



Relazione annuale sulla *performance* 2017

(art. 10, comma 1, lettera b del d.lgs. n. 150/2009)

1 Presentazione e indice

La presente Relazione annuale sulla *performance* rendiconta ai cittadini e agli altri *stakeholder* le attività svolte dall'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP) per il perseguimento del mandato istituzionale durante l'anno 2017, con riferimento alle aree strategiche definite nell'Atto di indirizzo per lo stesso periodo. Ciò consente a tutti coloro che sono interessati di acquisire elementi utili alla misurazione e alla valutazione della *performance* raggiunta dall'Istituto.

Il Ciclo della *performance* prende avvio, infatti, con l'adozione dell'Atto di indirizzo strategico e si conclude con la presente Relazione, secondo le indicazioni contenute nel d.lgs. n. 150/2009, che prevede, all'art. 10, la redazione da parte delle amministrazioni pubbliche di una relazione annuale sulla *performance*, che evidenzia a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati raggiunti rispetto agli obiettivi programmati e alle risorse.

La Relazione rendiconta sui risultati organizzativi e individuali raggiunti e rileva gli eventuali scostamenti, i tempi, i costi e le modalità con cui sono state condotte le attività da parte delle strutture dell'INMP, con riferimento al *cascading* degli elementi del processo di pianificazione che, muovendo dal mandato istituzionale, si disarticola nei singoli livelli fino ad arrivare alla descrizione degli obiettivi strategici, operativi e gestionali assegnati a ciascuna struttura nel 2017. Durante l'anno, gli obiettivi più rilevanti hanno fatto riferimento alla continuazione dell'organizzazione dell'ente, al rafforzamento delle attività dell'Osservatorio epidemiologico nazionale e della Rete nazionale per le problematiche di assistenza in campo socio-sanitario legate alle popolazioni migranti e alla povertà, che ha visto un coinvolgimento sempre più attivo delle Regioni e Province Autonome.

Il quadro organizzativo della Relazione presenta un panorama generale che, muovendo dal contesto esterno di riferimento, arriva a interessare le strutture dell'amministrazione e le relative funzioni, da cui scaturiscono le analisi di contesto interno che recano informazioni dettagliate sulle caratteristiche, potenzialità e criticità gestionali connesse alle varie aree di intervento. Inoltre, la Relazione ha la finalità di alimentare il circolo virtuoso di miglioramento continuo della *performance* dell'Istituto che, a valle della raccolta dei risultati ottenuti durante il 2017, ha avviato nuovamente il processo di ridefinizione delle attività gestionali e degli interventi operativi.

La presente Relazione è stata redatta avendo riguardo della normativa vigente nel corso dell'anno di riferimento, considerato che le modifiche introdotte al d.lgs. n. 150/2009 dal d.lgs. n. 74/2017 sono entrate in vigore il 22/06/2017 e per le amministrazioni del Servizio sanitario nazionale, quale l'INMP, è stata prevista una proroga di sei mesi, per consentire a esse di adeguare i propri ordinamenti ai principi della riforma. In ogni caso, anche considerando le citate modifiche, il quadro normativo di riferimento resta sostanzialmente confermato nel suo impianto originario.

Da ultimo, si evidenzia che a seguito dell'entrata in vigore del citato d.lgs. n. 74/2017, con deliberazione n. 17 del 16 gennaio 2018, previo parere dell'OIV, è stato adottato il "Sistema di misurazione e valutazione della *performance* dell'INMP – Rev. 2", adeguato al nuovo dettato normativo, che si applica al ciclo di gestione della *performance* con riferimento all'anno 2018.

Il Direttore generale
Dott.ssa Concetta Mirisola

Indice

| | | |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1 | Presentazione e Indice | 2 |
| 2 | Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli altri <i>stakeholder</i> esterni | 4 |
| 2.1 | Il contesto esterno di riferimento | 5 |
| 2.2 | L'amministrazione | 6 |
| 2.2.1 | Organizzazione..... | 6 |
| 2.2.2. | Risorse umane | 7 |
| 2.2.3. | Risorse finanziarie..... | 9 |
| 2.2.4. | Servizi resi e numero di utenti serviti | 9 |
| 2.3 | Risultati raggiunti..... | 10 |
| 2.3.1 | Direzione sanitaria..... | 10 |
| 2.3.2 | Direzione amministrativa | 14 |
| 2.3.3 | U.O.C. Pianificazione strategica e bilancio sociale | 16 |
| 2.3.4 | U.O.C. Rapporti internazionali, con le Regioni e gestione del ciclo di progetto..... | 20 |
| 2.3.5 | U.O.C. Coordinamento scientifico | 24 |
| 2.3.6 | Altre linee di attività trasversali previste dal Progetto interregionale..... | 26 |
| 2.4 | Le criticità e le opportunità (nella realizzazione degli obiettivi programmati) | 28 |
| 3 | Obiettivi: risultati raggiunti e scostamenti | 31 |
| 3.1 | Albero della <i>performance</i> | 31 |
| 3.2 | Obiettivi strategici | 33 |
| 3.2.1 | Coinvolgimento degli <i>stakeholder</i> | 39 |
| 3.3 | Obiettivi e piani operativi | 43 |
| 3.3.1 | Obiettivi operativi derivanti dagli obiettivi strategici..... | 43 |
| 3.3.2 | Obiettivi istituzionali..... | 48 |
| 3.3.3 | Integrazione degli obiettivi con il Piano triennale di prevenzione della corruzione e per la trasparenza (PTPCT) | 69 |
| 3.3.4 | Obiettivi e standard di qualità dei servizi erogati..... | 69 |
| 3.3.5 | Risultati in materia di trasparenza e integrità | 70 |
| 3.4 | Obiettivi individuali..... | 71 |
| 4 | Risorse, efficienza ed economicità | 76 |
| 5 | Pari opportunità e bilancio di genere | 79 |
| 6 | Il processo di redazione della Relazione annuale sulla <i>performance</i> | 83 |
| 6.1 | Fasi, soggetti, tempi e responsabilità | 83 |
| 6.2 | Punti di forza e di debolezza del ciclo di gestione della <i>performance</i> | 85 |
| | Elenco delle tabelle | 86 |
| | Elenco delle figure | 86 |
| | ALLEGATI..... | 87 |
| | Allegato n. 1 – Prospetto relativo alle pari opportunità e bilancio di genere 2017 | 87 |
| | Allegato n. 2 – Tabella Obiettivi strategici 2017..... | 88 |
| | Allegato n. 3 – Tabella Documenti del ciclo di gestione della <i>performance</i> 2017 | 89 |
| | Allegato n. 4 – Tabelle Valutazione individuale 2017..... | 90 |

2 Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli altri *stakeholder* esterni

L'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP) è un ente del SSN con personalità giuridica di diritto pubblico, dotato di autonomia organizzativa, amministrativa e contabile, vigilato dal Ministero della salute, con il compito di promuovere attività di assistenza, ricerca e formazione per la salute delle popolazioni migranti e di contrastare le malattie della povertà.

Il Decreto Legge n. 158 del 13 settembre 2012, convertito con modificazioni dalla Legge n. 189 dell'8 novembre 2012, ha assegnato all'INMP il compito di promuovere le attività di assistenza, di ricerca e di formazione per la salute delle popolazioni migranti e di contrastare le malattie della povertà. Inoltre, il mandato legislativo assegna all'INMP precise responsabilità di costituire Centro di riferimento della Rete nazionale per le problematiche di assistenza in campo socio-sanitario legate alle popolazioni migranti e alla povertà, alla quale partecipino tutte le realtà regionali, e di costituire Centro nazionale per le problematiche della mediazione transculturale in ambito sanitario.

L'impegno dell'Istituto è di mitigare gli effetti sulla salute delle disuguaglianze sociali, in linea con quanto si sta attuando in Italia, ovvero numerosi interventi che, se ricalibrati e messi a sistema, potrebbero massimizzare il risultato atteso, nel quadro di una strategia nazionale organica e di lungo periodo, che non coinvolga esclusivamente il settore sanitario, ma impegni trasversalmente tutti i settori delle politiche pubbliche rilevanti. Si tratta di temi importanti e non differibili, che coinvolgono le Istituzioni e la società civile, sollecitando soluzioni concrete in termini di garanzie di *welfare*, con particolare riferimento alla tutela della salute che l'articolo 32 della Costituzione italiana riconosce come diritto fondamentale, senza distinzione di condizioni individuali o sociali. Le attività dell'Istituto costituiscono un impegno costante verso una salute intesa come benessere bio-psico-sociale veramente accessibile per tutti.

L'articolazione delle funzioni dell'Istituto è specificata all'art. 2 del Decreto del Ministero della Salute n. 56 del 22 febbraio 2013, pubblicato sulla G.U. del 23 maggio 2013, recante il Regolamento dell'INMP, nel seguito richiamato come "Regolamento". Esso ribadisce, tra l'altro, che l'Istituto fonda la propria attività su una metodologia d'intervento transdisciplinare, integrando tra di loro le figure professionali sanitarie e socio-assistenziali con quelle della mediazione transculturale e dell'antropologia medica, esplicitando anche le relative modalità di organizzazione, in conformità con la programmazione delle attività di assistenza, di formazione, di ricerca e della Rete nazionale.

La Legge 28 dicembre 2015, n. 208 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato" (Legge di Stabilità 2016) ha stabilito che anche l'INMP opera nell'ambito del SSN ed è assoggettato alla disciplina per questo prevista come confermato peraltro dal parere del Consiglio di Stato n. 969 del 22 aprile 2016, che chiarisce la natura dell'INMP quale Ente del SSN.

Dal 2007 l'Istituto attua un modello innovativo socio-assistenziale integrato tra le discipline mediche e le professionalità dell'antropologia, della psicologia a indirizzo etnopsichiatrico e della mediazione transculturale in campo sanitario, per fronteggiare, all'interno del SSN, le sfide sanitarie relative alla salute delle fasce di popolazione più vulnerabili e svantaggiate, attraverso un approccio transculturale e orientato alla persona. In questo approccio, diverso dall'interdisciplinare e più del multidisciplinare, interagiscono e si permeano tra loro i 4 livelli: biologico, psicologico, sociale e culturale. Tale approccio tende a decodificare situazioni e sintomi che possono dipendere da una disfunzione organica e derivare da condizioni socio-economiche di vita avverse, o vissute come tali dalla persona alla luce di diverse culture e linguaggi.

La necessità di garantire percorsi di tutela a quella parte di popolazione che si trova a vivere ai margini del sistema in condizioni di fragilità sociale, culturale ed economica – migranti e italiani che vivono in stato di povertà - indirizza la linea di azione dell'INMP e la presa in carico dei loro bisogni socio-assistenziali come previsto anche nel Progetto interregionale 2016-2018.

Le attività e i servizi resi a queste popolazioni particolarmente vulnerabili rispondono ai principi di innovazione, etica, efficacia ed efficienza e vengono erogati attraverso un approccio transculturale e transdisciplinare; una particolare attenzione viene posta anche alla razionalità della spesa e all'uso ottimale

delle risorse. L'impianto operativo-concettuale della transculturalità si colloca al centro dell'azione dell'Istituto, fino all'interno del *setting* clinico. Anche la riduzione delle disuguaglianze è uno dei principi cardine dell'attività dell'INMP, tenuto conto dei vincoli di finanza pubblica che hanno acquisito soprattutto nel corso degli ultimi anni sempre maggiore importanza, fino a stabilire che i volumi di assistenza erogati debbano essere compatibili con le risorse assegnate.

Durante il 2018 proseguirà il rafforzamento dell'interazione interdisciplinare tra il personale sanitario e i mediatori transculturali esperti in sanità, gli antropologi medici, l'etnopsicologia, attraverso strumenti di informazione, formazione, lavoro comune. Infine, un monitoraggio sistematico e una specifica attenzione verranno rivolti all'uso ottimale delle risorse - umane, economiche, materiali e tecnologiche - che verranno utilizzate per l'esecuzione dei programmi e delle attività mirati al raggiungimento degli obiettivi istituzionali dell'INMP.

2.1 Il contesto esterno di riferimento

In un periodo storico in cui il fenomeno migratorio è in continuo aumento, il concetto di salute pubblica è senza confini e la distinzione tra problematiche di salute nazionale e internazionale ha oggi perso molto dell'originario significato. Le migrazioni hanno messo alla prova la capacità dei sistemi sanitari, in quanto rappresentano una sfida non solo in termini di quantificazione e analisi dei bisogni, ma anche di adeguata organizzazione dei servizi. Una delle esigenze più importanti è quella di superare la parcellizzazione delle soluzioni adottate nei diversi contesti territoriali, per approdare a pratiche di sanità pubblica basate su evidenze scientifiche e improntate all'appropriatezza, all'efficienza e all'equità per la salute di tutti i cittadini, in particolare di quelli più fragili.

Al 31 dicembre 2016 il numero dei cittadini stranieri residenti in Italia (5.047.028) è aumentato di appena 20.875 persone rispetto al 2015; l'esiguo aumento netto di questa popolazione è stato anche determinato dal gran numero di acquisizioni della cittadinanza italiana. Tra i 5 milioni di residenti stranieri, 3.509.805 sono i non comunitari. Tra il 2007 e il 2016 la popolazione straniera residente in Italia è aumentata di 2.023.317 unità e nel solo 2016 sono state 262.929 le persone registrate in provenienza dall'estero. Oltre agli ingressi temporanei, sono continuati i flussi in entrata per insediamento stabile: il maggior numero di visti è stato rilasciato per motivi familiari, studio, lavoro subordinato, motivi religiosi, adozione (Idos 2017). Intanto, gli arrivi in Italia via mare sono passati dai 153.842 del 2015 ai 181.436 del 2016 (+17,9%) e le richieste d'asilo, secondo Eurostat, da 84.085 a 122.960 (+46,2%). L'Italia si colloca a livello mondiale subito dopo la Germania, gli Stati Uniti, la Turchia e il Sudafrica per domande d'asilo ricevute (Unhcr). In particolare, tra gli sbarcati, i minori non accompagnati sono stati 25.843 nel 2016.

Le evidenze epidemiologiche delineano il profilo di una popolazione del tutto estranea agli "esotismi sanitari" e allo stereotipo del migrante "untore", pericolosa fonte di malattie, specie di tipo infettivo; evidenze epidemiologiche invece concorrono a delineare il quadro di una popolazione esposta alle insidie della marginalità. È il cosiddetto "effetto migrante esausto" che comporta il depauperamento, più o meno rapido, del patrimonio di salute in dotazione ai migranti, quale che sia al momento dell'arrivo, a seguito della continua esposizione a condizioni di vita deprivate. Tale effetto può determinarsi già durante il viaggio, come nel caso dei profughi, o nel Paese ospite, quando i processi di integrazione e le misure di tutela tardano ad attivarsi, e la relazione con i servizi diviene particolarmente problematica. Le conseguenze più dirette sono l'assimilazione a stili di vita insalubri, che possono accelerare il processo di depauperamento del vantaggio di salute che i migranti posseggono al momento dell'arrivo e al conseguente maggior bisogno di ricorso ai servizi sanitari. Infatti, benché l'accesso ai servizi sanitari e sociosanitari sia garantito alla popolazione immigrata da una legislazione complessivamente favorevole e dalla presenza di un sistema sanitario nazionale di stampo universalistico, permangono a tutt'oggi forti squilibri e disomogeneità territoriali nel garantire i livelli essenziali di assistenza. Il fenomeno della migrazione è dunque molto complesso, multifattoriale, dinamico e strutturale e anche il profilo di salute di questa variegata popolazione risulta, inevitabilmente, condizionato dal diverso peso che alcuni determinanti sociali assumono nelle fasi di accoglienza e nei percorsi di inserimento/integrazione.

