

# **Azienda Ospedaliera San Giovanni-Addolorata**

**RELAZIONE SULLA PERFORMANCE**

**ANNO 2018 (2017)**



La presente relazione, predisposta ai sensi e per gli effetti dell'articolo 10, comma 1, lettera b), del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n.150, evidenzia a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti, e il bilancio di genere realizzato.

## **PRESENTAZIONE**

<b>2. SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI ALTRI STAKEHOLDER ESTERNI</b> .....	5
2.1 IL CONTESTO ESTERNO DI RIFERIMENTO.....	5
2.2 L'AMMINISTRAZIONE .....	5
2.3 I RISULTATI RAGGIUNTI.....	10
2.4 LE CRITICITA' E LE OPPORTUNITA' .....	13
<b>3. OBIETTIVI: RISULTATI RAGGIUNTI E SCOSTAMENTI</b> .....	14
3.1 ALBERO DELLA PERFORMANCE (allegato 1).....	14
3.2 OBIETTIVI STRATEGICI.....	15
3.3 OBIETTIVI OPERATIVI.....	16
3.4 OBIETTIVI INDIVIDUALI.....	24
<b>4. RISORSE, EFFICIENZA ED ECONOMICITA</b> .....	25
<b>5. PARI OPPORTUNITA' E BILANCIO DI GENERE</b> .....	27
<b>6. IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE</b> .....	30
6.1 FASI, SOGGETTI TEMPI E RESPONSABILITA' .....	30
6.2 PUNTI DI FORZA E DI DEBOLEZZA DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE .....	32

## **2. SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI ALTRI STAKEHOLDER ESTERNI**

### **2.1 IL CONTESTO ESTERNO DI RIFERIMENTO**

Il processo di riforma del SSR avviato con il D. Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni e con la Legge Regionale Lazio 16 giugno 1994, n. 18 ha investito tutte le Aziende Sanitarie, comportando in alcuni casi fusioni tra diverse realtà, in altri la riorganizzazione del soggetto giuridico. Questa ultima ipotesi è riconducibile all'Azienda che, pur se non destinataria di accorpamenti con altre aziende, nel tempo ha dovuto rivedere la propria organizzazione in funzione degli indirizzi provenienti dalla programmazione sanitaria regionale in tema di razionalizzazione delle strutture ospedaliere (riduzione del numero delle strutture attraverso soppressione ed accorpamenti di strutture di medesima disciplina), di ottimizzazione degli indici e dei parametri di attività (soppressione e/o accorpamento di strutture a bassi indici di produttività) e di riduzione dei posti letto (rientro nell'ambito del numero di posti letto fissati con i Decreti del Commissario ad Acta) e da Piano di Rientro.

### **2.2 L'AMMINISTRAZIONE**

L'A.O. San Giovanni Addolorata è stata formalmente costituita con deliberazione della Giunta Regionale Lazio n. 5163 del 30 giugno 1994, ai sensi e per gli effetti della L.R. Lazio n. 18 del 16 giugno 1994, ed è stata attivata a decorrere dal 1° luglio 1994.

L'attuale assetto organizzativo si basa sull'Atto Aziendale vigente, approvato dagli organi regionali con DCA U00112 del 19/03/2015, e s.m.i.

Si articola in:

- staff (struttura e funzioni);
- strutture di primo livello : dipartimenti (art. 17 bis D.Lgs. 502/92 e s.m.i.);
- strutture di secondo livello unità operative complesse e unità operative semplici dipartimentali.

L'Azienda è una azienda sanitaria pubblica, senza finalità di lucro, di alta specializzazione e di rilievo nazionale, deputata ad assicurare l'accoglienza, il conforto umano ed il trattamento clinico-assistenziale più appropriato a tutte le persone che ad essa si rivolgono per i trattamenti in emergenza\urgenza o in quanto portatrici di bisogni di salute in fase acuta nonché di patologie ad alta complessità.

Per le finalità sopra esposte, l'Azienda utilizza un approccio multidisciplinare, definendo ed applicando modelli e linee guida per il miglioramento dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali e promuovendo lo sviluppo di procedure diagnostiche e terapeutiche innovative.

Le attività dell'Azienda sono svolte sulla base delle moderne conoscenze tecnico scientifiche e delle più avanzate tecnologie a disposizione, nel rispetto dei principi di etica, efficacia, efficienza ed economicità.

La risposta alla domanda di salute è fornita attraverso la partecipazione al raggiungimento dei livelli di assistenza previsti dalla pianificazione nazionale e regionale.

Rientrano, inoltre, nell'ambito dei compiti dell'Azienda la garanzia della continuità delle cure ai pazienti al fine di contribuire al miglioramento dello stato di salute della popolazione.

Il perseguimento degli obiettivi, derivanti dalla missione aziendale, è assicurato mediante l'attuazione di principi, logiche e strumenti di governo clinico ed economico.

Assume infine rilevanza primaria, nella missione istituzionale dell'Azienda, la formazione (di base, avanzata e continua) di eccellenza dei professionisti nell'assistenza.

Gli standard di qualità in termini generali sono individuati ed illustrati nell'ambito della Carta dei Servizi, disponibile sul sito istituzionale. Vengono effettuate indagini di Customer Satisfaction attraverso interviste di persona e telefoniche relativamente alla attività di ricovero presso i reparti di degenza, i cui risultati sono disponibili sul sito istituzionale nella Sezione Amministrazione Trasparente. - La funzione di tutela è regolarmente svolta dall'URP, anche sulla base delle procedure individuate e descritte nel

regolamento per la gestione ed il trattamento degli esposti, disponibile sul sito nella sezione Tutela. Alla luce dei risultati ottenuti attraverso le indagini di Customer Satisfaction e dalla analisi dei reclami pervenuti all'URP, non si è finora ritenuto necessario revisionare gli standard di qualità. Le eventuali criticità emerse attraverso gli strumenti sopra illustrati vengono risolte nelle sedi e nei modi opportuni, ma non hanno evidenziato la necessità di rivedere gli standard.

L'Azienda espleta la sua attività istituzionale su tre presidi ospedalieri ed un presidio sanitario.

TAB. 1 PRESIDI

	<b>ubicazione</b>	<b>destinazione</b>
<b>P.O. San Giovanni</b>	Piazza San Giovanni in Laterano dal n. 78 al n. 82 - 00184 Roma	attività clinica per patologie acute comprensiva dell'attività di emergenza ed urgenza e dell'attività intensiva e sub intensiva, in regime di ricovero ordinario e diurno
<b>P.O. Addolorata</b>	Via di Santo Stefano Rotondo n. 5/a - 00184 Roma	attività clinica ed attività riabilitativa e/o post-acuzie, in regime di ricovero ordinario e diurno e attività di specialistica ambulatoriale
<b>P.O. Britannico</b>	Via di Santo Stefano Rotondo n. 6 - 00184 Roma	attività clinica in regime di ricovero ordinario e diurno ed attività di specialistica ambulatoriale ivi compresa la Banca degli Occhi
<b>P.S. Santa Maria</b>	Via di San Giovanni in Laterano n. 155 - 00184 Roma	attività di specialistica ambulatoriale, dialisi ed attività di ricovero a ciclo diurno

TAB. 2 POSTI LETTO ESISTENTI AL 01/01/2017 (Fonte: NSIS – HSP12)

Descrizione U.o.	ESISTENTI	
	PL ord.	PL dh ds
Angiologia	0	8
Cardiologia d'urgenza	12	0
Cardiologia 2	20	1
Chirurgia generale 1	26	2
Chirurgia robotica	4	
Chirurgia plastica	4	2
Chirurgia generale 2	25	2
Patologia della mammella	4	3
Terapia antalgica	2	2
Chirurgia endocrina	4	2
Chirurgia maxillo facciale	8	2
Chirurgia vascolare	12	1
Radiologia interventistica	2	0
Ematologia	14	7
Diabetologia	0	2
Scienza dell'alimentazione	0	1
Immunologia	0	2
Geriatria	20	2
Medicina I per l'urgenza	28	0
Medicina interna 2	26	0
Medicina interna 3	30	1
Medicina interna 4	30	1
Neurochirurgia	27	0
Nido	20	0
Neurologia	20	0
UTN	2	0
Oculistica	4	2
IRCCS Fondazione G.B. Bietti	2	2
Chirurgia vitreoretinica	2	1
Ortopedia e traumatologia	40	5
Medicina e traumatologia dello sport	8	1
Ginecologia e Ostetricia	34	7
Otorinolaringoiatria	18	1
Urologia	20	2
Centro Rianimazione Polivalente	10	0
Terapia Intensiva PO	6	0
UTIC	10	0
Breve Osservazione	10	0
Holding area	10	0
Medicina fisica e riabilitazione	12	3
Riabilitazione cardiologica	4	0
Gastroenterologia	2	1
Patologia neonatale	13	0
Oncologia	9	15
Malattie apparato respiratorio	18	1
UTIN	8	0
Radioterapia	0	1
	<b>580</b>	<b>83</b>

N.B. la Fondazione Bietti opera presso l'A.O. in virtù di una convenzione

La presenza, all'interno dei Presidi dell'Azienda, di tutte le principali specialità mediche e chirurgiche e di un DEA di II° livello consente una notevole capacità di risposta a tutti i fabbisogni dei cittadini che fanno ricorso alle cure ospedaliere, determinando, tuttavia, al contempo complesse problematiche organizzative, cui occorre far fronte anche con una intensa ed incisiva attività finalizzata alla riduzione del rischio clinico.

#### Risorse umane

Il numero dei dipendenti in servizio al 31 dicembre 2017 è di 2.164 unità (incluso il tempo determinato).

TAB. 3 COMPOSIZIONE PERSONALE 2017 (2016)

Tipologia personale	2016	2017	differenza	scostamento rispetto all'anno precedente %
Dirigenti medici	505	514	9	1,78
Dirigenti ruolo sanitario non medico	18	19	1	5,56
Comparto ruolo sanitario	1331	1315	-16	- 1,20
Dirigenti altri ruoli	14	14	0	-
Comparto altri ruoli	303	302	-1	- 0,33
<b>TOTALE</b>	<b>2171</b>	<b>2164</b>	<b>-7</b>	<b>- 0,32</b>

Comprende il personale a tempo indeterminato e determinato, nonché gli inc. art. 15 sept.dec. lgs. n. 502/92 e smi.  
Fonte : UOC Politiche del personale e gestione risorse umane - dato al 31/12/2017

TAB. 4 DATI PERSONALE ANNO 2017 (fonte: UOC Politiche del personale e gestione risorse umane)

INDICATORI	VALORE
Tasso di crescita del personale nell'ultimo triennio	-0,60%
Tasso di assenze	17%
Tasso di richieste di mobilità	2,30%
Tasso di infortuni	7,21%
Stipendio lordo medio percepito dai dipendenti del comparto	30.089
Stipendio lordo medio percepito dai dirigenti	70.060

Comprende il personale a tempo indeterminato e determinato, nonché gli inc. art. 15 sept.dec. lgs. n. 502/92 e smi.

