attività di riabilitazione respiratoria per pazienti affetti da bronco pneumopatie acute e croniche in particolare per l'indicazione alla ventilazione meccanica non invasiva.

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 uu.oo. 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 2015 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 (h 24).

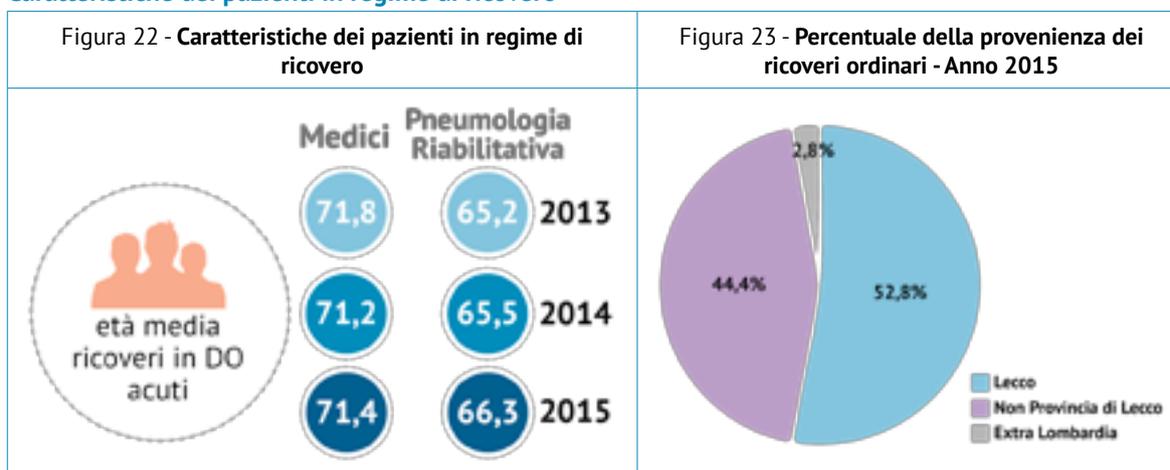
Tabella 20 - Indicatori di attività, triennio (2013-2015)

Anni	2015	2014	2013
Numero ricoveri degenza ordinaria	1.845	1.852	1801
Degenza media ordinaria	9,58	9,6	9,68
Peso Medio Ricoveri in DO Medici	1,03	0,99	1,03

Tabella 21 - Dati relativi alla degenza ordinaria per post acuti, Pneumologia Riabilitativa triennio (2013-2015)

Anni	2015	2014	2013
Numero Dimessi	922	972	909
Peso Medio Ricoveri	1,03	0,96	1,04

Caratteristiche dei pazienti in regime di ricovero



Presidio Ospedaliero 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.

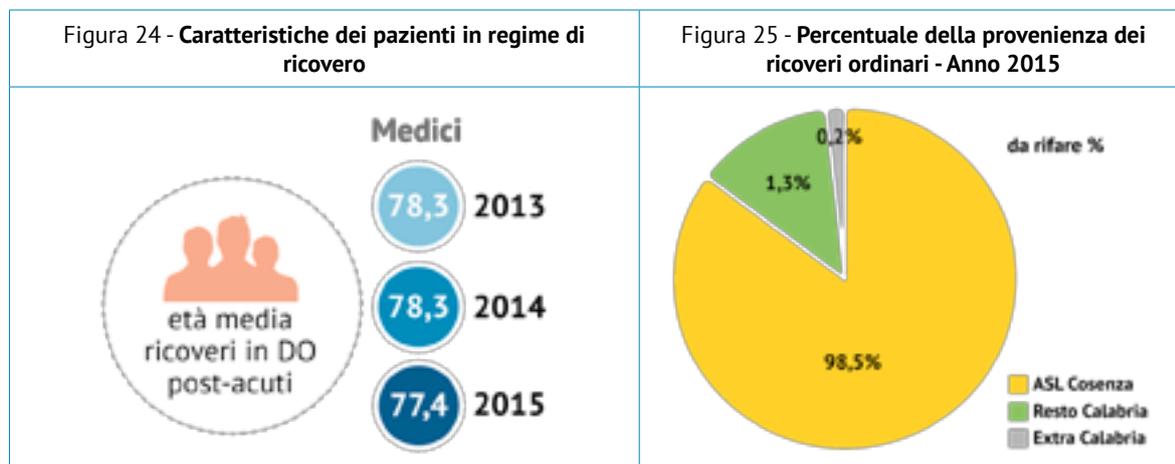
Tabella 22 - Indicatori di attività, triennio (2013-2015)

Anni	2015	2014	2013
Numero ricoveri degenza ordinaria	1112	1236	1243
Degenza media ordinaria	12,9	13,02	13,41
Peso Medio Ricoveri in DO Medici	1,07	1,09	1,06

Tabella 23 - Dati relativi alla degenza ordinaria per post acuti, Riabilitazione triennio (2013-2015))

Anni	2015	2014	2013
Numero Dimessi	115	122	142
Peso Medio Ricoveri	0,78	0,38	0,49

Caratteristiche dei pazienti in regime di ricovero



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

L'IRCCS INRCA si sente 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.

Innanzitutto 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 pubblicate mensilmente sul sito dell'INRCA (così come stabilito dalla Regione Marche), gli obiettivi posti, al momento possono considerarsi sostanzialmente 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 periodo febbraio-luglio 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.

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 a mettere a disposizione un numero rilevante di prestazioni in più rispetto all'anno passato. Complessivamente tra la sede di Ancona e quella di Fermo si tratta di circa 2.500 posti aggiunti fino alla fine dell'anno 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 già 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' prevista a breve inoltre l'attivazione di ulteriore attività ambulatoriale eseguita da parte dei Medici specialisti dell'INRCA presso il Presidio Ospedaliero di Osimo: nefrologia, neuropsicologia, piede diabetico, diabetologia, cardiologia. Un'altra azione importante che l'Istituto ha avviato a partire dal mese di febbraio 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-gastrosopia e TAC; tale attività sta consentendo, primi dati alla mano, un'ottimizzazione di circa il 10% delle prenotazioni. Questo significa poter garantire diverse centinaia di tali prestazioni in più all'anno (circa 200 TAC aggiuntive e circa 200 Gastro e colonscopie annue se si mantengono i dati delle prime mensilità), praticamente a costo zero. Un'altra attività importante messa a regime dall'INRCA in questi mesi è stata l'organizzazione della cosiddetta "Presenza 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).

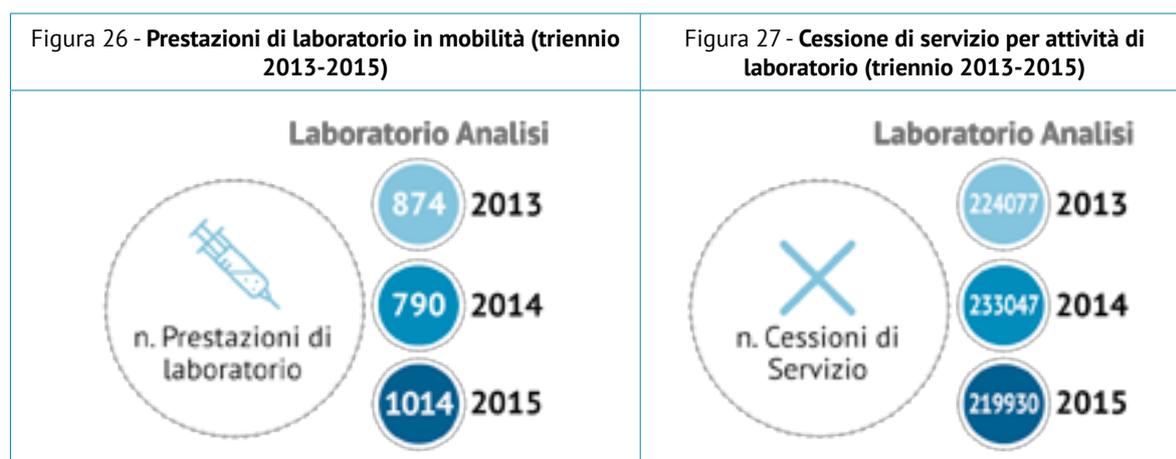
Assistenza ambulatoriale

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.

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 24 - Prestazioni di diagnostica strumentale e per immagini in mobilità (triennio 2013-2015)

POR Ancona - Fermo	2015	2014	2013
Radiologia diagnostica	31.669	25659	25996
Medicina nucleare	2.429	2429	2328
Totale	34.098	28.088	28.324
POR Casatenovo	2015	2014	2013
Radiologia diagnostica	9906	9185	8497

POR Cosenza	2015	2014	2013
Radiologia diagnostica	3072	3419	3323
Totale	47076	40692	40144

POR Ancona - Fermo	2015	2014	2013
TAC	5655	3336	3356
Risonanze Magnetiche	5142	5458	5609
Ecografiche	6161	5774	5405
MOC	7776	6854	8088
Radiologia Interventistica	12	36	16

POR Casatenovo	2015	2014	2013
Ecografie	1782	1773	1454
MOC	100	-	-

POR Cosenza	2015	2014	2013
TAC	850	816	764
Ecografie	722	765	745
MOC	68	103	121

Fonte: dati controllo di gestione

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.

Figura 28 - Prestazioni di attività clinica in mobilità ai pazienti ambulatoriali, triennio (2013-2015)

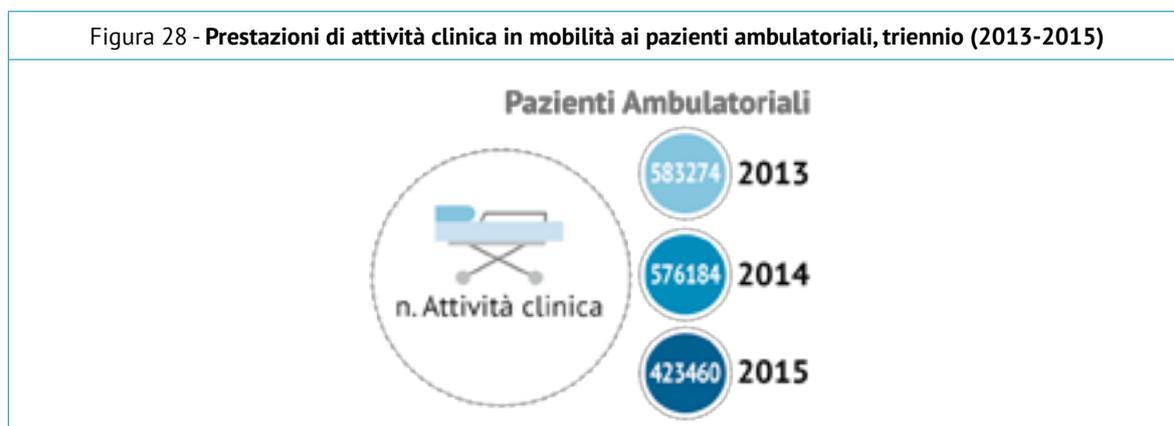


Tabella 25 - Dettaglio per unità operative (triennio 2013-2015)

POR ANCONA	2015	2014	2013
CLINICA DI MEDICINA INTERNA E GERIATRIA AN	4.720	3.861	3.681
MEDICINA RIABILITATIVA AN	34.216	40.365	46.947
RESIDENZA SANITARIA RIABILITATIVA AP	2.652	2.768	3.027
NUTRIZIONE CLINICA	42.606	46.673	41.849

GERIATRIA E ACCETTAZIONE GERIATRICA D'URGENZA AN	11.569	133.282	139.550
NEFROLOGIA E DIALISI	40.622	38.966	45.469
MALATTIE METABOLICHE E DIABETOLOGIA	128.892	142.848	140.999
NEUROLOGIA/CENTRO ALZHEIMER / STROKE UNIT	32.593	39.717	35.125
CARDIOLOGIA/UTIC/TELECARDIOLOGIA	10.581	11.401	11.303
UROLOGIA	6.201	6.458	6.945
DERMATOLOGIA / CENTRO DI RICERCA DERMATOLOGICA GERIATRICA	17.309	19.569	19.337
ANESTESIA RIANIMAZIONE E TERAPIA ANTALGICA	7	14	2
PREVENZIONE DEI TUMORI PROSTATICI	4.921	4.836	1.423
CHIRURGIA GENERALE E PATOLOGIA CHIRURGICA	3.699	3.832	3.531
OFTALMOLOGIA GERIATRICA			401
ODONTOSTOMATOLOGIA	2.612	2.376	1.830
CENTRO DEL PIEDE DIABETICO	3.757	5.208	6.070
GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA	8.243	8.050	7.220
POR FERMO	2015	2014	2013
RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	11.328	10.982	11.537
GERIATRIA	4.057	4.445	4.919
CARDIOLOGIA RIABILITATIVA	3.378	1.990	3.386
TERAPIE INNOVATIVE NELLA PATOLOGIA CUTANEA	2.672	3.290	3.560
POR COSENZA	2015	2014	2013
ANESTESIA E TERAPIA DEL DOLORE / CENTRO RICERCA GESTIONE	1.281	1.324	1.411
RIABILITAZIONE INTENSIVA	941	1.081	1.158
GERIATRIA	6.453	6.845	6.241
CARDIOLOGIA/UTIC			596
POR CASATENOVO	2015	2014	2013
PNEUMOLOGIA RIABILITATIVA/CENTRO DI RICERCA PATOLOGIE	1.294	993	2.375
PNEUMOLOGIA	18.075	14.764	14.079
CARDIOLOGIA RIABILITATIVA	5.803	7.642	7.483

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 26 - Fonti e aree di interesse mappate INRCA

Fonti	Aree di interesse	NOTE
Banca dati CoVaSI	Sinistri	Analisi dell'ultimi 5 anni
	Dati	
Banca dati Rischio Clinico/Sistema Qualità	"eventi avversi"/"quasi eventi"	Analisi dati 2014 - 2015
URP	Reclami	Analisi dati 2014 - 2015
Farmacia	Farmaci ad alto rischio	Analisi dati 2014 - 2015
Farmacia	ADR	Analisi dati 2014 - 2015
DMP	Analisi documentazione sanitaria	Analisi dati 2014 - 2015
DMP	Indicatori qualità assistenza sanitaria	Analisi dati 2014 - 2015
Comitato Dispositivi Medici	Dati dispositivi medici	Analisi dati 2014 - 2015
Ingegneria Clinica	Dati attrezzature elettromedicali	Analisi dati 2014 - 2015 Messo a punto un "indicatore di obsolescenza" delle apparecchiature dell'Istituto.
Indicatori qualità assistenza sanitaria	Cadute	Dal 2010 al 2016
	Ulcere da decubito	
	Infezioni-Multiresistenti	2014
	Consumo Antibiotici/DDD	2014-2015
	Registro Denunce Obbligatorie Malattie infettive	
	Stato Nutrizionale	
	Dolore	Controllo delle cartelle; Verifiche Ispettive Interne
	Contenzione	Controllo delle cartelle; Verifiche Ispettive Interne
	Identificazione paziente	Controllo delle cartelle; Verifiche Ispettive Interne
	Disfagia	
	Incontinenza	
	Riconciliazione - Polifarmaco terapia	
Banca Dati Ufficio Responsabile Sicurezza RSPP	Eventi segnalati	Analisi dati 2015
	Infortuni sul lavoro	Analisi dati 2015
	Malattie professionali	Analisi dati 2015
DAPO	Infortuni sul lavoro	Analisi dati 2015
	Malattie professionali	Analisi dati 2015
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 27 - **Attività del COVASI (triennio 2013-2015)**

Attività del covasi	2015	2014	2013
Numero sedute	3	2	1
Numero istanze esaminate	6	1	1

Tabella 28 - **Istanze di risarcimento per tipologia di procedimento (triennio 2013-2015)**

	2015	2014	2013
extragiudiziarie	5	5	4
giudiziarie	-	1	-
Totale	5	6	4

Tabella 29 - **Stato di avanzamento delle istanze di risarcimento (triennio 2013-2015)**

	2015	2014	2013
Chiusi	5	4	2
Aperti	-	2	2
Totale	5	6	4

Analisi della documentazione sanitaria

All'interno del percorso di certificazione, secondo le norme UNI EN ISO 9001:2008, 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.

Indicatore	Formula	Fonte
Indice di performance	Media % della performance per tutti i requisiti	Checklist cartelle clinica on-line

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 2015

Le segnalazioni riguardanti i dispositivi medici, in totale 8 nel 2015, sono pervenute nella metà dei casi dall'Accettazione Geriatrica d'Urgenza, nel restante 50% dei casi da Farmacia, Emodialisi, Cardiologia e Piede Diabetico / Dermatologia. Le segnalazioni riguardavano prevalentemente guanti sintetici non chirurgici e rubinetti a tre vie e sono pervenute nel 75% dei casi dal coordinatore infermieristico. Nel 63% dei casi il dispositivo oggetto della segnalazione è stato utilizzato.

Figura 30 - Segnalazioni dei dispositivi medici per tipologia di servizio (%) - Anno 2015

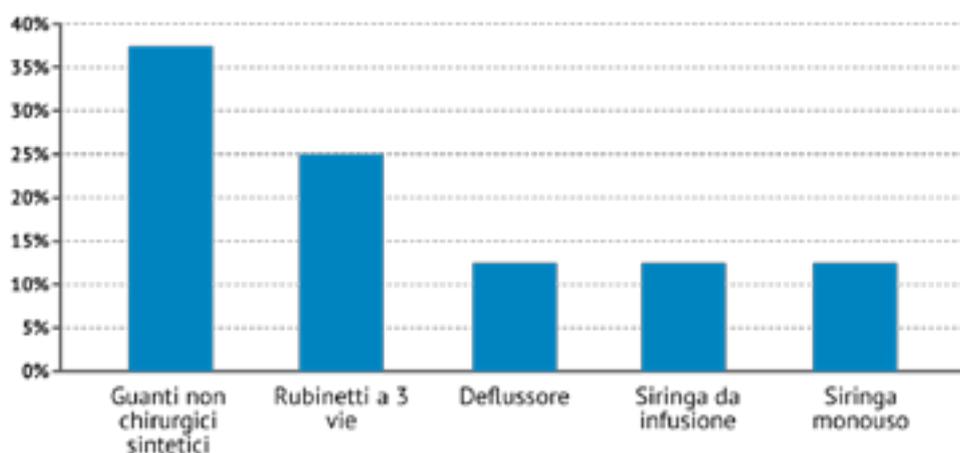
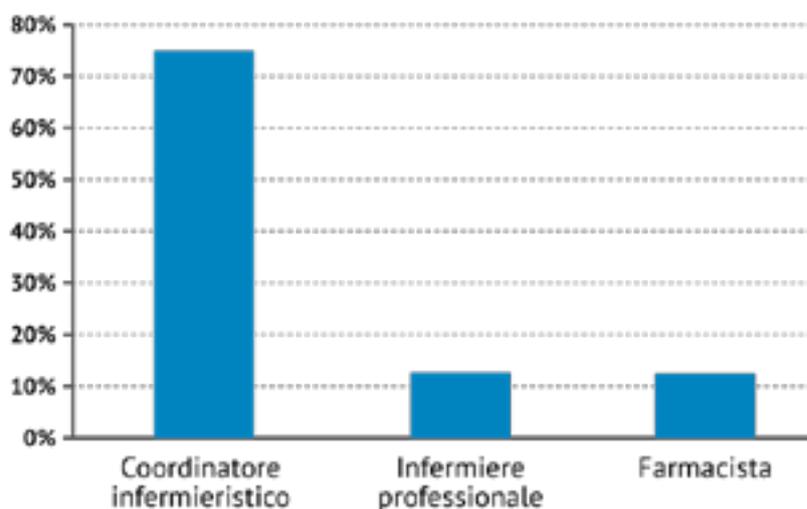


Figura 31 - Segnalazioni dei dispositivi medici per personale segnalatore (%) - Anno 2015



Farmacia-ADR (Reazione Avversa ai Farmaci): analisi segnalazioni anno 2015

Nel biennio 2014-2015 sono state segnalate 18 reazioni avverse a farmaci, nel 28% dei casi dovute a farmaci NAO. Il 28% delle reazioni avverse è stata segnalata dalla Clinica medica, mentre il 51% è stato segnalato da Accettazione Geriatrica d'Urgenza, Farmacia e Neurologia. Questo dato evidenzia un possibile problema di sottosegnalazione.