Quanto alla povertà, sono circa 5 milioni gli individui che vivono in povertà assoluta, che equivalgono all'8,3 % della popolazione. Stando ai dati Istat, nel 2017 si trovavano in uno stato di povertà assoluta circa 154 mila famiglie in più rispetto al 2016. A oggi le famiglie in povertà assoluta, secondo stime preliminari, sarebbero 1,8 milioni. La povertà è aumentata dagli anni scorsi: nel 2016 interessava il 7,9% della popolazione e nel 2008 solo il 3,9%. Secondo l'Istat, la povertà interessa in particolar modo il Nord e il Mezzogiorno. Il Centro è l'unica zona che ha registrato una diminuzione del fenomeno. Inoltre, nel 2017, in più di 1 milione di famiglie italiane tutti i componenti appartenenti alle forze di lavoro erano in cerca di occupazione, il che si traduce in 4 famiglie su 100.

2.2 L'amministrazione

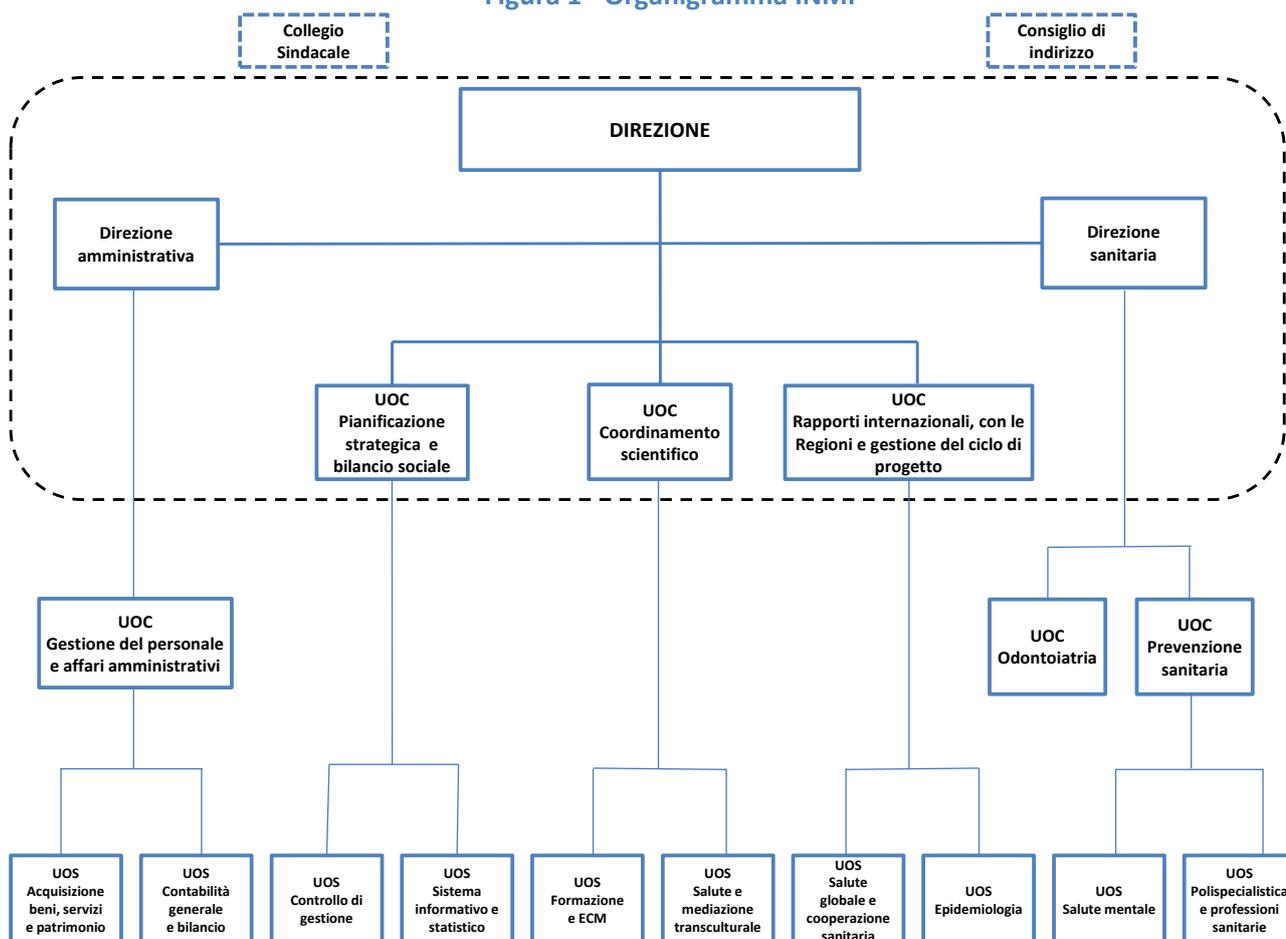
In analogia con il paragrafo "l'amministrazione in cifre" del Piano della *performance*, si propone un quadro sintetico dei dati qualitativi e quantitativi che caratterizzano l'amministrazione con riferimento al personale, suddiviso per le diverse tipologie, alle risorse finanziarie assegnate, ai servizi resi e ai relativi standard qualitativi e al numero di utenti serviti.

2.2.1 Organizzazione

L'organizzazione dell'Istituto è disciplinata dal decreto del Ministero della salute n. 56 del 22 febbraio 2013, recante il Regolamento sul funzionamento e l'organizzazione.

Tale organizzazione è stata attuata a partire dal 2014.

Figura 1 - Organigramma INMP



Fonte – INMP – Sito web istituzionale

2.2.2. Risorse umane

Ai fini della rendicontazione del raggiungimento degli obiettivi di *performance* previsti nel Piano della *performance* per il 2017, si riporta la situazione relativa alle risorse umane nel 2017, anno in cui l'INMP ha visto in servizio complessivamente 136,88 unità di personale, inclusi i Direttori generale, sanitario e amministrativo nonché i collaboratori sui progetti a finanziamento esterno e i lavoratori interinali. Il valore è espresso in termini di *full time equivalent* (FTE – tempi pieni equivalenti) nel corso del 2017, calcolati come numero medio di mesi di presenza, eventualmente ponderato con la % di *part time*.

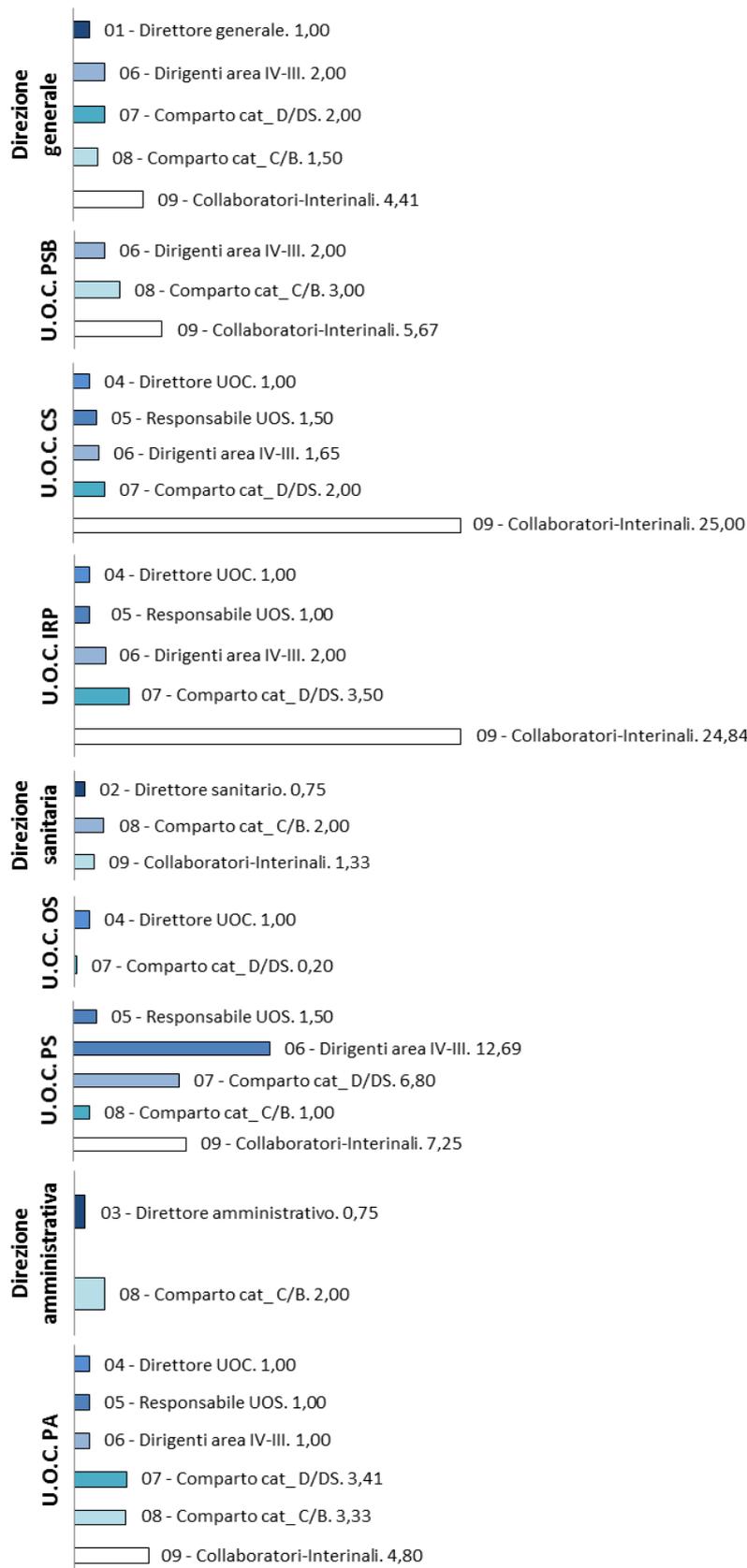
Il dato degli FTE viene rappresentato di seguito prima in forma tabellare, distinto per struttura di appartenenza e qualifica, e poi in formato grafico.

Tabella 1 - Personale in servizio nel 2017

| | Direttore generale | Direttore sanitario | Direttore amministrativo | Direttore UOC | Responsabile UOS | Dirigenti area IV, III | Comparto cat. D/DS | Comparto cat. C/B | Collaboratori – Lavoratori interinali | Totale |
|------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------|--------------------------|---------------|------------------|------------------------|--------------------|-------------------|---------------------------------------|---------------|
| Direzione generale | 1,00 | | | | | 2,00 | 2,00 | 1,50 | 4,41 | 10,91 |
| UOC Pianificazione strategica e bilancio sociale | | | | | | 2,00 | | 3,00 | 5,67 | 10,67 |
| UOC Coordinamento scientifico | | | | 1,00 | 1,00 | 2,15 | 2,00 | | 25,00 | 31,15 |
| UOC Rapporti internazionali, con le Regioni e gestione del ciclo di progetto | | | | 1,00 | 1,00 | 2,00 | 3,50 | | 24,84 | 32,34 |
| Direzione sanitaria | | 0,75 | | | | | | 2,00 | 1,33 | 4,08 |
| UOC Odontoiatria sociale a conduzione universitaria | | | | 1,00 | | | 0,20 | | | 1,20 |
| UOC Prevenzione sanitaria | | | | | 1,00 | 13,19 | 6,80 | 1,00 | 7,25 | 29,24 |
| Direzione amministrativa | | | 0,75 | | | | | 2,00 | | 2,75 |
| UOC Gestione del personale e affari amministrativi | | | | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 3,41 | 3,33 | 4,80 | 14,54 |
| Totale | 1,00 | 0,75 | 0,75 | 4,00 | 4,00 | 22,34 | 17,91 | 12,83 | 73,30 | 136,88 |

Fonte – INMP – U.O.C. Gestione del personale e affari amministrativi

Figura 2 - Personale dell'INMP per struttura 2017



Fonte INMP – U.O.C. Gestione del personale e affari amministrativi

2.2.3. Risorse finanziarie

Le attività dell'Istituto sono volte a potenziare i risultati in termini di assistenza, formazione e ricerca e, in ultima analisi, di benefici alla propria popolazione *target* e sono integrate dallo svolgimento di particolari progetti a finanziamento esterno.

Allo stanziamento finanziario di competenza dell'INMP pari a euro 10 milioni per il 2017, si sono aggiunte le risorse finanziarie provenienti da enti esterni per la realizzazione di progetti di specifico interesse, dunque totalmente allocate su specifici *budget* di spesa.

La tabella che segue riporta in forma sintetica le risorse finanziarie di competenza del 2017:

Tabella 2 - Sintesi delle risorse finanziarie 2017

| Attività | Descrizione | 2017 Euro |
|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Istituzionale | Assistenza socio-sanitaria, ricerca, formazione e altre funzioni INMP (<i>mission</i>) | 10.000.000 |
| Progetti a finanziamento esterno | Aree di intervento specifiche definite dalle convenzioni con gli enti finanziatori | 1.806.898 |
| Altro | Prestazioni sanitarie, <i>ticket</i> , <i>intramoenia</i> , altro | 836.419 |
| Totale | | 12.643.317 |

Fonte INMP – U.O.S. Contabilità generale e bilancio

2.2.4. Servizi resi e numero di utenti serviti

L'Istituto svolge attività di assistenza specialistica sanitaria integrata e di supporto socio sanitario rivolti a utenti in condizioni di disagio, stranieri ed Italiani.

Nel 2017, il numero degli utenti è stato di 18.102, di cui il 57% stranieri, in lieve aumento rispetto all'anno precedente. I pazienti visitati per la prima volta durante quest'anno sono stati 10.925. Gli accessi erogati dai servizi socio sanitari sono stati pari a 51.045, circa l'1% in più rispetto all'anno precedente, confermando il *trend* positivo della conoscenza e utilizzo dei servizi dell'Istituto.

Presso l'ambulatorio generalista (*triage*) sono state effettuate 10.925 prime visite; presso l'ambulatorio di prima accoglienza e valutazione psicologica (SAV) sono stati effettuati 474 colloqui psicologici.

Sono state erogate 5.393 visite e prestazioni specialistiche gratuite.

Le liste di attesa per le visite specialistiche sono assenti e i servizi sanitari sono erogati 7 giorni a settimana. Alcuni servizi di diagnostica strumentale e delle visite di psicologia su appuntamento sono erogati entro 30 giorni, fatte salve la prima accoglienza e valutazione psicologica che sono effettuate anch'esse senza lista d'attesa.

Il numero di accessi allo sportello di orientamento socio sanitario e allo sportello rifugiati nel 2017 è stato pari a 2.306.

Sono stati rilasciati, rinnovati o duplicati 3.463 tesserini per europei non iscritti (di seguito ENI) e per stranieri temporaneamente presenti (di seguito STP), in lieve flessione rispetto all'anno precedente.

Il numero di lingue interpretate dallo *staff* del servizio di mediazione transculturale è stato pari a 35 nel primo semestre del 2017 e 34 nel secondo.

2.3 Risultati raggiunti

2.3.1 Direzione sanitaria

L'impegno dell'Istituto, come detto in precedenza, è di fronteggiare, all'interno del SSN, le sfide sanitarie che riguardano i bisogni complessi delle popolazioni più vulnerabili, attraverso un approccio transculturale e orientato alla persona, intesa nella sua interezza bio-psico-sociale. L'Istituto attua il proprio modello di assistenza sanitaria grazie al lavoro di un *team* multidisciplinare integrato, garantendo l'accesso a bassa soglia dei propri servizi sanitari. Il poliambulatorio di Roma è divenuto, nel tempo, il punto del SSN di riferimento per le fasce sociali più deprivate della popolazione, incluse le comunità straniere, proprio grazie al dispositivo in uso a vocazione transculturale, che garantisce, quasi sempre, le prestazioni senza prenotazione e, in alcuni casi, senza prescrizione del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta. All'INMP sono presenti, infatti, i servizi medici e psicologici di primo livello, ma anche le principali specializzazioni e apparecchiature diagnostiche correlate alla medicina sociale e delle migrazioni, nell'ottica della medicina delle 5 "p", come Prevenzione, Predizione, Personalizzazione, Partecipazione e Precisione.

Il poliambulatorio è accessibile 7 giorni alla settimana, per l'appuntamento con accesso immediato; sono quindi assenti, quasi sempre, liste di attesa per le visite specialistiche e i colloqui psicologici. Alcuni servizi di diagnostica strumentale e alcuni colloqui psicologici sono erogati su appuntamento entro 30 giorni, fatte salve le visite di prima accoglienza e valutazione psicologica.