Fonte dati : UOC politiche del personale e gestione risorse umane

## 2.3 I RISULTATI RAGGIUNTI

Dati riferiti all'anno 2017, come rilevati dai report dall'Unità operativa Sistema Informativo Sanitario (S.I.S) (fonte : schede di dimissione ospedaliera, archivio accessi di pronto soccorso, archivio prestazioni ambulatoriali).

TAB. 5 OSPEDALE IN CIFRE ANNO 2017 (2016)

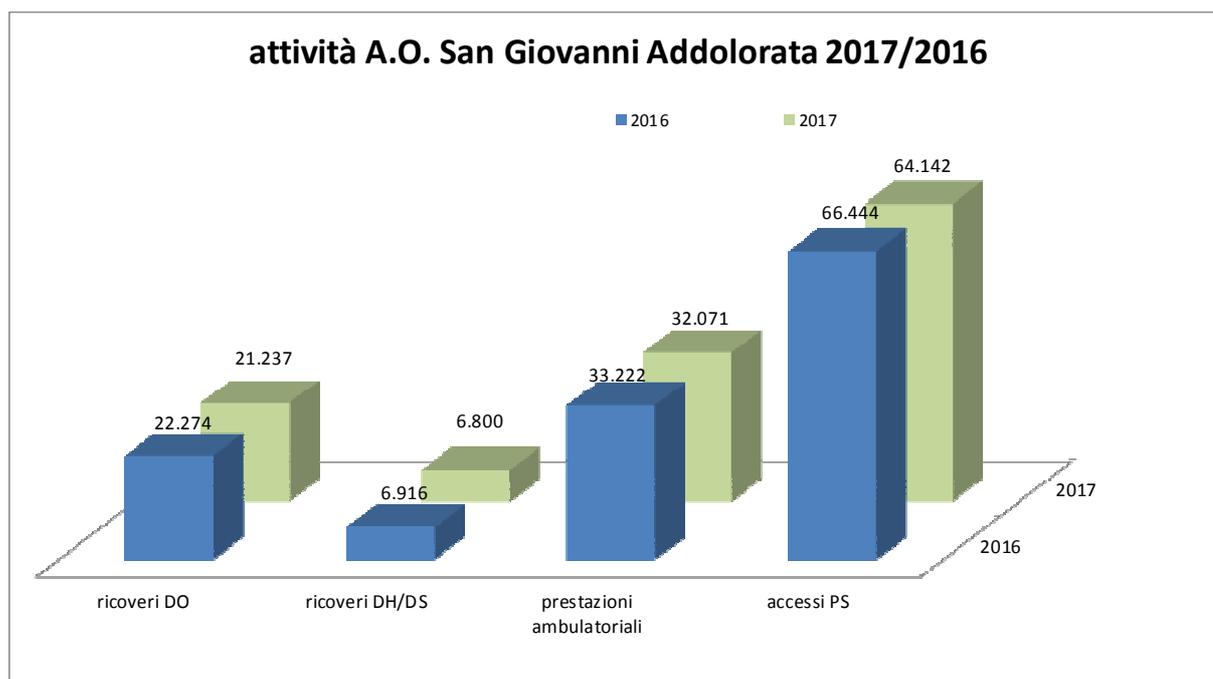
			2016	2017
<b>ASSISTENZA OSPEDALIERA</b>	Assistenza ospedaliera per acuti : in day hospital e day surgery	n. ricoveri effettuati in regime di DH DS	6.916	6.800
		n. accessi effettuati in regime di DH DS	27.544	28.280
	Assistenza ospedaliera per acuti : in degenza ordinaria	n. ricoveri effettuati in regime ordinario	22.274	21.237
		n. giorni di degenza ordinaria	171.523	164.226
	Assistenza ospedaliera per lungodegenti	n. giorni di degenza per lungodegenti	0	0
	Assistenza ospedaliera per riabilitazione	n. giorni di degenza per riabilitazione (DH DO)*	6.578	6.777
	Attività di pronto soccorso	n. accessi al pronto soccorso	59.556	58.333
interventi chirurgici	n. interventi	15.604	12.309	

<b>ASSISTENZA DISTRETTUALE (rivolta ai pazienti ambulatoriali)</b>	attività di laboratorio	436.489	411.031
	attività di diagnostica strumentale e per immagini	34.970	35.970
	attività clinica	271.927	288.256

Fonte dati : SIS- elaborazione UOC pianificazione strategica

\* dato 2017 provvisorio

GRAFICO 1 ATTIVITA' 2017 (2016) (fonte dati : SIS – elaborazione UOC pianificazione strategica, controllo di gestione, supporto OIV e controllo interno)



Analizzando il grafico su riportato si evidenzia una sostanziale riduzione delle attività.

Risultano in calo gli accessi al PS (-1.223 rispetto al pari periodo 2016), mentre il numero dei ricoverati resta sostanzialmente in linea con l'anno precedente. Pertanto appare evidente come a fronte di un sostanziale minore ricorso dell'utenza alle prestazioni di un DEA di II livello, evidentemente dovuto ad una razionalizzazione di valenza fra territorio e Azienda, lo stesso abbia mantenuto la sua funzione di punto di accesso per patologie complesse.

Quanto all'attività di degenza, seppur la stessa risulti in calo, si è osservato un incremento di attività nell'ambito di alcuni settori con tecnologie avanzate quali l'oncoematologia, la radioterapia, la chirurgia con tecnica robotica, e di settori di eccellenza chirurgica quali ad es. testa-collo, chirurgia oncologica della mammella, urologia, vascolare, radiologia interventistica.

Le prestazioni ambulatoriali risultano in flessione sostanzialmente per la riclassificazione del laboratorio analisi da parte della Regione.

GRAFICO 2 ACCESSI PS PER ESITO ANNO 2016 – dettaglio (fonte dati : SIS – elaborazione UOC pianificazione strategica, controllo di gestione, supporto OIV e controllo interno)

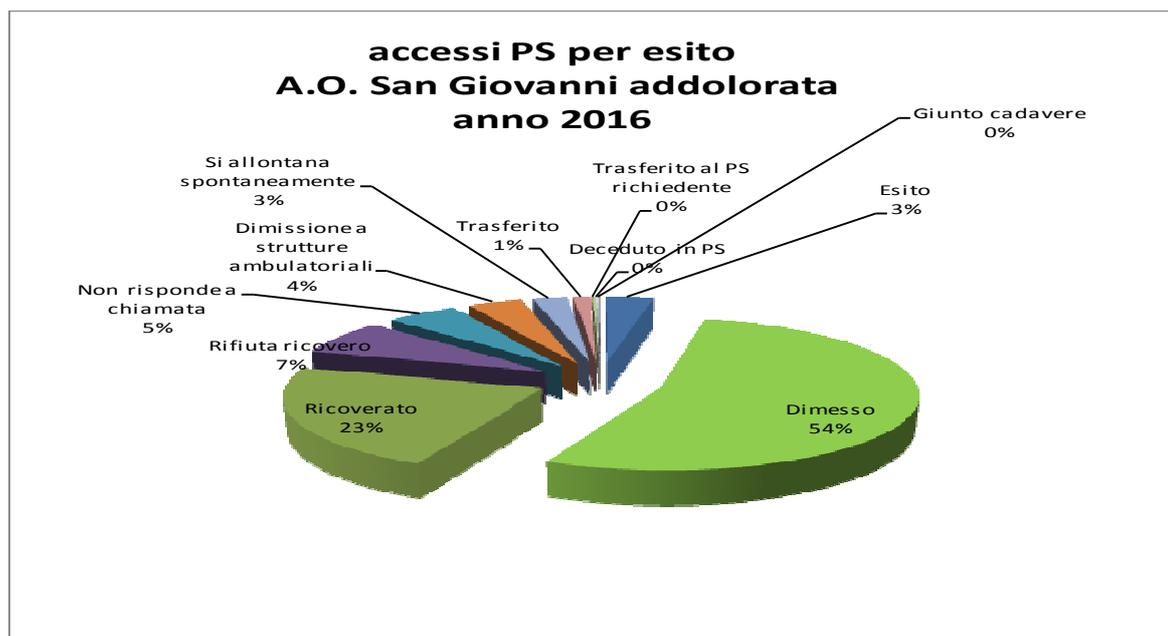


GRAFICO 3 ACCESSI PS PER ESITO ANNO 2017 - dettaglio (fonte dati : SIS – elaborazione UOC pianificazione strategica, controllo di gestione, supporto OIV e controllo interno)

