

ALLEGATO B

**INFORMAZIONI DI CARATTERE GENERALE**

A.1 Denominazione dell'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico

A.2 Codice fiscale/partita Iva

**A.3 Indicazione della sede legale ed eventuali sedi operative dell'Istituto con le relative attività:**

1) Sede di .....

Provincia di: Regione..... L  A  R 

2) Sede di .....

Provincia di: Regione..... A  R  Altro 

3) Sede di .....

Provincia di: Regione..... A  R  Altro 

4) Sede di .....

Provincia di: Regione..... A  R  Altro 

Legenda per caselle da barrare: L=Sede Legale A= Sede Assistenziale R=Sede di Ricerca

**Indicazione sede/i per la quale si richiede la conferma del riconoscimento del carattere scientifico**

1) Sede di ..... Codice struttura SSN.....

Provincia di: Regione.....

2) Sede di ..... Codice struttura SSN.....

Provincia di: Regione.....

**Indicazione della disciplina per cui si chiede la conferma del riconoscimento del carattere scientifico:**

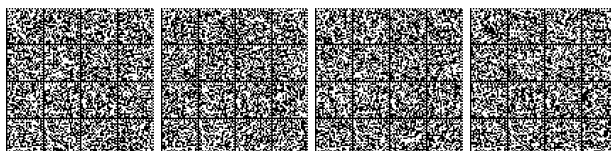
A.4 DISCIPLINA con indicazione dell'area di appartenenza (ai sensi del d.lgs. 288/2003 e successive modifiche e integrazione)

A.4.1 DISCIPLINE SPECIFICHE con indicazione dell'area di appartenenza (*solo per il policlinici universitari che, ai sensi dell'art. 13 del d. lgs. 288/2003 e s.m.i. possono essere riconosciuti per non più di due discipline, purché tra loro complementari e integrate*)

A.5 Indicazione numero totale posti letto dell'Istituto: \_\_\_\_\_

A.5.1) Totale posti letto accreditati SSR n° \_\_\_\_\_ di cui ordinari n° \_\_\_\_\_ e day hospital n° \_\_\_\_\_

A.5.2) Totale posti letto accreditati riferibili alla disciplina di riconoscimento n° \_\_\_\_\_ di cui ordinari n° \_\_\_\_\_ e day hospital n° \_\_\_\_\_



A.5.3) Totale delle attività ambulatoriali rimborsate dal SSR: n. _____
A.6 Sito web dell'Istituto: _____

A.7 Rappresentante legale Nome.....Cognome..... Tel..... fax..... e – mail .....
Provvedimento di nomina:.....

A.8 Direttore amministrativo Nome.....Cognome..... Tel..... fax..... e – mail .....
---

A.9 Direttore sanitario Nome.....Cognome..... Tel..... fax..... e – mail .....
---

A.10 Direttore scientifico Nome.....Cognome..... Tel..... fax..... e – mail .....
A.11 Referente per il procedimento di conferma del carattere scientifico Nome ..... Cognome .....
Tel..... fax..... e – mail.....

**BREVE PRESENTAZIONE DELL'ISTITUTO:**

--

**PERSONALITA' GIURIDICA (barrare le caselle che interessano)**

B.1 <input type="checkbox"/> Diritto pubblico: Atto normativo ..... n..... del.....
---

B.2 <input type="checkbox"/> Diritto privato: Atto costitutivo .....
Iscrizione nel :



Registro delle imprese di (luogo).....n.....del.....

Registro delle Persone Giuridiche di (luogo)..... n..... del.....

Allegare:

- dichiarazione sostitutiva, ai sensi dell'art.15 della legge 183/2011, del certificato di iscrizione nel relativo registro;

- visura camerale storica o altra documentazione atta ad indicare la sede legale, le sedi operative e i settori di attività esercitate.