Il poliambulatorio dell'Istituto eroga le seguenti prestazioni:

- Visite mediche generali
- Prestazioni infermieristiche
- Prelievi ematici, urine e feci
- Audiologia e audiometria
- Cardiologia
- Dermochirurgia
- Dermatologia e laserterapia
- Ecografie internistiche
- Gastroenterologia ed epatologia
- Ginecologia e ostetricia
- Infettivologia pediatrica
- Malattie infettive e tropicali
- Medicina dei viaggi, incluse vaccinazioni e Medicina preventiva
- Medicina interna
- Medicina legale (certificazioni a richiedenti protezione internazionale (RPI) e vittime di tortura)
- Oftalmologia
- Odontoiatria sociale e riabilitazione gnatologica
- Pediatria
- Psichiatria e psicologia clinica, con sportello di prima valutazione psicologica
- Urologia.

La U.O.C. Prevenzione sanitaria e le U.O.S a essa afferenti hanno raggiunto nell'anno 2017 i risultati attesi per le attività di propria competenza, con particolare riferimento a quelle connesse all'organizzazione a fronte della stabilizzazione dell'Istituto. La U.O.C. Prevenzione sanitaria gestisce, in stretta integrazione con i servizi territoriali, con le ASL e con le associazioni del volontariato e del terzo settore, l'assistenza sanitaria primaria e specialistica. Si è consolidata, inoltre, l'esperienza dell'ambulatorio generalista per pazienti privi di medico di medicina generale o pediatra di libera scelta (ambulatorio "*triage*"), che consente ai pazienti di accedere liberamente e velocemente nonché il loro primo inquadramento sanitario o socio sanitario e il successivo eventuale indirizzamento ad altri servizi o ambulatori specialistici dell'INMP. È stato consolidato

l'analogo ambulatorio per la prima valutazione psicologica, denominato Sportello Accoglienza e Valutazione (SAV). Nel corso del 2017, sono stati seguiti presso il poliambulatorio 18.102 pazienti, il 43% italiani. Sono state avviate nuove linee di attività riguardanti lo *screening* di popolazione per il tumore della cervice uterina, in collaborazione con l'ASL; lo *screening* della cardiopatia reumatica in giovani africani, in collaborazione con l'associazione Medici senza frontiere e con l'Università di Tor Vergata; incontri di educazione sanitaria con giovani donne nigeriane, in collaborazione con alcuni Centri di accoglienza femminile.

L'attività della U.O.S. Polispecialistica e professioni sanitarie è caratterizzata dall'erogazione di prestazioni multi-specialistiche e dalla messa in atto di nuovi e più adeguati modelli organizzativi per la massima accessibilità ai servizi. In particolare, è stato dato impulso alla medicina di prossimità: l'ambulatorio mobile ha effettuato le uscite previste presso i luoghi maggiormente deprivati della Capitale e sono state eseguite diverse centinaia di visite mediche e psicologiche presso strutture di accoglienza, a favore di persone senza dimora, nell'ambito della collaborazione di rete con enti del sociale e del volontariato. L'Istituto, su mandato del Ministero dell'Interno, ha prestato, inoltre, attività di prima accoglienza sanitaria presso l'aeroporto di Pratica di Mare ai migranti giunti in Italia con il primo corridoio umanitario il 22 dicembre 2017, mettendo a disposizione della macchina ministeriale un'*équipe* multidisciplinare composta da 17 professionisti tra medici, psicologi, mediatori e infermieri.

La U.O.S. Salute Mentale ha operato per garantire assistenza con specificità d'intervento dedicate alle persone richiedenti o titolari di protezione internazionale, a vittime di violenza intenzionale, a persone senza dimora, a irregolari. L'*équipe* ha effettuato più di 731 prime visite e quasi 3.964 visite in totale, per 1.014 pazienti provenienti da tutte le Regioni del mondo (in prevalenza dall'Africa Subsahariana, dall'Est Europeo e dall'Asia, soprattutto Cina, Pakistan e Bangladesh). Un terzo di tali pazienti sono donne. La tipologia delle condizioni di salute varia di anno in anno, a seconda dei flussi migratori e delle specificità degli invii al Servizio, ma, in generale, nell'anno di specie quasi un terzo è costituito da sindromi depressive e disturbi dell'adattamento, seguite dai disturbi post-traumatici. Una buona parte dei pazienti presenta disturbi dell'adattamento e sindromi da somatizzazione, mentre un nucleo più ridotto, ma che necessita di particolare attenzione, è costituito da casi psicotici. Le condizioni di senza dimora e/o comunque di grave deprivazione caratterizzano la maggioranza dell'utenza italiana trattata dalla U.O.S. Salute mentale (circa il 10%); si tratta comunque di un'attività importante in quanto richiede, per la risposta a bisogni così complessi, la messa in atto di interventi multidisciplinari e di rete, con una rilevante componente di supporto psicosociale. Considerato che nella *mission* dell'INMP rientra, tra l'altro, l'individuazione e lo sviluppo di sistemi e percorsi innovativi intesi a contrastare le disuguaglianze di salute e a rendere più agevole l'accesso alla salute per i gruppi sociali più svantaggiati, l'Istituto continua ad assicurare un protocollo finalizzato all'erogazione in regime di solidarietà di beni e prestazioni sanitarie (giusta deliberazione n. 404 del 15.07.2015 come revisionata dalla deliberazione n. 221 del 23.05.2017). Nel 2017, tali prestazioni hanno riguardato, in particolare, l'ambito dermatologico, infettivologico e della medicina interna, per complessivi n. 5.393 interventi, a fronte di n. 5.672 del 2016 e n. 4.376 nel 2015.

La U.O.C. Odontoiatria sociale ha operato sia con prestazioni del SSN, per 873 pazienti, sia nei progetti sui dispositivi medici finanziati dal Ministero della Salute (erogazione di protesi dentali ai pazienti edentuli totali o parziali). In tale ambito, è stata prevista la possibilità, per persone indigenti non altrimenti assistibili, di far ricorso all'erogazione di protesi dentali gratuite su misura.

La seguente Tabella mostra il *trend* negli ultimi 5 anni dei pazienti presso l'ambulatorio INMP.

Tabella 3 - Pazienti negli ultimi 5 anni

| ANNO | PAZIENTI TOTALI | STRANIERI | ITALIANI |
|-------------|-----------------|---------------|--------------|
| 2013 | 18.512 | 11.174 | 7.338 |
| 2014 | 18.105 | 10.749 | 7.356 |
| 2015 | 18.039 | 11.162 | 6.877 |
| 2016 | 18.415 | 10.442 | 7.973 |
| 2017 | 18.102 | 10.352 | 7.750 |

Fonte – INMP – U.O.S. Sistema informativo e statistico – Sistema Nausicaa

Naturalmente, il numero di pazienti è sempre inferiore al numero di accessi e di prestazioni, considerato che la stessa persona può accedere ai servizi ambulatoriali più volte, come pure ricevere diverse tipologie di prestazioni ambulatoriali. Il numero degli utenti annuali è di poco inferiore alla media degli ultimi anni ed è pari, nel 2017, a 18.102, di cui circa il 57% stranieri e 43% italiani. Presso l'ambulatorio generalista (*triage*) sono state effettuate 10.925 prime visite, dato in lieve incremento sul 2016. Anche il numero globale delle prestazioni erogate è in linea con tale andamento. Tra esse vi sono le prestazioni tracciate con il SIAS regionale e quelle erogate in regime di solidarietà e su progetto. In termini di ricavi, il valore della produzione è però inferiore rispetto all'anno precedente: ciò è imputabile, da un lato alla riduzione, pari al 3%, del numero delle prestazioni erogate e tracciate dal SIAS e dall'altro alla minore valorizzazione economica per ciascuna disciplina delle prestazioni erogate e tracciate. Presso l'ambulatorio di prima accoglienza e valutazione psicologica (SAV) sono stati effettuati 474 colloqui psicologici. Il numero di accessi ai servizi socio-sanitari è stato nel 2017 pari a 51.045, circa l'1% in più rispetto all'anno precedente, confermando il *trend* positivo della conoscenza e utilizzo dei servizi dell'Istituto. Dopo gli italiani, le nazionalità più frequenti provengono da: Romania, Nigeria, Bangladesh, Ucraina, Eritrea, Egitto, Perù, Moldavia, Afghanistan.

Su un totale di 16.962 pazienti che hanno avuto prestazioni di specialistica ambulatoriale (sommatoria di fonti SIAS, Progetti di medicina sociale e visite con utilizzo del fondo di solidarietà dell'Istituto), 12.388 rientrano nelle categorie "non abbienti" costituite da persone straniere con tesserino STP o ENI e da cittadini italiani o stranieri esenti per motivi di reddito (esenzioni da reddito E01-E02-E03-E04-E05-E07-E08), per una percentuale di circa il 73%.

Le principali diagnosi definite nel corso dell'anno di riferimento, estratte dal sistema informativo sanitario dell'Istituto, indicano ai primi posti le malattie della cute e del tessuto sottocutaneo e le malattie respiratorie. È da rilevare che le patologie psichiche ricorrono in circa il 6% dei pazienti assistiti, confermando così la rilevanza di tali patologie per il sistema sanitario pubblico.

L'attività sanitaria e sociosanitaria istituzionale per gli stranieri non iscritti al SSN si svolge con le modalità previste dalla regolamentazione in materia di assistenza sanitaria agli stranieri (art. 35 T.U. e Accordo Stato-Regioni del 20.12.2012), dando luogo alle registrazioni regolate dai flussi informativi sanitari correnti per l'attività ambulatoriale. L'ambulatorio è accessibile a tutti, italiani e stranieri, con particolare attenzione a coloro che appartengono a fasce particolarmente svantaggiate di popolazione. Complessivamente, nel 2017 l'orientamento a tali pazienti in condizioni di disagio socioeconomico è aumentato rispetto agli anni precedenti.

Al momento dell'arrivo presso l'ambulatorio, la persona è accolta dal servizio di accoglienza, tra cui mediatori transculturali che parlano la lingua madre o lingue veicolari e conoscono la cultura dell'area geografica di provenienza della persona straniera. A seguito di tale colloquio, il bisogno viene decodificato ed espresso in modo esplicito, vengono date informazioni per l'orientamento ai servizi e rilasciati i documenti sanitari per accedervi (tesserino STP o ENI). I tesserini STP e ENI si rilasciano e si rinnovano durante tutta la settimana. Nell'anno 2017 si è registrato un aumento dei nuovi codici sia STP che ENI.

L'accesso alle prestazioni sanitarie fa subito seguito e avviene in giornata e senza obbligo di presentare impegnativa del medico di medicina generale presso l'ambulatorio generalista (o *triage*). Nel caso in cui sia

necessario erogare prestazioni urgenti ed essenziali, viene rilasciato ai pazienti non comunitari non abbienti il codice di esenzione X01, valido per la singola prestazione. In aggiunta a tali modalità regolamentate dalla normativa vigente, l'Istituto si fa carico, con modalità stabilite dal protocollo per l'erogazione in regime di solidarietà di beni e prestazioni sanitarie (giusta deliberazione n. 404 del 15.07.2015 come revisionata dalla deliberazione n. 221 del 23.05.2017), di condizioni speciali e comprovate nelle quali la persona non può, al momento in cui ha bisogno di una prestazione sanitaria essenziale, ottenere alcun documento per l'assistenza sanitaria oppure ha un documento sanitario ma non possiede alcun mezzo economico per sostenere il pagamento di un *ticket*. In questi casi, l'Istituto eroga direttamente prestazioni mediche, infermieristiche e psicologiche senza alcun costo per il paziente o, in caso di necessità, lo invia presso altre strutture pubbliche o accreditate, sostenendone i costi. Sono state erogate nell'anno di riferimento 5.393 visite e prestazioni specialistiche gratuite a carico dell'Istituto per persone indigenti.

Nel 2017, tali prestazioni hanno riguardato, in particolare, l'ambito dermatologico, infettivologico e della medicina interna. Infine, l'INMP, grazie agli specifici progetti citati finanziati dal Ministero della Salute, ha fornito una risposta sanitaria più ampia ed estesa a questi gruppi di popolazione, assicurando loro presidi, farmaci e dispositivi medici (es. protesi acustiche, occhiali, dentiere). Tali modalità si rendono necessarie anche per quei cittadini italiani i quali, pur non essendo esenti dal *ticket* per reddito, vivono in condizioni socio-economiche estremamente precarie, che non consentono la compartecipazione alla spesa per una prestazione essenziale.

Il numero di accessi allo sportello di orientamento socio-sanitario e allo sportello rifugiati nel 2017 è stato pari a 2.306. Sono stati rilasciati e rinnovati n. 3.463 tesserini ENI ed STP. Il numero delle lingue interpretate dallo *staff* del servizio di mediazione transculturale nel 2017 è stato pari a 35 nel primo semestre e 34 nel secondo. Sul piano delle procedure organizzative, è stato facilitato l'accesso ai servizi per le persone provenienti dai Centri di accoglienza per adulti, per minori non accompagnati e per vittime di tratta, attraverso invii guidati alla struttura. Per favorire l'accesso di tali persone, sono state redatte e divulgate agli operatori dei Centri di accoglienza informazioni dettagliate e istruzioni per l'invio alle visite. Agli stessi operatori sono state erogate due giornate di formazione svoltesi presso l'Istituto. In specifici casi, si è reso necessario effettuare direttamente presso le sedi di alcuni Centri le visite specialistiche, seguite poi – ove richiesto – dall'orientamento ai servizi del territorio. Sono state emanate, inoltre, le indicazioni per la notifica di malattie infettive e diffuse e per la gestione dei casi di violenza di genere. Sono state monitorate le seguenti Istruzioni operative: Protocollo per la prevenzione e controllo del rischio di tubercolosi; Controlli sterilizzazione; Gestione dei Carrelli di emergenza, ecc. È stata aggiornata l'Istruzione Operativa sulla Gestione dei farmaci e dei vaccini.

Sono continuate e sono state affinate le consulenze antropologiche e l'assistenza legale mediante convenzioni gratuite con associazioni di tutela ("Avvocato di Strada" e ASGI - Associazione per gli Studi Giuridici sull'Immigrazione).

In attuazione di appositi Accordi con il Ministero dell'Interno, due *équipe* multidisciplinari (medici, psicologi, antropologi e mediatori culturali) dell'Istituto hanno operato presso gli *hotspot* di Lampedusa e di Trapani Milo da agosto a dicembre 2017, assicurando la medicina specialistica; in tali mesi sono state assicurate prestazioni mediche e colloqui psicologici, mediazioni culturali e valutazioni dell'età dei minori stranieri non accompagnati, queste ultime su richiesta del Tribunale dei minori. Le prestazioni erogate nei due centri sono state complessivamente 621.

Si è provveduto, nell'ambito di un apposito gruppo di lavoro interfunzione dell'Istituto, all'aggiornamento della Carta dei Servizi, pubblicata sul sito *internet*. La Carta, inclusiva di standard di qualità, viene annualmente aggiornata. Attraverso la procedura per la raccolta e la gestione dei reclami, si segnala positivamente che presso l'ufficio relazioni con il pubblico sono stati registrati 2 elogi, mentre nell'arco dell'anno non è stato presentato alcun reclamo. La segreteria della Direzione sanitaria inoltre, ha gestito i contatti con la Stazione dei Carabinieri di Aprilia e la Stazione dei Carabinieri di Roma Trastevere. L'attività assistenziale ha previsto investimenti tecnologici, attraverso l'ulteriore acquisizione di apparecchiature elettromedicali, presidi, materiali sanitari e informatici. Per le apparecchiature elettromedicali è stato assicurato il funzionamento in sicurezza, per gli operatori e i pazienti, previo collaudo con il supporto del servizio esterno di ingegneria clinica, ex D.P.R. 14 gennaio 1997 e D.G.R. Lazio n. 424 del 14 luglio 2006. È

stata accresciuta la dotazione strumentale di apparecchiature biomedicali con 1 microscopio ottico da laboratorio; 1 sonda ecografica; n. 5 nuovi dermatoscopi di cui uno digitale. Sotto la responsabilità della Direzione sanitaria, opera il magazzino beni sanitari, gestito in prima persona da un'operatrice e da una farmacista. Tale gestione ha prodotto una prima importante razionalizzazione delle scorte e delle giacenze dei farmaci nell'ottica della continua efficienza negli approvvigionamenti.