Rischio infettivo: indicatori di qualità dell'assistenza nel biennio 2014-2015

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 35 - Consumo di antibiotici (DDD/100giorni di degenza) a confronto tra anno 2014 e 2015 nel Presidio di Ancona nei reparti di Cardiologia/UTIC, Neurologia/Stroke Unit, Riabilitazione, Nefrologia e Dialisi

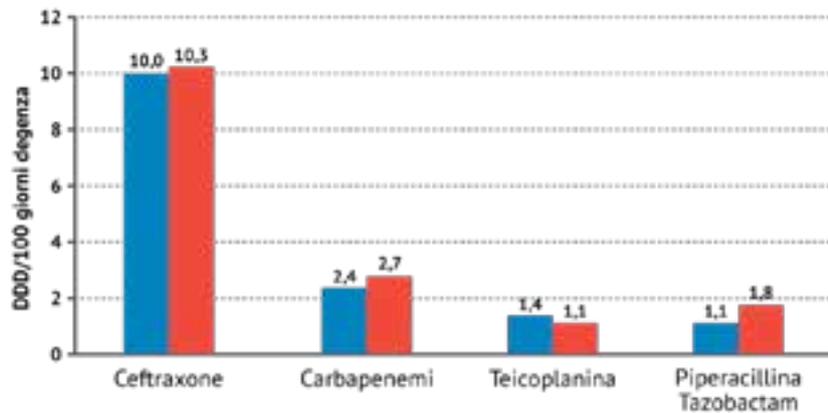


Figura 36 - Consumo di antibiotici (DDD/100giorni di degenza) a confronto tra anno 2014 e 2015 nel Presidio di Ancona nei reparti di Clinica di Medicina Interna e Geriatria, Geriatria e Residenze Appignano/Dorica

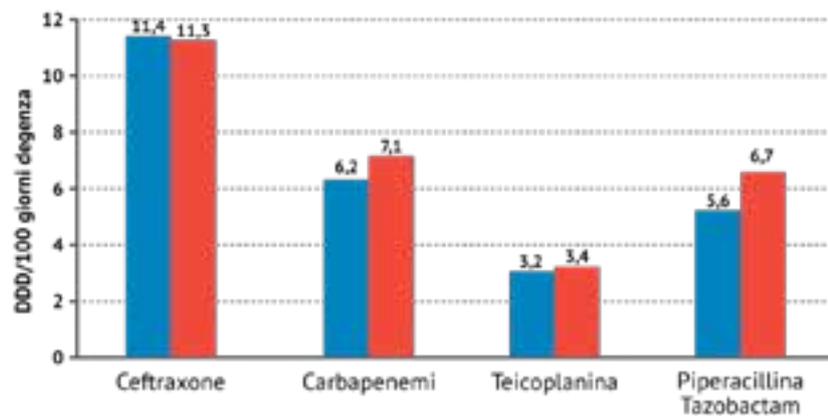


Figura 37 - Consumo di antibiotici (DDD/100 giorni di degenza) a confronto tra anno 2014 e 2015 nel Presidio di Ancona nei reparti di Chirurgia, Dermatologia, Piede diabetico, Urologia.

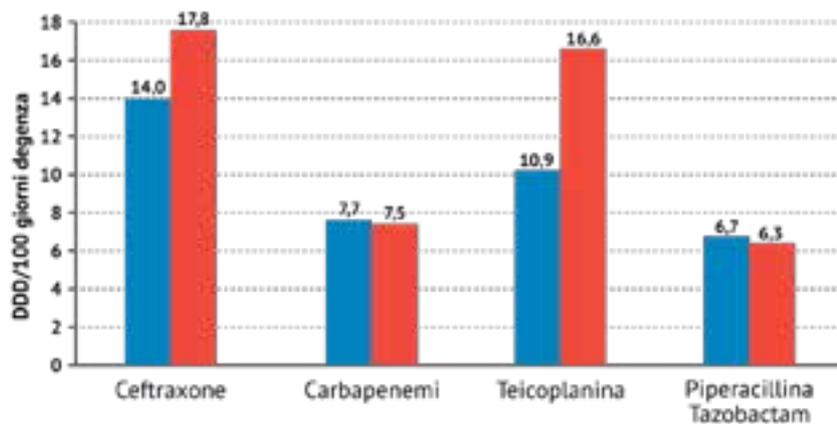


Figura 38 - Consumo di antibiotici (DDD/100 giorni di degenza) a confronto tra anno 2014 e 2015 nel Presidio di Fermo nei reparti di Cardiologia, Geriatria, Riabilitazione, Degenza Post-acuzie.

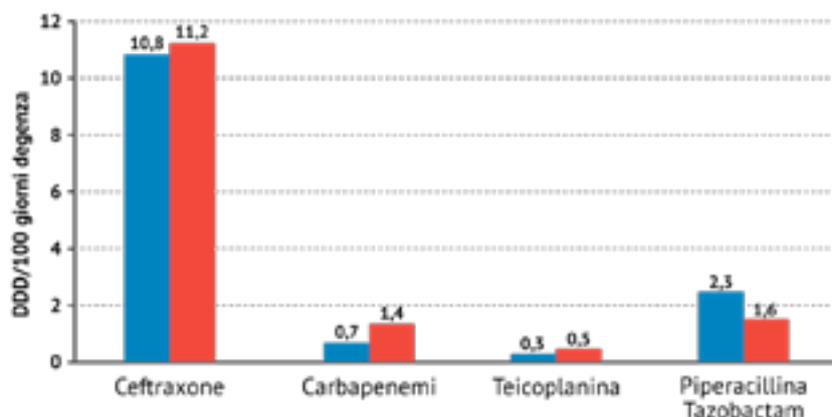


Tabella 30 - Microrganismi multiresistenti (MDROs) più isolati e distribuzione per sito di isolamento in reparti di area medica nel presidio INRCA di Ancona - anno 2014

Prevalenza di pazienti con isolamenti di MDROs: 2,9%
 Densità di incidenza di pazienti con isolamenti di MDROs: 0,299

Microrganismo	Percentuale sul totale	Percentuale MDROs
Escherichia coli	32,2	34,3
Proteus mirabilis	10,3	20,4
Pseudomonas aeruginosa	9,3	28,6
Enterococcus faecalis	8,2	
Candida albicans	5,7	
Staphylococcus aureus	5,3	
Klebsiella pneumoniae	5,1	37
Staphylococcus epidermidis	2,9	
Staphylococcus hominis	1,9	
Acinetobacter baumannii	1,7	100

Tabella 31 - Microrganismi multiresistenti (MDROs) più isolati e distribuzione per sito di isolamento in reparti di area chirurgica nel presidio INRCA di Ancona - anno 2014

Prevalenza di pazienti con Isolamenti di MDROs: 3,4%
 Densità di incidenza di pazienti con isolamenti di MDROs: 0,612

Microrganismo	Percentuale sul totale	Percentuale MDROs
Escherichia coli	15,0	30,8
Candida albicans	9,2	
Staphylococcus aureus	9,2	31,3
Enterococcus faecalis	7,5	
Pseudomonas aeruginosa	7,5	15,4
Staphylococcus epidermidis	7,5	
Proteus mirabilis	5,8	30
Acinetobacter baumannii	4,6	100
Enterobacter cloacae	2,9	60
Klebsiella pneumoniae	2,9	20

Ufficio Tecnico: analisi interventi anno 2015

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:

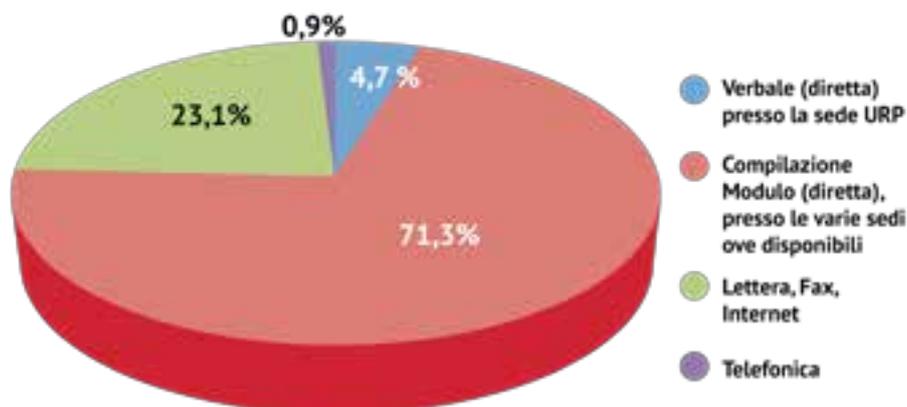


L'URP riceve gli elogi nei confronti degli operatori e dell'organizzazione della struttura, che vengono trasmessi agli interessati e alla Direzione Aziendale.

Di seguito vengono mostrati i dati quantitativi relativi ai reclami/segnalazioni ed elogi pervenuti all'Ufficio relazioni con il pubblico nell'anno 2015. Per quanto riguarda il POR di Ancona sono pervenute 108 segnalazioni di cui 32 elogi e 76 reclami. L'aumentato numero delle segnalazioni è dovuto al fatto che a partire dall'anno 2015 sono state allocate presso il Punto di Primo Intervento e il Centro Antidiabetico due cassette per la raccolta dei reclami, pertanto vista la facilità di raccolta, il numero complessivo di segnalazioni è notevolmente aumentato rispetto agli anni precedenti, specialmente per questi 2 reparti. La modalità di ricevimento della segnalazione, come si vede dal grafico sottostante (fig.39), è principalmente 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 tramite e-mail, modalità verbale e telefonica che vengono registrate con verbale interno dell'URP.

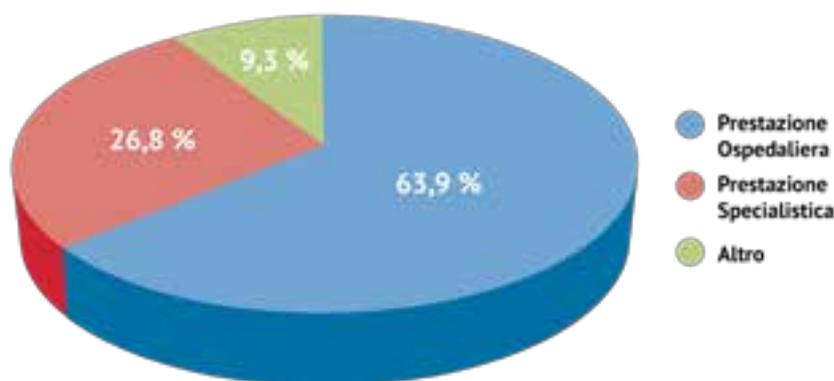
Figura 39 - Modalità di ricevimento della segnalazione



Fonte: ns. elaborazioni su dati forniti da URP

La tipologia di prestazione a cui il reclamo è rivolto è per la maggior parte la prestazione ospedaliera. (Fig. 40)

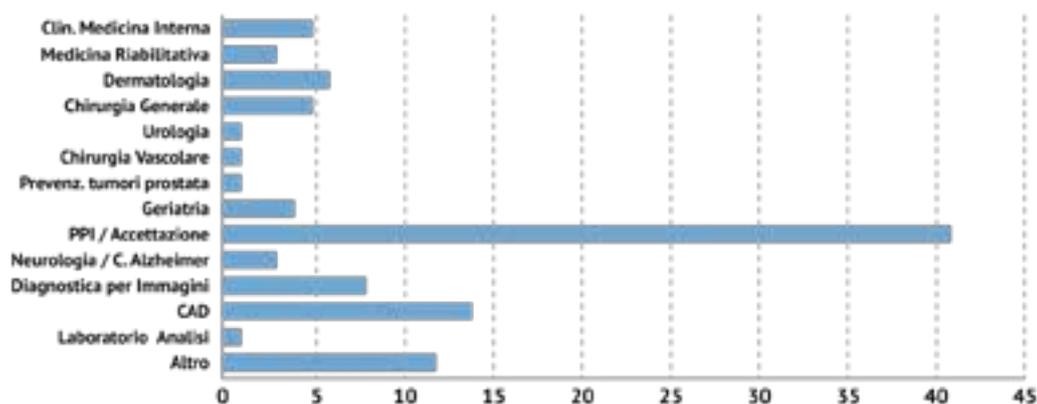
Figura 40 - Tipologia di prestazione



Fonte: ns. elaborazioni su dati forniti da URP

Nel grafico seguente sono riportate le Unità Operative che sono state oggetto di segnalazione. Il maggior numero di segnalazioni 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.

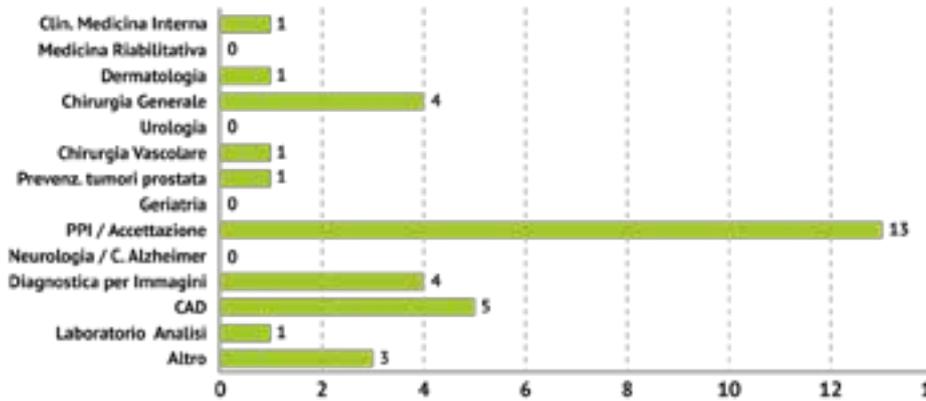
Figura 41 - Segnalazioni (Encomi e Reclami)



Fonte: ns. elaborazioni su dati forniti da URP

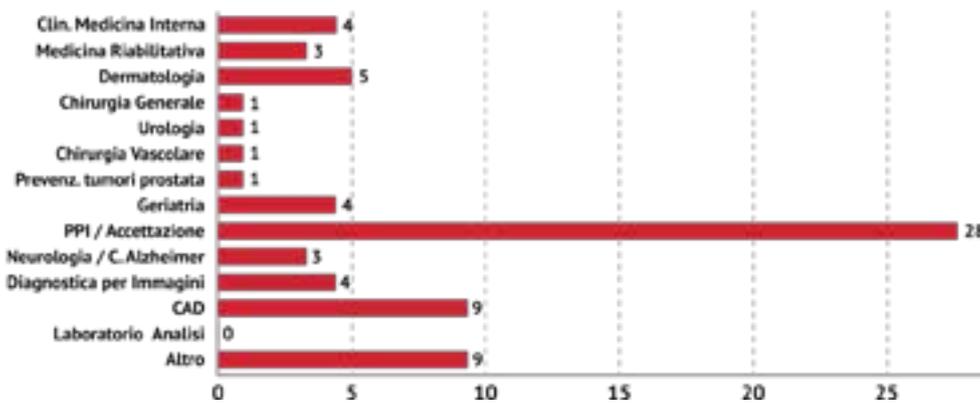
Nello specifico, la suddivisione dei reclami e degli encomi tra i vari reparti è la seguente.

Figura 42 - Encomi per reparto



Fonte: ns. elaborazioni su dati forniti da URP

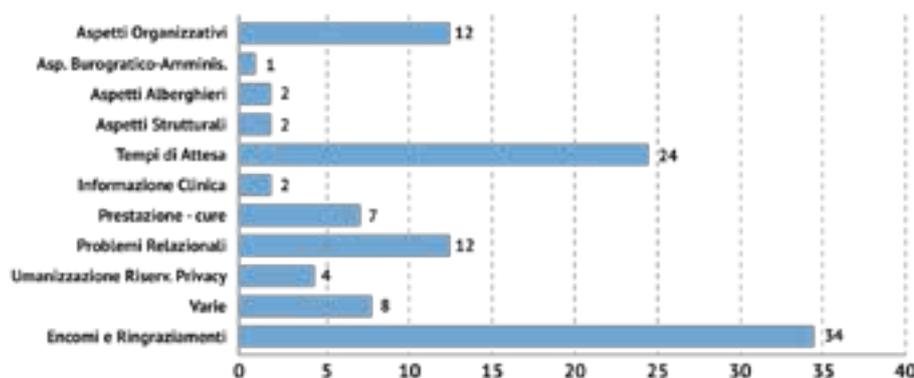
Figura 43 - Reclami per reparto



Fonte: ns. elaborazioni su dati forniti da URP

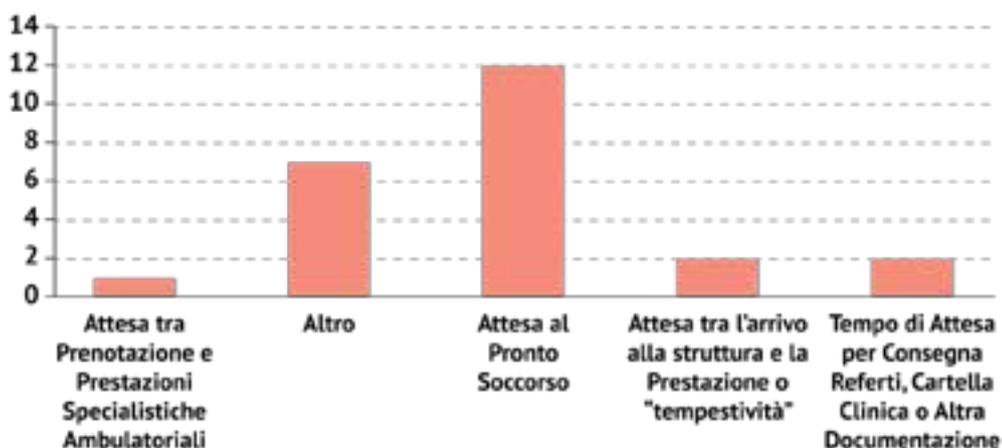
Per quanto riguarda la variabile “tipologia di problema” oggetto di reclamo, le categoria prevalente risulta essere “tempi di attesa” che in particolare si riferisce all’attesa presso l’Accettazione Geriatrica di Urgenza / Punto di Primo Intervento. Seguono poi le categorie “problemi relazionali” e “aspetti organizzativi”.