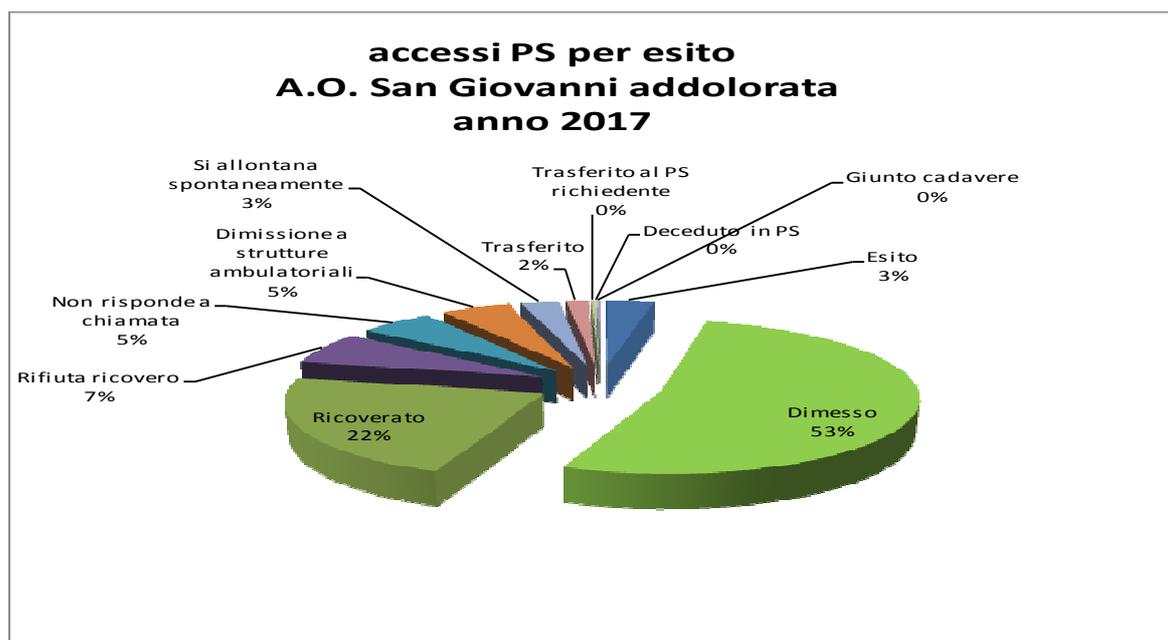
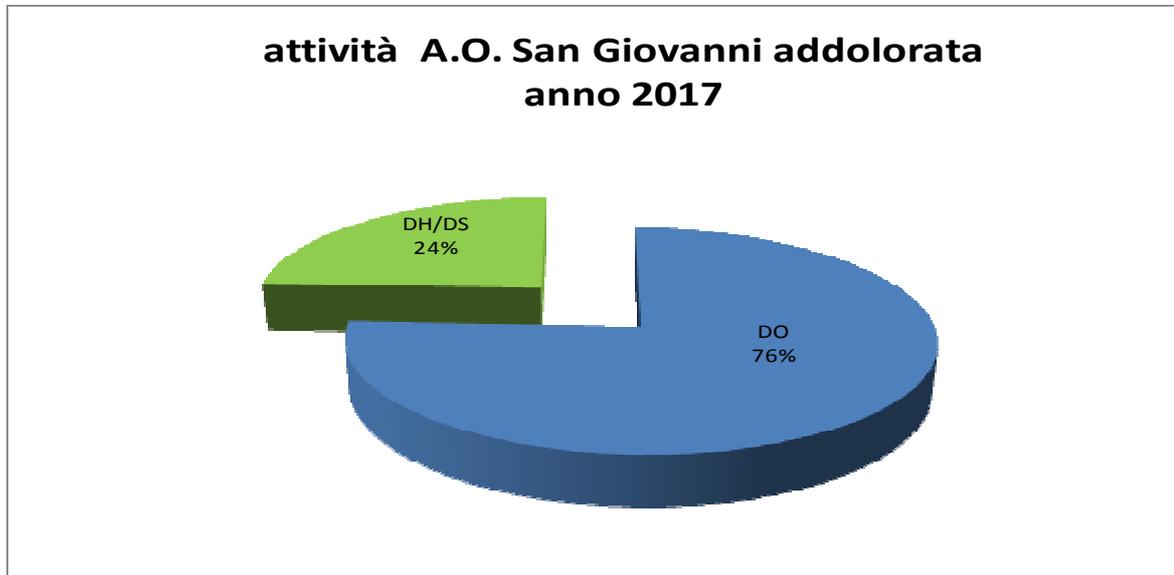


GRAFICO 4 PESO ATTIVITA' RICOVERO ORDINARIO E DH ANNO 2017 (fonte dati : SIS – elaborazione UOC pianificazione strategica, controllo di gestione, supporto OIV e controllo interno)



## 2.4 LE CRITICITA' E LE OPPORTUNITA'

### Le criticità

- carenza di personale stanti i limiti assunzionali derivanti dal Piano di rientro pur se attenuate nel corso dell'anno 2017
- ritardi nella completa informatizzazione dei processi amministrativo – contabili, che tuttavia, sono in fase di soluzione
- vetustà delle apparecchiature sanitarie stante le limitate risorse a disposizione

### Le opportunità

- presenza di specialità che per la loro valenza assistenziale e terapeutica caratterizzano l'Azienda con l'Alta Specializzazione ed il Rilievo Nazionale
- presenza di aree che costituiscano elemento di eccellenza per la complessità dell'attività erogata e per la qualità assistenziale fornita: oncoematologica, neurologica, cardiovascolare, osteomuscolare, materno-infantile, oftalmologica con Banca degli Occhi individuata quale Centro di riferimento regionale,

chirurgica (vascolare, robotica, mammaria, otorinolaringoiatrica), radiologica interventistica

- elevate capacità e competenze professionali
- alto livello di alcune tecnologie
- mantenimento della conformità delle infrastrutture agli standard in materia di sicurezza
- contrasto alla frammentazione organizzativa attraverso il lavoro di gruppo
- adeguato supporto delle informazioni interne ed esterne
- buona definizione degli obiettivi a tutti i livelli e disponibilità di un sistema di indicatori per monitorare le principali performance delle diverse tipologie di personale per giungere ad una valutazione
- utilizzo finanziamenti regionali, recentemente stanziati, per la III fase degli investimenti sanitari derivanti dai fondi ex art 20 della Legge 67/1988

### **3. OBIETTIVI: RISULTATI RAGGIUNTI E SCOSTAMENTI**

#### **3.1 ALBERO DELLA PERFORMANCE (allegato 1)**

Gli obiettivi per l'anno 2017 sono coerenti con quelli individuati dall'Azienda nel Piano di rientro 2017 – 2019 adottato con deliberazione n. 236/2017 (reperibile al sul sito aziendale nell'Area Amministrazione Trasparente – sezione atti amministrativi generali), cui si è rimandato con la deliberazione n. 237/2017 unitamente agli obiettivi derivanti da PARM (delibera n. 123 del 14/02/2017) e PTTPC (delibera n.75/DG del 31/01/2017), nonché con gli obiettivi assegnati dalla Regione Lazio al Direttore Generale con DCA n. U00216 del 06/06/2017 “Definizione, ai sensi dell’art. 3 bis, comma 5, del d.lgs. 30 dicembre 1992 n. 502, dei criteri generali e delle procedure per la valutazione dell’attività dei Direttori Generali delle Aziende del SSR e assegnazione degli obiettivi per gli anni 2016- 2017”

La Direzione strategica ha utilizzato gli obiettivi derivanti da Piano di rientro come parametro di sbarramento (secondo il principio SI/NO) per l'accesso al sistema premiante nell'ambito del quale la valutazione è stata determinata dagli obiettivi derivanti da PARM e PTTPC.

TAB. 6 DETTAGLIO PIANO DI RIENTRO

Azienda Ospedaliera San Giovanni - OBIETTIVI DA PIANO DI RIENTRO			
€m In	2017		
	Tendenziale	Manovre	Programmatico
Contributi da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. regionale	18,62	0,00	18,62
Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti	(0,14)	0,00	(0,14)
Contributi da Regione a titolo di copertura extra LEA	0,00	0,00	0,00
Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	2,33	0,00	2,33
Altri contributi in conto esercizio	4,39	0,00	4,39
Mobilità attiva intra	124,80	4,46	129,25
Mobilità attiva extra regionale	5,71	0,24	5,95
Payback	0,00	0,00	0,00
Compartecipazioni	3,33	0,27	3,60
Altre entrate	4,06	0,90	4,96
Costi capitalizzati	8,80	0,00	8,80
Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti - Altri contributi	0,00	0,00	0,00
<b>TOTALE RICAVI</b>	<b>171,90</b>	<b>5,87</b>	<b>177,77</b>
<b>Personale</b>	<b>124,41</b>	<b>(1,79)</b>	<b>122,63</b>
Irap	8,05	0,00	8,05
<b>Beni</b>	<b>50,82</b>	<b>(0,41)</b>	<b>50,41</b>
beni sanitari	50,55	(0,41)	50,14
beni non sanitari	0,27	0,00	0,27
<b>Servizi</b>	<b>54,58</b>	<b>(2,27)</b>	<b>52,31</b>
servizi sanitari	12,47	(1,58)	10,89
servizi non sanitari	42,11	(0,69)	41,42
<b>Prestazioni da privato</b>	<b>0,39</b>	<b>0,00</b>	<b>0,39</b>
medicina di base	0,00	0,00	0,00
farmaceutica convenzionata	0,00	0,00	0,00
assistenza specialistica da privato	0,18	0,00	0,18
assistenza riabilitativa da privato	0,00	0,00	0,00
assistenza ospedaliera da privato	0,00	0,00	0,00
altre prestazioni da privato	0,21	0,00	0,21
<b>Prestazioni da pubblico</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
Mobilità passiva intraregionale	0,17	0,01	0,18
Mobilità passiva extraregionale	0,00	0,00	0,00
Accantonamento	10,13	0,00	10,13
Oneri finanziari	7,00	0,00	7,00
Oneri fiscali (netto irap)	0,47	0,00	0,47
Saldo poste straordinarie	0,00	0,00	0,00
Saldo intramoenia	1,29	0,00	1,29
Ammortamenti	8,96	0,00	8,96
Rivalutazioni e svalutazioni	-	-	-
<b>TOTALE COSTI</b>	<b>263,69</b>	<b>(4,46)</b>	<b>259,23</b>
<b>RISULTATO DI ESERCIZIO</b>	<b>(91,79)</b>	<b>10,33</b>	<b>(81,46)</b>
Iscrizione quota FSR da operarsi da parte della GSA ai sensi dell'articolo 1, comma 531, della legge n. 208/2015			<b>64,3 mln</b>

### 3.2 OBIETTIVI STRATEGICI

Gli obiettivi strategici aziendali individuati per l'anno 2017 discendono dal Piano di rientro n. 236/2017 così come approvato con DCA RL n. n. U00223 del 16/06/2017 “applicazione del comma 525 dell'art. 1 L. n. 208 del 28/12/2015. Approvazione dei Piani di rientro triennali” (si veda tab. 4).

In particolare sono state individuate a livello aziendale le seguenti AREE STRATEGICHE con il relativo punteggio :

- AREA 1 obiettivi aziendali da Piano di Rientro sbarramento SI/NO
- AREA 2 PARM punti 35
- AREA 3 Trasparenza e prevenzione corruzione punti 30

- AREA 4 Riorganizzazione/efficientamento/qualità/sviluppo
 

tecnico amministrativo	punti	35
<b>punteggio totale</b>	<b>punti</b>	<b>100</b>

### 3.3 OBIETTIVI OPERATIVI

Gli obiettivi strategici sono stati declinati in obiettivi operativi assegnati ai singoli Centri di responsabilità/titolari di budget in sede di negoziazione di primo livello con i Dipartimenti, il secondo livello si è svolto all'interno dei singoli dipartimenti, nei limiti del bilancio preventivo 2017 e delle indicazioni regionali, così come individuati con le delibere di avvio del ciclo della Performance 2017 con l'individuazione dei centri di responsabilità (n. 178/DG del 02/02/2017) e di assegnazione degli obiettivi (delibera n. 631/DG del 01/08/2017) secondo il processo delineato nel Regolamento del Ciclo di Gestione della Performance adottato con la suddetta deliberazione di avvio del ciclo.

Per i Dipartimenti gli obiettivi operativi derivanti dal Piano di Rientro (Area strategica 1 produzione, contenimento costi di farmaci e dispositivi, qualità ed esiti), declinati a livello di UUOO afferenti sono stati utilizzati come sbarramento per l'accesso alla performance organizzativa.

Gli obiettivi specifici in materia di trasparenza e prevenzione corruzione (Area strategica 3), così come concordati con il Responsabile della trasparenza e della prevenzione della corruzione unitamente a quelli del PARM (Area strategica 2) hanno definito la percentuale di accesso al sistema premiante delle singole strutture.