2.3.2 Direzione amministrativa

La Direzione amministrativa, sulla base della documentazione specifica predisposta dalla U.O.C. Gestione del personale e affari amministrativi, ha provveduto a far adottare atti di regolamentazione interna destinati ad assicurare e disciplinare il regolare ed efficiente funzionamento dell'Istituto.

Le principali attività realizzate dalla U.O.C. Gestione del personale e affari amministrativi possono essere sintetizzate nello schema che segue.

| Riepilogo principali attività svolte dall'U.O.C. Gestione del personale e affari amministrativi | Anno 2017 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Atti di regolamentazione generale | 5 |
| Procedure di immissione in ruolo di dipendenti per mobilità e scorrimento graduatoria | 3 |
| Procedure selettive indette per il completamento della dotazione organica | 9 |
| di cui: n. 1 per n. 1 dirigente tecnico professionali | |
| n. 1 per n. 2 dirigenti Psicologi | |
| n. 1 per n. 2 dirigenti Medici – disciplina Malattie Infettive | |
| n. 1 per n. 1 dirigente Biologo | |
| n. 1 per n. 1 dirigente Psicologo | |
| n. 1 per n. 1 dirigente Medico – Disciplina Ginecologia | |
| n. 1 per n. 1 dirigente Medico – Disciplina Oftalmologia | |
| n. 1 per n. 1 dirigente Medico – Disciplina Dermatologia | |
| n. 1 per n. 19 coadiutori amministrativi esperti (mediatori transculturali), di cui n. 8 <i>part time</i> | |
| Procedura selettiva per direttore U.O.C. Prevenzione sanitaria | 1 |
| Procedure selettive per l'acquisizione di risorse, con diverse tipologie contrattuali, necessarie per la realizzazione di progetti finanziati da enti terzi | 28 |
| Atti deliberativi proposti e adottati (oltre l'86% rispetto al totale degli atti deliberativi dell'Istituto pari a n. 600) | 513 |

In applicazione del Piano delle assunzioni, anche a completamento delle procedure concorsuali avviate nel corso del 2016, sono state immesse in ruolo a tempo indeterminato le seguenti unità di personale:

- n. 1 dirigente tecnico professionale - analista;
- n. 3 dirigenti Psicologi;
- n. 1 dirigente Biologo;
- n. 5 dirigenti Medici;

Sono stati adottati i seguenti atti di regolamentazione generale:

- Disciplinare degli incarichi esterni prestati dal personale dipendente;
- Disciplinare per lo svolgimento delle attività di formazione, informazione, sensibilizzazione e affiancamento;
- Disciplinare per l'accesso alla documentazione sanitaria;

- Disciplinare sui procedimenti amministrativi e sull'accesso ai documenti amministrativi;
- Disciplinare di accesso ai documenti, ai dati e alle informazioni (accesso civico semplice e generalizzato) ai sensi del d.lgs. n. 33/2013.

La U.O.C. Gestione del personale e affari amministrativi ha provveduto anche all'elaborazione dei dati sulle presenze/assenze pubblicati nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito *web* istituzionale, all'invio del flusso informativo per l'elaborazione degli emolumenti stipendiali e all'attivazione dei flussi informativi del Conto annuale; nonché all'invio al sistema PerlaPA dei flussi informativi richiesti, relativi a: anagrafe delle prestazioni, rilevazione permessi *ex lege* 104/1992, GEPAS (comunicazione scioperi), GEDAP (prerogative sindacali), rilevazione assenze.

Nell'anno 2017, la U.O.C. Gestione del personale e affari amministrativi si è occupata della realizzazione del portale del dipendente, tramite il quale ogni dipendente può accedere alla propria area riservata da cui visionare o scaricare i cedolini mensili e le presenze in servizio.

In aggiunta, la U.O.C. ha predisposto atti convenzionali con Enti pubblici e privati, per lo svolgimento delle attività istituzionali.

La U.O.S. Acquisizione beni, servizi e patrimonio ha proceduto all'acquisto di beni di consumo e di servizi, per le esigenze degli uffici, degli ambulatori nonché di quanto previsto per la realizzazione dei progetti affidati all'INMP.

La maggior parte delle procedure sono state espletate facendo ricorso al Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione (MEPA).

In particolare, sono state espletate attraverso il MEPA 43 procedure concluse con documento di stipula firmato digitalmente e inviato attraverso il portale Consip, di cui:

- 19 richieste di offerta (R.D.O);
- 7 ordini diretti;
- 17 trattative dirette;

Per quanto concerne le procedure negoziate di maggior rilievo, espletate fuori dal MEPA, nel corso dell'anno 2017 nell'ambito dell'attività progettuale, sono state espletate le procedure negoziate ai sensi dell'art 36 del d.lgs. n. 50/2016, relative alla fornitura di:

- protesi odontoiatriche nell'ambito del progetto "*Valutazione di dispositivi medici nelle fasce deboli della popolazione per la prevenzione in età pediatrica e per il ripristino funzionale dell'edentulia parziale e totale nell'età adulta*";
- di occhiali correttivi nell'ambito del progetto "*Valutazione clinica e socio-assistenziale dei dispositivi di oculistica per la profilassi delle più frequenti affezioni dei segmenti oculari anteriore e posteriore nelle fasce più vulnerabili della popolazione*".

Sono stati inseriti 297 ordini sul sistema amministrativo contabile in uso, redatti i relativi atti deliberativi e liquidate 417 fatture relative ad acquisti di beni e servizi di competenza della U.O.S. per un totale di Euro 1.138.985,98.

Sono stati predisposti gli atti relativi all'approvazione della progettazione preliminare e definitiva dei lavori di ristrutturazione del fabbricato A (deliberazione n. 290 del 28.06.2017) e gli atti relativi all'affidamento dell'incarico di progettazione esecutiva per la realizzazione delle opere di che trattasi (deliberazione n. 485 del 26.10.2017).

Nell'anno 2017, la U.O.S. Contabilità generale e bilancio ha provveduto a svolgere sistematicamente le attività di competenza previste, tra l'altro, dalla deliberazione n. 439 del 11.12.2013 "Approvazione funzionigramma dell'Istituto", avvalendosi anche del sistema applicativo gestionale JSIS in uso dal 01.01.2016.

Sinteticamente, le principali attività della U.O.S. possono essere rappresentate nello schema seguente.

| Riepilogo principali attività svolte dall'U.O.S. Contabilità generale e bilancio | | Anno 2017 |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-----------|
| Registrazioni contabili da Libro Giornale <i>a fronte di:</i> | | 15.878 |
| Fatture e documenti passivi registrati | | 993 |
| Fatture attive registrate | | 1.373 |
| di cui: | n. 1.354 verso l'utenza | |
| | n. 19 verso altri soggetti | |
| Scritture contabili periodiche e di fine esercizio, comprese quelle stipendiali | | 340 |
| Mandati di pagamento | | 840 |
| Reversali di incasso | | 67 |

Inoltre, la U.O.S. Contabilità generale e bilancio ha provveduto alle seguenti attività:

- registrazione delle scritture contabili secondo il Piano dei conti regionale in uso;
- registrazione delle scritture contabili relative alla gestione del trattamento economico del personale dipendente e assimilato, trasmissione telematica del flusso stipendiale alla Tesoreria per l'erogazione degli emolumenti mensili e produzione di prospetti riepilogativi mensili a uso interno;
- verifica della regolarità contabile delle poste imputate al Bilancio nelle proposte di deliberazione;
- verifica di cassa a cadenza trimestrale effettuata con l'Istituto Tesoriere, oltre alla verifica delle n. 3 casse economali (giusto "Disciplinare della Cassa Economale" approvato con deliberazione n. 324 del 3 ottobre 2013), al fine di consentire le operazioni di vigilanza sulla corretta gestione e il rispetto della normativa vigente da parte del Collegio sindacale;
- inoltro telematico, con cadenza mensile, dei flussi di cassa al Ministero dell'economia e delle finanze – Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato, in ossequio alla Legge n. 196/2009, art. 14, comma 3, allegato A;
- verifica e versamento dei contributi previdenziali e assistenziali previsti dalle disposizioni vigenti, in esito all'elaborazione del modello F24 EP da parte del consulente del lavoro;
- redazione del Bilancio di esercizio 2016, adottato con deliberazione n. 269 del 20.06.2017, inviato ai Ministeri competenti (giusta deliberazione n. 271 del 21.06.2017), acquisito il parere favorevole del Consiglio di indirizzo e del Collegio sindacale;
- redazione del Bilancio di previsione 2018, unitamente al Piano degli investimenti triennale 2018-2020, adottato con deliberazione n. 496 del 31.10.2017, inviato ai Ministeri competenti (giusta deliberazione n. 588 del 19.12.2017), acquisito il parere favorevole del Consiglio di indirizzo e del Collegio sindacale;
- inserimento delle risultanze dei bilanci consuntivo e previsionale nel portale del MEF;
- supporto al Collegio sindacale per specifiche richieste periodiche di verifica dei dati contabili;
- adempimenti fiscali periodici e annuali;
- adempimenti in materia di trasparenza.

2.3.3 U.O.C. Pianificazione strategica e bilancio sociale

L'INMP ottempera alle disposizioni del d.lgs. n. 150/2009, con un intenso *effort* interno volto al pieno utilizzo del Sistema di misurazione e valutazione della *performance* come strumento di pianificazione strategica, organizzazione e controllo.

Tale impegno è stato focalizzato anche nel 2017 sull'applicazione della metodologia e degli strumenti del Sistema di misurazione e valutazione della *performance* e del Manuale operativo per il Sistema di valutazione delle prestazioni del personale.

Analogo impegno è stato profuso per la produzione e il monitoraggio intermedio e finale del Piano della *performance* 2017 – 2019, adottato con deliberazione n. 38 del 30 gennaio 2017, del Piano triennale di prevenzione della corruzione e per la trasparenza (PTPCT) 2017-2019, adottato con deliberazione n. 37 del 30 gennaio 2017, e della Relazione annuale sulla *performance* relativa all'anno 2016, approvata con deliberazione n. 288 del 26 giugno 2017, che, al termine del processo di valutazione individuale e degli obiettivi raggiunti dalle unità operative, ha rendicontato dal punto di vista degli *stakeholder* sui risultati ottenuti nell'anno precedente.

L'attuazione del Sistema di misurazione e valutazione della *performance* ha quindi richiesto il proseguimento delle attività proprie della gestione del Ciclo della *performance* e della produzione della relativa documentazione ai referenti istituzionali e agli altri *stakeholder* esterni, anche attraverso l'attività di una serie di gruppi di lavoro interfunzione interni, coordinati dalla U.O.C., costituiti a partire dalla valorizzazione delle esperienze della rete dei *tutor* del Sistema, designati dalle diverse strutture organizzative.

Tali gruppi di lavoro hanno supportato l'addestramento del personale per lo sviluppo e consolidamento del Sistema stesso nonché del monitoraggio degli obiettivi di *performance* e di trasparenza.

Come detto, la gestione del Ciclo della *performance* nel 2017 ha visto l'adozione puntuale dei documenti relativi, fino all'Atto di indirizzo sulle aree strategiche per il 2018 adottato con deliberazione n. 231 del 29 maggio 2017, previo parere positivo del Consiglio di Indirizzo, e la gestione delle connesse attività per la definizione degli obiettivi strategici e operativi per l'anno successivo, nonché degli indicatori di risultato delle strutture e comportamentali per la valutazione individuale, nel rispetto del calendario stabilito.

Particolare attenzione è stata dedicata al coinvolgimento dei pazienti e di coloro che li assistono nella rilevazione della *customer satisfaction*, con particolare riguardo all'attività svolta nell'ambito dei progetti sociali.

In aggiunta, come già evidenziato nella presentazione, nel corso della seconda metà dell'anno, si è avviato il processo di revisione del Sistema, avendo riguardo delle modifiche introdotte al d.lgs. n. 150/2009 dal d.lgs. n. 74/2017, entrate in vigore, per le amministrazioni del Servizio sanitario nazionale quale l'INMP, il 22/12/2017. Al termine di tale processo, con deliberazione n. 17 del 16 gennaio 2018, previo parere dell'OIV, è stato adottato il "Sistema di misurazione e valutazione della *performance* dell'INMP – Rev. 2" adeguato al nuovo dettato normativo, che si applica al ciclo di gestione della *performance* con riferimento all'anno 2018. Infine, è stato fornito il supporto necessario al Responsabile della prevenzione della corruzione e per la trasparenza, individuato con riferimento al 2017 nella figura del Direttore della U.O.C. "Gestione del personale e affari amministrativi".

Le attività per l'anno 2017 della U.O.C. hanno contemplato anche la gestione del Ciclo di *budget* per l'anno successivo, indispensabile strumento di gestione e di correlazione tra il Ciclo della *performance* e il Ciclo di bilancio, secondo la metodologia ormai consolidata, formalizzata nel Disciplinare del processo di *budgeting*, nell'ambito del quale vengono definiti gli attori coinvolti, le modalità operative le fasi e i tempi (cfr. deliberazione n. 374 del 15 settembre 2016). Tutte le attività relative alla produzione delle schede di *Budget* sono state concluse nel termine normativamente previsto per l'approvazione del Bilancio di previsione 2018 (31 ottobre).

Il *budget* costituisce lo strumento tradizionale del controllo di gestione che consente, in fase di preventivo, il raccordo tra le attività programmate e le relative risorse umane, economiche e strumentali.

Il modello di controllo adottato dall'Istituto, infatti, è *activity based*, considerato che è l'attività che genera costi e, conseguentemente, la finalità precipua del controllo di gestione è di valutare a consuntivo, attraverso lo strumento della contabilità analitica, l'assorbimento di risorse delle attività medesime, rilevando i costi non solo per natura - come avviene nella contabilità generale - ma anche per destinazione, effettuando l'analisi degli scostamenti rispetto alle risorse assegnate attraverso il *budget*.

In analogia a quanto già realizzato l'anno precedente, anche nel corso del 2017, con riferimento al 2018, è stata realizzata la piena integrazione tra il ciclo della *performance*, quello di programmazione economico finanziaria e il processo di *budgeting*, secondo le scadenze descritte sia dal Sistema di misurazione e valutazione della *performance* che dal citato Disciplinare del processo di *budgeting*.

A tale scopo, già nel corso degli incontri di negoziazione del *budget* sono stati individuati gli obiettivi di *performance*, secondo le logiche del *performance budgeting*, in base alle quali è corretto partire da quanto si intende realizzare nel periodo di riferimento in termini di attività e, conseguentemente, individuare le risorse necessarie.

Pertanto, la fase di definizione degli obiettivi istituzionali delle strutture è stata anticipata, integrandola nel processo di *budgeting*, nel corso del quale è stata predisposta una prima versione delle schede di *performance* delle strutture.

Il *Budget* generale 2018 è stato adottato con deliberazione n. 492 del 30 ottobre 2017.

Nel corso dell'anno 2017, l'Istituto ha portato avanti iniziative di miglioramento sia per quel che riguarda il controllo strategico sia per quanto riguarda il controllo di gestione.

Per il controllo strategico, anche nel 2017 è stato predisposto un archivio di cartelle elettroniche condiviso per l'archiviazione della documentazione del Sistema ed è stata migliorata la gestione delle schede su *file excel* precompilati, da parte delle strutture e della U.O.C. Pianificazione strategica e bilancio sociale.