Figura 44 - Tipologia di problema



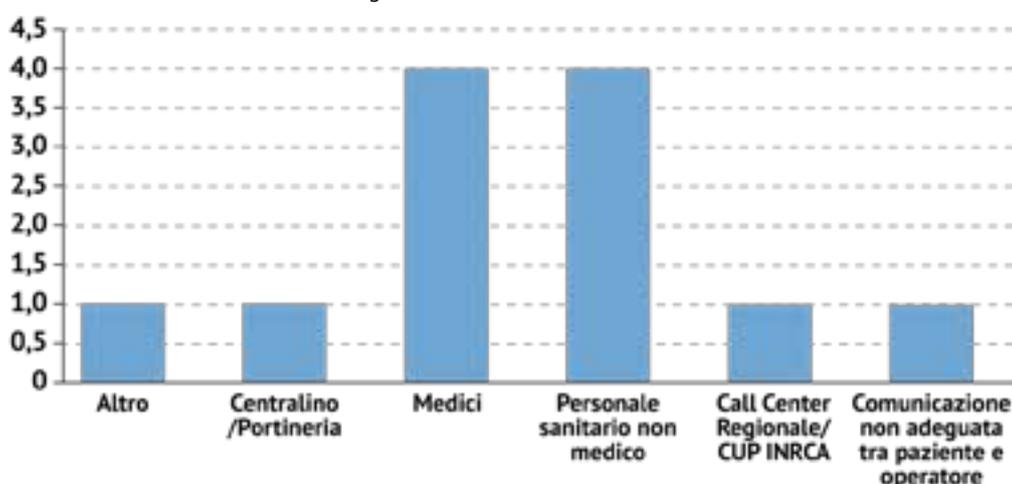
Andando a specificare meglio la tipologia di problema, come già detto, vediamo che per quello che riguarda il tempo di attesa si tratta principalmente dell’attesa presso il Punto di Primo Intervento/AGU.

Figura 45 - Segnalazioni per tempi di attesa



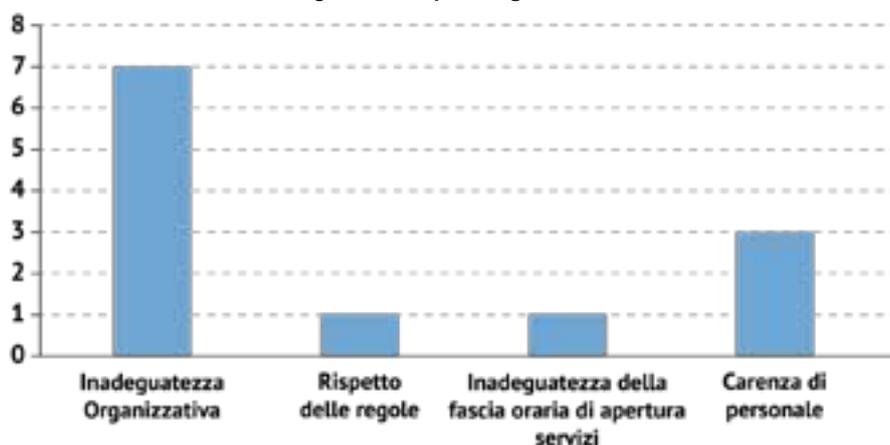
Il problema relazionale si riferisce a problemi di incomprensione con gli operatori sanitari e riguarda complessivamente la problematica della corretta informazione. In particolare viene sottolineata una mancanza di ascolto dell'utenza e una modalità non corretta di comunicazione del medico e del personale sanitario non medico nei confronti degli utenti.

Figura 46 - Problemi relazionali



Gli aspetti organizzativi si riferiscono in particolar modo alla carenza di personale e inadeguatezza organizzativa relativa a percorsi interni e a procedure che non favoriscono l'utenza (es. orari di accesso alle segreterie ed ambulatori ecc...)

Figura 47 - Aspetti organizzativi



Al **Presidio Ospedaliero di Ricerca di Fermo** nell'anno 2015 sono pervenute n.6 reclami e 2 encomi. I reclami hanno fatto riferimento all'aspetto della relazione e della comunicazione. Le Unità Operative coinvolte sono la Riabilitazione e la Cardiologia Riabilitativa.

Per quanto riguarda il **Presidio Ospedaliero di Ricerca di Casatenovo** nell'anno 2015 sono pervenute n.14 segnalazioni, di cui n.3 "encomi".

Le segnalazioni ricevute hanno interessato in particolar modo l'aspetto della comunicazione e relazione. I reclami hanno fatto strettamente riferimento alla qualità relazionale del rapporto con gli operatori (cortesia, disponibilità, chiarezza e completezza delle informazioni riguardo ai servizi e allo stato di salute). Per quanto riguarda l'aspetto dell'accessibilità, le segnalazioni fanno riferimento alle difficoltà incontrate nella prenotazione telefonica e nel mettere in contatto il paziente con il medico.

Le segnalazioni riguardanti il rilascio della documentazione clinica concernono i ritardi nella consegna dei referti. Sono pervenuti "encomi" nei confronti di tutti i professionisti sanitari che operano nei reparti di degenza. Le lettere di ringraziamento hanno riguardato l'assistenza sanitaria professionale e l'umanità ricevuta durante il ricovero. In sintesi le segnalazioni distinte per classe di priorità:

- N.5 comunicazione e relazione
- N.2 tempi
- N.2 condizioni dell'accesso
- N.1 prestazioni
- N.1 assistenza farmaceutica
- N.3 Encomi

La modalità del reclamo più frequente è stata la segnalazione per e-mail.

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. Ascoltare i cittadini e valutare la qualità dei servizi è per l'Istituto una modalità per contribuire a raccogliere informazioni utili per migliorare i servizi e la soddisfazioni degli utenti.

Nel corso del 2015, 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 (confort 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:

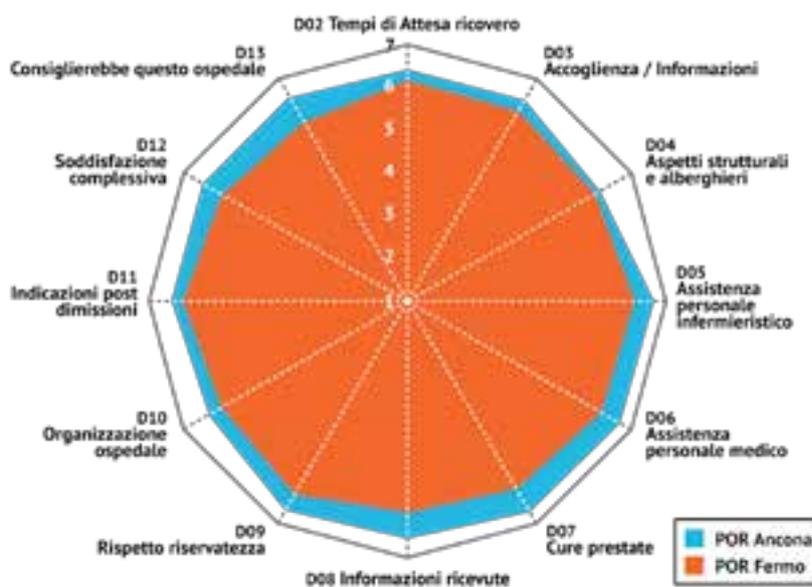
uso di farmaci, presidi o protesi, alimentazione, attività fisica, abitudini quotidiane, eventuali visite di controllo)

D12 Complessivamente quanto è soddisfatto della sua esperienza di ricovero?

D13 Consiglierebbe ad altri questo ospedale?

L'elaborazione complessiva per l'area delle degenze del POR di Ancona è stata confrontata con un'analoga elaborazione per il POR di Fermo (figura 48) poiché insistono nella stessa regione.

Figura 48 - **Punteggio medio di soddisfazione del cliente per i vari item nell'area degenza del POR di Ancona e Fermo - anno 2015**



Presso il POR INRCA di Ancona sono stati raccolti 113 questionari nell'area degenze.

Figura 49 - **Punteggio medio complessivo di soddisfazione del cliente nell'area degenze del POR di Ancona per reparto - Anno 2015**

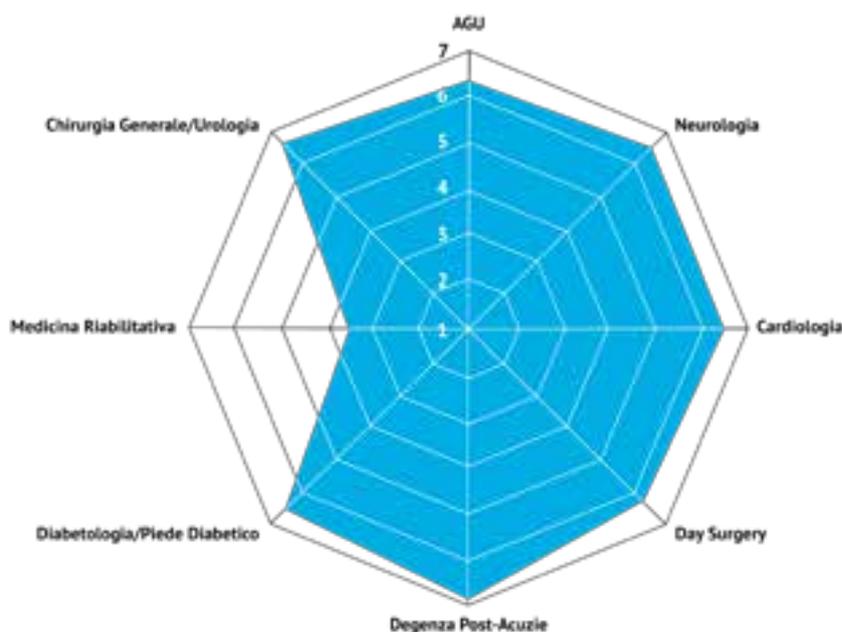
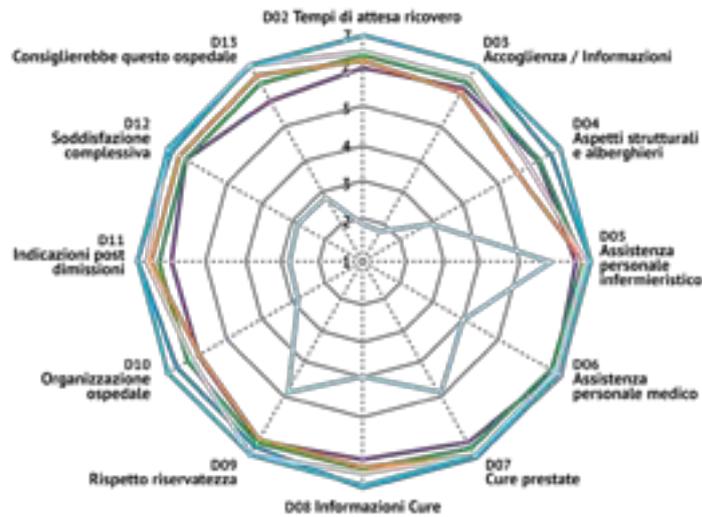


Figura 50 - **Punteggio medio di soddisfazione del cliente nell'area degenze del POR di Ancona per item e per reparto - Anno 2015**



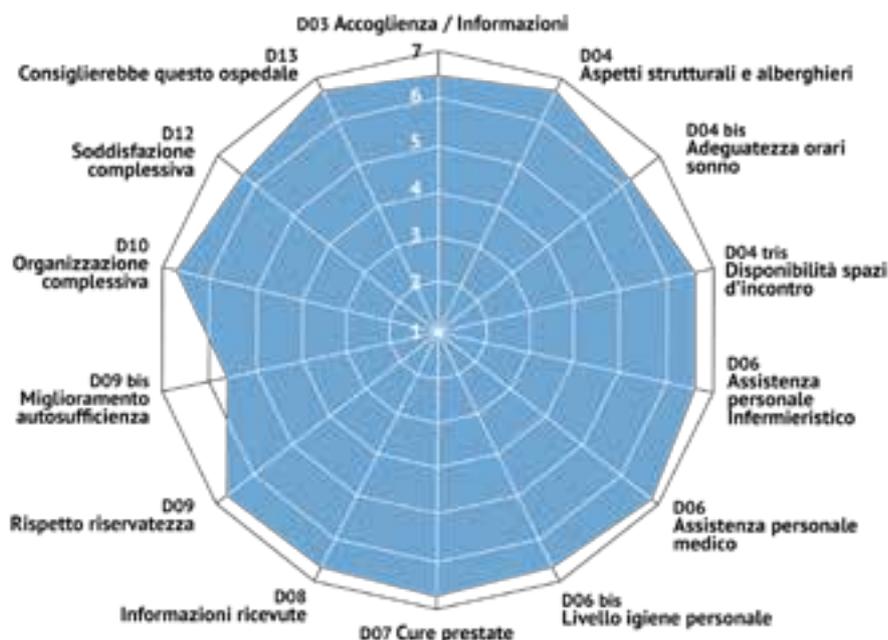
Per l'area ambulatoriale del POR INRCA di Ancona sono stati raccolti 447 questionari. Il punteggio medio degli item dell'area è stato 6,11.

Figura 51 - **Punteggio medio di soddisfazione del cliente per i vari item nell'area ambulatoriale del POR di Ancona - Anno 2015**



La soddisfazione media degli utenti presso Residenza Dorica è di 6,25, sono stati raccolti n.10 questionari (Figura 52). Gli aspetti più apprezzati (6,80) sono quelli strutturali e alberghieri e l'assistenza del personale medico (item D04 e D06), mentre quello risultato più critico riguarda il miglioramento dell'autosufficienza (D09 bis).

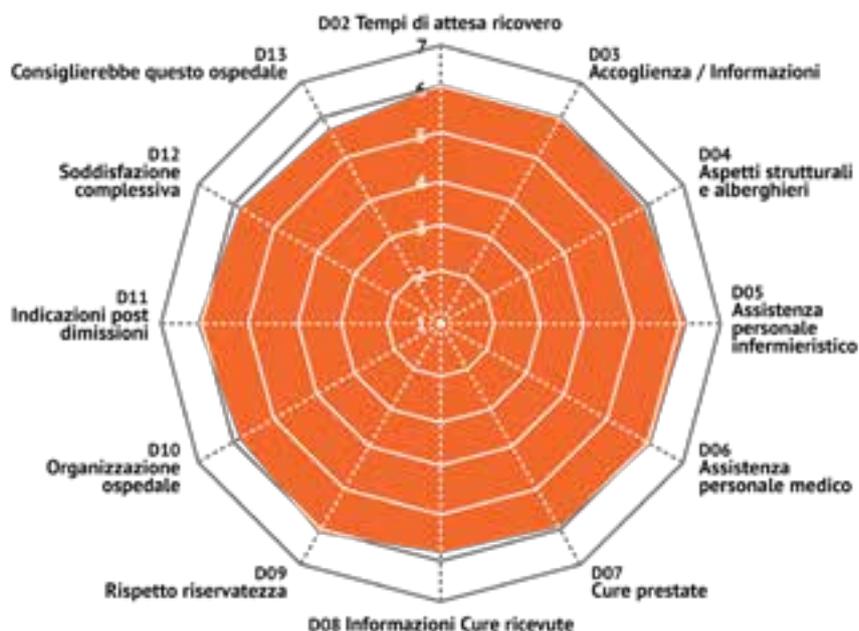
Figura 52 - **Punteggio medio di soddisfazione del cliente per i vari item nella RESIDENZA DORICA del POR di Ancona - Anno 2015**



Di seguito si riportano i grafici di soddisfazione dell'utente raccolti presso il POR INRCA di Fermo sia per l'area degenza che ambulatoriale. Sono stati raccolti 252 questionari, di cui 40 relativi all'area degenze, e i restanti relativi all'area ambulatoriale: 68 relativi all'area riabilitativa/palestra, e 144 relativi all'area cardiologica, geriatrica e reumatologica.

Il punteggio medio conferito dagli utenti all'area degenze è di 6,1. (figura 53) L'item che ha totalizzato un punteggio più alto (6,27) è il D09 (Rispetto della riservatezza), mentre quello che ha realizzato il punteggio più basso (5,82) è il D13 (Consiglierebbe ad altri questo ospedale). Il 64% (n=9) dei rispondenti che avevano già esperienza di degenza nella struttura la ritengono migliorata, il 28% (n=4) non la trova modificata, mentre solo il 7% (n=1) sostiene che sia peggiorata.

Figura 53 - **Punteggio medio di soddisfazione del cliente per i vari item nell'area degenza del POR di Fermo - Anno 2015**



Per quanto riguarda l'area ambulatoriale, il punteggio medio di gradimento della palestra è 6,56. Il

punteggio più alto (6,78) spetta all'item D11 (Soddisfazione complessiva), il più basso all'item D03 (Tempi d'attesa). Il 51% (n=22) dei rispondenti che già conoscevano la struttura INRCA di Fermo, la trovano uguale al passato, il 47% (n=20) ritengono che sia migliorata, mentre il 2% (n=1) sostiene che sia peggiorata. Solo il 5% (n=3) dei rispondenti ha visitato il sito internet INRCA.

Figura 54 - **Punteggio medio di soddisfazione del cliente per i vari item nell'area ambulatoriale del POR di Fermo - Anno 2015**



Il punteggio medio nell'area degenza per il POR di Casatenovo è di 6,4. (fig.55). L'item che ha totalizzato il punteggio più alto (6,68) è D06 (Assistenza del personale medico), mentre quello che ha realizzato il punteggio più basso (5,8) è D04 (Aspetti strutturali ed alberghieri).