**Documenti da allegare solo se variati rispetto all'istanza di riconoscimento:**

**B.3 - nel caso di personalità giuridica di diritto pubblico:**

B.3.1) Atto normativo istitutivo:

B.3.2) Statuto:

B.3.3) Regolamento di organizzazione e funzionamento:

**B.4 - nel caso di personalità giuridica di diritto privato:**

B.4.1) Atto costitutivo:

B.4.2) Statuto:

**TITOLARITÀ DELL'AUTORIZZAZIONE E DELL'ACCREDITAMENTO (da allegare solo se variati rispetto all'istanza di riconoscimento)**

**B.5** Provvedimento di autorizzazione n. .... del ..... emanato da .....

**B.6** Provvedimento di accreditamento n. .... del ..... emanato da .....

**ECONOMICITÀ ED EFFICIENZA DELL'ORGANIZZAZIONE, QUALITÀ DELLE STRUTTURE E LIVELLO TECNOLOGICO DELLE ATTREZZATURE**

**C.1** dimensione della struttura assistenziale (mq): .....

**C.2** dimensione della struttura di ricerca (laboratori, ecc.) (mq): .....

**C.3 Breve descrizione della struttura organizzativa  
(organigramma, pianta organica):**

**Grafico Organizzazione**



<b>C.4 Personale in servizio presso l'Istituto diviso per tipologia di contratto e profilo professionale</b>
--

Qualifica professionale	Tipologia contratto (§)	n. unità anno....	n. unità anno....

(§) Scegliere tra: Lavoro Subordinato a Tempo Indeterminato e indicare CCNL- Lavoro Subordinato a Tempo determinato e indicare CCNL - Lavoro Parasubordinato e indicare la tipologia contrattuale usata – Lavoro Libero Professionale di tipo esclusivo assistenziale – Lavoro Libero Professionale di tipo esclusivo Non Assistenziale – Lavoro Libero Professionale Non Esclusivo – Altro specificare

<b>C.5 Elenco numerico del personale dedicato all'attività di ricerca</b>
---

Qualifica professionale	Tipologia contratto (§)	n. unità anno....	n. unità anno....

**C.6** carta dei servizi pubblicata, **da allegare in formato elettronico**, che deve contenere informazioni sulla presenza del centro prenotazione unificato, del servizio di follow up dei pazienti e del servizio di presa in carico dei pazienti e dei familiari (informazioni, residenze protette, ecc.);

**C.7** presenza di un servizio di controllo della qualità (iniziative di miglioramento della qualità e sistema di segnalazione eventi avversi) (risk management) ed elenco delle principali (max 10) procedure assoggettate a controllo di qualità;

**C.8** rapporti convenzionali con strutture di ricerca, università ecc. che prevedono l'integrazione presso l'IRCCS del personale:

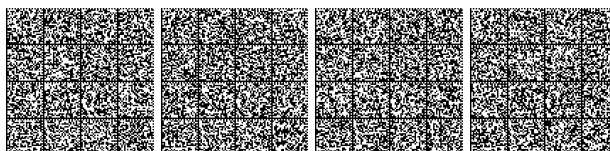
Ente	Oggetto della convenzione	Durata (Dal ... Al ...)	N° Personale operante presso Irccs

#### STRUMENTI ECONOMICO – GESTIONALI DI BASE

**C. 9** Bilanci di esercizio dell'ultimo biennio, corredati delle relative note integrative e delle relazioni, sull'andamento della gestione, entrambe sottoscritte dal Direttore generale. In caso di perdita di esercizio, il Direttore generale dovrà indicare, in apposita relazione aggiuntiva, le cause, i provvedimenti adottati per coprire la stessa nonché le determinazioni assunte per ricondurre in equilibrio la gestione.

Per gli IRCCS di diritto pubblico, il bilancio deve essere conforme allo schema di cui all'allegato 2 dell'art. 26, comma 3, del D.Lgs. 23 giugno 2011, n. 118 e successive modifiche e integrazioni.

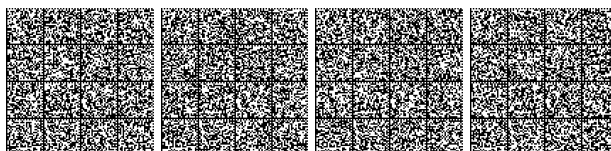
Per gli IRCCS di diritto privato, il bilancio deve essere certificato da una società di revisione.