Così come previsto anche dal d.lgs. n. 150/2009, i processi di controllo strategico e di gestione devono necessariamente essere integrati. Il controllo strategico, infatti, deve basarsi sulle risultanze di tipo analitico del sistema di controllo di gestione, con particolare riferimento all'impiego delle risorse umane, che costituiscono una delle prevalenti voci di costo di tutte le amministrazioni pubbliche. Proprio per dare corpo a tale integrazione, all'interno dell'Istituto è proseguito lo sviluppo del sistema informativo per il controllo di gestione, per consentire di monitorare gli oggetti di controllo previsti dal modello, quali: gestione dipendenti, posizioni economiche, centri di costo, attività e prodotti, impiegando a supporto il sistema amministrativo-contabile dell'Istituto, già implementato nel corso del 2016.

Con particolare riguardo alla sfera del controllo di gestione, è stato utilizzato lo stesso set di report già impiegato nel corso del 2016, che sintetizza le informazioni di interesse a partire da una base dati integrata, alimentata dai diversi moduli del sistema in uso (JSIPE per la produzione dei cedolini stipendiali, per tutti i costi gestiti attraverso la procedura stipendi, JSIAC, per quelli che vengono gestiti attraverso la procedura ordini e lo specifico modulo di gestione dei cespiti).

Ciò ha consentito di sviluppare al meglio anche l'altro strumento tradizionale del controllo di gestione costituito dal sistema di *reporting* direzionale, attraverso un set di report a beneficio della direzione strategica e dei responsabili di struttura, con cadenza trimestrale, integrando il Modulo JSIDIC del sistema amministrativo contabile con l'applicativo per la *business intelligence* "Power BI".

Analogamente al *Budget*, anche il *Reporting*, ad esso strettamente connesso, consente di assicurare la massima trasparenza nell'impiego delle risorse e di prevenire la corruzione, in coerenza con il PTPCT. Tali *report* sono stati realizzati e resi disponibili a tutte le unità operative sia in fase di predisposizione del *Budget* generale per il 2018, sia a consuntivo nel corso dell'anno, evidenziando la situazione degli impieghi rispetto all'importo di *budget* previsto.

Infine, alla U.O.C. afferisce la gestione degli acquisti informatici, per un totale di 35 acquisti di cui 26 tramite il Mercato elettronico della pubblica amministrazione (MEPA) e 9 fuori MEPA.

La U.O.S. Sistema informativo e statistico, afferente alla U.O.C., ha conseguito rilevanti risultati nel campo dell'innovazione tecnologica e dell'acquisizione di nuovi strumenti informatici. Il sistema informativo dell'Istituto è stato complessivamente oggetto di importanti evoluzioni in termini di conduzione, organizzazione e sviluppo dell'infrastruttura TLC e IT, sia delle tecnologie *hardware* e *software* che delle applicazioni. Si riportano di seguito le principali attività svolte nel corso del 2017:

- attività di amministratore di sistema e di *data base* dei sistemi informativi dell'Istituto e custodia delle parole chiave e dei codici personali;
- conduzione delle attività correnti per la gestione del sistema informatico per la ricerca scientifica Nausicaa;
- gestione del rilascio in produzione della nuova versione di Nausicaa;
- gestione delle attività di reportistica statistica, sia direzionale che di funzione, per convegni istituzionali e di progetto e pubblicazioni scientifiche;
- conduzione dell'*Help desk* di primo e secondo livello inerente all'amministrazione dei sistemi, *hardware* e *software*;

- gestione dell'infrastruttura TLC e assicurazione dell'amministrazione e assistenza delle utenze di rete;
- gestione e manutenzione della sala CED dell'Istituto;
- gestione delle utenze informatiche del dominio INMP, implementazione e applicazione delle *policy* di sicurezza e assicurazione della continuità operativa dei servizi informatici dell'Istituto (*server* di dominio, posta elettronica, sistema ricerca scientifica, piattaforma di *e-learning*, sistemi telemedicina, sistema rilevazione presenze, sito istituzionale, sistema amministrativo contabile JSIS);
- gestione del sistema di fatturazione elettronica;
- gestione delle procedure tecnico amministrative per l'approvvigionamento di servizi e forniture informatiche;
- organizzazione e gestione dell'assistenza informatica finalizzata alla predisposizione delle aule per gli eventi istituzionali;
- previsione del *budget* della U.O.;
- ampliamento e adeguamento tecnologico dell'infrastruttura di rete locale;
- attivazione di un punto di accesso a Internet per connessioni senza cavo;
- adesione al Sistema Pubblico di Connettività (SPC);
- acquisizione dell'*hardware* e del *software* necessario per l'implementazione di un sistema di videosorveglianza dello stabile e dei locali interni;
- acquisizione del *software* che implementa la gestione del fascicolo del dipendente;
- acquisizione del *software* che implementa il portale del dipendente;
- supporto tecnico al Responsabile della gestione documentale;
- conservazione digitale del registro di protocollo informatico;
- gestione di un sistema di verifica della sicurezza degli allegati ai messaggi di posta elettronica;
- attivazione di un sistema di monitoraggio degli accessi e degli eventi;
- acquisizione di ulteriori oggetti utili all'analisi statistica.

Le procedure per la riservatezza dei dati personali e il trattamento dei dati sensibili, nonché per le *policy* di sicurezza e la continuità operativa, sono tutte codificate nei documenti programmatici di sicurezza e *privacy* e mantenute costantemente aggiornate.

Tutti i citati sistemi informatizzati concorrono alla misurazione oggettiva delle *performance* dell'Istituto. In particolare, si può far riferimento alla misurazione della *performance*, attraverso Nausicaa (medici, psicologi, mediatori), delle strutture sanitarie del sistema per la ricerca scientifica e attraverso il sistema di *e-learning* per la misura della *performance* del relativo servizio, nonché per le indagini di *customer satisfaction*. Il servizio *e-learning* dell'INMP è rivolto sia al personale interno sia all'utenza esterna, rappresentata da tutte le professioni sanitarie e da esperti in mediazione transculturale in ambito socio-sanitario. Ciò comporta il necessario coordinamento con le U.O.S. di competenza specifica, che devono fornire i contenuti per la progettazione didattica e lo sviluppo di corsi *on line*.

I corsi della tipologia "a distanza" e la disponibilità di sistemi per la diffusione di conoscenza *Wiki* (aperto alla consultazione libera dall'aprile 2017), per loro natura e per l'elevato numero di utenti che servono, richiedono la presenza di un certo numero di *tutor* di processo che forniscono supporto agli utenti, ne monitorano le attività, animano i *forum* di discussione di concerto con i docenti. Il servizio di *e-learning* costituisce, insieme al sito *web*, un fondamentale strumento di coinvolgimento/comunicazione e scambio con gli *stakeholder* interni ed esterni sulle attività dell'Istituto.

La rilevazione informatizzata delle presenze, il controllo accessi del personale e i relativi servizi amministrativi permettono la gestione di insiemi di indicatori utili alla misurazione della *performance* delle strutture, così come i dati rilevabili dal sistema per il sito *web*.

Il sito istituzionale, che costituisce il principale strumento di comunicazione, di rendicontazione sociale, di trasparenza amministrativa e di coinvolgimento degli *stakeholder* esterni, è stato oggetto di ampliamenti tecnologici e di ampliamento e razionalizzazione dei contenuti.

2.3.4 U.O.C. Rapporti internazionali, con le Regioni e gestione del ciclo di progetto

La U.O.C. Rapporti internazionali, con le Regioni e gestione del ciclo di progetto (U.O.C. IRP), che comprende l'U.O.S. di Epidemiologia e quella di Salute globale e cooperazione internazionale, ha realizzato le proprie attività programmate nel 2017, attraverso un'organizzazione del lavoro funzionale alla filosofia della gestione del ciclo di progetto di tipo "matriciale", che ha permesso una maggiore integrazione con le altre U.O. dell'Istituto.

L'INMP, ai sensi dell'art. 14, comma 6 del decreto-legge del 13 settembre 2012 n. 158, convertito con modificazioni con legge dell'8 novembre 2012 n. 189, si finanzia, tra l'altro, con "la partecipazione a progetti anche di ricerca nazionali ed internazionali".

Nell'anno 2017, l'Istituto ha complessivamente gestito 16 progetti finanziati da soggetti esterni, che hanno previsto lo sviluppo, al proprio interno, anche di linee di ricerca, formazione e assistenza sanitaria. Tali progetti sono stati affidati all'INMP per la sua specifica e riconosciuta vocazione nella presa in carico delle fasce della popolazione italiana e migrante particolarmente a rischio di esclusione sociale e impoverimento. La gestione di progetti finanziati dall'esterno è assicurata dall'attività della U.O.C. Rapporti internazionali, con le Regioni e gestione del ciclo di progetto, avvalendosi, per le specifiche competenze, delle altre UU.OO. I progetti gestiti dall'Istituto nel 2017 sono di seguito sinteticamente riportati:

| Nome progetto | Data Inizio | Data Fine |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------|
| Sostegno ai programmi gibutini per la salute della donna | 28/09/2012 | 31/03/2017 |
| Valutazione di dispositivi medici nelle fasce deboli della popolazione per la prevenzione in età pediatrica e per il ripristino funzionale dell'edentulia parziale e totale nell'età adulta | 15/06/2016 | 14/12/2017 |
| Valutazione clinica e socio-assistenziale dei dispositivi in oculistica per la profilassi delle più frequenti affezioni dei segmenti oculari anteriore e posteriore nelle fasce più deboli della popolazione | 11/04/2015 | 28/02/2017 |
| Strumenti diagnostici per la valutazione delle alterazioni fisiopatologiche cutanee ed immunologiche nella popolazione migrante ed ad alto disagio sociale affetta da prurito <i>sine materia</i> | 18/02/2016 | 17/03/2018 |
| Una strategia di gestione efficace e sostenibile del diabete per specifici gruppi etnici residenti nel centro Italia attraverso l'utilizzo di dispositivi medici | 09/05/2016 | 08/05/2018 |
| Potenziamento della lotta alle malattie tropicali neglette nella popolazione migrante attraverso l'utilizzo di dispositivi medici | 01/08/2016 | 31/07/2018 |
| CARE - <i>Common Approach for REfugees and other migrants' health</i> | 01/04/2016 | 30/03/2017 |
| Svolgimento di prestazioni sanitarie specialistiche nel centro per immigrati di Lampedusa | 18/04/2016 | 28/02/2017 |
| Svolgimento di prestazioni sanitarie specialistiche nel centro per immigrati di Trapani Milo | 26/04/2016 | 28/02/2017 |
| Valutazione clinica e socio-assistenziale dei dispositivi in oculistica per la profilassi delle più frequenti affezioni dei segmenti oculari anteriore e posteriore nelle fasce svantaggiate di popolazione | 06/03/2017 | 05/09/2018 |
| Valutazione clinica e socio-assistenziale dei dispositivi medici in audiologia nelle fasce più vulnerabili della popolazione | 27/03/2017 | 26/09/2018 |
| Presa in carico di pazienti complessi affetti da ulcere degli arti inferiori e appartenenti a fasce vulnerabili della popolazione | 20/03/2017 | 19/09/2018 |

| Nome progetto | Data Inizio | Data Fine |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------|
| Individuazione precoce delle condizioni di rischio, fisiche e psichiche, nelle donne straniere neoarrivate e potenziali vittime di tratta. Promozione della salute e presa in carico integrata | 18/04/2017 | 17/10/2018 |
| Tutela della salute dei minori stranieri non accompagnati (MSNA) accolti nel sistema di prima accoglienza | 03/04/2017 | 30/06/2018 |
| Svolgimento di prestazioni sanitarie specialistiche nel centro per immigrati di Lampedusa | 01/08/2017 | 31/12/2017 |
| Svolgimento di prestazioni sanitarie specialistiche nel centro per immigrati di Trapani | 01/08/2017 | 31/12/2017 |

- **“Sostegno ai programmi gibutini per la salute della donna”**: finanziato dal Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale, il progetto ha operato a sostegno delle politiche e delle azioni del Governo di Gibuti nel campo della salute riproduttiva e materno-infantile ed è stato realizzato dall’INMP in partenariato con il Ministero della Salute di Gibuti ed altri enti pubblici e privati locali. L’intervento progettuale, che si è concluso il 30 marzo 2017, ha attuato il potenziamento delle competenze e delle capacità del personale sanitario pubblico ed ha accresciuto le conoscenze e la consapevolezza della comunità sulla salute della donna, con particolare attenzione alla salute riproduttiva, materno-infantile e agli esiti di salute derivanti dalle differenti tipologie di mutilazioni genitali femminili.
- **“Dispositivi medici”**: finanziati dal Ministero della Salute, mirano a costituire un modello assistenziale indirizzato alle persone in condizione di particolare fragilità socio-economica, le quali maggiormente incontrano barriere all’accesso ai servizi sanitari. L’INMP è al quinto anno di realizzazione di un vero e proprio «percorso di medicina sociale», avviato nel 2011 per l’attuazione di progetti di valutazione clinica e socio-assistenziale dei dispositivi medici rivolti alle fasce deboli della popolazione. I pazienti arruolati nei progetti di medicina sociale possono accedere a uno qualsiasi dei servizi appositamente predisposti: in campo infettivologico, dermatologico, gastroenterologico, odontoiatrico, audiologico, oculistico, ginecologico e internistico. Nel 2017 si sono conclusi due progetti di medicina sociale e, contestualmente, ne sono stati avviati altri quattro (dermatologia, oculistica, audiologia e ginecologia).
- **“Progetto CARE”**: ha avuto l’obiettivo di promuovere e sostenere la salute dei migranti e della popolazione negli Stati Membri a forte pressione migratoria. CARE è stato co-finanziato dall’Agenzia CHAFEA della Commissione Europea (*Consumers, Health, Agriculture and Food Executive Agency*), nell’ambito del Terzo Programma Quadro Salute dell’Unione europea, ed è stato condotto da un partenariato internazionale composto dall’INMP (coordinatore) e da altri 14 enti pubblici e privati dei Paesi Membri partecipanti (Italia, Grecia, Malta, Slovenia e Croazia). Il progetto ha avuto inizio il 1 aprile 2016 e, nei 12 mesi di durata, è stato in grado di raggiungere risultati significativi, e in linea con le previsioni iniziali, con riferimento alla presa in carico dei bisogni di salute dei migranti presenti nei Centri di accoglienza, alla *preparedness* e capacità di risposta dei sistemi sanitari locali e alla disseminazione di una corretta informazione alla popolazione circa la salute dei migranti che giungono nei nostri Paesi.
- **“Progetti Hotspot”**. Durante l’anno sono proseguite le attività all’interno degli *Hotspot* di Lampedusa e Trapani Milo, la cui fine era prevista per dicembre 2016, ma che sono proseguite fino alla fine di febbraio 2017, per volontà del Ministero dell’interno. Inoltre, nel mese di agosto 2017, facendo seguito alla firma di due convenzioni sottoscritte a maggio con il Dipartimento delle libertà civili e l’immigrazione del Ministero dell’Interno, sono proseguite le attività sanitarie specialistiche nei due stessi Centri. Durante i mesi di attività di progetto, l’INMP ha continuato ad offrire le proprie competenze specialistiche relative alla diagnosi e al trattamento delle patologie tipiche dei Paesi a forte pressione migratoria, attraverso un *team* multidisciplinare. Per quanto riguarda l’*Hotspot* di Lampedusa, l’Istituto ha firmato un Protocollo operativo con l’Azienda Ospedaliero Universitaria Anna Meyer, sulla base del quale l’azienda medesima ha fornito uno psicologo dell’età evolutiva e un medico pediatra, che hanno fatto parte dell’*équipe* multidisciplinare dell’INMP per l’intera durata del progetto. La presenza all’interno degli *Hotspot* ha continuato a completare, in un contesto con scarsa possibilità di accesso ai servizi specialistici, il processo

di miglioramento della presa in carico appropriata ed efficiente degli ospiti stranieri.