Figura 55 - **Punteggio medio di soddisfazione del cliente per i vari item nell'area degenza del POR di Casatenovo - Anno 2015**



Per quanto concerne l'area ambulatoriale, il punteggio medio di gradimento 6,27. Il punteggio più alto (6,42) spetta all'item D09 (Attenzione ricevuta dal personale infermieristico e/o tecnico), il più basso

all'item D03 (Tempi d'attesa). Mentre la media di chi sconsiglierebbe ad altri la struttura è pari a 6,47. Punteggio medio di soddisfazione del cliente per i vari item nell'area ambulatoriale del POR di Casatenovo - Anno 2015

Figura 56 - Punteggio medio di soddisfazione del cliente per i vari item nell'area ambulatoriale del POR di Casatenovo - Anno 2015



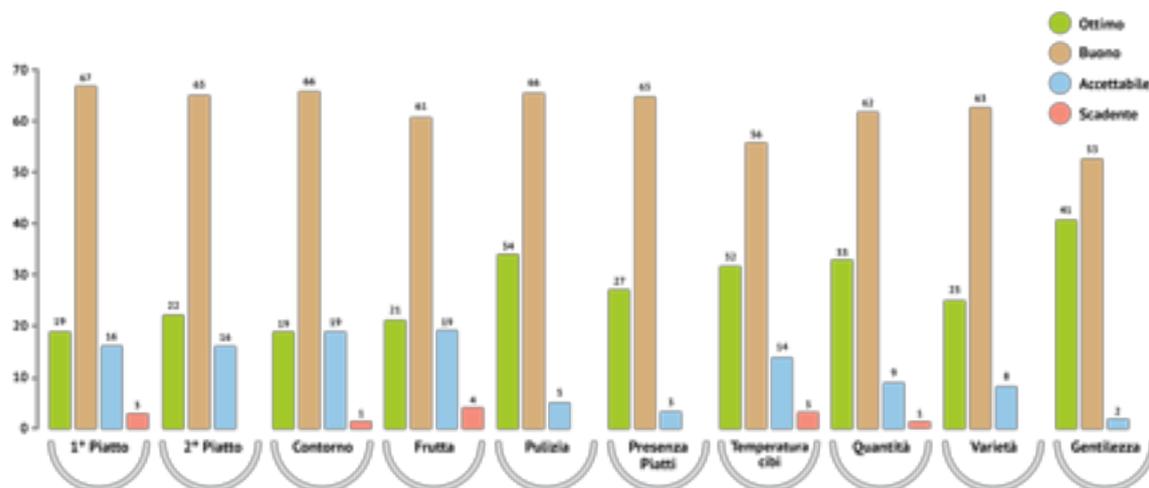
Gradimento Vitto

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

1. quantità
2. gradibilità
3. pulizia dei vassoi
4. presentazione piatti
5. temperatura dei cibi
6. varietà del menù
7. 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 105 di cui 36 maschi e 79 femmine. L'età media dei degenti coinvolti nell'indagine è 79,13 anni e i giorni medi di degenza 13,09. Di seguito sono riportati i risultati dell'indagine

Figura 57 - Gradimento vitto



Il Portale Internet

Il portale istituzionale, www.inrca.it, rappresenta uno dei principali canali di comunicazione e di informazione sull'attività dell'Istituto.

È pensato come un punto d'incontro privilegiato tra l'Istituto e gli utenti che consente di accedere in modo veloce ed intuitivo alle informazioni offerte. Il nostro obiettivo è quello di rinnovare la qualità dei servizi offerti ai cittadini attraverso un'informazione on-line più precisa e trasparente delle nostre 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 è possibile accedere a qualsiasi informazione nel sito attraverso differenti percorsi di navigazione.

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.

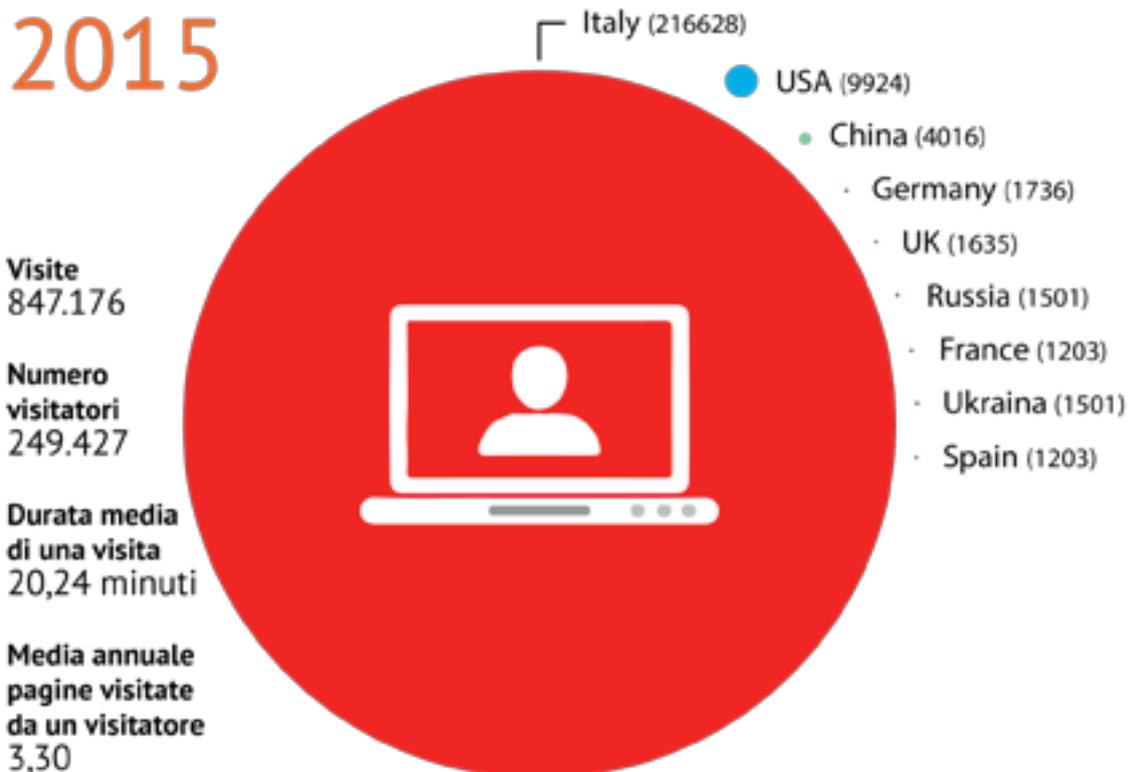
Trasparente, perché conforme a tutta la normativa vigente in materia di siti di Pubbliche Amministrazioni e facilmente consultabile.

Usabile, perché un profondo ripensamento 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 all'informazione relativa 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 2015, dai diversi Paesi del mondo. Dopo l'Italia che conta 249.427 visitatori, Cina e Stati Uniti mostrano un accresciuto numero di visitatori.

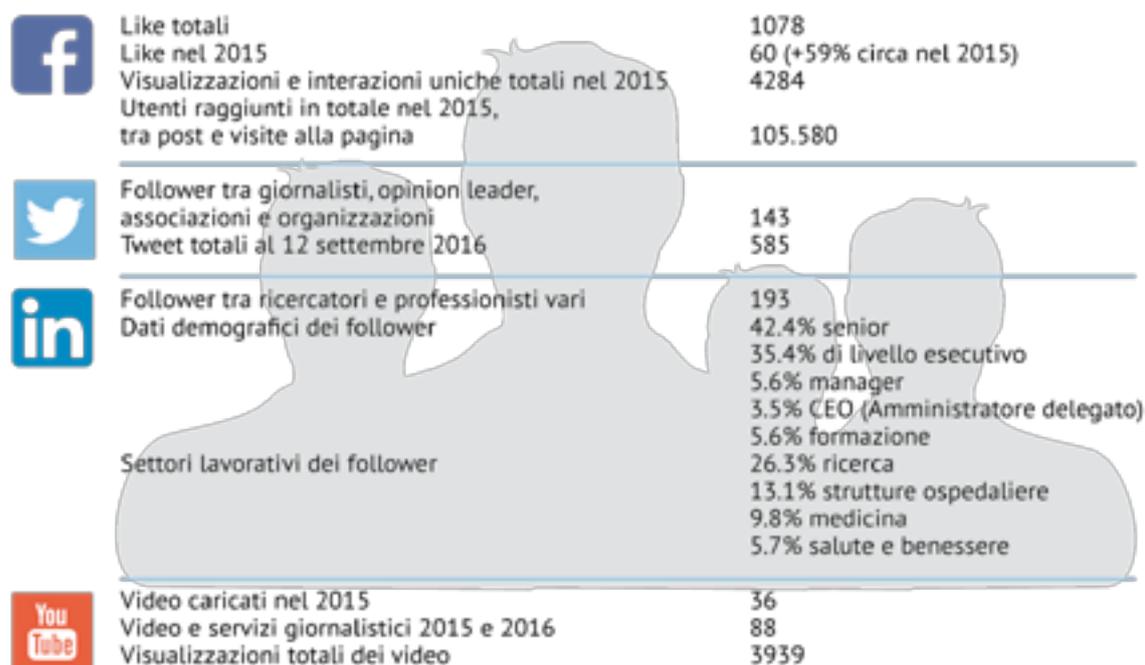


Fonte dati: ns elaborazione su dati forniti da Area sistemi informativi

Il 79% dei visitatori del Portale può essere considerato un fruitore occasionale mentre il 21%, quindi circa un quinto dei fruitori del sito, effettua accessi ripetuti.

Social Media

Il 2015 ha visto, per la prima volta, il coinvolgimento dei più comuni social media nelle attività di comunicazione del nostro Istituto. Appare evidente come sia importante puntare su una comunicazione sempre più orientata al cittadino attraverso i maggiori canali di comunicazione. Di seguito si riportano i dati relativi ai più comuni social media.



Testate Nazionali (1-6) e Regionali (7-21)



1.

UnoMattina in famiglia - 27/04/2014

Fabrizia Lattanzio, Direttore Scientifico IRCCS INRCA, presenta ultime tecnologie nel settore dell'assistenza domiciliare per l'anziano



3.

Il Sole 24 Ore Sanità - 25/02/2015

Articolo di Fabrizia Lattanzio - Direttore Scientifico IRCCS INRCA: "Quando la ricerca si lega al benessere dei dipendenti: l'IRCCS INRCA lancia il progetto Fitness at Work"



2.

L'Espresso - 16/03/2015

Intervista a Fabrizia Lattanzio - Direttore Scientifico IRCCS INRCA su "Italia Longeva: le Marche pensano al futuro", su progetti UP TECH e CHEFMYSELF



4.

Corriere della Sera - 5/02/2015

"All'INRCA Fitness at work"

5. **la Repubblica**

La Repubblica - 27/03/2015

“Disegnare barche e case intelligenti quando lo stile è anche sostanza”

7. **ANSA Marche**

ANSA Marche - 1/04/2015

“Anziani, rinnovato il progetto Anni Attivi. Attività fisica per gli Over 65 all'INRCA e al Palaindor”

9. **TG3 Marche**

TG3 Marche - 17/06/2015

Intervista a Giovanni Lamura - Responsabile Centro Studi e Ricerche Economico-Sociali per l'Invecchiamento IRCCS INRCA, nell'ambito della Giornata Mondiale contro il Maltrattamento degli Anziani. Presentazione dati progetti ABUEL - Elder Abuse e TamTam - Telefono Anziani Maltrattati

11. **TG3 Marche**

TG3 Marche - 9/03/2015

Intervista a Fabrizia Lattanzio - Direttore Scientifico IRCCS INRCA nell'ambito della presentazione progetto CHEFMYSELF - Ambient Assisted Living

13. **TVRS**

TVRS - 2/04/2015

“INRCA testimonianza di eccellenza per il territorio”

6. **Sanità**

Il Sole 24 Ore Sanità - 25/05/2015

Articolo di Lorena Rossi - Responsabile Laboratorio Bioinformatica, Bioingegneria e Domotica, IRCCS INRCA “Anziani in cucina con CHEFMYSELF”

8. **ANSA Marche**

ANSA Marche - 5/02/2015

“All'INRCA Fitness at work”

10. **TG3 Marche**

TG3 Marche - 6/06/2015

“La casa intelligente”

12. **CTV Marche**

E'TG - 16/06/2015

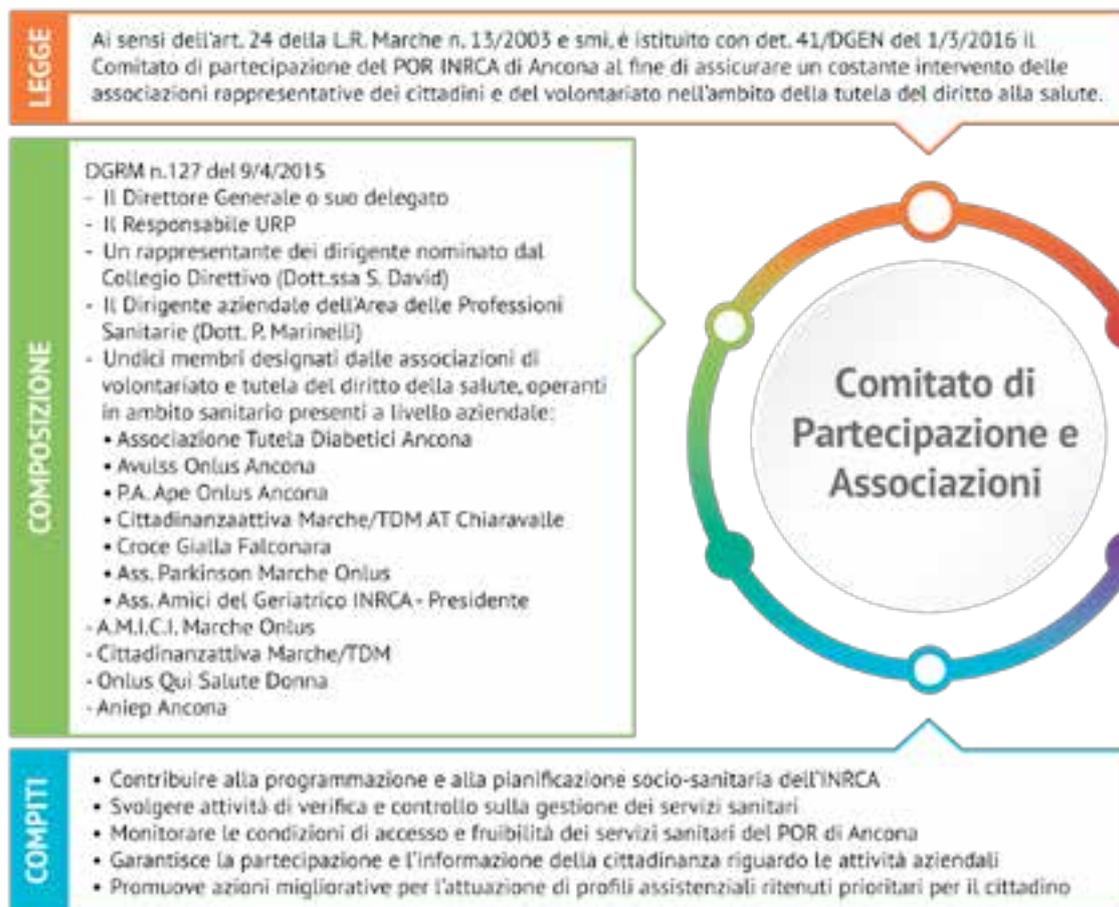
Intervista a Giovanni Lamura nell'ambito della Giornata Mondiale contro il Maltrattamento degli Anziani. Presentazione dati progetto Telefono Anziani Maltrattati

14. **senzaetà**

SenzaEtà Web TV - 16/04/2015

“Termalismo: la ricerca del benessere”

Comitato di Partecipazione e Associazioni



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 all'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.

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

Benessere organizzativo: indagine di clima interno

L'indagine di clima organizzativo è stata promossa negli ultimi mesi del 2015 dalla Regione Marche e condotta in collaborazione con il laboratorio Management e sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, chiedendo la collaborazione delle Aziende Sanitarie della Regione Marche. L'INRCA ha aderito a tale sistema di valutazione multidimensionale delle performances dei sistemi sanitari.

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 una 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 stakeholder che si relazionano con l'Azienda. Studiare un'organizzazione non significa soltanto considerarne la struttura materiale, costituita dalle regole e dagli strumenti operativi in uso, ma anche analizzare la componente immateriale di "clima" interno, determinata dal contesto latente di motivazioni, aspettative e comportamenti delle persone che vi lavorano.

La soddisfazione e il coinvolgimento del personale sono in generale temi complessi perché hanno a che fare con la complessità connaturata alle aspirazioni, ai comportamenti, alle motivazioni, ai sentimenti e agli stati d'animo delle persone. Anche se il tema è molto articolato, la dottrina ha dimostrato che è possibile ricondurre la soddisfazione del personale ad un numero piuttosto circoscritto di fattori: la chiarezza dei compiti; il riconoscimento dei meriti; il senso di appartenenza; la fiducia e il coinvolgimento; il clima interno; le pari opportunità; l'opportunità di crescita e la possibilità di raggiungere gli obiettivi prefissati, la capacità di creare lavoro di squadra tra i dipendenti, la capacità di promuovere una comunicazione aperta.

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. Il tutto per contrastare l'insoddisfazione lavorativa che può portare a problemi di equilibrio psico fisico, ad un maggiore assenteismo e turnover e, complessivamente, ad una riduzione del livello di performance organizzativa. L'indagine di clima interno è un'indagine a censimento: coinvolge pertanto tutti i dipendenti a tempo determinato e indeterminato delle Aziende del Sistema Sanitario Regionale della Regione Marche tra cui l'IRCCS INRCA. Da un punto di vista metodologico la rilevazione si realizza on-line per mezzo di un software specifico ed è stata attuata nel corso del 2016.

La comunicazione relativa all'iniziativa è stata curata dai referenti aziendali tramite l'invio di lettere (via mail o cartacea) ai dipendenti, l'affissione di locandine e la diffusione di comunicazioni sulla intranet aziendale. La partecipazione all'indagine è volontaria.

Per l'indagine è stato utilizzato come strumento di raccolta dati un questionario articolato in diverse sezioni rappresentative del complesso costruito del clima organizzativo. In particolare tramite lo strumento il dipendente ha la possibilità di esprimere un'opinione in relazione a temi quali:

- le condizioni di lavoro;
- il rapporto con il responsabile e i colleghi;
- la formazione;
- i processi di comunicazione e di informazione;
- la vision aziendale.