<b>C.9 Schema sintetico del bilancio di esercizio dell'ultimo biennio</b>
---

**C.10** Bilanci sezionali della ricerca dell'ultimo biennio, secondo lo schema di cui all'Allegato 2/4 del D.Lgs. 23 giugno 2011, n. 118 e s.m.i. ed unita relazione con l'indicazione delle strutture interamente o parzialmente dedicate ai progetti di ricerca:

<b>C.10 Schema del bilancio sezionale della ricerca dell'ultimo biennio</b>		
<b>CONTO ECONOMICO</b>	<b>Anno...</b>	<b>Anno ...</b>
<b>CONTRIBUTI DELLA RICERCA</b>		
<b>Contributi c/esercizio da Ministero Salute</b>		
per ricerca		
5 per mille		
Altri		
<b>Contributi c/esercizio da Regione</b>		
per ricerca		
Altri		
<b>Contributi c/esercizio da Provincia e Comuni</b>		
per ricerca		
Altri		
<b>Contributi c/esercizio da altri enti pubblici</b>		
per ricerca (Asl/Ao/IRCCS/Policlinici)		
Altri		
<b>Contributi c/esercizio da privati</b>		
no profit per ricerca		
profit per ricerca		
Altri		
<b>Contributi c/esercizio da estero</b>		
con specifica		
<b>TOTALE CONTRIBUTI RICERCA (A)</b>		
<b>COSTI DIRETTI DELLA RICERCA</b>		
<b>Acquisti di beni e servizi</b>		
materiale di consumo per attrezzature diagnostiche		
materiale di consumo per attrezzature scientifiche		
manutenzioni per attrezzature diagnostiche		
manutenzioni per attrezzature scientifiche		
noleggi per attrezzature diagnostiche		
noleggi per attrezzature scientifiche		
altro per ricerca		
altro sanitari		
altro non sanitari		
<b>Personale sanitario</b>		
di ruolo dell'ente		
di ruolo di altro ente		
a progetto		
co.co.co.		
collaborazioni occasionali		
altro (con specifica)		
<b>Personale amministrativo</b>		
con specifica		
<b>Personale tecnico - professionale</b>		
con specifica		
<b>Godimento di beni di terzi</b>		



attrezzature sanitarie e scientifiche		
altro (con specifica)		
<b>Ammortamenti dei beni immateriali</b>		
con specifica		
<b>Ammortamenti beni materiali</b>		
attrezzature diagnostiche		
attrezzature scientifiche		
Altro		
<b>Oneri diversi di gestione</b>		
con specifica		
<b>Accantonamenti</b>		
con specifica		
<b>Variazioni rimanenze</b>		
con specifica		
<b>TOTALE COSTI DIRETTI RICERCA (B)</b>		
<b>DIFFERENZA (A-B)</b>		
<b>COSTI INDIRETTI DI GESTIONE</b>		
con specifica		
<b>RISULTATO FINALE</b>		

**C.11 Indicatori di economicità, efficienza e di patrimonio**

	Anno .....	Anno....
Rapporto percentuale tra totale dei Costi della produzione (costi operativi) e Totale dei Ricavi Istituto		

	Anno .....	Anno....
Rapporto percentuale tra costo del personale e Totale dei Ricavi Ente		
Rapporto percentuale tra costo del personale di ruolo (anche a tempo determinato) e Totale dei Ricavi Ente		
Rapporto percentuale tra costo del personale in convenzione con enti di ricerca e Università e Totale dei Ricavi Ente		

	Anno ...	Anno....
Rapporto percentuale tra l'ammortamento delle attrezzature sanitarie e il totale ricavi – Ente		

	Anno .....	Anno....
Rapporto percentuale tra costo per acquisto beni e servizi e totale ricavi- Ente		

	Anno ...	Anno....
Rapporto percentuale del costo del personale esclusivamente dedicato a ricerca e costo totale		

	Anno .....	Anno....
Rapporto percentuale tra numero di personale amministrativo e numero di personale sanitario medico		
Rapporto percentuale tra numero di personale amministrativo e numero di personale sanitario non medico		



	Anno .....	Anno.....
<b>Rapporto tra il patrimonio netto (al netto di contributi in conto capitale vincolati) e il totale dell'attivo - Ente</b>		