- **“Tutela della salute dei minori stranieri non accompagnati (MSNA) accolti nel sistema di prima accoglienza”**: avviato dall’INMP nel mese di aprile 2017, con il finanziamento dal Ministero dell’Interno a valere sul Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014-2020 (FAMI) dell’Unione europea, il progetto mira a potenziare il sistema nazionale di prima accoglienza a favore dei MSNA, fornendo supporto agli attori coinvolti (Centri di accoglienza, Asl e strutture sanitarie competenti, ecc.) per promuovere una migliore presa in carico della salute del minore e ottenere condizioni funzionali favorevoli a un cambiamento strutturale in questo ambito. Per far questo, l’intervento agisce lungo due direttrici principali: a) il rafforzamento delle competenze delle *équipe* multidisciplinari dei 62 Centri di prima accoglienza per MSNA - di cui all’avviso pubblico FAMI O.S.1-O.N.1-lett.e “Qualificazione del sistema nazionale di prima accoglienza dei Minori Stranieri non Accompagnati (MSNA)”- nell’ambito del soddisfacimento dei bisogni di salute dei minori ospitati; b) la creazione e promozione di un’azione di sistema, sostenibile e replicabile sul territorio nazionale, che metta in rete i 62 Centri di prima accoglienza per MSNA con le strutture sanitarie di riferimento e gli altri attori presenti sul territorio e operanti nel settore.

La U.O.C. ha, inoltre, assicurato la gestione di alcune linee di attività dei progetti Interregionali (di cui al comma 5, art. 14 del D.L. n. 158 del 13/09/2012, convertito, con modificazioni, dalla Legge n. 198 del 8/11/2012):

Osservatorio Epidemiologico Nazionale sull’Immigrazione e sull’impatto della povertà sulla salute della popolazione (OENIP)

Le attività di Osservatorio epidemiologico nazionale, coordinate dalla UOS Epidemiologia dell’INMP, hanno l’obiettivo di rilevare le disuguaglianze di salute, individuare le migliori pratiche per il loro contrasto e supportare le Regioni nella loro attuazione, al fine di identificare e sostenere politiche di promozione della salute a favore delle persone più fragili. Le attività sono state svolte in collaborazione con i centri di Epidemiologia regionali che, sul territorio nazionale, hanno sviluppato maggiore esperienza su questi temi, attraverso lo sviluppo di progetti di ricerca e di un relativo sistema informativo basato su un insieme di indicatori. Le attività, nell’attuazione delle linee di azione del Progetto interregionale, sono rivolte ad azioni di ricerca epidemiologica nell’ambito delle disuguaglianze nella salute, con la produzione e la diffusione di conoscenze originali derivanti da specifici progetti basati su collaborazioni con istituzioni impegnate sui temi di interesse dell’Osservatorio medesimo. L’attività di osservatorio epidemiologico del 2017 si declinano nelle seguenti linee:

- 1) *Monitoraggio dello stato di salute della popolazione immigrata*: è stata attivata la sperimentazione del sistema di indicatori di stato di salute e assistenza sanitaria alla popolazione immigrata, basato sui risultati di progetti CCM 2006 e 2009, che è stato discusso e approvato con un gruppo di esperti provenienti dai centri epidemiologici regionali diffusi sul territorio nazionale. La UOS Epidemiologia si è fatta carico della produzione dei materiali di supporto al calcolo degli indicatori (codici SAS e tabelle *Excel* con formule di calcolo, in particolare di tassi grezzi e standardizzati per età), che sono stati calcolati per l’annualità 2016 da parte di 8 Regioni attualmente coinvolte in forma ufficiale su mandato dei rispettivi Assessorati alla Salute.
- 2) *La rete degli studi longitudinali metropolitani (SLM)* per la valutazione dei profili di assistenza alla popolazione immigrata: si sono concluse le attività del secondo ciclo progettuale, che si è articolato in 8 *Work Packages*, di cui la UOS Epidemiologia ha avuto il coordinamento nazionale e la responsabilità del WP1. Il progetto ha prodotto diversi contributi scientifici, sia comunicazioni in congressi nazionali e internazionali, sia articoli scientifici pubblicati o in corso di pubblicazione su riviste internazionali indicizzate. È stato redatto un progetto per la creazione e valorizzazione della coorte nazionale per il monitoraggio delle disuguaglianze nella salute, che è stato presentato e approvato dal comitato etico dell’ISS. Il progetto conterà su 8 Comuni, con una copertura di 3.200.000 di abitanti. È prevista inoltre l’adesione di altri centri.

- 3) *Collaborazione istituzionale con ISTAT*: sono state avviate nuove linee di attività, in parte incluse nel protocollo di ricerca INMP-ISTAT, che utilizzeranno le basi dati relative al *follow-up* dell'indagine salute 2005, al *record-linkage* tra censimento e mortalità e all'indagine EU-SILC. In particolare:
- valutazione delle differenze di mortalità e speranza di vita per livello di istruzione;
 - atlante provinciale delle disuguaglianze socioeconomiche nella mortalità;
 - valutazione delle differenze di mortalità e speranza di vita per status migratorio;
 - valutazione dell'impatto dei fattori di rischio comportamentali sulle differenze socioeconomiche nella mortalità;
 - valutazione delle differenze di ospedalizzazione per livello di istruzione e status migratorio;
 - valutazione dell'impatto della povertà sulla rinuncia alle cure.
- 4) *WHIP Salute*: sono in fase di realizzazione conclusiva le attività del progetto WHIP Salute, in collaborazione con la ASL TO3, che intende valorizzare dal punto di vista epidemiologico il sistema di osservazione *Work History Italian Panel* (WHIP-salute). Il sistema informativo consente di descrivere gli effetti del lavoro sulla salute della popolazione, attraverso un complesso sistema di *record-linkage* da fonti amministrative (Inps, Inail, Istat, Ministero della salute). Il relativo *database* longitudinale contiene informazioni sui lavoratori e sugli infortuni che li hanno coinvolti. I principali obiettivi sono stati l'acquisizione di conoscenze sul tema della sicurezza sul lavoro degli stranieri; la diffusione delle conoscenze agli *stakeholder* impegnati sulla scelta di priorità e sul disegno delle azioni di prevenzione nei Piani Regionali di Prevenzione e nel Piano Nazionale di Prevenzione; la definizione di obiettivi, metodi e strumenti della valutazione economica in tale ambito. I risultati del progetto saranno pubblicati in un volume monografico dell'INMP.
- 5) *Elaborazione di adeguata documentazione scientifica sull'efficacia delle azioni di contrasto delle disuguaglianze di salute*: si è conclusa la seconda annualità del progetto. La UOS Epidemiologia è stata principalmente impegnata nelle attività di aggiornamento del sito disuguaglianzedisalute.it, in collaborazione con la ASL TO3, con sintesi di evidenze legate alle differenze socioeconomiche nella salute, in particolare riguardante i temi della povertà e della salute. L'area documentale del sito ospita in particolare articoli scientifici, divulgativi, *report*, libri e letteratura grigia sui determinanti socio-economici della povertà (l'assenza di lavoro, di forme di reddito continuative e di un'abitazione; l'esclusione sociale; le dipendenze da sostanze quali alcol, droghe e tabacco; le barriere economiche e normative che ostacolano la piena fruizione del diritto alla salute) e sull'associazione tra povertà (assoluta e relativa) e salute.
- 6) *Revisione sistematica degli interventi efficaci di contrasto alle disuguaglianze nella salute*: nel corso del 2017 è stata avviata una linea di attività di revisione sistematica degli interventi efficaci di contrasto alle disuguaglianze nella salute. Sono in corso d'opera due revisioni della letteratura, la prima sugli interventi efficaci per il contrasto alle disuguaglianze nella salute nei contesti di vita nei Paesi sviluppati, la seconda sulla valutazione economica degli interventi per la riduzione delle disuguaglianze nel percorso nascita delle popolazioni immigrate. Le revisioni sistematiche sono basate sulla consultazione delle principali piattaforme bibliografiche (*PubMed*, *Cochrane Library*, *Embase*, altre fonti specifiche per obiettivo).

Il network sud europeo sulle disuguaglianze di salute (SEN).

Sono proseguite le attività di rete e di ricerca che coinvolgono i Paesi dell'Europa del sud, finalizzate a consolidare il lavoro in comune e definire un programma di interventi concreti, da attuare anche a livello di singoli Stati Membri, come strumento di evidenza sui *policy maker* per ridurre le disuguaglianze nella salute attraverso politiche orientate all'equità.

A tal fine, nel corso del 2017, la U.O.C. IRP ha prodotto, in collaborazione con l'ASL TO3, un documento di ricerca per la produzione di un *working paper* derivante dall'analisi della letteratura recente disponibile sui determinanti sociali e gli esiti di salute nei Paesi del SEN ai tempi della crisi economica. Tale documento verrà utilizzato come base di lavoro per la riunione che si terrà nel corrente anno nel mese di ottobre.

Oltre a tali attività, la UOC ha fornito supporto al Direttore generale per la predisposizione del Progetto interregionale 2016, le cui attività sono a valere sull'anno 2017.

L'Istituto ha lanciato nel corso del 2017 un importante processo di posizionamento internazionale, volto a rafforzarne la reputazione e la riconoscibilità. In tale ambito, si è investito nella *partnership* con l'Organizzazione Mondiale della Sanità – Ufficio Europeo di Copenaghen. In tal senso, la UOC IRP ha avviato rilevanti iniziative di ricerca epidemiologica e di redazione di documenti di *policy*, volti a sostanziare le evidenze sulla salute delle popolazioni migranti nel continente europeo. È stata condotta e ultimata la *survey* italiana di un progetto OMS, a cui hanno partecipato altri dieci Stati membri, sulle lesioni e gli incidenti dei migranti nel loro percorso migratorio e, in particolare, presso il luogo di sbarco. L'INMP ha assicurato il contributo di una mediatrice presso l'*Hotspot* di Trapani Milo che ha condotto 130 interviste strutturate ad altrettanti migranti giunti via mare. Tale *survey* è in via di perfezionamento e di pubblicazione. Altra importante iniziativa è stato l'avvio del processo di riconoscimento dell'Istituto quale Centro collaboratore OMS sull'evidenza scientifica e sul *capacity building*. Tale processo ha visto la definizione di un *work-plan* biennale condiviso con l'OMS, che prevede la produzione di un Rapporto 2018 sullo stato di salute dei migranti nella Regione Europa e la redazione di un documento di *Policy* nella medesima Regione relativo alle modalità di *screening* per gli immigrati. Tale ruolo dell'INMP a livello internazionale si è completato, nel 2017, con la partecipazione dell'Istituto alla progettazione della *Joint Action* europea sulle disuguaglianze di salute.

2.3.5 U.O.C. Coordinamento scientifico

La U.O.C. Coordinamento scientifico (U.O.C. CS) svolge diverse attività connesse con la programmazione delle linee di ricerca medica e biomedica dell'INMP, promuovendo sia la progettualità propria dell'Istituto sia le collaborazioni con altri enti di ricerca nazionali e internazionali e con le Università. Assicura, inoltre, i percorsi per l'approvazione dei progetti al Comitato Etico di riferimento e supporta la sottomissione di comunicazioni a convegni e congressi e di articoli scientifici su riviste nazionali e internazionali per la disseminazione dei dati relativi alle attività progettuali. Infine, la U.O.C. CS coordina lo *staff* di mediazione transculturale per quanto concerne la ricerca e la formazione e, in congiunzione con la U.O.S. Formazione e ECM, coordina i percorsi formativi rivolti a tirocinanti così come le attività svolte presso l'INMP a beneficio di studenti, persone in aggiornamento professionale e volontari.

Peculiarità delle funzioni appena descritte della U.O.C. CS è, quindi, la trasversalità delle attività, realizzate anche attraverso un dialogo strutturato con le U.O. della Direzione Amministrativa e Sanitaria, la U.O.S. Sistema informativo e statistico, la U.O.S. Epidemiologia, la U.O.C. Prevenzione sanitaria e la U.O.C. Rapporti internazionali, con le Regioni e gestione del ciclo di progetto.

Nel corso del 2017, la U.O.C. CS ha completato la dotazione strumentale del *Laboratorio di Ricerca*, con l'acquisizione e il relativo collaudo di due nuove strumentazioni, ha proseguito l'addestramento del personale dedicato alla ricerca con l'acquisizione e la messa a punto di 4 nuove metodiche sperimentali (allestimento di cloni T linfocitari per diluizione limite, saggi ELISA su supernatanti di coltura, analisi citofluorimetrica multiparametrica, isolamento e coltura di monociti da sangue periferico).

Le attività di ricerca coordinate dalla U.O.C. si sono orientate su alcune delle tre aree tematiche previste dal piano triennale, quali i) le malattie cronico-degenerative e infiammatorie delle popolazioni svantaggiate; ii) le malattie infettive, con particolare riguardo alle malattie neglette e le parassitosi; iii) la salute mentale, rivolta particolarmente alla caratterizzazione psicopatologica della popolazione migrante. Nello specifico, la ricerca biomedica si è focalizzata sullo studio dei meccanismi che sottendono il prurito *sine materia* nelle popolazioni migranti di cute scura e sui meccanismi della riparazione tissutale coinvolti nella guarigione delle ulcere cutanee. Nell'ottica di migliorare la divulgazione scientifica dell'Istituto, sono stati realizzati incontri di approfondimento di *Data club* sulle progettualità in essere nell'Istituto, per un totale di 7 incontri interdisciplinari. La U.O.C. CS ha, inoltre, assicurato la tempestiva attuazione del programma della ricerca dell'Istituto, con particolare riferimento all'area della ricerca clinica e traslazionale, garantendo l'elaborazione e il monitoraggio della documentazione di 4 protocolli di studio approvati dal Comitato Etico di riferimento.

Infine, per il 2017, il numero di adempimenti scientifico-amministrativi relativi alle sopraindicate figure esterne è stato pari a 15 (di cui 1 per tirocini, 13 per frequenze volontarie e 1 per accoglienza di studenti tesisti).

Nell'ambito della U.O.C. Coordinamento scientifico opera la U.O.S. Salute e mediazione transculturale (U.O.S. SMT). Essa si è occupata della gestione e della valorizzazione dei mediatori transculturali al fine di migliorare la qualità dell'attività di mediazione stessa. Nello specifico, la U.O.S. SMT ha supportato la U.O.S. Formazione ed ECM dell'Istituto nello sviluppare un percorso di sostegno per l'analisi delle dinamiche psicologiche di gruppo tipiche delle professioni di aiuto, coordinato da uno o più esperti del settore, che ha previsto una serie di incontri di programmazione, un evento plenario e un calendario di date di addestramento *on the job*, per un livello di adesione all'intero percorso pari al 95% dei mediatori.

Durante l'arco dell'anno lo *staff* di mediazione è stato coinvolto nelle diverse attività ordinarie, quali l'accoglienza, l'ascolto e l'orientamento dei pazienti; ha inoltre agevolato l'accesso programmato agli ambulatori degli ospiti dei centri di accoglienza del territorio e partecipato ai diversi *setting* clinici, ove richiesto. È stato, altresì, coinvolto nell'approfondimento e lo studio di temi specifici riguardanti l'applicazione della normativa di accesso al SSN da parte delle persone straniere, nelle attività di docenza nell'ambito di corsi e seminari istituzionali e nelle missioni all'interno delle *équipe* sanitarie (corridoi umanitari). Attraverso la U.O.S. SMT, infine, l'Istituto aderisce formalmente alla rete del GrIS (Gruppo di collegamento su Immigrazione e Salute della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni). L'obiettivo sfidante sarà consolidare il lavoro svolto negli anni precedenti e valorizzare ulteriormente il profilo del mediatore transculturale in ambito socio-sanitario.

Nel rispetto della *mission* istituzionale, la U.O.S. Formazione ed ECM ha progettato e organizzato eventi formativi destinati al personale interno, sia dell'area amministrativa sia dell'area sociosanitaria, oltre che attività di formazione obbligatoria.

In qualità di *provider* ECM, l'INMP ha garantito, tramite la U.O.S. Formazione ed ECM, l'erogazione di corsi gratuiti destinati anche a discenti esterni di diverse professionalità.

Formazione ECM

L'INMP ha promosso eventi formativi ECM di seguito riportati con il relativo codice Agenas. In particolare, per quanto concerne le attività volte al miglioramento della qualità dei servizi resi agli utenti, la U.O.S. Formazione ed ECM ha realizzato 5 percorsi formativi ECM previsti dal Piano annuale 2017 e 4 percorsi formativi fuori dal predetto Piano.