I dati dell'indagine saranno restituiti alle Aziende in forma aggregata e sempre nel rispetto dell'anonimato del dipendente. L'Istituto Superiore Sant'Anna fornirà i le elaborazioni per dipartimento/Unità Operativa. A testimonianza di una metodologia già consolidata dell'INRCA su questi temi nel 2013 sulla valutazione dello stress lavoro correlato quale strumento per misurare il benessere organizzativo.

La rilevazione si è svolta in tre fasi:

1. Valutazione oggettiva dello stress: Compilazione della check list INAIL, opportunamente modificata ed adattata alla realtà ospedaliera, nelle singole unità operative del Presidio di Ancona, coinvolgendo i coordinatori dei diversi profili professionali;
2. Valutazione soggettiva dello stress: somministrazione di un questionario, autocompilato dai lavoratori, contenente una serie di indicatori che esplorano: le caratteristiche professionali ed anagrafiche; il contesto e il contenuto del lavoro, l'area della salute;
3. La formazione: il corso è stato strutturato in quattro moduli didattici, ognuno dei quali dedicato ad

un aspetto peculiare dei processi umani e psicologici che portano ad una gestione disfunzionale dell'evento stressante vissuto nell'ambito dell'esperienza lavorativa.

I risultati dell'indagine mostrano che sono stati compilate 236 schede anonime, di cui 192 lavoratrici e 43 lavoratori (1 non ha indicato il genere). L'anzianità lavorativa media del campione è pari a 17,9 anni. Prevalge generalmente un livello medio di stress percepito: nel 72% dei casi per il contesto del lavoro e nel 76,7% dei casi per il contenuto del lavoro.

Per area contenuto del lavoro si intende l'ambiente, le attrezzature, le risorse strumentali e umane, il carico e l'orario di lavoro. L'area contesto del lavoro raccoglie informazioni sul ruolo del dipendente nell'ambito dell'organizzazione, sui suoi rapporti interpersonali, sulla sua autonomia decisionale e cultura dell'organizzazione. L'aggiornamento della valutazione del Rischio da Stress Lavoro-Correlato nei presidi Ospedalieri di Ricerca dell'IRCCS INRCA è stata effettuata anche nel 2015 utilizzando la metodologia validata INAIL (EX ISPEL), di cui al Manuale per la "Valutazione e Gestione del Rischio da Stress Lavoro-correlato" edizione 2011, in attuazione del D.Lgs. 81/08 e s.m.i.

La compilazione dei questionari di rilevazione è avvenuta, separatamente per Dirigenza e Comparto, nelle varie Unità Operative. La valutazione ha rilevato, come prevedibile, differenze tra le categorie di lavoratori. Il livello di stress misurato col metodo adottato risulta essere in linea rispetto a quello riscontrato in presidi raffrontabili. Dai riscontri ottenuti si rileva generalmente un livello di rischio MEDIO (totale punteggio 22), sia per il Comparto che per la Dirigenza, tranne eccezioni presenti nel settore dell'Amministrazione Centrale (BASSO). Ciò comporta l'adozione di misure correttive specifiche e generali e la successiva riproposizione ogni due anni del questionario di controllo.

LIVELLO DI RISCHIO	
RISCHIO BASSO (da 0 a 17)	L'analisi degli indicatori non evidenzia particolari condizioni organizzative che possono determinare la presenza di stress correlato al lavoro. Nel caso in cui la valutazione preliminare del rischio da stress lavoro-correlato identifichi un "rischio non rilevante", tale risultato va riportato nel DVR e si dovrà prevedere un "piano di monitoraggio", ad esempio anche attraverso un periodico controllo dell'andamento degli eventi sentinella.
RISCHIO MEDIO: (da 8 a 34)	L'analisi degli indicatori evidenzia condizioni organizzative che possono determinare la presenza di stress lavoro-correlato; vanno adottate azioni correttive e successivamente va verificata l'efficacia degli interventi stessi; in caso di inefficacia, si procede, alla fase di valutazione approfondita. Per ogni condizione identificata con punteggio MEDIO, si devono adottare adeguate azioni correttive (ad es. interventi organizzativi, tecnici, procedurali, comunicativi, formativi) riferite, in modo specifico, agli indicatori di contenuto e/o di contesto che presentano i valori di rischio più elevato. Successivamente va verificata, anche attraverso un monitoraggio effettuato con le stesse "liste di controllo", l'efficacia delle azioni correttive; se queste ultime risultano inefficaci, si passa alla valutazione approfondita.
RISCHIO ALTO: (da 35 a 67)	L'analisi degli indicatori evidenzia una situazione di alto rischio stress lavoro-correlato tale da richiedere il ricorso ad azioni correttive immediate. Si adottano le azioni correttive corrispondenti alle criticità rilevate; successivamente va verificata l'efficacia degli interventi correttivi; in caso di inefficacia, si procede alla fase di valutazione approfondita. Per ogni condizione identificata con punteggio ALTO, riferito ad una singola area, si devono adottare adeguate azioni correttive (ad es. interventi organizzativi, tecnici, procedurali, comunicativi, formativi) riferite in modo specifico agli indicatori di contesto e/o di contenuto con i valori di rischio stress più elevato. Successivamente va verificata, anche attraverso un monitoraggio effettuato con le stesse "liste di controllo", l'efficacia delle azioni correttive; se queste ultime risultano inefficaci, si passa alla valutazione approfondita.

fonte scheda INAIL valutazione e gestione del rischio da stress-lavoro correlato

La rilevazione ha fatto emergere alcuni dati:

- la preparazione dei lavoratori è adeguata alla natura del lavoro da svolgere;

- essi sono a conoscenza sia dell'intero processo produttivo che del ruolo proprio ed altrui nell'insieme delle attività aziendali;
- L'organizzazione è mirata al mantenimento di relazioni amichevoli e collaborative ed i turni di lavoro sono conosciuti con adeguato anticipo;
- L'introduzione di nuove procedure comporta l'aggiornamento della formazione, e le proposte degli operatori in merito ai problemi connessi alle mansioni svolte sono adeguatamente valutate;
- Non sono presenti condizioni di pregiudizio o discriminazione per quanto riguarda sesso, età, cultura di provenienza, stato di gravidanza.

Nei presidi ospedalieri, il lavoro implica la turnazione, lo svolgimento notturno e festivo e stress da pubblico; il livello di attenzione richiesto per l'esecuzione delle mansioni è alto; l'operatore può in genere controllare il risultato del proprio lavoro; il ritmo di lavoro non può essere modulato dal dipendente, e le richieste di permessi personali sono accolte con l'unica limitazione delle esigenze di servizio.

Le criticità riguardano principalmente la carenza di dotazione organiche nei vari reparti che a volte comporta difficoltà nella libera fruizione delle ferie, la mancata compensazione del lavoro notturno ed in taluni casi la concentrazione dei carichi di lavoro su singoli soggetti. Da parte dei lavoratori del Comparto è particolarmente sentita l'esigenza di migliorare la comunicazione delle politiche/scelte aziendali e far funzionare meglio gli strumenti di partecipazione dei lavoratori al processo decisionale. Esiste inoltre da parte di tutte le categorie la richiesta di miglioramento delle dotazioni (programma di sostituzione delle attrezzature obsolete) e la formazione per la gestione delle aggressioni verbali o fisiche da parte dei pazienti e dei loro familiari.

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

Caratteristiche partecipanti al progetto	
N. partecipanti = 30	Peso medio registrato = 66,20 kg
27 donne e 3 maschi	Altezza media registrata = 162,10 cm
Età dai 55 ai 62 anni	La frequenza cardiaca a riposo media registrata = 83,20 batt./min

Nell'ambito della UO Medicina Riabilitativa del POR di Ancona, in collaborazione con l'Osservatorio Epidemiologico Professionale, è stato avviato, nel 2014, il progetto "Fitness at work" con la finalità di promuovere il mantenimento di buone condizioni di salute dei lavoratori, consentendo agli stessi di svolgere attività di fitness all'interno del posto di lavoro, sulla base del presupposto che gli effetti dovrebbero giocare a favore di un rallentamento dei processi di invecchiamento, a cui la forza lavoro sanitaria è maggiormente soggetta per il carico del lavoro assistenziale svolto.

Ogni lavoratore ha avuto la possibilità di partecipare al progetto attraverso la compilazione di un questionario di raccolta di informazioni relative alle condizioni cardio-circolatorie, ai disturbi muscolo scheletrici ed alcuni parametri morfofisiologici. A questa prima fase di valutazione dello stato di salute

del dipendente ha fatto seguito quella del fitness. La disponibilità dei trattamenti è stata fissata in 3 ore giornaliere per 2 volte alla settimana per il fitness e 2 ore per 2 volte alla settimana per lo stretching e il rilassamento, con possibilità di integrazioni e recuperi.

Tra i principali risultati si è assistito ad un sostanziale decremento del peso corporeo, la cui media è scesa a 64 kg e il miglioramento della flessibilità della colonna vertebrale.

Nei mesi di attuazione del programma, i risultati ottenuti hanno riguardato principalmente 3 indicatori:

1. diffusione (interna ed esterna) dell'iniziativa. Infatti oltre alla informativa tra i lavoratori sopra descritta, ampia visibilità esterna si è ottenuta con comunicati stampa, su radio e giornali locali e nazionali e sul sito dell'Ansa, ponendo in luce come l'idea progettuale sia unica nel suo genere in Italia in sanità. Inoltre, l'intero progetto è stato portato all'attenzione della Medicina del Lavoro dell'INAIL (ex ISPESL), come valida iniziativa di promozione della salute negli ambienti di lavoro, ciò ha spinto la referente nazionale a proporre all'INRCA di entrare nel Network Europeo sulla tematica (in merito l'INRCA ha sottoscritto la dichiarazione di Lussemburgo del 2007, sulle buone pratiche nella promozione della salute nei luoghi di lavoro nell'UE, approva con DGEN 121 del 2 aprile 2015). L'iniziativa è stata anche molto apprezzata nella sua originalità e nei suoi contenuti anche dall'organo ispettivo SPASL, che ha segnalato l'INRCA in Regione per una pluralità di interventi messi in campo in favore della salute e benessere dei lavoratori. La diffusione scientifica del progetto si è realizzata con la pubblicazione sulla Rivista Menti Attive. La ricerca in riabilitazione nelle Marche; n.2, 2015, p.107-111, dal titolo "Gli esercizi di attività fisica nel progetto 'Fitness at Work' dell'INRCA"; di Anna Cibelli, Roberta Ansevini, Mercante Oriano, Norma Barbini;
2. il miglioramento del benessere dei lavoratori connesso con lo svolgimento in palestra dell'attività fisica metabolica, dello stretching e del rilassamento per la schiena. L'indicatore è stato ampiamente raggiunto tramite le attività che sono state garantite ad ogni partecipante: A) 2 sedute settimanali di 3 ore ciascuna con programma personalizzato e la possibilità di utilizzo di tutta l'attrezzatura disponibile nella palestra di cardio-fitness; B) 12 sedute, con cadenza bisettimanale, di trattamento per il benessere della schiena. Le attività hanno rappresentato validi interventi per ostacolare la sedentarietà e le sue conseguenze negative (specie al sistema osteo-articolare e cardiocircolatorio). Al riguardo, si pone in risalto come la tonicità muscolare e la flessibilità siano nettamente migliorati in tutti i partecipanti alla fine del trattamento. In evidenza va posto anche il miglioramento dell'umore: secondo quanto espresso dai lavoratori frequentanti la palestra, gli stessi si sono dimostrati molto soddisfatti delle attività svolte in sito, di cui hanno percepito i benefici sin dalle prime sedute, e ne hanno apprezzato i benefici in termini di miglioramento del benessere psico-fisico e dello stato umorale. La possibilità di utilizzo della palestra nel luogo di lavoro (alla fine del turno o durante la pausa del rientro) ha consentito ai dipendenti di realizzare la possibilità di conciliare al meglio i tempi di vita e di lavoro, potendo dedicare del tempo alla cura della propria salute, con facilitazioni di frequentazioni e senza doversi preoccupare di trovare parcheggio o altre soluzioni logistiche. La gratuità dei trattamenti è stata ulteriore elemento incentivante;

indicatore di performance lavorativa, cioè il ruolo favorevole sulla qualità del lavoro svolto, sull'ambiente e clima lavorativo e sulle relazioni professionali. I lavoratori si sono espressi in maniera molto soddisfacente sulla possibilità di svolgere meglio il proprio lavoro, in conseguenza della attività fisica svolta in palestra. Gli stessi, dopo il trattamento, erano più benevolmente disponibili a riprendere la propria attività lavorativa, avendo scaricato le tensioni e lo stress, con un umore migliore ed anche con il sorriso, tutto ciò a beneficio soprattutto dei servizi resi all'utenza, ma anche al miglioramento del clima organizzativo. Infatti è ampiamente riconosciuto che buone condizioni di salute e il raggiungimento di uno stato di benessere dei lavoratori portano anche buone condizioni di lavoro: scaricando lo stress psico-fisico si lavora meglio e si produce di più. Inoltre, ad un primo esame dei dati presentati dal Servizio Prevenzione e Protezione (SPP) alla fine del 2015, sembrerebbero in diminuzione i casi di infortunio professionale e di malattia conseguente la movimentazione manuale dei carichi. Tutto ciò dovrebbe dare positivi riscontri nella sorveglianza sanitaria obbligatoria, con diminuzioni delle prescrizioni alle mansioni.

La formazione

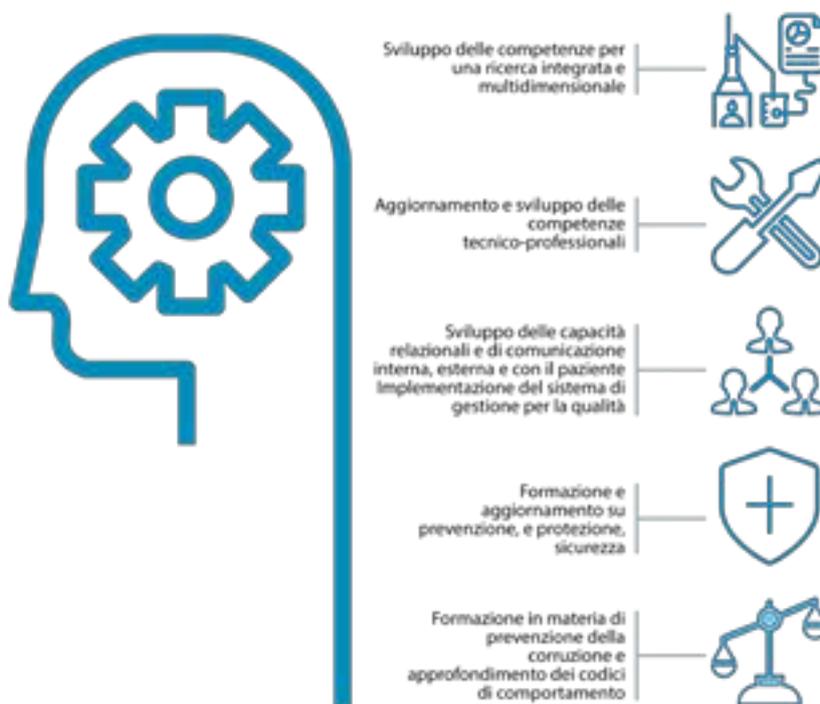
Il Sistema di Formazione dell'Istituto è un sistema complesso, in grado di trasferire ai vari livelli dell'organizzazione le linee strategiche indicate dalla Direzione Aziendale ed integrarle con esigenze formative specifiche e differenziate. Sulla base degli obiettivi formativi definiti a livello nazionale 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 e

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.)



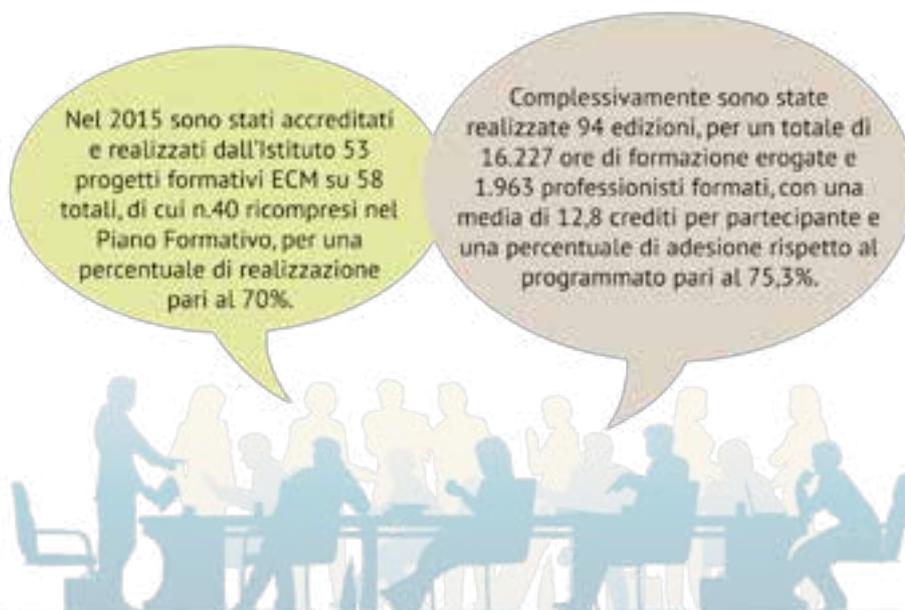
- Al *primo livello* opera la Direzione Strategica che indica gli obiettivi strategici da cui derivano i macro obiettivi formativi, con le funzioni di linee e staff che ne assicurano la realizzazione.
- Al *secondo livello* attori principali sono i Referenti per la Formazione.
- Il *terzo livello* è 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'accreditemento.

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'accreditemento e la valutazione dei percorsi formativi. L'attività formativa dell'anno 2015 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. In particolare i progetti formativi sono stati realizzati sulla base di linee formative:



I criteri adottati per la realizzazione del Piano 2015 sono stati i seguenti:

- favorire la formazione interna sia per ottimizzare le risorse disponibili, sia per valorizzare il personale interno come risorsa attiva nel processo formativo;
- rafforzare il livello di efficacia dei progetti, attraverso una verifica della rispondenza degli stessi a requisiti di qualità effettuata con una griglia di autovalutazione, che considera i seguenti elementi: chiara descrizione dell'analisi di contesto e del fabbisogno che ha generato il progetto, chiara individuazione delle competenze/profilo professionale da ottenere, coerenza intrinseca del progetto;
- promuovere le attività di formazione sul campo (attività di miglioramento, gruppi di lavoro) per la sua particolare efficacia, non solo ai fini dell'apprendimento, ma anche come ottimale supporto al perseguimento di obiettivi aziendali;
- favorire la formazione interdipartimentale, per mettere a disposizione di tutto il personale le iniziative di maggior valore, razionalizzando le risorse.