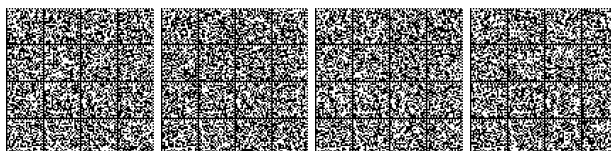
EVENTUALI OSSERVAZIONI SUI DATI SUINDICATI

**CARATTERI DI ECCELLENZA DEL LIVELLO DELL'ATTIVITÀ DI RICOVERO E CURA DI ALTA SPECIALITÀ DIRETTAMENTE SVOLTA NEGLI ULTIMI DUE ANNI, OVVERO DEL CONTRIBUTO TECNICO -SCIENTIFICO FORNITO, NELL'AMBITO DI UN'ATTIVITÀ DI RICERCA BIOMEDICA RICONOSCIUTA A LIVELLO NAZIONALE E INTERNAZIONALE, AL FINE DI ASSICURARE UNA PIÙ ALTA QUALITÀ DELL'ATTIVITÀ ASSISTENZIALE, ATTESTATA DA STRUTTURE PUBBLICHE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**

**Breve relazione sull'attività di ricovero e cura di alta specialità svolta dall'Istituto**

- D.1** numero totale dei posti letto;
- D.2** numero totale dei ricoveri per anno;
- D.3** numero totale, per anno, dei ricoveri per patologie relative alla richiesta di conferma;
- D.4** percentuale per anno tra i totali dei due tipi di ricovero sopra indicati;
- D.5** degenza media;
- D.6** indice di occupazione dei posti letto;
- D.7** indice comparativo di performance;
- D.8** indice di case mix per la misurazione della complessità della casistica trattata e peso medio del DRG;
- D.9** i 20 DRG più frequenti da valutare in coerenza con la disciplina di riconoscimento e loro numerosità:

CODICE DRG ....	DESCRIZIONE	ANNO ....	ANNO



**D.10** indice di attrazione da altre Regioni (percentuale dei pazienti provenienti da fuori Regione rispetto al totale):

DRG	DESCRIZIONE	Anno.....			Anno.....		
		Dimessi Regione	Dimessi IRCCS	% IRCCS vs Regione	Dimessi Regione	Dimessi IRCCS	% IRCCS vs Regione
<b>Eventuali Osservazioni:</b>							

**D.11** elenco (max 20) delle apparecchiature di assistenza significative o innovative acquisite nel biennio- indicare tipologia, nome, anno di acquisto, campi di applicazione relativi a specifiche patologie e ricerche:

Tipologia	Nome	Anno di acquisto	Campi di applicazione relativi a specifiche patologie e ricerche

**D.12** elenco dei percorsi assistenziali, attivati nel biennio, operativi all'interno della struttura al momento dell'istanza:

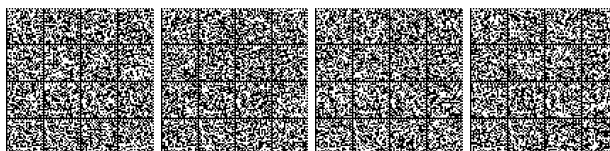
Elenco	Anno di attivazione

**D.13** elenco dei percorsi assistenziali, attivati nel biennio, rivolti ad altre strutture ospedaliere o servizi territoriali in ambito regionale e/o nazionale operativi al momento dell'istanza:

Elenco	Anno di Attivazione

**D.14** elenco e sintetica descrizione delle procedure per la prevenzione e controllo delle infezioni ospedaliere (Commissione Infezioni Ospedaliere, sistemi di monitoraggio, ecc.) operative al momento dell'istanza:

Elenco	Anno di Attivazione






**D.15** descrizione dei progetti formativi interni dell'ultimo biennio finalizzati all'assistenza:

TITOLO DEL PROGETTO	SINTESI Finalità	Anno	Durata	Numero soggetti formati	Tipologia soggetti formati

**D.16** elenco e breve descrizione delle principali (max 20) procedure diagnostiche, terapeutiche e chirurgiche innovative del biennio;

PROCEDURE DIAGNOSTICHE, TERAPEUTICHE E CHIRURGICHE	QUANTITA' DI PRESTAZIONI FORNITE ANNO.....	QUANTITA' DI PRESTAZIONI FORNITE ANNO.....