Formazione prevista nel Piano annuale 2017

Nell'ambito degli eventi formativi previsti nel Piano annuale ECM 2017, approvato dal Comitato scientifico ECM nel dicembre 2016, sono stati realizzati 5 eventi che hanno visto il coinvolgimento di un totale di 327 discenti esterni e interni.

Di seguito, l'elenco dei corsi previsti nel Piano e realizzati durante il 2017:

1. RI-PRENDERSI. I FATTORI DETERMINANTI DELLA SALUTE MENTALE (Roma 27 e 28/01/2017), codice 1995-181329, numero partecipanti 179;
2. APPROCCIO TRANSDISCIPLINARE ALLA MIGRAZIONE: SERVIZI SANITARI E CENTI D'ACCOGLIENZA IN DIALOGO, (Roma 7 e 8/04/2017) codice 1995-189695, numero partecipanti 41;
3. MEDICINA DI PROSSIMITÀ E MEDIAZIONE DI SISTEMA: INTERVENTI SOCIO-SANITARI PER IMMIGRATI E PERSONE IN CONDIZIONE DI FRAGILITÀ SOCIO-ECONOMICA NEGLI EDIFICI OCCUPATI DELL'AREA METROPOLITANA DI ROMA (Roma 18/05/2017, 12/10/2017), codice 1995-194973, numero partecipanti 54;
4. TRANSDISCIPLINARIETÀ E TRANSCULTURALITÀ. RIFLESSIONI ANTROPOLOGICHE SULLA PRATICA SOCIO-SANITARIA. Ed.1 (Roma 15/09/2017, codice 1995-202242, numero partecipanti 24;
5. TRANSDISCIPLINARIETÀ E TRANSCULTURALITÀ. RIFLESSIONI ANTROPOLOGICHE SULLA PRATICA SOCIO-SANITARIA. Ed.2 (Roma, 29/09/2017), codice 1995-202242, numero partecipanti 29.

Formazione Extra Piano annuale ECM 2017

Per quanto concerne la Formazione extra Piano Annuale ECM 2017, ugualmente approvata dal Comitato Scientifico, sono stati realizzate 4 attività formative per un totale di 145 discenti:

1. L'APPROCCIO DI SALUTE GLOBALE NELLA PRESA IN CARICO DELLE FRAGILITÀ (Roma 15 e 19/05/2017), codice 1995-194575, numero partecipanti 42;
2. PREVENZIONE DELLE PUNTURE E DEI TAGLI ACCIDENTALI (Roma 26/06/2017), codice 1995-197287, numero partecipanti 19;
3. LE CONDIZIONI DI SALUTE MENTALE DEI MIGRANTI (Roma 20/10/2017), codice 1995-207291, numero partecipanti 39;
4. CRITICITÀ NELL'ACCESSO ALLA SALUTE DEI RICHIEDENTI PROTEZIONE INTERNAZIONALE (Roma 24/11/2017), codice 1995-210424, numero partecipanti 45.

Come previsto dalla normativa in materia di Educazione Continua in Medicina, in tutti i corsi ECM sono stati somministrati i questionari di rilevazione della qualità della formazione erogata. A tal riguardo, per ciascun corso è stata valutata la qualità educativa del programma formativo e la rilevanza degli argomenti trattati rispetto al tema del corso. Il risultato di tale valutazione è considerato positivo, in quanto ha raggiunto punteggi complessivi superiori al 4,5 in una scala da 1 (giudizio negativo) a 5 (giudizio positivo).

Formazione non ECM

La formazione non ECM ha riguardato corsi di formazione rivolti al personale dell'INMP e a vari *stakeholder* esterni interessati agli argomenti trattati.

Formazione non ECM esterna

Per quanto concerne la formazione erogata per discenti esterni, l'Istituto ha collaborato alla progettazione e alla erogazione di un evento formativo destinato ai volontari di Scuole Migranti – Rete per l'integrazione linguistica e sociale, che si è tenuto presso l'Aula Agostini dell'INMP il 27 marzo 2017.

Formazione destinata al personale

Nel 2017, il personale dell'Istituto è stato formato conformemente a quanto previsto nel Piano generale di formazione del personale 2017-2019. In particolare, sono state erogate le seguenti attività formative:

1. FORMAZIONE *ON THE JOB* SULLA GESTIONE DEL PERSONALE SOTTO IL PROFILO ECONOMICO-GIURIDICO CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALLA SUA CORRETTA IMPLEMENTAZIONE NELL'AMBITO DEL SISTEMA IN USO (Roma 02/2017-12/2017);
2. LEGGE 8 MARZO 2017 N° 24. SICUREZZA DELLE CURE E RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE: APPROFONDIMENTI E APPLICAZIONE (Roma 19/06/2017);
3. FORMAZIONE *ON THE JOB* PER MEDIATORI TRANSCULTURALI IN AMBITO SANITARIO (Roma 10/2017-12/2017);
4. IL SISTEMA PENSIONISTICO E LA LIQUIDAZIONE COMPENSI (Roma 10/2017-11/2017).

Con riferimento alla formazione obbligatoria, sono stati erogati i corsi riportati di seguito:

1. FORMAZIONE BLSO – *TRAINING* (Roma 29/05/2017);
2. FORMAZIONE BLSO - *RE-TRAINING* (Roma 22/05/2017);
3. LE PROFESSIONI DI AIUTO: DALLA GESTIONE DELLE EMOZIONI TOSSICHE ALLA PREVENZIONE DEL *BURN-OUT* (Roma 06/10/2017);
4. TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE (Roma 17/11/2017).

2.3.6 Altre linee di attività trasversali previste dal Progetto interregionale

Core curriculum del mediatore transculturale - L'Istituto, in qualità di Centro di riferimento nazionale per la mediazione culturale in sanità, è impegnato nella definizione del *curriculum* di conoscenze e competenze abilitanti all'esercizio di tale attività. Il processo definitorio ha preso l'avvio in forma sperimentale con il Progetto *ForMe* – Percorso formativo per i mediatori transculturali in ambito sanitario e tuttora continua come linea di attività istituzionale, volta al perfezionamento del percorso formativo, al riconoscimento della figura del mediatore in sanità e alla costituzione di un elenco di mediatori esperti a livello nazionale.

La stabilizzazione del personale di mediazione, avviata e conclusa nel corso del 2017, ha posto le basi per una più proficua ed efficace programmazione delle attività di mediazione stessa da avviare a partire sin dai primi mesi del 2018. Tra le attività programmatiche proposte nel corso del 2017, vi è stata l'elaborazione di un programma scientifico di un percorso formativo di aggiornamento, orientato alle attività cliniche svolte tipicamente presso il poliambulatorio dell'INMP, da strutturare con un corpo docente misto, composto dai medici e dagli antropologi dell'Istituto, ma anche costruito con il contributo degli stessi mediatori, ai fini di una migliore contestualizzazione dell'attività di mediazione nei *setting* INMP.

Rete nazionale per le problematiche di assistenza in campo socio-sanitario legate alle popolazioni migranti e alla povertà - Nell'ambito del Programma nazionale "Linee guida sulla tutela della salute e l'assistenza socio-sanitaria alle popolazioni migranti", nel primo semestre si è concluso il lavoro sulla prima linea guida "*I controlli alla frontiera – La frontiera dei controlli*", con pubblicazione nel luglio 2017. Il documento intende offrire ai decisori, agli enti gestori dei centri di accoglienza e agli operatori sociosanitari, raccomandazioni circa la pratica della sorveglianza sanitaria su profughi e richiedenti protezione internazionale intercettati dal sistema di accoglienza italiano, a fronte dell'incertezza e della discrezionalità nei comportamenti adottati sul territorio nazionale. Nel secondo semestre è stata portata a termine la seconda linea guida relativa al "*Controllo della tubercolosi tra gli immigrati in Italia*", sviluppata con la partecipazione di un *panel* multidisciplinare e multiprofessionale di esperti, scelti in rappresentanza delle principali società scientifiche interessate e di istituzioni nazionali e internazionali, a partire da un precedente documento di consenso pubblicato dal Ministero della Salute nel 2010.

In merito agli interventi di medicina di prossimità, è stato realizzato un Piano di intervento socio-sanitario in favore di migranti e persone in condizione di fragilità socio economica, stabilmente presenti all'interno di alcuni edifici abusivamente occupati dell'area metropolitana di Roma. L'esperienza si inserisce all'interno di una Dichiarazione di intenti sottoscritta con il Comune di Roma e le Aziende sanitarie locali Roma 1 (già Asl Roma A) e Roma 2 (già Asl Roma B e C), e allargata alla partecipazione di numerose istituzioni pubbliche e del privato sociale. Il piano, sviluppato su *input* della Regione Lazio (nota Prot. 527930/GR/II/27 del 5 ottobre 2015), ha previsto l'organizzazione di quattro "giornate per l'accessibilità" realizzate direttamente all'interno degli stabili, da parte di operatori sociosanitari delle ASL, sui seguenti temi: accesso ai servizi sanitari, salute e benessere della donna, salute e benessere del bambino, stili di vita e patologie croniche. Nell'ambito delle giornate è stata svolta un'attività di educazione sanitaria e sono state offerte prestazioni sanitarie minime e informazioni relative ai servizi sanitari territoriali, alla popolazione presente. Gli operatori delle ASL che hanno partecipato alle attività sono stati coinvolti in un corso di formazione ECM, organizzato presso l'INMP, allo scopo di acquisire competenze in merito all'accesso ai servizi sanitari da parte della popolazione straniera, potenziare e migliorare la qualità della relazione e dell'accoglienza, e decostruire il pregiudizio.

È stato altresì avviato un Piano di azione socio-sanitario in favore delle popolazioni Rom, Sinte e Caminanti (RSC) a Roma, in collaborazione con il Comune (Ufficio di Scopo RSC), le ASL Roma 1, Roma 2 e Roma 3, e l'Ospedale Bambino Gesù. Il Piano prevede la realizzazione di campagne vaccinali in alcuni campi della Capitale, mediante l'utilizzo di unità mobili e l'impiego di *équipe* multidisciplinari.

Infine, sulla popolazione italiana è in corso un progetto di ricerca-azione sociosanitaria, in collaborazione con "Sapienza" Università di Roma e la ASL Roma 1 (ex Roma E), finalizzato alla promozione del benessere bio-psico-sociale degli abitanti del complesso residenziale Bastogi (zona nord-ovest di Roma), in una prospettiva di *empowerment* della comunità e di contrasto alle disuguaglianze.

La valorizzazione del Sistema Informativo Nausicaa - Nel corso del 2017, il sistema informativo sanitario dell'INMP Nausicaa ha continuato a raccogliere informazioni analitiche sulle caratteristiche socio-demografiche e sanitarie dei pazienti che hanno fatto riferimento al poliambulatorio specialistico dell'Istituto. Nel contempo, è stato anche raccolto il dato relativo all'attività clinica svolta presso i due *hotspot* di Lampedusa e Trapani Milo nel periodo gennaio – ottobre 2017. Sulla base dei dati raccolti, è stato definito un *set* di indicatori clinici specifici sullo stato di salute, sulla provenienza e sulle condizioni socio-economiche dei pazienti. Su questi indicatori condivisi, è stato impostato un sistema di statistiche standardizzato, grazie al quale sono stati forniti alla Direzione *report* di attività mensili.

Inoltre, è stata rilasciata a dicembre la nuova versione di Nausicaa, pensata non solo per la produzione di dati statistico-epidemiologici, ma anche per essere utilizzata come una vera e propria cartella clinica. Sulla base della specificità raggiunta dal sistema negli anni, in coerenza con la complessità della tipologia di assistenza socio-sanitaria offerta dagli ambulatori dell'Istituto, l'attività di reingegnerizzazione ha riguardato sostanzialmente la riorganizzazione e razionalizzazione delle informazioni richieste a sistema e l'implementazione di nuove funzionalità. Si è trattato di un lavoro collettivo che ha coinvolto, per la raccolta delle specifiche tecniche, tutti i medici specialisti, le psicologhe, l'assistente sociale e i mediatori di riferimento per i diversi servizi. Dal punto di vista tecnologico e normativo, è proseguita l'implementazione di meccanismi di sicurezza informatica e di crittografia dei dati per rendere il sistema *compliant* con il nuovo Regolamento *privacy* entrato in vigore il 25 maggio 2018. Si è inoltre lavorato, in ambiente di *test* e collaudo, per adeguare e rendere compatibile la nuova versione di Nausicaa per l'integrazione con i sistemi regionali SISMED (piattaforma *software* per la gestione della prescrizione elettronica) e ASUR (Anagrafica Sanitaria Unica Regionale).

2.4 Le criticità e le opportunità (nella realizzazione degli obiettivi programmati)

Direzione sanitaria

A causa del trasferimento di alcune figure professionali verso altri Enti, le relative linee di attività hanno risentito di rallentamenti che hanno coinciso con la ripresa di nuove e impegnative attività (Lampedusa, Trapani, medicina di iniziativa in zone deprivate e a migranti transitanti, ecc.). Le procedure pubbliche di reclutamento del personale, infatti, richiedono tempi medio-lunghi a fronte dell'esigenza di far fronte con immediatezza a necessità e impegni non rinviabili, come nei casi indicati che sono influenzati dall'intensità e dalla variabilità del fenomeno migratorio. Per alcune prestazioni diagnostico-terapeutiche, il trasferimento di medici esperti ha comportato una riduzione dell'attività rispetto a quanto programmato.

Si è inoltre riscontrata l'impossibilità di attivare alcune prestazioni specialistiche ambulatoriali aggiuntive a causa di problemi amministrativi che derivano dal regime transitorio, previsto dalla legge, in relazione al "subcodice struttura NSIS" ancora non concesso dalla Regione Lazio. Anche per l'Odontoiatria questo aspetto ha avuto un peso sulla produzione quali-quantitativa, parzialmente attenuato nel primo semestre dalle attività svolte in virtù di un apposito progetto.

Per alcuni mesi non sono stati disponibili alcuni spazi della U.O.S. Salute mentale per manutenzione straordinaria.

Si continua a ritenere opportuno, nell'ottica di un approccio multidisciplinare integrato, un perfezionamento delle modalità di collaborazione tra figure professionali diverse e su tale filone della multidisciplinarietà si dovrà continuare a investire negli anni a venire.

Direzione amministrativa

Il mancato pieno raggiungimento degli obiettivi assegnati alla U.O.C. Gestione del personale e affari amministrativi per il 2017 è da attribuire ai punteggi, inferiori rispetto a quelli attesi, per 2 dei 6 obiettivi assegnati.

In particolare, per l'obiettivo relativo al ciclo del passivo (OI.4, indicatore di tempestività dei pagamenti sugli acquisti di competenza), la maggiore criticità riscontrata è da rinvenire nell'enorme mole di fatture da lavorare in capo alla U.O.C. (222 fatture ricevute, di cui 5 pagate in ritardo), a cui si aggiunge la liquidazione dei Documenti Fittizi Provvisori (Personale in convenzione, indennità Collegio sindacale, rimborso spese per missioni personale esterno, convenzioni, progetti, ecc.), il cui riscontro tecnico è assegnato ad un'unica risorsa.

Quanto infine all'obiettivo OI.5 (Prevenzione della corruzione e trasparenza) si è adempiuto (soltanto nel corso dell'anno 2017) a 36 dei 41 obblighi di pubblicazione gravanti sulla U.O.C. Gestione del personale e affari amministrativi, nonostante le scarse risorse umane assegnate alla struttura.

U.O.C. Pianificazione strategica e bilancio sociale

Per quanto riguarda le criticità emerse nella realizzazione degli obiettivi programmati per l'anno 2017, si evidenzia ancora una volta come fattore principale la particolare limitazione di risorse umane, sia di qualifica dirigenziale che di comparto, rispetto all'impegno richiesto dagli obiettivi assegnati, con particolare riferimento al controllo di gestione e alla gestione del ciclo della *performance*, del ciclo della trasparenza e delle attività connesse al Piano triennale di prevenzione della corruzione e per la trasparenza (PTPCT).

Tale circostanza ha reso il raggiungimento degli obiettivi assegnati particolarmente sfidante anche nell'anno 2017 per un ente stabilizzato, ma non ancora pienamente regolamentato.