Ai Direttori di Dipartimento sono state consegnate la scheda con gli obiettivi operativi del Dipartimento ed, in bozza, le schede con gli obiettivi operativi delle singole unità operative afferenti a ciascuno di essi da negoziare con i singoli responsabili e rappresentato che le schede con gli obiettivi operativi constavano di 2 sezioni:

- una con gli obiettivi derivanti dalle manovre previste nel Piano di Rientro (area 1) che funge da sbarramento il cui mancato raggiungimento preclude la valutazione degli obiettivi aziendali;
- una con gli obiettivi aziendali, Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione 2017 – 2019 (area 3) e Piano Annuale del Risk Management 2017 (area 2), che determinano la percentuale di accesso al fondo della struttura operativa nel sistema di misurazione della performance;

La Direzione Strategica con nota prot. n. 8545 del 22/03/2017, indirizzata ai Direttori di Dipartimento, al Direttore Medico dei Presidi Ospedalieri ed al Direttore DAI, ha precisato, tra l'altro, che :

1. il legame del processo di budget 2017 con il Piano di Rientro così come predisposto secondo le indicazioni regionali e costruito sui dati di attività e consumo consolidati del 2016;
2. la vincolarità delle schede obiettivo dei Dipartimenti consegnate nella riunione del Collegio di Direzione del 17/03/2017, ferma restando la modificabilità delle BOZZE di schede per singola struttura afferente in sede di trattativa di budget di secondo livello intradipartimentale, fatto salvo il risultato finale dipartimentale immodificabile;

invitando i Direttori di Dipartimento a ritrasmettere le schede firmate entro il 31/03/2017.

Inoltre con successiva nota prot. n. 14744 del 23/05/2017, indirizzata ai Direttori di Dipartimento, la Direzione Strategica, richiamando la summenzionata nota, ha:

- ❖ rinnovato l'invito a trasmettere tutta la documentazione entro il 26/05/2017, non essendo ancora pervenuta alcuna scheda di dipartimento;
- ❖ rimarcato la tassatività degli obiettivi dipartimentali in quanto derivanti dal Piano di Rientro e che la distribuzione all'interno del dipartimento alle singole UUOO

degli obiettivi doveva consentire il raggiungimento degli stessi a livello dipartimentale. Pertanto la firma della scheda obiettivi rappresentava l'assunzione dell'impegno al raggiungimento degli obiettivi riportati e a nulla sarebbero valse in sede di consuntivazione eventuali osservazioni circa l'impossibilità di raggiungimento degli stessi contestuali o precedenti la data della firma;

- ❖ rimarcato inoltre, qualora a livello di singole UUOO nel corso d'anno fossero intervenute cause ostative al raggiungimento degli obiettivi assegnati, la necessità di attivare tempestivamente la procedura di rinegoziazione degli obiettivi con la Direzione Strategica, procedura che avrebbe comportato la rimodulazione degli obiettivi all'interno del dipartimento stesso si da consentire comunque il raggiungimento degli obiettivi assegnati;

Per le UUOO afferenti le AREE FUNZIONALI sono stati individuati specifici obiettivi operativi nell'ambito delle aree strategiche 3 e 4.

Anche per il 2017, come si era proceduto in via sperimentale per il 2016, per il comparto, sono stati individuati obiettivi operativi specifici.

La valutazione intermedia degli obiettivi operativi è stata effettuata con il seguente calendario:

PRIMO MONITORAGGIO Il 28 giugno, 3, 11 e 19 luglio si sono svolti gli incontri con i Dipartimenti Chirurgia, Medicina, Specialità, Emergenza e assistenza intensiva e Servizi diagnostici e medicina trasfusionale per il monitoraggio del I trimestre degli obiettivi derivanti dalle manovre previste nel Piano di Rientro; lo stesso monitoraggio è stato effettuato anche per tutte le altre uu.oo. toccate dagli stessi obiettivi.

L'8 agosto 2017 è stata trasmessa alla Regione Lazio la relazione sugli indicatori per il monitoraggio del Piano di Efficientamento 2017-2019 dell'Azienda.

SECONDO MONITORAGGIO L'11 ottobre 2017 presentazione ai Direttori di Dipartimento dei risultati del monitoraggio al I semestre degli obiettivi derivanti dalle manovre previste nel Piano di Rientro.

Il 16 ottobre 2017 è stata trasmessa alla Regione Lazio la relazione sugli indicatori per il monitoraggio al III trimestre del Piano di Efficientamento 2017-2019, la relazione è stata rimodulata e reinviata in Regione il 6 novembre u.s.

Nell'ultima decade di ottobre e nella prima decade di novembre sono stati effettuati gli incontri finalizzati al monitoraggio al I semestre degli obiettivi derivanti dalle manovre previste nel Piano di Rientro, secondo il seguente calendario:

25 ottobre 2017 - Dipartimento Medicina e Dipartimento Chirurgia

7 novembre – Dipartimento Specialità

8 novembre – Dipartimento Medicina per approfondimenti e Dipartimento Servizi diagnostici e medicina trasfusionale

10 novembre – Dipartimento di emergenza e assistenza intensiva.

In data 9 novembre u.s. è stata richiesta, a tutte Unità operative non facenti parte dei Dipartimenti, una relazione, aggiornata alla data del 30 settembre u.s., sullo stato dell'arte degli obiettivi operativi negoziati per l'anno 2017 al fine di monitorarne il grado di raggiungimento.

TERZO MONITORAGGIO Il monitoraggio al III trimestre del Piano di Efficientamento 2017-2019 è stato presentato ai Direttori di Dipartimento e delle unità operative ad essi afferenti durante gli incontri di negoziazione di budget per l'anno 2018 come di seguito calendarizzati:

20 dicembre – Dipartimento Servizi diagnostici e medicina trasfusionale e Dipartimento Specialità,

21 dicembre - Dipartimento di Emergenza e Assistenza Intensiva e Dipartimento Medicina,

10 gennaio – Dipartimento Chirurgia, (calendarizzato nel mese di gennaio a seguito della nomina del nuovo Direttore dei Dipartimento, visto il recesso dal servizio del precedente Direttore, a far data dal 1^ gennaio 2018).

In sede di consuntivazione finale si è proceduto alla cassazione dei seguenti obiettivi operativi:

obiettivo strategico 4	obiettivo operativo	azione
•obiettivo operativo 4.6.6	Istituzione segreteria tecnica del GdL per la promozione dell'appropriatezza d'uso dei disinfettanti/antisettici	cassato

L'attività di consuntivazione delle schede di budget 2017 si è protratta fino al mese di luglio 2018 in concomitanza con l'approvazione del bilancio consuntivo 2017, è stata conclusa il 5 luglio 2018 e gli esiti sono stati trasmessi ai Responsabili di UUOO e per conoscenza al Direttore di Dipartimento, successivamente all'Organismo Indipendente di Valutazione per le attività conseguenti.

Il criterio utilizzato per il superamento della valutazione di sbarramento è il risultato economico di budget (2017F) in linea o migliorativo rispetto al risultato economico di budget (2017P) assegnato da Piano di Rientro (anche in termini di riduzione del disavanzo). Per risultato economico di budget si intende la differenza fra il valore dei ricavi (produzione per attività ospedaliera e ambulatoriale ) e dei costi (personale e beni sanitari).

Per una maggiore comprensione qui di seguito si riporta una scheda di budget tipo.

UOC	Valori previsti in sede di contrattazio				Variazione Prevista				Valori rilevati				Variazione Rilevata			
	2016F		2017 P		€		%		2017P		2017F		€		%	
	A	B	C = B-A	D = C/A	E	F	G = F-E	H = G/E								
<b>Attività ospedaliera</b>																
<i>Ricoveri DO/DH</i>																
<i>Giornate/Accessi</i>																
<b>Attività specialistica ambulatoriale</b>																
<i>Prestazioni esterni</i>																
<b>Personale</b>																
<i>Dirigente medico</i>																
<i>Comparto</i>																
<i>SPTA</i>																
<b>VALORE PRESTAZIONI (€/mln)</b>																
<i>Valore ricoveri (€/mln)</i>																
<i>Valore ambulatorio esterni (€/mln)</i>																
<i>Valore ambulatorio interni (€/mln)</i>																
<b>Costo del Personale (€/mln)</b>																
<i>di cui straordinario - personale medico (€/mil)</i>																
<b>Costo dei Beni sanitari (€/mln)</b>																
<b>TOTALE COSTI (€/mln)</b>																
<b>RISULTATO ECONOMICO (€/mln)</b>																
<b>KPI</b>																
<i>Costo Personale/Valore prestazioni</i>																
<i>Costo Beni sanitari/Valore prestazioni</i>																
<i>Degenza Media</i>																
<i>Tasso di Occupazione dei posti letti (DO A)</i>																
<i>Peso medio DRG (DO A)</i>																

Per il calcolo del risultato economico sono stati considerati esclusivamente i ricavi e costi diretti.

Ove tale criterio non sia risultato soddisfatto l'Amministrazione ha preso in considerazione ulteriori parametri, quali : incremento di attività, riduzione della degenza media, conseguimento di particolari obiettivi di rilievo regionale o ottenimento certificazioni, mancata attuazione di normative regionali necessarie al raggiungimento dell'obiettivo, riduzione del ricorso al fondo del disagio, razionalizzazione (riduzione) di erogazione di prestazioni per interni.

Nel caso in cui anche i predetti ulteriori parametri non siano risultati migliorativi rispetto all'anno precedente, si è preso atto del mancato superamento dell'obiettivo assegnato alla Unità Operativa, con conseguente preclusione alla successiva valutazione della performance.

La quota percentuale di UUOO che hanno superato lo sbarramento è pari all'88%. L'A.O. nel suo complesso ha raggiunto un punteggio pari a **88,45** (allegato 2).

Il posizionamento dei singoli CdR/titolari di budget afferenti alle Aree rispetto agli obiettivi operativi loro assegnati (area strategica n. 4) è nel complesso positivo, essendosi tutti posizionati ampiamente al di sopra del 50%.

Il posizionamento dei singoli CdR/titolari di budget afferenti ai Dipartimenti, che hanno superato lo sbarramento, rispetto agli obiettivi operativi loro assegnati è nel complesso positivo, essendosi tutti i Dipartimenti posizionati ampiamente al di sopra del 50% rispetto agli obiettivi loro assegnati (aree strategiche n. 2 e 3).