**Eventuali Osservazioni:**

**D.17** inserimento nella rete assistenziale, durante il biennio: numero dei trials clinici su proposta regionale e/o coordinate e relativo numero dei pazienti; tenuta di Registri di malattia e loro numerosità; Centro regionale (indicare il livello) per le patologie; banche di materiale biologico (numero dei campioni movimentati e, se prevista, autorizzazione regionale); elenco delle convenzioni con altre strutture territoriali (loro descrizione); predisposizione di linee guida e percorsi diagnostici e terapeutici adottati dalla Regione; altri incarichi regionali:

TRIALS CLINICI	SPONSOR se PROFIT (altrimenti indicare NO PROFIT)	DAL ....AL...	N° Pazienti in Trials Negli ultimi 2 ANNI



REGISTRI DI MALATTIA	Dimensione Territoriale Locale- Regionale- Nazionale	Anno Attivazione Registro	N° Totale Pazienti Inseriti nel Registro	N° Totale Pazienti Inseriti negli ultimi 2 ANNI

**Denominazione (CRRP) Centri Regionali di Riferimento di Patologia**

.....  
 Patologia:.....  
 Data di Attivazione:.....  
 Estremi del provvedimento regionale:.....  
 N. prestazioni erogate:.....  
 Osservazioni:.....

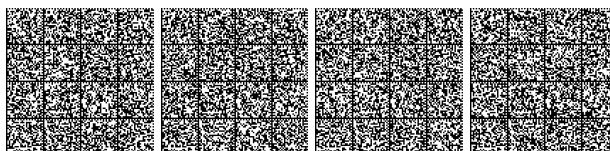
**Banche di materiale biologico** – per ogni Biobanca fornire le seguenti informazioni:

Denominazione Biobanca:.....  
 Tipologia del materiale conservato: .....  
 Numero di campioni conservati: .....  
 Numero di pazienti: .....  
 Numero di campioni raccolti ogni anno:.....  
 Numero campioni distribuiti ogni anno (media degli ultimi 5 anni): .....  
 Indicare il provvedimento regionale con cui la biobanca è stata riconosciuta nel SSR.....

**CARATTERI DI ECCELLENZA DELLA ATTIVITÀ DI RICERCA SVOLTA NELL'ULTIMO BIENNIO RELATIVAMENTE ALLA SPECIFICA DISCIPLINA ASSEGNATA**

**Breve relazione sull' attività di ricerca scientifica di eccellenza svolta dall'Istituto**

E.1 totale dell'Impact factor normalizzato coerente con la disciplina di riconoscimento, riferito per anno (solo personale dipendente), come certificato dall'ufficio ministeriale competente;



**E.2** rapporto annuale tra Impact factor normalizzato e persona dedicata, come certificato dall'ufficio ministeriale competente;

**E.3** elenco (max 20) delle apparecchiature di ricerca significative o innovative acquisite nel biennio (l'elenco deve indicare tipologia, nome, anno di acquisto, campi di applicazione relativi a specifiche patologie e ricerche);

Tipologia	Nome	Anno di acquisto	Campi di applicazione relativi a specifiche patologie e ricerche

**E.4** possesso di una GMP o di altri laboratori autorizzati (AIFA o altro);

**E.5** numero dei progetti finanziati e attivi nel corso del biennio suddivisi per fonte di finanziamento (fondi pubblici italiani, fondi privati, fondi di charity, fondi europei, fondi extra-europei):

Denominazione progetto	Fonte di finanziamento (fondi pubblici – fondi privati – fondi di charity – fondi europei – fondi extra europei)	Anno in cui si è ottenuto il finanziamento ...	Entità del finanziamento ottenuto

**E.6** numero dei progetti di ricerca finalizzata assegnati nel biennio;

Denominazione progetto	Anno in cui si è ottenuto il finanziamento	Entità del finanziamento ottenuto

**E.7** indicare gli aspetti organizzativi, evidenziando i laboratori ed il personale dedicato alla ricerca:

Denominazione Laboratorio	MQ laboratorio	Laboratorio Esclusivo per la linea di Ricerca (SI-NO)	Attività svolta (descrizione sintetica):