Le figure che seguono rappresentano l'offerta formativa erogata dall'Istituto nell'anno 2015 rispetto alle aree di riferimento, alle tipologie formative e ai professionisti coinvolti.

Figura 58 - Distribuzione % dei progetti formativi rispetto alle aree di riferimento - Anno 2015

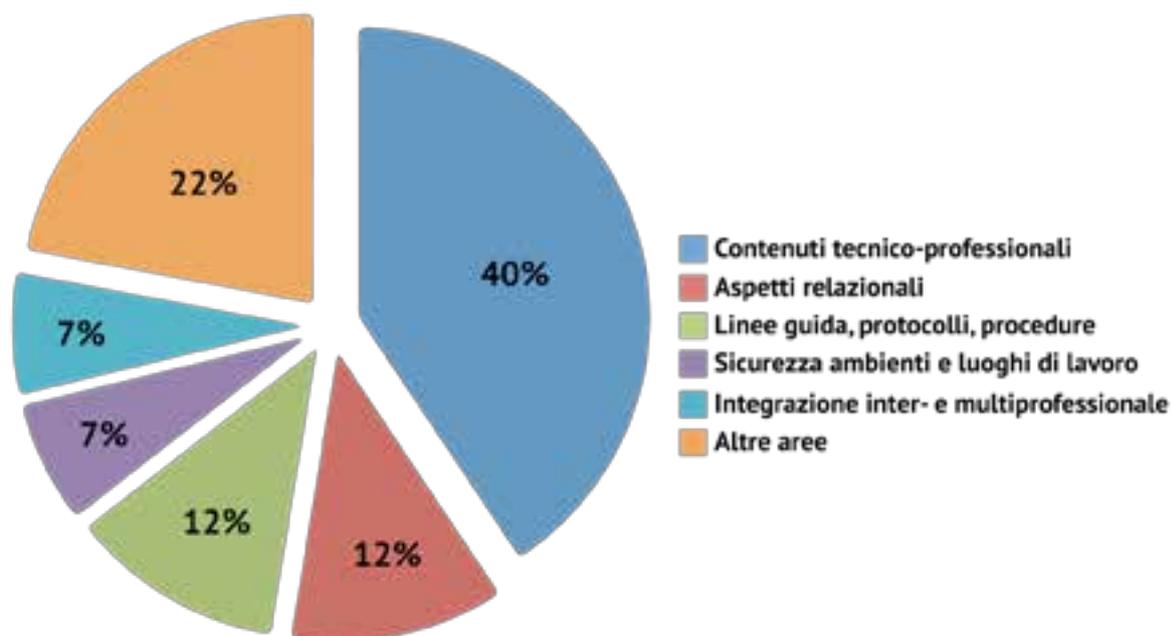


Figura 59 - Distribuzione percentuale dei progetti formativi rispetto alla tipologia - Anno 2015

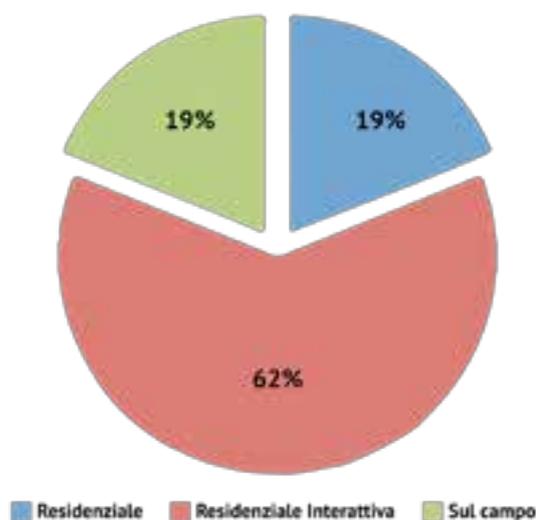


Figura 60 - Distribuzione percentuale dei progetti formativi rispetto ai partecipanti

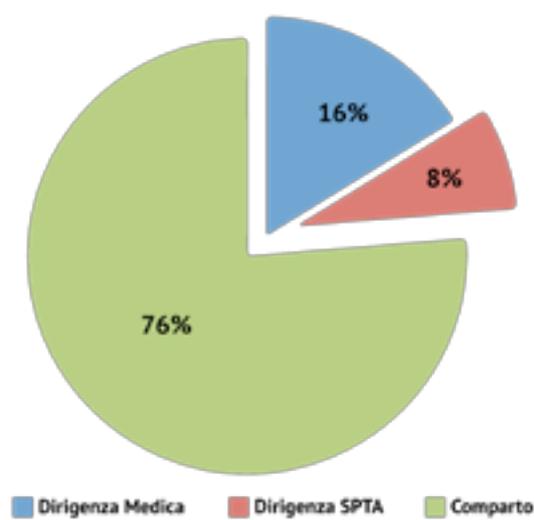
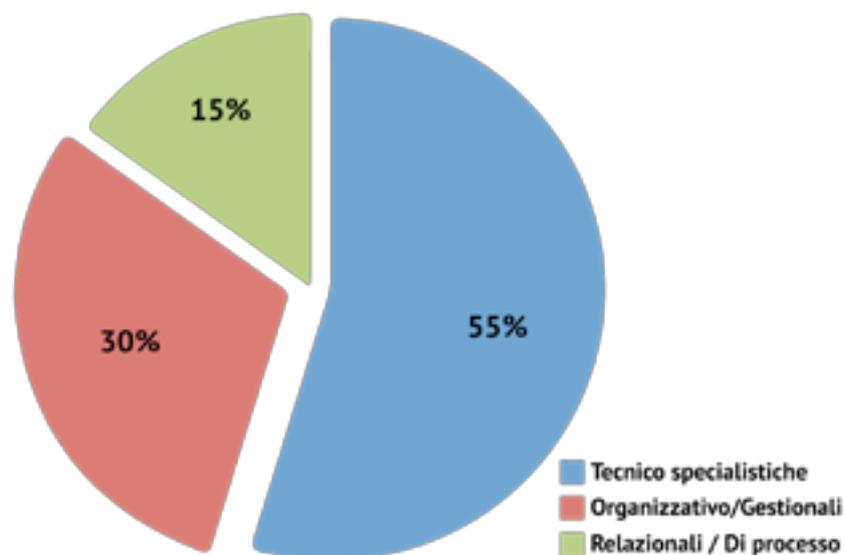


Figura 61 - Distribuzione dei progetti formativi rispetto alle competenze sviluppate



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.

- CAPACITY BUILDING Nuove competenze per saper progettare in Europa al servizio del sistema sanitario regionale.
- Imparare a valutare: progetto formativo per il consolidamento del sistema di valutazione aziendale dell'INRCA.
- Sviluppo nella organizzazione dell'assistenza infermieristica: percorso formativo per i coordinatori infermieristici del presidio INRCA di Ancona.
- La danza irlandese come strumento rieducativo nella disabilità parkinsoniana.

La tabella seguente mostra l'andamento economico dei costi della formazione che vede un contenimento della spesa in applicazione della normativa vigente.

Tabella 32 - Costo (€) della formazione triennio 2013-2015

	2015	2014	2013
Spesa totale a carico dei fondi della formazione	48.295	69.612	61.634
Spesa per formazione esterna	21.959	28.979	36.906

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 dell'aggiornamento sulla valutazione dei rischi, nel corso del 2015 l'Istituto ha promosso la definizione ed adozione del Documento di Valutazione dei rischi (DVR) nei Presidi marchigiani e nei POR di Casatenovo e POR di Cosenza.

I nuovi Documenti di Valutazione dei rischi contengono tutti gli aggiornamenti e le integrazioni delle valutazioni effettuate nel corso dell'anno per quanto concerne:

- Ricognizione delle sostanze pericolose in uso nei presidi ospedalieri e di ricerca nella Regione Marche ed aggiornamento della valutazione del rischio chimico;
- Sperimentazione per l'autovalutazione preliminare del rischio chimico da parte degli operatori;
- Messa in sicurezza delle sostanze chimiche da smaltire;
- Valutazione dei rischi da stress lavoro-correlato: applicazione del metodo conforme alle Linee Guida ISPESL e alla Guida Operativa del Coordinamento Tecnico Interregionale della Prevenzione nei Luoghi di Lavoro;
- Analisi dello stress percepito mediante somministrazione di test di rilevazione soggettiva;
- Perfezionamento della checklist in coordinamento con INAIL e UNIVPM;
- Coordinamento sicurezza e valutazione dei rischi presso strutture in convenzione: Clinica Odontoiatrica UNIVPM, RSA, Centro Alzheimer, Residenza Dorica dell'Istituto S. Stefano;
- Aggiornamento della valutazione Movimentazione Manuale dei Carichi nei vari POR.

Gli infortuni sul lavoro vengono sistematicamente rilevati ed analizzati dal Servizio 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 rilevati nell'anno 2015 sono 68, in particolare, raffrontando i dati del triennio 2013-2015, si evince quanto segue:

Tabella 33 - Denunce di infortunio nel triennio 2013-2015

N.INFORTUNI			N.LAVORATORI			INDICE D = diminuito I = inalterato A = aumentato	Anno 2015 (%)	Triennio 2013-2015 (%)
2015	2014	2013	2015	2014	2013			
68	57	79	1027	1029	1007	D	6,621	6,669

Fonte: dati Servizio Prevenzione e Protezione

Tabella 34 - **Infortuni per tipologia di rischio nel triennio 2013-2015**

Tipologia infortunio	Numero dei casi			percentuale dei casi		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015
Taglio / Puntura / Ferita	25	20	25	2,483%	1,944%	2,434%
Traumi / Mov. Carichi	37	33	24	3,674%	3,207%	2,337%
Contatto Fluido Biologico	14	3	9	1,390%	0,292%	0,876%
Incidente in itinere	3	1	10	0,298%	0,097%	0,974%

Fonte: dati Servizio Prevenzione e Protezione

In totale nel 2015 si sono verificati 11 infortuni in più rispetto al 2014; è da precisare che 10 sono relativi ad incidenti in itinere.

Un imprevedibile aumento di casi di contatto con fluidi biologici (9 casi contro 3) controbilancia la riduzione di 9 infortuni da trauma o movimentazione dei carichi che hanno beneficiato dei corsi effettuati negli anni precedenti a quelli in esame.

Sono aumentati infortuni da pungenti, 5 in più occorsi a tirocinanti, che auspichiamo si riducano quando saranno disponibili e distribuiti i nuovi dispositivi con sistema di sicurezza del pungente/tagliente.

La maggior informazione ricevuta dai lavoratori nelle edizioni 2014-2015 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;
- Sistemática 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 75 Centri di Responsabilità con schede di budget negoziate nel 2015:



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 35 - Numero dei dipendenti iscritti ai sindacati (triennio 2013-2015)

	2015	2014	2013
Dirigenza medica tot dipendenti iscritti	102	102	97
Dirigenza medica totale dipendenti	154	149	156
Percentuale di iscritti sul totale	66,23%	68,46%	62,18%
Dirigenza sanitaria professionale tecnica e amministrativa totale dipendenti iscritti	33	28	30
Dirigenza sanitaria professionale tecnica e amministrativa totale dipendenti	58	56	56
Percentuale di iscritti sul totale	56,90%	50%	53,57%
Comparto totale dipendenti iscritti	406	380	395
Comparto totale dipendenti	753	760	751
Percentuale di iscritti sul totale	53,92%	50%	52,60%
Totale dipendenti iscritti	541	510	522
Totale dipendenti	965	965	963
Percentuale di iscritti sul totale	56,06%	52,85%	54,21%

Tabella 36 - Giornate di sciopero

	2015	2014	2013
N. Giornate sciopero	1	5	7
Dipendenti che hanno aderito allo sciopero	2	15	0

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 37 - Procedimenti disciplinari per esito per area contrattuale (triennio 2013-2015)

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

Tabella 38 - **Procedimenti disciplinari distinti per contenuto (triennio 2013-2015)**

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

Tabella 39 - **Contenzioso tra personale ed Azienda (triennio 2013-2015)**

Materia	Numero			Pendenti			Definite		
	2015	2014	2013	2015	2014	2013	2015	2014	2013
Lavoro	7	6	7	7	1	2	0	5	5

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, approvata dalla Commissione Nazionale Ricerca Sanitaria 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 paziente 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;
- **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;
- **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
- **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
- **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, 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 2015 è proseguita pertanto la gestione di 69 progetti suddivisi nelle quattro linee di ricerca.

Le attività di rilevanza scientifica istituzionale per l'anno 2015 sono state condotte da 110 ricercatori - tra personale dipendente e ricercatori a contratto - completamente o parzialmente dedicati all'attività scientifica. In particolare, hanno operato nell'Istituto 52 ricercatori a tempo pieno (full time) e 47 professionisti sono risultati referenti scientifici per almeno un progetto di ricerca corrente mentre 69 professionisti - nei diversi ruoli - hanno contribuito alla produzione scientifica, risultando autori di pubblicazioni che hanno contribuito all'Impact Factor Ministeriale (IFM) globale istituzionale.

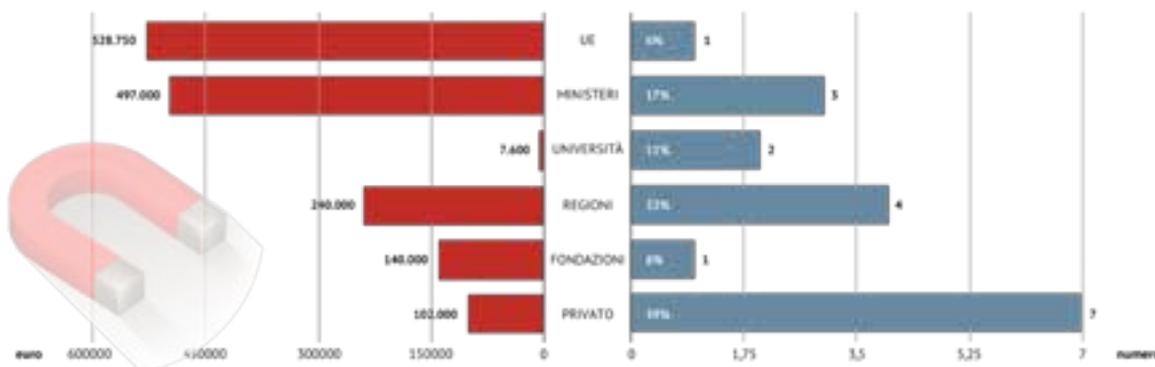
Tabella 40 - Numero progetti ricerca corrente attivati e gestiti nel triennio 2013-2015

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 da anno ad anno ed è per questo che si ritiene opportuno offrire di seguito una visione globale relativa a tutti i progetti attivi e gestiti nel 2015, indipendentemente dall'anno di attivazione, ed una illustrazione specifica per l'anno in esame che consente di misurare precisamente da quale fonti sono stati concessi fondi per il singolo esercizio, in questo caso il 2015.

Figura 62 - Capacità di attrarre risorse



Dati espressi in migliaia di Euro

In termini di valore economico si vuole evidenziare la rilevanza dei finanziamenti dell'Unione Europea, sia a livello complessivo che valutando solo il 2015, così come si era registrato per l'esercizio precedente e confermando come ormai il trend evidenzia che l'Unione Europea sia la principale fonte di finanziamento per l'Istituto. Anche il Ministero della Salute ha un peso rilevante nella raccolta fondi dell'Istituto pur se il 2015 deve essere considerato come un anno di transizione e di valutazione rispetto al Bando della Ricerca Finalizzata 2013, i cui progetti presentati nel 2014 sono stati approvati e finanziati nel 2016. Nella sezione che segue vengono illustrati alcuni dei progetti più rilevanti gestiti nel 2015:



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 **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 **GENMEL - TRANSCAN** è un progetto finanziato all'interno del programma ERANET on Translational Cancer Research - TRANSCAN attraverso il Ministero della Salute italiano ed è coordinato dall'Università di Heidelberg con la partecipazione, oltre al nostro Istituto, di altri 3 partner europei in Olanda, Norvegia e Lettonia. Lo studio intende indagare le alterazioni genetiche - ancora per lo più sconosciute - delle cellule coinvolte nell'evoluzione dei melanomi, e favorire così l'identificazione precoce dei pazienti più a rischio, cercando di correlare marcatori genetici, caratteristiche cliniche del tumore e del paziente, in particolare l'età. Verranno infine messi a punto metodi per l'analisi delle alterazioni genetiche che siano di facile impiego nei laboratori di diagnostica clinica.



Il progetto **SENATOR - Development and clinical trials of a new Software ENGINE for the Assessment & Optimization of drug and non-drug Therapy in Older persons** - è finanziato dalla Commissione Europea nell'ambito del 7 Programma Quadro ed è coordinato dall'Università di Cork in Irlanda con la partecipazione dell'IRCCS INRCA e di numerosi partner europei. Lo studio si propone di sviluppare un software di supporto ai medici non specialisti in geriatria per l'ottimizzazione delle cure dei pazienti anziani complessi. Dopo aver inserito una serie di dati raccolti a seguito di un'accurata valutazione multidimensionale del paziente, il software supporterà il medico con raccomandazioni personalizzate relative alla gestione dei farmaci e degli interventi non farmacologici, in modo da ridurre gli effetti indesiderati derivanti da prescrizioni inappropriate ed avere un impatto positivo sulla spesa sanitaria.



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 è 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 **MoPact - Mobilising the Potential of Active Ageing in Europe** - è stato finanziato dalla Commissione Europea nell'ambito del 7 Programma Quadro come progetto quadriennale che include 29 partners da 13 Paesi europei, per fornire evidenza pratica su come l'Europa possa rendere la longevità una risorsa per lo sviluppo sociale ed economico, concentrando le analisi scientifiche sullo sviluppo di politiche innovative e di soluzioni a sostegno delle autorità pubbliche e di altri attori chiave a tutti i livelli in Europa. Obiettivi del progetto riguardano quindi il riesame completo delle sfide economiche e sociali legate all'invecchiamento; la mappatura dei passi necessari a realizzare un percorso verso la longevità attiva e la proposta di metodi innovativi per conseguirla, anche tramite innovazioni in ambito politico - sociale; il coinvolgimento in tutte le attività dello studio dei principali utenti finali e stakeholders (dai responsabili delle politiche alle stesse persone anziane).



Il progetto **OPLON** è un progetto co-finanziato dal Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca nell'ambito del Bando "Smart Cities and Communities and Social Innovation" e sviluppato in collaborazione tra 11 partner in diverse regioni italiane. Il progetto intende proporre azioni e metodi finalizzati a prevenire la fragilità e il declino e promuovere la salute degli anziani, progettando e sviluppando strumenti e reti di diagnosi precoce e di "care&cure" con soluzioni ad alto contenuto tecnologico, rivolte principalmente ad anziani che sono nella "risk zone" ovvero che cominciano ad avere limitazioni nello svolgimento delle attività quotidiane e rischiano di sviluppare la fragilità (pre-frail). Il progetto svilupperà sistemi di monitoraggio e modelli integrati per prevenire e gestire la fragilità e promuovere l'invecchiamento attivo e la salute negli anziani pre-fragili e fragili.