GRAFICO 5 PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2017 - POSIZIONAMENTO CdR in %  
(elaborazione dati : UOC pianificazione strategica, controllo di gestione, supporto OIV e controllo interno)



TAB 7 PERFORMANCE ORGANIZZATIVA AZIENDALE – posizionamento delle UUOO che hanno superato lo sbarramento

	punteggio
U.O.C. MEDICINA D'URGENZA	90.9
U.O.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE/CENTRO DI RIANIMAZIONE POLIVALENTE	90.9
UOC PRONTO SOCCORSO E BREVE OSSERVAZIONE	90.9
UOC CARDIOLOGIA D'URGENZA CON UNITA' CORONARICA	90.9
UOC NEUROLOGIA CON UNITA' DI TRATTAMENTO NEUROVASCOLARE	90.9
UOSD TERAPIA INTENSIVA POST OPERATORIA	90.9
UOSD RADIOLOGIA VASCOLARE INTERVENTISTICA	90.9
UOC UROLOGIA	88.10
UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE/ANESTESIA OPERATORIA	88.10
UOC CHIRURGIA VASCOLARE	88.10
UOSD CHIRURGIA ROBOTICA DEDICATA ALLA CHIRURGIA GENERALE	88.10
UOSD CENTRO DI SENOLOGIA	88.10
UOSD CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	88.10
UOSD TERAPIA ANTALGICA	88.10
UOC MEDICINA INTERNA AD INDIRIZZO IMMUNOLOGICO	89.30
UOC MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO ED ENDOSCOPIA VIE AEREE	89.30
UOC CARDIOLOGIA E RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA	89.30
UOC MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	89.30
UOC GERIATRIA	89.30
UOSD ENDOCRINOLOGIA E DIABETOLOGIA	89.30
UOSD NEFROLOGIA E DIALISI	89.30
UOSD SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE	89.30
UOSD MEDICINA INTERNA AD INDIRIZZO ENDOCRINO-METABOLICO	89.30
UOC OFTALMOLOGIA - BANCA DEGLI OCCHI	93
UOC OTORINOLARINGOIATRIA	93
UOC GINECOLOGIA E OSTETRICIA	93
UOC NEONATOLOGIA CON TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	93
UOC ONCOLOGIA	93
UOC EMATOLOGIA	93
UOC RADIOTERAPIA	93
UOC GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA	93
UOSD CHIRURGIA VITREORETINICA	93
UOC RADIODIAGNOSTICA	100
UOC PATOLOGIA CLINICA	100
UOC ANATOMIA ED ISTOLOGIA PATOLOGICA	100
UOC MEDICINA TRASFUSIONALE	100
UOSD RADIODIAGNOSTICA PRESIDIO ADDOLORATA	100
UOSD GENETICA MEDICA	100
UOC DMPO	100
UOC Gestione Ambulatoriale e ALPI	100
UOC Pianificazione strategica, budget, controllo di gestione, supporto OIV e controllo interno	100
UOSD Rischio clinico e Medicina Legale	100
UOSD Prevenzione e Protezione	91
UOSD Sistema Informativo Sanitario	100
UOSD Ufficio Relazioni con il Pubblico	100
UOSD Qualità e Formazione	95
UOSD Sviluppo organizzativo	100
UOSD Sviluppo e gestione incremento delle tecnologie informatiche	100
UOSD Ingegneria Clinica	100
UOC Acquisizione beni e servizi	100
UOC Economico finanziario e patrimoniale	100
UOC Gestione e sviluppo delle tecnologie , uso razionale dell'energia, manutenzione edile ed impiantistica	85
UOC Progettazione, conservazione e valorizzazione del patrimonio immobiliare-storico	100
UOC Politiche del personale e GRU	100
UOSD Affari Generali	100
UOSD Attività amministrativa legale	100
UOC Direzione assistenza infermieristica	73.6
UOS Dispositivi medici	100
UOS Farmaci	100
UOS Galenica Clinica	100
UOSD Fisica Medica	100

Per quanto riguarda il personale del comparto sanitario il criterio utilizzato per il superamento della valutazione di sbarramento (SI/NO) è stato la riduzione del ricorso allo straordinario (2017F) il cui valore sia in linea o migliorativo rispetto a quanto previsto (2017P) nel Piano di Rientro.

Il punteggio di accesso alla performance organizzativa è stato determinato dai punteggi raggiunti delle 10 posizioni organizzative del comparto del ruolo sanitario, tutte al di sopra del 50%.

### 3.4 OBIETTIVI INDIVIDUALI

Per quanto attiene gli obiettivi individuali, coerentemente con quanto previsto dal Sistema di misurazione della performance aziendale vigente adottato con deliberazioni n. 01/DG e 02/DG nel gennaio 2016, ciascun Direttore/Responsabile di UO individuato come CDR/Titolare di budget o, ove previsto la P.O. per il comparto sanitario, ha provveduto a condividere gli obiettivi assegnati con il personale afferente la struttura e ad individuare ed assegnare agli stessi, per ruoli (amministrativo e sanitario) e per gruppi omogenei di operatori, obiettivi individuali coerenti con gli obiettivi operativi.

Il nuovo sistema di misurazione della performance prevede l'elaborazione delle schede e l'effettuazione della verifica mediante l'utilizzo di una piattaforma online. Poiché nel 2017 la stessa non era ancora a disposizione dell'azienda si è proceduto con l'elaborazione delle schede su supporto cartaceo.

I sistemi di misurazione e valutazione individuale sono stati aggiornati ed applicati secondo il nuovo regolamento a partire dal 2017. (Deliberazioni n. 01 e 02/DG dell'11/01/2016).

Del nuovo sistema di misurazione, concordato con le OOSS, è stata data ampia informazione mediante la pubblicazione nell'intranet aziendale, nel corso dell'anno, inoltre, sono stati organizzati corsi di formazione per il personale apicale e di coordinamento responsabile della valutazione individuale.

Il processo di valutazione della performance individuale così come strutturata sulla base dei nuovi protocolli adottati prevede per tutto il personale (apicale e non) la valorizzazione della performance sulla base di un'unica scheda di valutazione.

Nel corso del 2017 sono stati valutati n. 2.181, su complessivi 2.296 dipendenti transitati in Azienda nel corso dell'anno, i restanti 115 non sono stati valutati per i seguenti motivi : carenza di del requisito dei 40 gg lavorativi nell'anno di riferimento, aspettativa a vario titolo, non aventi diritto (religiosi, medici a rapporto non esclusivo, comandati in uscita), in lunga assenza per specifiche disposizioni di legge o contrattuali, personale assunto o cessato nel 2017 che non ha maturato il requisito dei 40 gg di cui sopra.

Il dettaglio di fasi e risultati è riportato nelle schede di cui all'allegato 4.

#### **4. RISORSE, EFFICIENZA ED ECONOMICITA**

TAB. 8 RISORSE FINANZIARIE ANNO 2017 - Fonte dati UOC economico finanziaria e patrimoniale

	Anno 2016	Anno 2017	Variazione %
valore della produzione	177.783	183.454	3,2
Altri proventi (interessi attivi, proventi straordinari)	6.389	2.640	-58,7
costi della produzione	247.323	248.341	0,4
Altri costi (interessi passivi, oneri straordinari)	10.044	8.690	-13,5
imposte	8.539	8.192	-4,1
risultato economico	-81.734	-79.129	-3,2
indice di copertura del valore della produzione rispetto ai costi complessivi di gestione %	67	69	

Il bilancio consuntivo 2017 registra una riduzione della perdita di esercizio (-3,2%) rispetto all'anno precedente, sostanzialmente in linea con il bilancio programmatico da Piano di Rientro.

Il risultato è stato raggiunto grazie alla combinazione del sostanziale contenimento dei costi (+0,4), complessivamente in linea con l'anno precedente e di un aumento del valore

della produzione (+3,2% rispetto al pari periodo 2016), legato ad un sostanziale miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri, e da ultimo dall'incremento dei "ricavi" per farmaci innovativi di cui alla determinazione GSA n. G18728 del 28/12/2017.

Relativamente ai costi per l'acquisizione di beni e servizi, nella tabella sottostante vengono riportati i dati di consuntivo del 2017 a confronto con il consuntivo dell'anno precedente.

Dalla tabella si evince un decremento di tutte le voci di spesa ad eccezione della spesa per beni sanitari, che registra un +8% per la spesa di farmaci ed emoderivati legata soprattutto all'ulteriore incremento di attività di oncologia ed ematologia e un + 14% nella spesa per dispositivi medici (dispositivi IVD + 65%).

TAB. 8 COSTI DI BENI E SERVIZI ANNO 2017 (2016) Fonte dati UOC economico finanziaria e patrimoniale

	2016	2017	differenza	%
Beni sanitari	47.308	52.793	5.485	12
Beni non sanitari	239	264	25	10
Servizi sanitari	19.067	15.892	-3.175	-17
Servizi non sanitari	29.556	25.460	-4.096	-14

Relativamente ai costi del personale, nella tabella sottostante vengono riportati i dati di consuntivo del 2017 leggermente in flessione rispetto all'anno precedente per il combinato delle fuoriuscite per pensionamento e del contenimento delle assunzioni come da indicazioni regionali.

TAB. 9 COSTO DEL PERSONALE ANNO 2017 (2016) Fonte dati UOC economico finanziaria e patrimoniale

Tipologia personale	2016	2017	differenza	%
Dirigenti medici	53.224	52.755	-469	-1
Dirigenti ruolo sanitario non medico	1.787	1.701	-86	-5
Comparto ruolo sanitario	56.639	56.550	-89	0
Dirigenti altri ruoli	1.252	1.275	23	2
Comparto altri ruoli	10.825	10.604	-221	-2
<b>TOTALE</b>	<b>123.727</b>	<b>122.885</b>	<b>-842</b>	<b>-1</b>

## **5. PARI OPPORTUNITA' E BILANCIO DI GENERE**

### **Pari opportunità e bilancio di genere**

Il Comitato unico di garanzia ex art. 21 della legge 183/2010, istituito con Delibera n. 822.DG del 21/10/2013 , non risulta ancora insediato.

Nel 2017 si è proceduto al rinnovo del C.U.G. con delibera n. 885/DG del 31/10/2017 individuando nel Direttore della UOC Direzione medica dei Presidi Ospedalieri.

Non sono stati forniti dati sul rispetto della presenza di entrambi i generi nella composizione delle commissioni concorsuali interne.

TAB. 10 COMPOSIZIONE PERSONALE 2017 (2016) DETTAGLIO GENERE

dipendenti in cifre	anno 2016		totale	anno 2017		totale
	maschi	femmine		maschi	femmine	
Dirigenti ruolo sanitario non medico	6	12	18	5	14	19
Comparto ruolo sanitario	389	942	1331	391	924	1315
Dirigenti altri ruoli	296	223	519	292	236	528
Comparto altri ruoli	162	141	303	146	156	302
<b>TOTALE</b>	<b>853</b>	<b>1318</b>	<b>2171</b>	<b>834</b>	<b>1330</b>	<b>2164</b>

Comprende il personale a tempo indeterminato e determinato, nonché gli inc. art. 15 sept.dec. lgs. n. 502/92 e s.m.i.