Denominazione Laboratorio	N. unità personale	Tipologia	H INDEX complessivo

**E.8** indicare le linee di ricerca riconosciute dal programma triennale e fornire i risultati ottenuti nel biennio:

Denominazione Linea di Ricerca
Nominativo del responsabile con indicazione della qualifica professionale
Descrizione Linea di Ricerca
Obiettivi Linea di Ricerca
Indicatore/i linea di ricerca
Principali risultati ottenuti dalla linea di ricerca negli ultimi 2 anni

**E.9** numero dei brevetti (nazionali, europei e internazionali) registrati e relative quote di introiti economici:

Descrizione Brevetto	Anno Brevetto	Quote introiti economici Anno	Quote introiti economici Anno
<b>N. Totale brevetti registrati</b>			

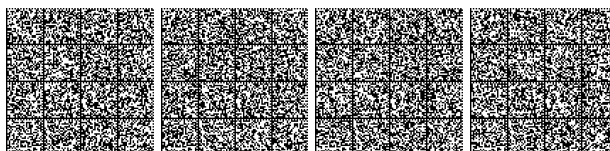
**E.10** indicare i prodotti della ricerca traslazionale più significativi;

**E.11** indicare i 50 articoli scientifici più significativi del biennio, con relativa citation index :

Titolo e riferimento bibliografico	Area di ricerca

**E.12** descrizione dei progetti formativi interni finalizzati alla ricerca dell'ultimo biennio;

TITOLO DEL PROGETTO	SINTESI Finalità	Anno	Durata	NUMERO SOGGETTI FORMATI	Tipologia Soggetti Formatati



**CAPACITÀ DI INSERIRSI IN RETE CON ISTITUTI DI RICERCA DELLA STESSA AREA  
DI RIFERIMENTO E DI COLLABORAZIONI CON ALTRI ENTI PUBBLICI E PRIVATI:**

- F.1 digitalizzazione delle attività assistenziali (come dematerializzazione);  
 F.2 presenza banda larga;  
 F.3 apparecchiature per videoconferenza compatibili con la rete associativa;  
 F.4 tipo di applicazioni presenti in rete;  
 F.5 numero e tipologia servizi offerti in rete (escluso CUP);  
 F.6 centri di riferimento a livello regionale o nazionali presenti nella struttura (indicazioni degli atti ufficiali di identificazione);  
 F.7 collaborazioni con altri enti ed istituzioni estere:

Ente collaborante	Estero	Data Stipula Accordo

**DIMOSTRATA CAPACITÀ DI ATTRARRE FINANZIAMENTI  
PUBBLICI E PRIVATI INDIPENDENTI**

**ATTIVITA' DI ASSISTENZA**

	Anno ...	Anno ...
<b>Totale contributi dal S.S.N.</b>		
<b>Totale contributi da privati</b>		
<b>Donazioni</b>		
<b>Altri contributi (specificare)</b>		

**ATTIVITA' DI RICERCA**

	Anno ...	Anno ...
<b>Contributi pubblici italiani</b>		
<b>Contributi pubblici europei</b>		
<b>Contributi pubblici extra europei (NIH ecc...)</b>		
<b>TOTALE CONTRIBUTI PUBBLICI</b>		
<b>Contributi privati italiani</b>		
<b>Contributi privati europei</b>		
<b>Contributi privati extra europei (NIH ecc...)</b>		
<b>TOTALE CONTRIBUTI PRIVATI</b>		
<b>Donazioni</b>		
<b>Brevetti</b>		
<b>Altri contributi (specificare)</b>		



**CERTIFICAZIONE DI QUALITÀ DEI SERVIZI SECONDO PROCEDURE  
INTERNAZIONALMENTE RICONOSCIUTE**

**H.1** certificazione ISO;

**H.2** certificazione Joint Commission;

**H.3** certificazione OECI (oncologia).

Documentazione da inviare esclusivamente su un separato supporto informatico:

1. distribuzione nominativa del personale tra le varie Unità Operative e/o Laboratori;
2. elenco dei rapporti convenzionali dell'Istituto con strutture di ricerca, università ecc. che non comportino trasferimento del personale.

15A02487