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 outcomes 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 2015:

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 **BIOGER - 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.



Il progetto **Tripl-A Study - A TRIal to promote Physical Activity among patients in the young-old age affected by Type 2 diabetes** - finanziato dal Ministero della Salute nell'ambito del Bando Ricerca Finalizzata e Giovani Ricercatori 2011-2012, ha come partner l'Azienda Sanitaria Unica Regionale (Area Vasta 2) e l'Università degli Studi di Urbino. L'obiettivo dello studio è quello di realizzare e testare un innovativo programma di esercizi (Exercise Referral Scheme - ERS) per promuovere l'attività fisica tra i soggetti affetti da diabete di tipo 2. Il progetto sta realizzando uno studio controllato, basato sulla collaborazione tra i partecipanti, i medici di base e i centri fitness e sull'uso di un innovativo web-tool, che mira a raggiungere tra l'altro un miglioramento della performance fisica, del benessere psicologico, della qualità della vita con una conseguente riduzione dell'uso delle risorse sanitarie.

InCHIANTI

Il progetto **Invecchiare in Chianti (InCHIANTI)** è stato finanziato dal Ministero della Salute nell'ambito del Bando Ricerca Finalizzata e Giovani Ricercatori 2011 - 2012, e vede come partner il National Institute of Aging di Baltimora e l'Azienda Sanitaria Firenze (ASF). Lo studio si prefigge di eseguire una diagnosi retrospettiva del deterioramento cognitivo e della demenza nella popolazione partecipante allo studio InCHIANTI. L'obiettivo è quello di giungere ad una migliore conoscenza dei meccanismi che collegano il deterioramento della mobilità, il declino cognitivo e la demenza. In particolare, lo scopo finale di "Invecchiare in Chianti" è quello di comprendere e diagnosticare le cause della disabilità motoria per progettare con maggior efficacia trattamenti individuali di prevenzione e riabilitazione negli anziani con difficoltà motorie.



Il progetto **Longevità attiva in ambito rurale**, avviato in collaborazione con la Regione Marche ed 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 **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.

La produzione scientifica

La progettualità scientifica ha dato luogo nel corso del 2015 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.



Nella tabella di seguito si riportano i dati relativi alla produzione scientifica nel triennio 2013-2015.

Tabella 41 - **Produzione scientifica 2013-2015**

	2015	2014	2013
Impact Factor ministeriale	385,60	335,40	337
N.pubblicazioni indicizzate	89	80	85
Impact factor medio per articolo	4,33	4,19	4
N.citazioni	3373	2141	1705
Impact factor medio per ricercatore attivo	4,91	4,26	4,59
Impact factor medio per ricercatore attivo con pubblicazioni	5,53	4,83	5,24
N.di pubblicazioni con IFM> 4 (% rispetto al totale delle pubblicazioni indicizzate)	58 (65,2%)	51 (63,7%)	48 (56,4%)

Nel 2015 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. Sono incrementate anche le citazioni - ovvero diffusione e riconoscimento - che articoli e pubblicazioni dell'Istituto hanno ricevuto nell'ambito di riferimento. Si rileva inoltre che ben oltre la metà delle pubblicazioni effettuate nei due anni di riferimento presenta un valore di IFM superiore al valore medio dell'Istituto. Questo risultato nel corso del 2015 è il frutto della produzione scientifica sostenuta in tutte le quattro linee di ricerca come illustrato nella tabella seguente:

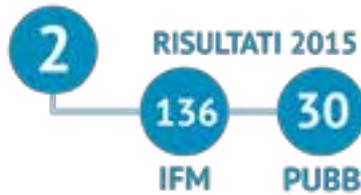
Tabella 42 - **Produzione scientifica per linee di ricerca 2013-2015**

	2015		2014		2013	
	N° articoli	IFM	N° articoli	IFM	N° articoli	IFM
Linea di Ricerca 1	20	93	21	93	36	163
Linea di Ricerca 2	30	136,40	26	109,4	20	73,7
Linea di Ricerca 3	20	95,20	20	89	11	47,2
Linea di Ricerca 4	19	61	13	44	18	53,2

Per ogni linea di ricerca si illustrano di seguito i risultati di alcune pubblicazioni scientifiche a maggiore rilevanza nella letteratura internazionale:



LINEA



ESEMPIO DI RISULTATO

Lattanzio F, Corsonello A, Montesanto A, Abbatecola AM, Lofaro D, Passarino G, Fusco S, Corica F, Pedone C, Maggio M, Volpato S, Incalzi RA. Disentangling the Impact of Chronic Kidney Disease, Anemia, and Mobility Limitation on Mortality in Older Patients Discharged From Hospital. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2015 Sep;70(9):1120-7.

Le malattie renali croniche, l'anemia e la limitazione della mobilità sono importanti predittori di mortalità. Nello studio sono indagate le interazioni tra tasso stimato di filtrazione glomerulare (eGFR), anemia, e limitazione della mobilità che hanno permesso di definire diversi profili di rischio nei pazienti più anziani dimessi dagli ospedali per acuti.

Rimland JM, Dell'Aquila G, O'Mahony D, Soiza R, Cruz-Jentoft A, Abraha I, Cherubini A. Meta-analysis of multifactorial interventions to prevent falls of older adults in care facilities. J Am Geriatr Soc 2015, 63: 1972-1973.

E' stata condotta una meta-analisi di studi clinici controllati che riguardano interventi multifattoriali per la prevenzione delle cadute in strutture residenziali per anziani. I risultati presentati evidenziano i seguenti elementi come fondamentali per l'implementazione di programmi di prevenzione delle cadute: caratteristiche del paziente e livello di assistenza necessario, attenzione alla prescrizione farmacologica, l'esercizio fisico, le caratteristiche dell'ambiente e le tecnologie assistive adottate.

LINEA



ESEMPIO DI RISULTATO

Corsonello A, Abbatecola A, Fusco S, Luciani F, Marino A, Catalano S, Maggio MG, Lattanzio F. The impact of drug interactions and polypharmacy on antimicrobial therapy in the elderly. Clin Microbiol Infect. 2015 Jan;21(1):20-6.

Le malattie infettive sono frequenti nelle persone anziane e spesso associate ad una maggiore morbilità e mortalità. Inoltre, i pazienti più anziani sono generalmente trattati con regimi di politerapia, e la prescrizione di antibiotici aumenta la probabilità di interazioni tra farmaci. Il lavoro propone una serie di interventi volti a migliorare l'appropriatezza e la sicurezza delle prescrizioni di antibiotici.

Benetos A, Rossignol P, Cherubini A, Joly L, Grodzicki T, Rajkumar C, Strandberg TE, Petrovic M. Polypharmacy in the Aging Patient: Management of Hypertension in Octogenarians. JAMA. 2015 Jul 14;314(2):170-80.

Lo studio evidenzia che i pazienti ipertesi, sani, funzionalmente indipendenti e ultraottantenni beneficiano del trattamento antipertensivo e devono essere trattati seguendo le attuali raccomandazioni previste per gli anziani di età superiore ai 65 anni. Le evidenze non sono invece sufficienti per il trattamento dell'ipertensione nei pazienti molto anziani, fragili e in polifarmacoterapia, per i quali si raccomanda il trattamento individualizzato.



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 43 - **Impact Factor per Sede 2013-2015**

	2015	2014	2013
SEDE DI ANCONA	380	305,2	296,8
POR DI FERMO	16,2	5,8	12,8
POR DI CASATENOVO	3	4	10
POR DI COSENZA	61	69	67,1

Tabella 44 - Impact Factor per Dipartimento 2013-2015

	2015	2014	2013
Post Acuzie Continuità dell'Assistenza - Ancona	45	46	31,4
Geriatrico ad Indirizzo Medico - Ancona	222,4	162,4	184,4
Geriatrico ad Indirizzo Chirurgico - Ancona	34	16	48,1
Servizi, Laboratori Clinici e di Ricerca - Ancona	43	45	52,2
Geriatrico Riabilitativo ad Indirizzo Cardio-Cerebro Vascolare - Fermo	16,2	5,8	12,8
Geriatrico Riabilitativo ad Indirizzo Pneumologico - Casatenovo	3	4	10
Geriatrico Riabilitativo ad Indirizzo Cardiovascolare - Cosenza	61	69	67,1
Direzione Scientifica e Centro Servizi di Staff	207	94,4	146,6

L'analisi globale dei risultati della produzione scientifica conferma per il 2015 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 dell'Istituto. In ottemperanza al Decreto del Ministro della Salute dell'8 febbraio 2013 sul riordino dei Comitati Etici, i Presidi dell'IRCCS INRCA nelle diverse Regioni - Marche, Calabria e Lombardia - fanno riferimento ai seguenti Comitati:

- Comitato Etico Regione Marche c/o AOU Ospedali Riuniti di Ancona.
- Comitato Etico Regione Calabria - Sezione Area Nord - c/o Azienda Ospedaliera di Cosenza.
- Comitato Etico Centrale IRCCS Lombardia c/o Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori di Milano.

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.

Tabella 45 - Studi approvati, studi attivi e numerosità dei pazienti arruolati

	2015	2014	2013
n. studi approvati	7	8	19
n. studi Attivi	41	50	61
n. pazienti arruolati	991	1501	1928

Fonte dati: Ufficio Ricerca Clinica

Tabella 46 - Studi e sperimentazioni cliniche - tipologia studio 2013-2015

	2015	2014	2013
Studi interventistici farmacologici	4	4	7
Studi interventistici non farmacologici	2	1	1
Studi con dispositivo medico	0	0	0
Studi osservazionali	1	3	11

Fonte dati: Ufficio Ricerca Clinica

Tabella 47 - Studi e sperimentazioni cliniche - Tipo di sponsor 2013-2015

	2015	2014	2013
Azienda Farmaceutica	5	4	7
INRCA	0	2	3
Altri Enti di Ricerca	2	2	9

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.48 e Tab.49).

Tabella 48 - **Macro-obiettivo "Produttività Scientifica e capacità di attrarre risorse": confronto dei valori degli indicatori per il triennio 2013-2015**

Macro Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Peso	Valore 2013	Valore 2014	Valore 2015	
Produttività Scientifica e capacità di attrarre risorse	Produzione scientifica istituto (pubb. indicizzate nell'anno di riferimento)	N. Pubblicazioni con IF	20	85	80	89	
		Target 80					
	Produzione scientifica istituto (Impact Factor Ministeriale nell'anno di riferimento)	IFM	30	337	324	385.6	
		Target 350					
	Impatto dell'attività scientifica dell'Istituto (citazioni totali nell'anno di riferimento)	N.Citazioni	25	1705	2141	3373	
		Target 1500					
	Capacità di attrarre risorse (finanziamenti pubb. e privati nell'anno di riferimento)	N° Progetti finanziati	25	14	17	18	
		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 dei valori degli indicatori per singolo obiettivo ha evidenziato, nell'anno di riferimento, un numero di pubblicazioni, di Impact Factor Ministeriale, di citazioni e di progetti finanziati superiore al valore atteso.

Tabella 49 - **Macro-obiettivo "Produttività Scientifica e capacità di operare in rete e qualità dell'attività di ricerca": confronto dei valori degli indicatori per il triennio 2013-2015**

Macro Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Peso	Valore 2013	Valore 2014	Valore 2015
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	71	70	70
		Target 90				
	Capacità Innovativa	N.Nuovi Studi clinici	15	19	8	7
		Target 5				
	Capacità di operare in rete (sperimentazione clinica indipendente)	N° Nuovi Studi clinici con sponsor istituzionali/Tot Nuovi Studi Clinici (%)	15	63	50	30
		Target 50				
	Capacità di operare in rete (sperimentazione animale)	N° Collaborazioni Scientifiche con Enti pubblici e privati	15	7	8	8
		Target 5				
	Capacità di risposta del SASA	N° di animali forniti dal SASA/ Totale degli animali richiesti (%)	25	97	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 2013-2015.

In relazione al macro-obiettivo “*Capacità di operare in rete e qualità dell’attività di ricerca scientifica*”, nel 2015, il valore dell’indicatore, espressione del rispetto dei regolamenti e delle procedure d’Istituto nella gestione della progettazione, è risultato inferiore al valore target di riferimento. Il numero di nuovi studi clinici avviati nel 2015 è risultato superiore al valore soglia di riferimento, così come 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 è aumentato 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 internazionali 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) con un valore globale pari a 1.5 milioni di euro per i 18 progetti finanziati nel 2015.

I valori dei due indicatori “*Numero di nuovi studi clinici che prevedono l’arruolamento dei pazienti approvati dal Comitato di Bioetica nell’anno di riferimento*” e “*numero di nuovi studi clinici con sponsor istituzionali sulla percentuale del totale di nuovi studi clinici*”, sono diminuiti nel corso del 2014 e 2015 rispetto all’anno precedente ed inoltre per l’indicatore che misura la sperimentazione clinica indipendente il dato è risultato inferiore o uguale al valore soglia stabilito. Tale fenomeno trova giustificazione nelle limitazioni operative già descritte a seguito della riorganizzazione dei Comitati Etici.

Nel triennio 2013-2015, sono progressivamente aumentate le collaborazioni scientifiche dell’Istituto con partner pubblici e privati, finalizzate allo sviluppo di progetti sia nell’ambito della sperimentazione clinica indipendente che della sperimentazione animale.

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.

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.

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. 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.

Numero di campioni conservati: 28.352

Numero di pazienti: 3.383

Numero di campioni raccolti ogni anno: 7.470 (2013); 10.310 (2014); 7475 (2015)

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 2015 sono state effettuate oltre 17.000 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 2015 sono stati attivati oltre 1000 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 50 - **Finanziamento della ricerca**

2015			2014			2013		
Nuovi progetti	RP (€)	RC (€)	Nuovi progetti	RP (€)	RC (€)	Nuovi progetti	RP (€)	RC (€)
18	1.517.030	1.889.377	18	3.100.218	1.704.109	14	838.310	1.852.293

L'esercizio 2015 ha fatto registrare un discreto numero di risorse messe a disposizione della ricerca finalizzata, essendo stati attivati progetti dall'importo di oltre 1,5 milioni di euro.

Il dato relativo al 2015 risulta in calo rispetto all'anno precedente ma perfettamente in linea con la media dell'ultimo triennio. Sono entrati 18 nuovi progetti che si sono aggiunti ad altri 39 avviati al 1 gennaio 2015 per cui complessivamente sono stati gestiti 56 progetti di ricerca, di cui 18 conclusi nell'anno in esame.

Complessivamente il valore economico a budget delle 56 ricerche gestite nel 2015 è di 8.375.453 euro. La voce di spesa più significativa è quella del personale che assorbe oltre il 49% del totale della sostenuta nell'anno. Essa è seguita dalla voce "spese generali" che come è noto accoglie in sé anche oneri del personale non riconosciute come tali dall'Unione Europea, come ad esempio l'IRAP.



C.3

**Impatto
Ambientale**

C.4

**Produzione e
Distribuzione
del Valore
Aggiunto**

C.5

**Impatto
Ambientale**

pagina intenzionalmente vuota

3^o 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 i rifiuti secondo modalità operative che ne individuano diverse classi.

I Rifiuti Sanitari Pericolosi a Rischio Infettivo 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.

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".

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 pericolosi a rischio chimico

Per migliorare la gestione dei rifiuti e per ridurre la movimentazione manuale dei carichi, nel 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 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.

Rifiuti pericolosi NON a rischio infettivo I contenitori una volta preparati (etichettatura) dal personale delle UUOO, 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. 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.

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. L'INRCA ha messo in campo una serie di azioni al fine di garantire un costante miglioramento per la riduzione dei rifiuti pericolosi e l'incremento dei rifiuti raccolti in maniera differenziata:

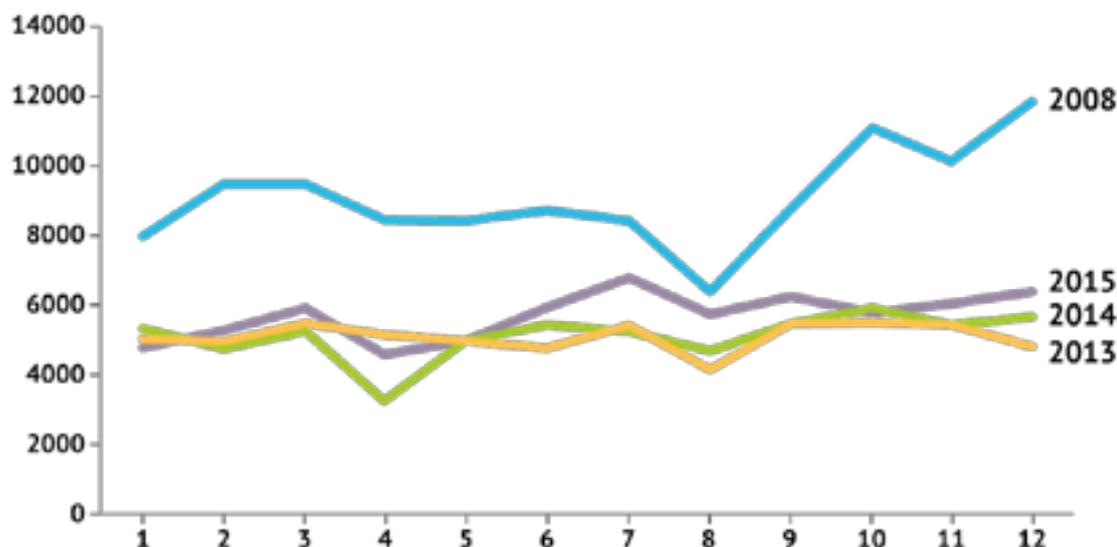
- interventi di formazione del personale finalizzata al generale miglioramento della gestione dei rifiuti

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.

- Redazione di procedure operative per lo smaltimento dei rifiuti.
- Monitoraggio dei dati di produzione.
- Controllo e sorveglianza nei diversi siti produttivi.

Di seguito vengono riportati i dati relativi alla produzione **di rifiuti pericolosi** negli anni.