Fonte : UOC Politiche del personale e gestione risorse umane - dato al 31/12/2017

TAB. 11 COMPOSIZIONE PERSONALE 2017 (2016) DETTAGLIO GENERE dato %

dipendenti in %	anno 2016		totale	anno 2017		totale
	maschi	femmine		maschi	femmine	
Dirigenti ruolo sanitario non medico	0%	1%	1%	0%	1%	1%
Comparto ruolo sanitario	18%	43%	61%	18%	43%	61%
Dirigenti altri ruoli	14%	10%	24%	13%	11%	24%
Comparto altri ruoli	7%	6%	14%	7%	7%	14%
<b>TOTALE</b>	<b>39%</b>	<b>61%</b>	<b>100%</b>	<b>39%</b>	<b>61%</b>	<b>100%</b>

Comprende il personale a tempo indeterminato e determinato, nonché gli inc. art. 15 sept.dec. lgs. n. 502/92 e smi. - dato al 31/12/2017

Fonte : UOC Politiche del personale e gestione risorse umane

TAB. 12 PERSONALE 2017 – FORMAZIONE

INDICATORI	VALORE
Ore di formazione (media per dipendente)	9,87
ore di formazione (dipendenti donna)	13.612
Costi di formazione	67.472

Comprende il personale a tempo indeterminato e determinato, nonché gli inc. art. 15 sept.dec. lgs. n. 502/92 e smi.

Fonte dati : UOSD Qualità e Formazione

TAB. 13 COMPOSIZIONE PERSONALE 2017 – FASCE ETA’

dipendenti	maschi				femmine			
	< 35	36 <X> 45	46 <X> 55	>56	< 35	36 <X> 45	46 <X> 55	>56
Dirigenti ruolo sanitario non medico	0	0	1	4	0	2	9	3
Comparto ruolo sanitario	20	83	178	110	56	251	429	188
Dirigenti altri ruoli	2	26	111	153	5	42	113	76
Comparto altri ruoli	1	9	72	74	6	19	59	62
<b>TOTALE</b>	<b>23</b>	<b>118</b>	<b>362</b>	<b>341</b>	<b>67</b>	<b>314</b>	<b>610</b>	<b>329</b>

TAB. 14 COMPOSIZIONE PERSONALE 2017 – FASCE ETA’ in %

dipendenti	maschi				femmine			
	< 35	36 <X> 45	46 <X> 55	>56	< 35	36 <X> 45	46 <X> 55	>56
Dirigenti ruolo sanitario non medico	0%	0%	0%	1%	0%	1%	1%	1%
Comparto ruolo sanitario	87%	70%	49%	32%	84%	80%	70%	57%
Dirigenti altri ruoli	9%	22%	31%	45%	7%	13%	19%	23%
Comparto altri ruoli	4%	8%	20%	22%	9%	6%	10%	19%
<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>							

TAB. 15 COMPOSIZIONE PERSONALE 2017 – LIVELLO ISTRUZIONE

dati anno 2017 in cifre				
dipendenti	licenza elementare	licenza media	diploma	laurea
maschi	0	146	352	344
femmine	0	167	774	381
<b>TOTALE</b>	<b>0</b>	<b>313</b>	<b>1126</b>	<b>725</b>

Comprende il personale a tempo indeterminato e determinato, nonché gli inc. art. 15 sept.dec. lgs. n. 502/92 e s.m.i.

Fonte : UOC Politiche del personale e gestione risorse umane

TAB. 16 COMPOSIZIONE PERSONALE 2017 – LIVELLO ISTRUZIONE in %

dati anno 2017 in %			
dipendenti	licenza media	diploma	laurea
maschi	47%	31%	47%
femmine	53%	69%	53%
<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Comprende il personale a tempo indeterminato e determinato, nonché gli inc. art. 15 sept.dec. lgs. n. 502/92 e s.m.i.

Fonte : UOC Politiche del personale e gestione risorse umane

## **Benessere organizzativo**

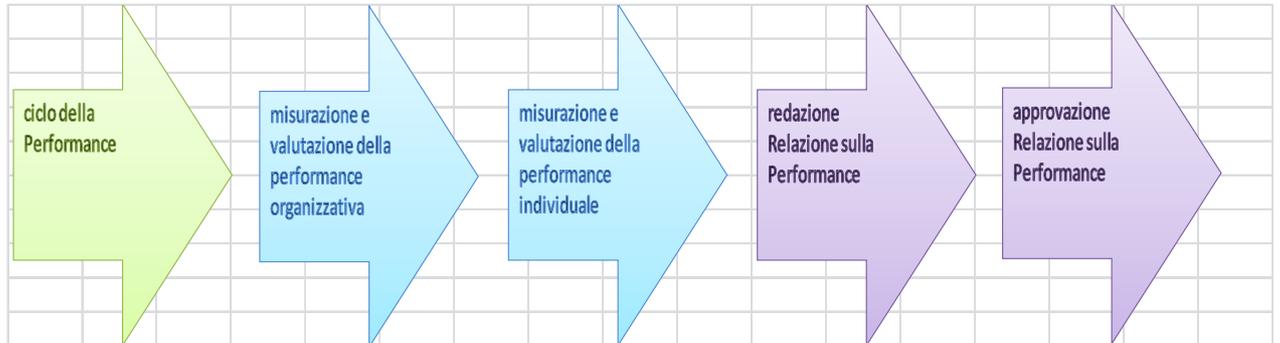
Stante l'effettuazione dell'indagine nel corso del 2016, i cui esiti sono disponibili e pubblicati sul sito aziendale nell'Area Amministrazione Trasparente, non si è ad oggi proceduto all'effettuazione di ulteriore indagine.

## **6. IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE**

### **6.1 FASI, SOGGETTI TEMPI E RESPONSABILITA'**

Alla realizzazione della Relazione, che materialmente è stata predisposta dalla U.O.C. Pianificazione Strategica, Budget, Controllo di Gestione, supporto OIV e Controllo Interno, individuata da questa Azienda quale struttura tecnica di supporto all'OIV, hanno collaborato le U.O.C / U.O.S.D coinvolte ratione materiae mediante l'invio della documentazione necessaria.

GRAFICO 5 FASI DEL PROCESSO DI REDAZIONE



attività	attori	2016		2017												2018						
		nov	dic	gen	feb	mar	apr	mag	giu	lug	ago	set	ott	nov	dic	gen	feb	mar	apr	mag	giu	lug
Avvio del processo di elaborazione del Piano (nel 2017 Piano di rientro) sulla base delle linee di indirizzo di cui al Piano di efficientamento	Staff Direzione Generale / UOC Pianificazione Strategica, gruppo di lavoro																					
Riunione di coinvolgimento degli stakeholder per l'eventuale integrazione delle linee strategiche	Direzione strategica / Collegio di Direzione / gruppo di lavoro																					
Predisposizione delle linee di indirizzo strategico del Piano	Staff Direzione Generale/UOC Pianificazione Strategica																					
Analisi e validazione delle linee d'indirizzo da parte della Direzione generale	Direzione Generale																					
Predisposizione ed elaborazione schede di programmazione	Direzione strategica / UOC Pianificazione Strategica																					
definizione preconsuntivo bilancio anno 2016 preventivo 2017	Direttore Generale																					
predisposizione degli obiettivi operativi e relativi indicatori	Direzione strategica / UOC Pianificazione Strategica																					
trasmissione all'OIV e alle OOSS per l'informativa della bozza del Piano	UOC Pianificazione Strategica / UOC politiche del personale e GRU																					
Approvazione ed adozione del Piano da parte della Direzione Generale	Direttore Generale																					
Attività di monitoraggio in corso d'anno	UOC Pianificazione Strategica																					
Verifica risultati precedenti e redazione relazione sulla Performance	Staff Direzione Generale / UOC Pianificazione Strategica / Comitato di Budget																					
Valutazione dello stato del sistema e relazione conclusiva	OIV																					

Il Direttore Generale coadiuvato dalla struttura di staff Pianificazione Strategica, Budget, Controllo di Gestione, supporto OIV e Controllo Interno, predispone lo schema di relazione.

L'OIV ai sensi dell'art. 14 comma 4lett. C, d.lgs n. 150/2009 la valida e ne assicura la visibilità attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale nell'Area Amministrazione Trasparente.

## 6.2 PUNTI DI FORZA E DI DEBOLEZZA DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

L'Azienda Ospedaliera, per l'anno 2017, si era data l'obiettivo di miglioramento per quanto attiene al ciclo di gestione delle performance. I tempi sono migliorati sia per la performance organizzativa sia per quella individuale, ai primi di luglio si è portato a compimento il processo relativo alla performance organizzativa e, in anticipo rispetto all'anno scorso, nel mese di giugno si è concluso quello della performance individuale.

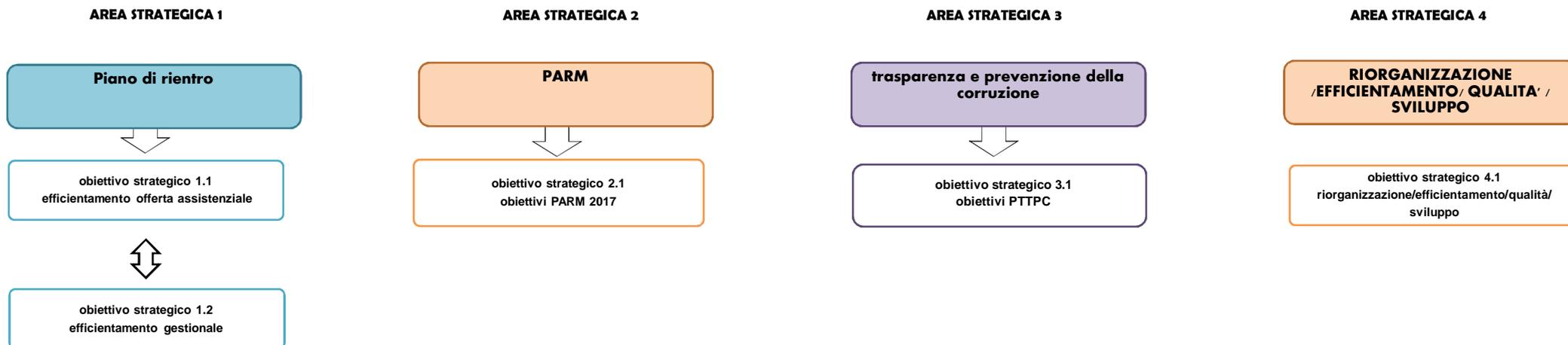
Per il ciclo della performance 2018 ci si prefigge di:

1. chiudere la valutazione organizzativa ed individuale entro il mese di giugno 2019;
2. migliorare ulteriormente la modalità di reporting della fase di valutazione, rendendo ancor più espliciti e tracciabili i singoli passaggi.