Figura 63 - Produzione di rifiuti pericolosi



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'INRCA 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 51 - **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 Rinnovamento del sistema di telecontrollo
Amministrazione Centrale	12	Sostituzione generatore di calore Installazione sistema di telecontrollo Sistema di tubazioni centrale
Polo Scientifico - Tecnologico "N. Maserà"	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 2016.

pagina intenzionalmente vuota

c.5

Obiettivi di
Miglioramento

c.4

**Produzione e
distribuzione
del valore
aggiunto**

pagina intenzionalmente vuota

4^o parte

Produzione e Distribuzione del Valore Aggiunto

Premessa

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 52 - **Produzione del Valore Aggiunto Globale Netto**

		Anno 2015		Anno 2014	
Fattori Produttivi Remunerati	Regione Marche - Presidi di Ancona, Fermo, Appignano, Attività residenziali e semiresidenziali	41.964.442	78,7%	42.409.323	79,3%
	Regione Lombardia - Presidio di Casatenovo	5.060.235	9,5%	5.048.491	9,4%
	Regione Calabria - Presidio di Cosenza	464.718	8,7%	4683.092	8,8%
	Area Ricerca Scientifica	1.676.711	3,1%	1.337.459	2,5%
Totale Valore Aggiunto Globale Netto		53.326.105		53.478.364	

La tabella appena rappresentata evidenzia una sostanziale costanza tra l'esercizio 2015 e l'esercizio 2014 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 53 - **Distribuzione del Valore Aggiunto Globale Netto**

		Anno 2015		Anno 2014	
Fattori Produttivi Remunerati	Remunerazione delle Risorse Umane	50.828.697	92,1%	51.008.472	92,3%
	Remunerazione della Pubblica Amministrazione	3.970.773	7,2%	4.074.033	7,4%
	Remunerazione del Capitale di Credito	393.336	0,7%	203.197	0,4%
Totale Valore Aggiunto Globale distribuito		55.192.806		55.285.702	

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.

Un altro angolo di visuale: la rappresentazione dell'INRCA per livelli assistenziali

Analizzando i costi dell'esercizio 2015 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 2015 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 66,5 milioni di euro) quasi 28 milioni di euro (cioè quasi il 42%) 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% dell'attività ospedaliera e al 9,9% dell'intera attività dell'Istituto) è poi dedicata all'attività di assistenza per lungodegenti e alla 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 riscontra poi un forte incremento sia nell'area semiresidenziale che nell'area residenziale rivolta agli anziani.

Infine si rileva il decremento dell'assistenza farmaceutica per una maggiore attività in distribuzione diretta. Nell'ambito dell'assistenza ospedaliera si evidenziano 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 espansione (per il quale si registra un leggero incremento 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;
- 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.

Macro voci 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	Soppravvenienze / 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"													-

<i>c) Altre attività di prevenzione rivolte alla persona</i>														-
Servizio medico legale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>a) Attività del Servizio medico-legale</i>														-
<i>b) Visite Fiscali</i>														-
<i>c) Attività di Medicina sportiva</i>														-
Totale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Assistenza distrettuale														
Guardia medica														-
Medicina generale														-
Medicina generica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>a) Attività in convenzione</i>														-
<i>b) prestazioni erogate in ADI/ADP</i>														-
<i>c) prestazioni erogate in RSA/Case protette e assistenza semiresidenziale</i>														-
<i>d) campagne vaccinali</i>														-
Pediatria di libera scelta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>a) Attività in convenzione</i>														-
<i>b) prestazioni erogate in ADI/ADP</i>														-
<i>d) campagne vaccinali</i>														-
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)	799	-	-	1	108	25	-	15	7	30	-	88	1.073	
Assistenza Integrativa														-
Assistenza specialistica														-
<i>Attività clinica</i>	1.569	48	375	98	1.625	7.397	-	567	189	568	4	2140	14.580	
<i>Attività di laboratorio</i>	399	5	-	9	102	498	-	66	15	34	-	183	1.311	
<i>Attività di diagnostica strumentale e per immagini</i>	331	19	-	35	716	1.840	-	183	58	351	1	585	4.119	
Assistenza Protesica														-
Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare														
<i>Assistenza programmata a domicilio (ADI)</i>														-
<i>Assistenza alle donne, famiglia, coppie (consultori)</i>														-
Assistenza psichiatrica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>a) a favore di persone con problemi psichiatrici;</i>														-
<i>b) a favore di minori con problemi neuropsichiatrici</i>														-
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	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>a) a favore di persone con problemi psichiatrici;</i>														-
<i>b) a favore di minori con problemi neuropsichiatrici</i>														-
Assistenza riabilitativa ai disabili														-
Assistenza ai tossicodipendenti														-
Assistenza agli anziani	6	5	-	2	74	366	-	76	7	23	-	89	648	
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	247	7	7	655	1.311	986	-	376	48	50	3	588	4.278	
Assistenza a persone affette da HIV														-
Assistenza ai malati terminali														-
Assistenza Idrotermale														-
Totale	3.649	101	382	813	4.171	12.863	-	1.548	373	1.167	9	4.113	29.189	
Assistenza ospedaliera														
Attività di pronto soccorso	403	23	-	17	317	2.366	-	358	66	150	1	594	4.295	
<i>a) Attività di Pronto Soccorso non seguita da ricovero</i>	298	17	-	13	235	1751	-	265	49	111	1	440	3.180	
<i>b) Attività di Pronto Soccorso seguita da ricovero</i>	105	6	-	4	82	615	-	93	17	39	-	154	1.115	
Ass. ospedaliera per acuti														-

<i>in Day Hospital e Day Surgery</i>	247	9	83	23	408	899	-	132	34	62	1	302	2.200
<i>in degenza ordinaria</i>	2652	74	1.412	46	3.400	14.249	-	1141	387	868	8	3.861	28.101
Interventi ospedalieri a domicilio													
Assistenza ospedaliera per lungodegenti	171	5	13	45	339	842	-	232	22	41	1	273	1.984
Assistenza ospedaliera per riabilitazione	163	14	46	199	790	2.218	-	228	49	104	1	609	4.421
Emocomponenti e servizi trasfusionali													-
Trapianto organi e tessuti													-
Totale	3.338	108	1.554	317	5.019	18.823	-	1.826	509	114	11	5.202	37.821
TOTALE (SANITARIO)	6.987	209	1.936	1130	9.190	313.686	-	3.374	882	2.281	20	9.315	67010

POR Casatenovo

Analizzando nello specifico i prospetti consuntivi dell'esercizio 2015 e 2014 si osserva come la variazione complessiva dei costi in diminuzione (per le motivazioni precedentemente descritte) 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 decrementarsi in maniera leggermente più rilevante rispetto all'assistenza ospedaliera. Al di là del miglioramento nell'ambito delle riclassificazioni contabili si osserva come tale incremento derivi essenzialmente dallo "spostamento" di personale sanitario dedicato a tale area considerata la sua strategicità.

Il decremento nell'ambito dell'assistenza ospedaliera tende a realizzarsi nelle macrovoci economiche già identificate in precedenza. Analizzando complessivamente il modello LA 2015 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.

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
Assistenza Integrativa														-
Assistenza specialistica														-
Attività clinica	6	4		48	126	561		52	43	70	4	97		1.011
Attività di laboratorio	327	2		158	92	209		44	47	51	3	89		1.022
Attività di diagnostica strumentale e per immagini	9	1		39	107	184		22	41	84	2	47		536
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														-
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	465	7	-	245	325	954		118	131	205	9	233		2.692
Assistenza a persone affette da HIV														-
Assistenza ai malati terminali														-
Assistenza Idrotermale														-
Totale	3.845	100	362	967	3.878	12.683	-	1.482	418	1.137	83	3.869	28.824	
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	113	9	3	40	396	1.430		316	116	155	10	241		2.829
Interventi ospedalieri a domicilio														
Assistenza ospedaliera per lungodegenti														
Assistenza ospedaliera per riabilitazione	103	7	4	136	415	1.060		283	99	141	8	216		2.472
Emocomponenti e servizi trasfusionali														-
Trapianto organi e tessuti														-
Totale	216	16	7	176	811	2.490	-	599	215	296	18	457	5.301	
TOTALE (SANITARIO)	681	23	7	421	1.136	3.444	-	717	346	501	27	690	7.993	

POR Cosenza

Analizzando i costi dell'esercizio 2015 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 2014 ed il 2015.

Proseguendo nell'analisi, si rileva una trend nell'allocazione dei costi all'interno dell'assistenza ospedaliera tra il 2014 ed il 2015 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 rappresenta 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	4			72	137			10	16	3	26	272
Attività di laboratorio	75	3			33	192		44	16	9	3	40	415
Attività di diagnostica strumentale e per immagini	5	5			90	192			15	38	4	36	385
<i>Assistenza Protesica</i>													-
Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare													-
assistenza programmata a domicilio (ADI)													-
assistenza alle donne, famiglia, coppie (consultori)													-
<i>Assistenza psichiatrica</i>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
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													-
<i>Assistenza psichiatrica</i>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
a) a favore di persone con problemi psichiatrici;													-
b) a favore di minori con problemi neuropsichiatrici													-
Assistenza riabilitativa ai disabili													-
Assistenza ai tossicodipendenti													-
<i>Assistenza agli anziani</i>													-
<i>Assistenza a persone affette da HIV</i>													-
Assistenza ai malati terminali													-
<i>Assistenza territoriale residenziale</i>													-
<i>Assistenza psichiatrica</i>													-
Assistenza riabilitativa ai disabili													-
Assistenza ai tossicodipendenti													-
Assistenza agli anziani													-
Assistenza a persone affette da HIV													-
Assistenza ai malati terminali													-
Assistenza Idrotermale													-
Totale	84	12	-	-	195	521	-	44	41	63	10	102	1.072
<i>Assistenza ospedaliera</i>													-

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	22	14	13	608	3.382		246	212	107	49	527	5.431
Interventi ospedalieri a domicilio													-
Ass. ospedaliera per lungodegenti													-
Ass. ospedaliera per riabilitazione	53	3	5	5	222	1.054		265	71	33	17	177	1.905
Emocomponenti e servizi trasfusionali													-
Trapianto organi e tessuti													-
Totale	304	25	19	18	830	4.436	-	511	283	140	66	704	7.336
TOTALE (SANITARIO)	388	37	19	18	1.025	4.957	-	555	324	203	76	806	8.408

La rappresentazione patrimoniale dell'INRCA

La tabella seguente evidenzia la riclassificazione delle voci patrimoniali dell'Istituto. Di rilievo appare il peggioramento della situazione patrimoniale netta (passata da 34,9 milioni di euro a 29,8 milioni di euro). In una logica di razionalizzazione e risanamento si osserva la consistente diminuzione della massa debitoria a breve sostituita da un incremento di quella a medio lungo termine.

PROSPETTO INFORMATIVO SUL PATRIMONIO E SU ALTRI BENI E IMPEGNI	ESERCIZI	
	Anno 2015	Anno 2014
A) Inventario dei beni (se esistente)		
- Beni di terzi	-	-
- Beni patrimoniali indisponibili	21.126.396	21.047.638
- Beni patrimoniali disponibili	14.138.803	10.584.937
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	1.334.025
- 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	34.901.609
D) Impegni ed altri valori		
- Debiti a medio / lungo termine (fondi per rischi e oneri)	19.273.138	13.293.586
- Debiti a breve (scadenza entro 12 mesi)	34.976.327	40.380.439
- 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	-	-



c.5

**Obiettivi di
Miglioramento**

pagina intenzionalmente vuota

5^o parte

Obiettivi di Miglioramento

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

- Integrazione INRCA-Osimo e nuovo ospedale.
- Sviluppo di un progetto di utilizzo della sede dell'attuale Presidio Ospedaliero di Ancona.
- Implementazione di nuovi modelli organizzativi per i Presidi Ospedalieri di Casatenovo e Cosenza.
- 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 oncologia 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

- 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 tecno assistenza
- Implementazione di programmi volti al trasferimento nella pratica clinica dei risultati ottenuti dai progetti di ricerca
- 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 annuali e pluriennali:

Obiettivo	Indicatore	Valore Futuro	Azioni e Risorse
Migliorare la conoscenza dell'attività svolta dall'IRCCS INRCA sul territorio	Stakeholder che hanno aderito all'indagine di soddisfazione dell'utente	Aumento almeno del 5% di chi aderisce all'indagine di soddisfazione entro il 31/12	Implementazione della campagna informativa e di sensibilizzazione sull'importanza dell'indagine rivolta sia agli stakeholder interni che esterni
	Stakeholder che hanno letto il bilancio sociale	Rilevazione e raccolta dati entro il 31/12	Redazione e Pubblicazione del bilancio sociale dell'anno di riferimento Evento pubblico di presentazione alla comunità
	Stakeholder che usufruiscono del portale web/social media	Aumento del 10% dei visitatori del portale web rispetto all'anno precedente Aumento del 5% dei fruitori dei social media rispetto all'anno precedente	Riorganizzazione del portale web con sezioni dedicate e maggiormente fruibili ai cittadini Implementazione di strumenti che consentono di aumentare i contatti web
Miglioramento della capacità dell'IRCCS INRCA di rispondere alle aspettative e ai bisogni degli Stakeholder	Numero degli incontri con le Associazioni di volontariato	Aumento del 10% entro il 31/12	Organizzazione della Giornata della Trasparenza
	Fornitori che hanno aderito all'indagine di soddisfazione	Prosecuzione dell'implementazione dello strumento e raccolta dati entro il 2018	Implementazione sul portale web di una sezione dedicata all'indagine
	Operatori dell'Istituto che hanno aderito all'indagine sul benessere organizzativo/ clima interno	Aumento del 10% dei partecipanti rispetto al dato precedente	Partecipazione alla survey Disseminazione e divulgazione dei dati
	Operatori che hanno aderito al progetto Fitness at Work	Aumento del 10% del numero dei partecipanti rispetto al dato precedente	Campagna di pubblicizzazione e di sensibilizzazione alla partecipazione
Miglioramento dei servizi e della attività di ricerca in relazione ai bisogni dell'utente/cliente	Numero di progetti di ricerca presentati in ambito nazionale ed europeo	Almeno 5 progetti sottomessi nel rispetto della tempistica ministeriale/europea	Potenziamento della partecipazione dell'Istituto nelle reti nazionali ed internazionali
	Numero di eventi formativi destinati ai caregiver	Almeno 2 eventi formativi organizzati entro il 31/12	Partecipazione ad eventi pubblici che coinvolgono i caregiver
	Numero prestazioni erogate sul totale delle prenotazioni (domanda di assistenza)	Aumento del 5% rispetto all'anno precedente	Attivazione del recall telefonico ai pazienti in lista di attesa per verificare la loro effettiva presenza all'appuntamento

Certificazione del bilancio sociale da parte di Ente Terzo (RINA service)



Obiettivo della Verifica

RINA Services S.p.A. è stata incaricata dall'Organizzazione "I.N.R.C.A. Istituto Nazionale di Riposo e Cura per Anziani", con sede in Via Santa Margherita 5, Ancona, di eseguire la verifica indipendente del Rapporto di Sostenibilità "Bilancio Sociale 2015", relativo all'anno 2015, per conformità con l'impostazione e i principi riportati nelle Linee Guida "AA1000APS", emesse da Accountability e prescelte dall'Organizzazione, come dichiarato nel documento stesso.

Metodologia

Con riferimento allo standard "AA1000 Assurance Standard", la verifica è stata estesa sia al processo di raccolta, elaborazione, condivisione e valutazione delle informazioni preliminari alla stesura del Rapporto di Sostenibilità "Bilancio Sociale 2015" sia ai contenuti del documento stesso, valutati su base campionatoria, ed è stata condotta da auditor qualificati nel campo della responsabilità sociale, mediante verifiche documentali e interviste presso il sito dell'Organizzazione.

Le informazioni di carattere economico-finanziario, contenute nella parte quarta "Produzione e Distribuzione del Valore Aggiunto" del Rapporto di Sostenibilità "Bilancio Sociale 2015", non sono state oggetto di valutazione.

La verifica da parte di RINA Services S.p.A. non ha previsto il coinvolgimento diretto degli stakeholder, non essendo tale aspetto incluso nel mandato ricevuto dalla I.N.R.C.A. Istituto Nazionale di Riposo e Cura per Anziani.

La documentazione a supporto della verifica è stata oggetto di revisione e approvazione da parte di un gruppo di revisori indipendenti e competenti di RINA SERVICES S.p.A..

Opinione di Verifica

La verifica del processo ha evidenziato una buona pianificazione delle attività, con la costituzione da parte dell' Organizzazione "I.N.R.C.A. Istituto Nazionale di Riposo e Cura per Anziani" di un gruppo di lavoro dedicato, costituito da personale interno all'Organizzazione, l'identificazione di una coordinatrice del progetto e una definizione delle fasi e delle tempistiche realizzative.

La verifica a campione dei contenuti riportati nel Rapporto di Sostenibilità "Bilancio Sociale 2015" ne ha evidenziato in generale la completezza, la chiarezza, l'attendibilità e la rintracciabilità delle fonti.

Sulla base di quanto sopra esposto, si è constatato che il Rapporto di Sostenibilità "Bilancio Sociale 2015" dell' Organizzazione "I.N.R.C.A. Istituto Nazionale di Riposo e Cura per Anziani" è coerente con le indicazioni e i principi proposti dalle linee guida AA1000 prescelte dall'Organizzazione.

Dichiarazione di indipendenza, imparzialità e competenza

RINA Services S.p.A. è la società di RINA che fornisce i servizi di classificazione, certificazione, collaudo e ispezione per garantire l'eccellenza alle organizzazioni dei settori navale, ambiente ed energia, infrastrutture, trasporti e logistica, qualità e sicurezza, agroalimentare.

In qualità di organismo di terza parte e indipendente, RINA Services S.p.A. offre i propri servizi nel pieno rispetto dei principi di etica professionale, indipendenza, imparzialità e competenza.

Genova, 18 ottobre 2016

Laura Severino

(Sector Manager Sustainability,
Environment & Climate Change)

RINA Services S.p.A.



pagina intenzionalmente vuota

Appendice

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. Ritiene 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).

pagina intenzionalmente vuota

Ideazione e coordinamento strategico
Consiglio di Indirizzo e Verifica

Redazione a cura di
Laura Cassetta

Con la collaborazione di
Rita Arzeni, Norma Barbini, Silvia Bustacchini, Adriana D'Alba, Paola D'Ascoli, Serenella David, Mirko Di Rosa, Roberto Di Ruscio, Letizia Ferrara, Paola Fioravanti, Irene Leonelli, Riccardo Luzi, Giovanni Madeo, Raffaella Moresi, Veruschka Nardi, Maria Grazia Palermi, Lorena Rossi, Renata Rossini, Sara Santini, Tiziana Tregambe

Referente per la certificazione
Giuseppina Di Stefano

Direttore Generale
Gianni Genga

Direttore Scientifico
Fabrizia Lattanzio

Direttore Sanitario
Alberto Deales

Direttore Amministrativo
Riccardo Mario Paoli

Grafica
Marzio Marcellini



www.inrca.it