Roma, 12/07/2018

Il Direttore Generale

f.to Ilde Coiro



obiettivi operativi		INDICATORE	FONTE	PERIODO	RISULTATO ATTESO	PESO	P.TI
<b>AREA STRATEGICA 1 - PIANO DI RIENTRO</b>							
<b>obiettivo strategico 1.1. EFFICIENTAMENTO OFFERTA ASSISTENZIALE</b>					<b>totale area</b>	<b>SI/NO</b>	<b>SI</b>
1.1.1	incremento Ricoveri ordinari	RIDUZIONE DISAVANZO	BILANCIO	ANNO	SI	SI	SI
1.1.2	incremento Ricoveri DH						
1.1.3	incremento attività ambulatoriale						
1.1.4	File F						
<b>obiettivo strategico 1.2. EFFICIENTAMENTO GESTIONALE</b>							
1.2.1	Personale	RIDUZIONE DISAVANZO	BILANCIO	ANNO	SI	SI	SI
1.2.2	Farmaci ed emoderivati						
1.2.3	Dispositivi						
	Non chirurgici						
Chirurgici							
1.2.4	Altri beni						
1.2.5	Servizi						
	Servizi sanitari						
	Servizi non sanitari						
<b>obiettivo strategico 1.3. QUALITA' ED ESITI</b>							
1.3.1	Ridurre il ricorso potenzialmente inappropriato al taglio cesareo nelle donne senza pregresso cesareo	Numero di ricoveri per parto cesareo primario sul totale dei parti con nessun pregresso cesareo. I parti cesarei primari sono definiti come parti cesarei tra donne con nessun pregresso cesareo.	SIO	ANNO	SI	SI	SI
<b>AREA STRATEGICA 2 - PARM</b>					<b>totale area</b>	<b>35,00</b>	<b>24</b>
<b>obiettivo strategico 2.1. PARM</b>							
2.1.1	Partecipazione, del 50% del personale, ai corsi di formazione "Risk Management"	n. personale formato/ n. personale afferente			50%	4,38	4,38
		standard 100%					
2.1.2.	Completezza della cartella clinica: check list cartella clinica, check list camera operatoria, scheda del dolore, scheda unica di terapia e consensi previsti	n. cartelle cliniche esaminate complete/ n. tot. cartelle cliniche esaminate			90%	4,38	4,13
		standard 100%					

2.1.3	Organizzazione e partecipazione ad audit organizzativi e di sistema (finalizzati alla valutazione dei processi organizzativi di supporto all'attività sanitaria come procedure, protocolli aziendali, raccomandazioni ministeriali, individuazione di criticità, elaborazione di azioni di miglioramento ed alla loro conseguente introduzione nella pratica professionale)	n. Audit effettuati/ n. Audit programmati  Standard: esecuzione di almeno un audit	rischio clinico	ANNO	100%	4,38	-
2.1.4	Incontri trimestrali intradipartimentali degli operatori/facilitatori di reparto, con il Direttore del Dipartimento, il Referente aziendale di area per il rischio clinico ed il Risk Manager su eventuali criticità riscontrate nell'applicazione dei Protocolli aziendali	n. incontri effettuati/ n. incontri programmati  Standard: N. 4 incontri/anno			50%	4,38	4,38
2.1.5	Completamento del processo di dematerializzazione della cartella clinica ed utilizzo della cartella clinica informatizzata	n. UU.OO. intradipartimentali con cartella clinica informatizzata a regime/ n. UU.OO. tot. intradipartimentali Standard: 100%			50% rivisto in relazione al PARM 2017	4,38	-
2.1.6	Utilizzo del braccialetto elettronico per la riduzione degli errori di identificazione del paziente durante il suo percorso clinico-assistenziale	n. UU.OO. intradipartimentali che utilizzano il braccialetto elettronico a regime/ n. UU.OO. tot. intradipartimentali  Standard: 100%			90%	4,38	2
2.1.7	Utilizzo del software "Gestione Rischio Clinico – Incident Reporting" finalizzato ad uniformare i comportamenti di tutti gli operatori dell'Ospedale riguardo le segnalazioni degli eventi avversi	n. segnalazioni di eventi avversi correttamente trasmesse mediante l'applicativo aziendale/ n. segnalazioni di eventi avversi totali trasmesse anche attraverso modalità differenti  Standard: 100%			70%	4,38	4,38

2.1.8	Partecipazione al controllo ICA tramite consulenza infettivologica continua, recep. rispetto proc. Az.li per precoce individuazione organismi alert sottoposti a sorveglianza adozione idonee terapie verifica e controllo uso antibiotici antifungini	n. di richieste di farmaco corredate da antibiogramma e consulenza infettivologica / n. di richieste totali di farmaco  Standard: 100%			90%	4,38	4,38
<b>AREA STRATEGICA 3 - TRASPARENZA E PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE</b>					<b>totale area</b>	<b>30</b>	<b>30</b>
<b>obiettivo strategico 3.1. OBIETTIVI PTPCT</b>							
3.1.1	obiettivi da mappatura PTPCT	% obiettivi raggiunti/obiettivi piano	responsabile PCT	ANNO	100%	30	30
<b>AREA STRATEGICA 4 - RIORGANIZZAZIONE /EFFICIENTAMENTO/ QUALITA' / SVILUPPO</b>					<b>totale area</b>	<b>35</b>	<b>34</b>
<b>obiettivo strategico 4.1. RIORGANIZZAZIONE /EFFICIENTAMENTO/ QUALITA' / SVILUPPO</b>							
4.1.1	obiettivi da mappatura PTPCT	ampimenti di competenza da Piano aziendale	responsabile PCT		100%	0,44	0,44
4.1.2	Controllo della completezza della cartella clinica: chek list cartella clinica sicurezza in C.O.: check list	n° delle cartelle cliniche a campione (almeno 30 per U.O. per anno)			100%	0,44	0,44
4.1.3	Monitoraggio schede segnalazione eventi avversi	n° delle segnalazioni			100%	0,44	0,44
4.1.4	Diffusione della cultura della sicurezza delle cure	corsi di formazione			100%	0,44	0,44
4.1.5	Campionamenti microbiologici (sale operatorie e camere bianche)	n campionamenti			100%	0,44	0,44
4.1.6	Campionamenti particellari (sale operatorie e camere bianche)	n campionamenti			100%	0,44	0,44
4.1.7	Predisposizione piano delle attrezzature necessarie alla riduzione del rischio MMC	Piano Aziendale			100%	0,44	0,44
4.1.8	Adozione di misure organizzative volte al tendenziale superamento delle unità operative di ricovero per specialità mediante un'organizzazione per area assistenziale ad intensità di cure per acuti e la creazione di moduli polispecialistici di dh medico	realizzazione di un intervento di rimodulazione di aree mediche e aree chirurgiche secondo il modello previsto dal Piano di riordino Area Medica e Area Chirurgica			100%	0,44	0,44
4.1.9	Applicazione del Piano di riorganizzazione delle Sale Operatorie - unitamente alla Uoc DAI e alla Uosd Sviluppo organizzativo	Piano aziendale			100%	0,44	0,29
4.1.10	Consolidamento del percorso realizzato dal bed manager	eliminazione dei letti di appoggio in area chirurgica e riduzione dei letti di appoggio in area medica			100%	0,44	0,44
4.1.11	Attivazione PRGLA 2017-2018	adempimenti PRGLA 207/2018			100%	0,44	0,44
4.1.12	Orientamento utenza per utilizzo TOTEM	report trimestrale attività TOTEM			100%	0,44	0,44
4.1.13	Attivazione del braccialetto elettronico	n° reparti di degenza aderenti			100%	0,44	0,44
4.1.14	Conseguimento appropriatezza organizzativa attività chirurgica di elezione, riguardante le prestazioni da effettuare in day surgery ed in chirurgia ambulatoriale	Piano aziendale			100%	0,44	0,44

4.1.15	EMODINAMICA - lavori di ammodernamento della sezione di Emodinamica	progetto lavori di ammodernamento della sezione di emodinamica		100%	0,44	0,44
4.1.16	GERIATRIA - lavori di ammodernamento e ristrutturazione del reparto di geriatria c/o complesso Addolorata	progetto lavori di ristrutturazione del reparto di geriatria		100%	0,44	0,44
4.1.17	Intervento capillare di manutenzione su base della nuova inventariazione di letti e barelle - verifica funzionale e redazione della procedura di manutenzione	report e procedura		100%	0,44	0,44
4.1.18	Realizzazione interventi: ristrutturazioni come da piano approvato	Piano aziendale		100%	0,44	0,44
4.1.19	SPDC - Affidamento lavori	delibera di affidamento		100%	0,44	0,44
4.1.20	Ultimazione affidamenti prodromici ai lavori messa in sdicurezza del presidio ospedaliero Britannico	delibera di affidamento		100%	0,44	0,44
4.1.21	Adozione dei Piani di riorganizzazione in Area Medica e Chirurgica con attivazione delle unità di Degenza dipartimentali per intensità di cura	Piano aziendale		100%	0,44	0,44
4.1.22	Tecnica IMRT nei trattamenti radioterapici su LINAC	numero pazienti trattati		100%	0,44	0,44
4.1.23	Aumento dei piani di trattamento rispetto al 2016	PdT		100%	0,44	0,44
4.1.24	Attivazione della tecnica Rapidarc	avvio attività		100%	0,44	0,44
4.1.25	Esecuzione collaudi entro 15 gg. dal ricevimento della merce	relazione su verbali di collaudo		100%	0,44	0,44
4.1.26	Risoluzione del 20% delle richieste di intervento tecnico tramite personale tecnico interno	rapporto tecnico		100%	0,44	0,44
4.1.27	Redazione di un Piano annuale per gli investimenti in tecnologie sanitarie, d'intesa con la commissione HTA, nel rispetto delle risorse disponibili	Piano degli investimenti		100%	0,44	0,44
4.1.28	Manuali e procedure processi aziendali / PAC	linee guida regionali emanate		100%	0,44	0,44
4.1.29	Realizzazione corsi di aggiornamento prevenzione	corsi		100%	0,44	0,44
4.1.30	Miglioramento della qualità dei dati - incontri formativi con i referenti dei reparti	Incontri formativi		100%	0,44	0,44
4.1.31	Realizzazione e attuazione del Piano Formativo Aziendale	corsi di formazione		100%	0,44	0,44
4.1.32	DWH aziendale: 1) ristrutturazione della reportistica sulla base delle esigenze della Direzione Strategica e del Controllo di Gestione, con l'ausilio del SIS	report		100%	0,44	0,44
4.1.33	2) Attivazione funzione di consultazione con relativa formazione a tutti i direttori di UOC e UOSD			100%	0,44	0,44

4.1.34	Accesso da parte dell'utenza alla cartella clinica On-line	attivazione della funzione di accesso		100%	0,44	0,44
4.1.35	Integrazione nel sistema AREAS della cartella informatizzata ambulatoriale	cartella informatizzata		100%	0,44	0,44
4.1.36	Piano di efficientamento energetico	Proposta del Piano al Direttore Amministrativo		100%	0,44	0,44
4.1.37	Valorizzazione del patrimonio storico artistico	protocollo d'intesa con Soprintendenza speciale per la procedura di Dialogo Competitivo		100%	0,44	0,44
4.1.38		Publicazione del Bando per la procedura del Dialogo Competitivo		100%	0,44	0,44
4.1.39	Determinazione dei volumi archivio esternalizzato	trasmissioni dati ABS		100%	0,44	0,44
4.1.40	Adozione modello monitoraggio relativo ai costi del personale con proiezione al 31/12/2017	Report alla Direzione Strategica		100%	0,44	0,44
4.1.41	Esecuzione collaudi entro 15 gg. dal ricevimento della merce	relazione su verbali di collaudo		100%	0,44	0,44
4.1.42	Piano antifumo	Piano antifumo		100%	0,44	0,44
4.1.43	Legge Gelli 24/2017 - Redazione di proposta di regolamento	adozione dei regolamenti attuativi		100%	0,44	0,44
4.1.44	Cyber Security - Misure minime di sicurezza ICT per le Pubbliche Amministrazioni	Direttiva Presidente Consiglio dei Ministri 1° agosto 2016		100%	0,44	0,44
4.1.45	Adozione regolamento sperimentazioni	proposta al Direttore Amministrativo	ANNO	100%	0,44	0,44
4.1.46	Monitoraggio della produttività e dell'appropriatezza, produzione trimestrale di report per le esigenze valutative della Direzione Strategica, del Controllo di gestione e dei Direttori di Dipartimento e Uoc /Uosd	report		100%	0,44	0,44
4.1.47	Implementazione Co.An. per APA, PAC e Servizi (vigilanza, alimentazione, lavano e TNT)	driver di ribaltamento		100%	0,44	0,44
4.1.48	Attivazione monitoraggio mensile piano di rientro	report		100%	0,44	0,44
4.1.49	Predisposizione atti a supporto dell'attività dell'OIV	relazioni e verbali		100%	0,44	0,44
4.1.50	Liquidazione delle fatture entro i termini previsti dall'accordo pagamenti	report		100%	0,44	0,44
4.1.51	Adozione regolamento diritto di accesso	proposta al Direttore Amministrativo		100%	0,44	0,44
4.1.52	Tenuta ed aggiornamento riepilogi in formato elettronico scadenziario gare	Report al Direttore Amministrativo		100%	0,44	0,44
4.1.53	Ricognizione ed adeguamento ad obblighi di legge del debito informativo v/ANAC e SITARL	Report al Direttore Amministrativo		100%	0,44	0,44



4.1.71	Ispezioni ai Reparti. Verifica della congruità delle giacenze dei DM.	N° UUOO( 10% delle UUOO)/ N° Report		100%	0,44	0,44
4.1.72	Istituzione segreteria tecnica del GdL per la promozione dell'appropriatezza d'uso della nutrizione enterale/parenterale sulla base delle Linee di indirizzo della SINPE	Convocazione di almeno 3 riunioni di lavoro e produzione di relativo verbale di incontro		100%	0,44	0,44
4.1.73	a)Promozione all'uso dei farmaci Anti-TNF $\alpha$ e G-CSF biosimilari ;	a)Monitoraggio attivo % di nuovi trattati con biosimilari sul totale dei nuovi pazienti arruolati;		100%	0,44	0,44
4.1.74	b)Promozione dell' appropriatezza prescrittiva del vedalizumab nei pazienti affetti da Colite Ulcerosa secondo le linee di indirizzo regionali (Documento Co.Re.Fa.) c)Monitoraggio delle prescrizioni	b) Monitoraggio attivo dei nuovi trattati secondo le linee di indirizzo regionali; c) Invio Report Trimestrali		100%	0,44	0,44
4.1.75	Istituzione segreteria tecnica del GdL per la promozione dell'appropriatezza d'uso dei disinfettanti/antisettici	Convocazione di almeno 3 riunioni di lavoro e produzione di relativo verbale di incontro		100%	cassato	-
4.1.76	Promozione dell'appropriatezza d'uso dei disinfettanti/antisettici attraverso la definizione del prontuario aziendale	Stesura prontuario aziendale degli antisettici e disinfettanti		100%	0,44	0,44
4.1.77	razionalizzazione e riorganizzazione degli uffici in termini di risorse umane anche per il contenimento delle ore di straordinario tenuto conto delle esigenze legate ai concorsi	in linea con valori 2014 e relazione sul nuovo assetto degli uffici e linee di attività		100%	0,44	0,44
4.1.78	Informatizzazione protocolli ematologici ed oncologici	n° protocolli inseriti/n° totale dei protocolli adottati		100%	0,44	0,44
4.1.79	Risk sharing: compilazione 100% schede AIFA (farmaci oncologici iniettabili) di fine trattamento entro max 3 mesi dall'ultimo ciclo.	n° schede chiuse/n° totale dei trattamenti terminati		100%	0,44	0,44
4.1.80	Definizione procedura implementazione test microbiologici per preparati ad uso intravitale per UOC Oculistica	procedura		SI/NO	0,44	0,44
4.1.81	Messa in opera colliri a base di antimicrobici per UOC Oculistica	n° preparazioni/numero prescrizioni		100%	0,44	0,44

**TOTALE AZIENDA      100      88,45**

## SEZIONE DI SINTESI DELLE CARTE DI LAVORO

DENOMINAZIONE AMM.NE

Altra amministrazione

Scegliere l'amministrazione dal menù a tendina a sinistra (cella D2). Nel caso in cui l'amministrazione non sia inclusa nell'elenco, scegliere "Altra amministrazione" (cella D2) e indicarne la denominazione nella cella D3

RIFERIMENTI DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE (A)	OGGETTO DI VERIFICA AI FINI DELLA VALIDAZIONE (AREE DI VERIFICA) (B)	CONCLUSIONI RAGGIUNTE (H) (max 100 parole)	VALIDAZIONE (SI/NO) (I)
1	PRESENTAZIONE E INDICE		SI
2	SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI ALTRI STAKEHOLDER ESTERNI		SI
2.1	Il contesto esterno di riferimento		SI
2.2	L'amministrazione		SI
2.3	I risultati raggiunti		SI
2.4	Le criticità e le opportunità		SI
3	OBIETTIVI: RISULTATI RAGGIUNTI E SCOSTAMENTI		SI
3.1	Albero della <i>performance</i>		SI
3.2	Obiettivi strategici		SI
3.3	Obiettivi e piani operativi		SI
3.4	Obiettivi individuali		SI
4	RISORSE, EFFICIENZA ED ECONOMICITÀ		SI
5	PARI OPPORTUNITÀ E BILANCIO DI GENERE		SI
6	IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA <i>PERFORMANCE</i>		SI
6.1	Fasi, soggetti, tempi e responsabilità		SI
6.2	Punti di forza e di debolezza del ciclo di gestione della <i>performance</i>		SI
Allegato 2	Tabella obiettivi strategici		SI
Allegato 3	Tabella documenti del ciclo di gestione della <i>performance</i>		SI
Allegato 4	Tabelle sulla valutazione individuale		SI

## ALLEGATO 4 ALLA DELIBERA 5/2012: RELATIVO ALLA PERFORMANCE INDIVIDUALE ANNO 2017

Tabella 4.0 Personale transitato nel corso dell'anno 2017

	personale complessivamente presente nell'anno	personale in possesso dei requisiti per la valutazione	personale carente dei requisiti per la valutazione
Dirigenti medici	532	504	28
Dirigenti SPTA	37	34	3
Non dirigenti	1727	1643	84

Fonte : UOC Politiche del personale e gestione risorse umane

Tabella 4.1 Categorie di personale oggetto della valutazione individuale

	personale valutato (valore assoluto)	periodo conclusione valutazioni		Quota di personale con comunicazione della valutazione tramite colloquio con valutatore (indicare con "X" una delle tre opzioni)		
		mese e anno (mm/aaaa)	valutazione ancora in corso (SI/NO)	50% - 100%	1% -49%	0%
Dirigenti medici	504	01/05/2018	NO	X		
Dirigenti SPTA	34	01/05/2018	NO	X		
Non dirigenti	1643	01/05/2018	NO	X		

Fonte : UOC Politiche del personale e gestione risorse umane

Tabella 4.2 Peso (%) dei criteri di valutazione

	contributo alla performance complessiva dell'amm.ne	obiettivi organizzativi della struttura di diretta responsabilità	capacità di valutazione differenziata dei propri collaboratori	obiettivi individuali	obiettivi di gruppo	contributo alla performance dell'unità organizzativa di appartenenza	competenze/comportamenti professionali e organizzativi posti in essere
Dirigenti medici							
Dirigenti SPTA							
Non dirigenti							

Fonte : UOC Politiche del personale e gestione risorse umane

Tabella 4.3 Distribuzione del personale per classi di punteggio finale

	personale per classe di punteggio (valore assoluto)		
	100%- 90%	89%- 60%	inferiore al 60%
Dirigenti medici	256	230	18
Dirigenti SPTA	23	11	0
Non dirigenti	1416	206	21

Fonte : UOC Politiche del personale e gestione risorse umane

Tabella 4.4 Collegamento alla performance individuale dei criteri di distribuzione della retribuzione di risultato/premi inseriti nel contratto

	Si (indicare con "X")	No (indicare con "X")	(se si) indicare i criteri	(se no) motivazioni	data di sottoscrizione (gg/mm/aaaa)
Dirigenti e assimilabili			criteri di valorizzazione degli apporti individuali misurabili in modo oggettivo legati agli obiettivi di equipe con opportuno grado di omogeneità nel contesto aziendale		verbali di condivisione con le parti sindacali in data 01.12.2015-10.12.2015 e successiva delibera di approvazione 02/DG del 11/01/2016
Non dirigenti			criteri di valorizzazione degli apporti individuali misurabili in modo oggettivo legati agli obiettivi di equipe con opportuno grado di omogeneità nel contesto aziendale		verbale di condivisione con le parti sindacali in data 10.12.2015 e successiva delibera di approvazione 01/DG del 11/01/2016

Fonte : UOC Politiche del personale e gestione risorse umane

Tabella 4.5 Obblighi dirigenziali

I sistemi di misurazione e valutazione sono stati aggiornati, con il richiamo alle previsioni legislative degli obblighi dirigenziali contenute anche nei recenti provvedimenti legislativi e, in primo luogo, nella legge per la prevenzione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione?	
Si (indicare con "X")	No (indicare con "X")

Fonte : UOC Politiche del personale e gestione risorse umane