Nonostante lo sforzo profuso, tuttavia, sia la U.O.C. che la U.O.S. Sistema informativo e statistico (U.O.S. SIS) non hanno raggiunto il risultato pieno di *performance* organizzativa, per criticità emerse nella gestione del ciclo del passivo, che hanno determinato il parziale raggiungimento dell'obiettivo correlato, che puntava ad assicurare la tempestività dei pagamenti, nel rispetto delle scadenze per gli acquisti informatici. Tale obiettivo, particolarmente sfidante, è stato assegnato dalla direzione strategica a tutte le strutture coinvolte nel ciclo, fissando, per uno dei due indicatori previsti (fatture non sospese pagate oltre la scadenza) un *target* pari a zero, proprio allo scopo di prevenire ritardi nei pagamenti.

Analogamente, con riferimento all'area della prevenzione della corruzione, era stato assegnato a tutte le strutture coinvolte un obiettivo trasversale, che puntava a garantire trasparenza e integrità dell'azione amministrativa, assicurando l'assolvimento tempestivo degli obblighi di pubblicazione di competenza previsti dal PTPCT. In questo caso, l'indicatore individuato per misurarne il raggiungimento è costituito dal numero di obblighi aggiornati nei tempi previsti dal Piano, rapportati al totale degli obblighi di competenza della struttura. Per questo indicatore, la U.O.S. SIS non ha completamente adempiuto alla pubblicazione dei dati di propria competenza.

Per il dettaglio della descrizione dei valori rilevati, si rimanda alle schede di *performance* delle strutture presenti nel successivo par. 3.3.2 - Obiettivi istituzionali.

U.O.C. Rapporti internazionali, con le Regioni e gestione del ciclo di progetto

Non si sono riscontrate particolari criticità nella realizzazione degli obiettivi programmati, consistenti, innanzitutto, nel rafforzamento dell'internazionalizzazione dell'INMP. A tal fine, la U.O.C. ha promosso una più ampia condivisione a livello internazionale delle attività e dei risultati dell'INMP sui temi delle disuguaglianze e delle migrazioni, ha avviato le procedure per il riconoscimento dell'Istituto quale Centro collaboratore dell'OMS e ha portato avanti la progettazione e conduzione di iniziative di salute globale a livello internazionale, in forte sinergia con le due U.O.S. di Epidemiologia e di Salute globale e cooperazione sanitaria, la Direzione generale e le altre Direzioni dell'Istituto.

Anche il perseguimento dell'obiettivo di incremento dell'utilizzo del nuovo *software* gestionale JSIAC, che è stato adottato per tutti i progetti curati dalla U.O.C., non ha incontrato criticità significative.

U.O.C. Coordinamento scientifico

Coerentemente alla trasversalità delle azioni attuate su indicazione del Direttore generale, la modalità di realizzazione degli obiettivi della U.O.C. ha previsto la gestione di attività in condivisione con le professionalità della U.O.S. Polispecialistica e professioni sanitarie, della U.O.S. Salute mentale, della U.O.S. Salute e mediazione transculturale, della U.O.S. Sistema informativo e della U.O.C. Rapporti internazionali, con le Regioni e gestione del ciclo di progetto.

Tra le opportunità in termini di obiettivi maggiormente sfidanti, si sottolineano la promozione della metodologia della ricerca e della divulgazione scientifica e il rafforzamento dei rapporti di collaborazione con Enti di ricerca e con attori territoriali.

Per la U.O.S. SMT non si sono evidenziate particolari criticità. L'obiettivo sfidante sarà consolidare il lavoro svolto negli anni precedenti e valorizzare ulteriormente il profilo del mediatore transculturale in ambito socio-sanitario.

La U.O.S. Formazione ed Ecm, nella piena realizzazione degli obiettivi, non ha riscontrato particolari criticità.

Alcune criticità vanno segnalate in merito all'erogazione della formazione aziendale rivolta al personale dell'INMP. Nello specifico, si evidenzia che la normativa vigente in materia di formazione del personale delle pubbliche amministrazioni prevede che essa possa essere erogata solo in favore del personale con contratto a tempo indeterminato. Pertanto, nelle more che il personale dell'INMP possa essere stabilizzato, la U.O.S. Formazione ed ECM ha adottato il PIANO DI FORMAZIONE AZIENDALE per il triennio 2017-2019.

Per le ulteriori linee di attività previste nell'ambito del Progetto interregionale, le criticità/opportunità sono state evidenziate contestualmente alla descrizione degli interventi realizzati nel corso del 2017.

3 Obiettivi: risultati raggiunti e scostamenti

Nel seguito sono presentati in dettaglio, con una logica a cascata, i risultati di *performance* conseguiti nel 2017 dall'Istituto. La sezione si articola, infatti, in quattro paragrafi: albero della *performance*; obiettivi strategici, obiettivi e piani operativi, obiettivi individuali.

3.1 Albero della *performance*

Il Sistema di misurazione e valutazione della *performance* si articola in obiettivi strategici \ obiettivi operativi \ piani di azione (eventuali) \ indicatori del grado di realizzazione e scadenze entro cui ci si attende che le diverse fasi debbano essere realizzate, andando successivamente a verificare il loro effettivo raggiungimento. Gli obiettivi strategici del Piano della *performance* 2017 - 2019 sono sintetizzati nella tabella seguente per consentire un'agevole lettura dello schema dell'albero della *performance*, di cui al paragrafo 2.3 del Piano della *performance* 2017, integrato con l'indicazione dei risultati raggiunti per ciascun obiettivo con riferimento al *target* programmato.

Tabella 4 - Obiettivi strategici

| Codice obiettivo | Obiettivo | Struttura |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| B.1 | Rafforzare l'internazionalizzazione dell'INMP | U.O.C. Rapporti internazionali, con le Regioni e gestione del ciclo di progetto |
| C.1 | Migliorare la comunicazione scientifica dell'Istituto | U.O.C. Coordinamento scientifico |
| D.1 | Incrementare l'accessibilità per le fasce deboli e la qualità tecnico professionale dei servizi ambulatoriali e di offerta attiva | U.O.C. Prevenzione sanitaria |
| E.1 | Incrementare l'accessibilità alle prestazioni di odontoiatria per le popolazioni svantaggiate | U.O.C. Odontoiatria sociale |
| F.1 | Perseguire il completamento del processo di organizzazione dell'Istituto | U.O.C. Gestione del personale e affari amministrativi |

Fonte – INMP – Piano della *performance* 2017 – 2019

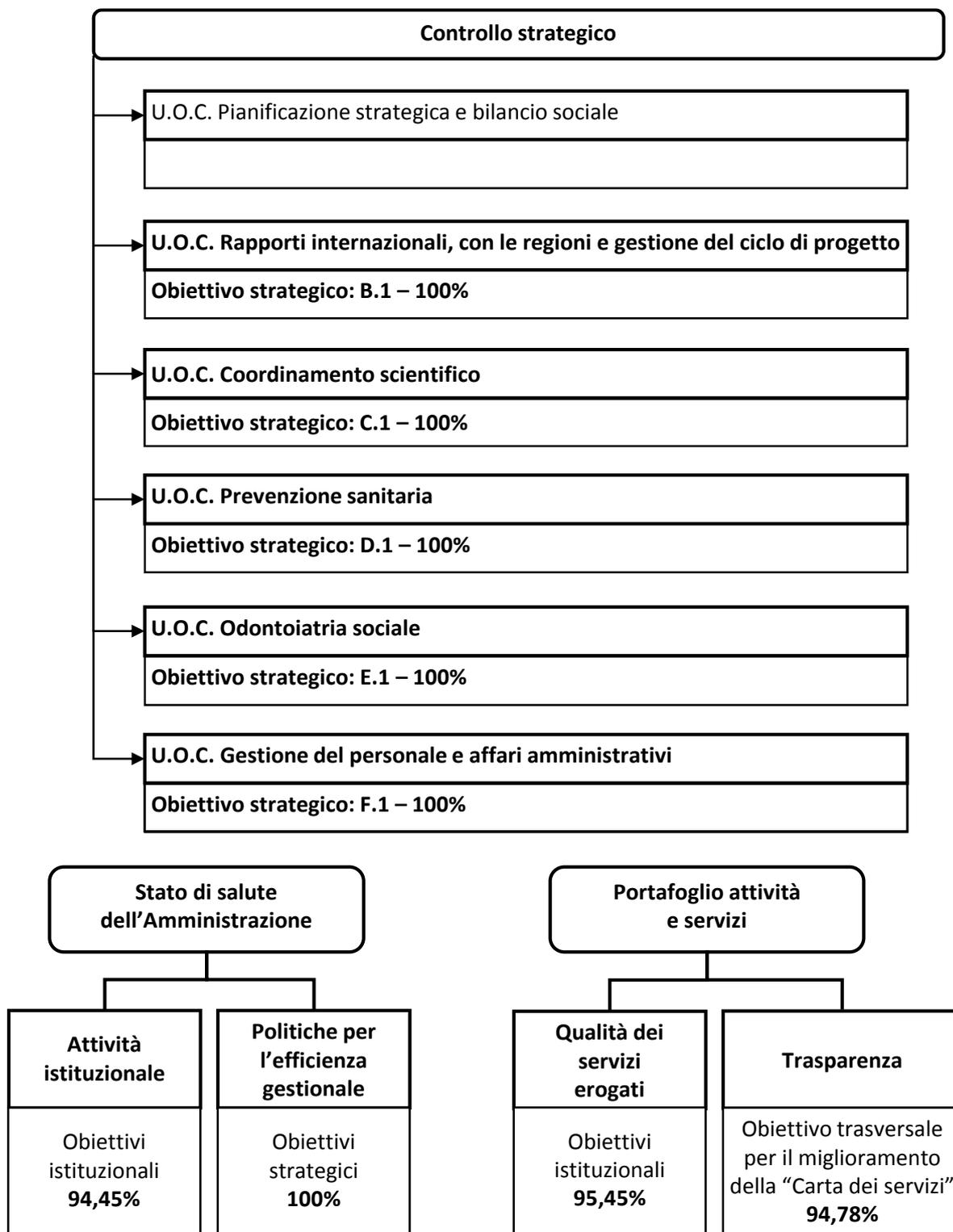
Il punteggio relativo agli obiettivi istituzionali è calcolato in base alla media dei punteggi delle *performance* organizzative di tutte le U.O. dell'Istituto, in coerenza con quanto previsto dal Sistema di misurazione e valutazione della *performance* adottato. Le modalità di calcolo vengono descritte in dettaglio nel successivo par. 3.4 – Obiettivi individuali.

I risultati relativi all'obiettivo Qualità dei servizi erogati e all'obiettivo trasversale connesso alla trasparenza miglioramento "Carta dei servizi" corrispondono alla media dei risultati dell'attività istituzionale delle U.O. coinvolte nell'erogazione di servizi verso l'esterno, i cui *tutor* (e altre professionalità) sono coinvolti nel gruppo di lavoro sugli standard di qualità e Carta dei servizi nell'ambito della propria attività istituzionale. Il lavoro di revisione della Carta e degli standard di qualità ivi previsti è continuato nel corso del 2017.

In particolare, per il calcolo della media sono stati considerati i punteggi di *performance* organizzativa ottenuti dalle U.O. Odontoiatria sociale (U.O.C. OS), Prevenzione sanitaria (U.O.C. PS), Salute mentale (U.O.S. SM) e Polispecialistica e professioni sanitarie (U.O.S. PP).

Viene di seguito proposta la rappresentazione visuale sintetica complessiva della *performance* dell'amministrazione data dall'albero della *performance*:

Figura 3 - Albero della *performance* dell'INMP



Fonte – INMP – Piano della performance 2017 – 2019

3.2 Obiettivi strategici

Sulla base delle priorità politiche fissate dall'Atto di indirizzo per il 2017 e conseguenti aree strategiche, sono stati individuati 5 obiettivi strategici, assegnati alle U.O.C. Rapporti internazionali, con le Regioni e gestione del ciclo di progetto, Coordinamento scientifico, Prevenzione sanitaria, Odontoiatria sociale e Gestione del personale e affari amministrativi.

Rispetto all'anno precedente, l'obiettivo strategico cod. A.1 – Promozione della *performance* complessiva, assegnato per un triennio alla U.O.C. Pianificazione strategica e bilancio sociale, non è stato confermato, risultando la stessa U.O.C. priva di titolare.

Gli obiettivi strategici sono stati articolati in 8 obiettivi operativi, dettagliatamente descritti nel successivo paragrafo 3.3.1.

Per tutti gli obiettivi sono stati previsti nel Piano della *performance* 2017 – 2019 valori *target* sull'arco di tre anni (v. Allegato 3 al Piano).

Dall'analisi dei dati, si conferma un andamento generale sostanzialmente regolare delle attività poste in essere e una compartecipazione attiva e costante di tutto il personale nel promuovere l'avanzamento delle iniziative strategiche dell'Istituto. Le criticità rilevate dal monitoraggio intermedio sono state superate con la collaborazione delle altre strutture. Di seguito, si fornisce un prospetto sintetico degli obiettivi strategici, con i relativi indicatori, *target* e valori rilevati a consuntivo, mentre per il dettaglio, si rimanda alle singole schede distinte per ciascuna U.O.C. referente.

Tabella 5 - Riepilogo risultati obiettivi strategici

| Cod. Obiettivo | Descrizione obiettivo | Cod. UO | Codice indicatore | Indicatore | Metodo di calcolo | Tipo | Peso (%) | Valore atteso 2017 | Valore consuntivo al 31/12/2017 | Scostamento |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------|----------|--------------------|---------------------------------|-------------|
| B.1 | Rafforzare l'internazionalizzazione dell'INMP | IRP | B.1.1.1 | N. misure realizzate / N. misure previste dal <i>Work Programme</i> (WP) | Rapporto | Risultato | 60 | 0,80 | 1,00 | 0 |
| | | | B.1.1.2 | Sito dedicato al Centro Collaboratore (CC) | Numerico | Risultato | 40 | 1,00 | 1,00 | 0 |
| C.1 | Migliorare la comunicazione scientifica dell'Istituto | CS | C.1.1.1 | Percentuale di incremento dell' <i>Impact Factor</i> normalizzato rispetto all'anno precedente | Rapporto | Efficacia | 100 | 0,10 | 0,20 | 0 |
| D.1 | Incrementare l'accessibilità per le fasce deboli e la qualità tecnico professionale dei servizi ambulatoriali e di offerta attiva | DS/PS | D.1.1.1 | N. pazienti STP, ENI, Esenti per reddito / N. totale pazienti | Rapporto | Efficacia | 100 | 0,70 | 0,73 | 0 |
| E.1 | Incrementare l'accessibilità alle prestazioni di odontoiatria per le popolazioni svantaggiate | DS/OS | E.1.1.1 | N. pazienti STP, ENI, Esenti per reddito / N. totale pazienti | Rapporto | Efficacia | 100 | 0,80 | 0,87 | 0 |

| Cod. Obiettivo | Descrizione obiettivo | Cod. UO | Codice indicatore | Indicatore | Metodo di calcolo | Tipo | Peso (%) | Valore atteso 2017 | Valore consuntivo al 31/12/2017 | Scostamento |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------|---------|-------------------|---------------------------------------------------|-------------------|-----------|----------|--------------------|---------------------------------|-------------|
| F.1 | Perseguire il completamento del processo di organizzazione dell'Istituto | DA/PA | F.1.1.1 | N. unità di personale/N. unità da pianta organica | Rapporto | Risultato | 100 | 0,62 | 0,62 | 0 |

Fonte – INMP – U.O.C. Pianificazione strategica e bilancio sociale

Di seguito la scheda dell'obiettivo strategico affidato alla **U.O.C. Rapporti internazionali, con le Regioni e gestione del ciclo di progetto**.

La percentuale di raggiungimento è pari al 100%.

| | |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Obiettivo strategico | Rafforzare l'internazionalizzazione dell'INMP |
| Codice | B.1 |
| Priorità politica di riferimento | Promozione della comunicazione sui temi della salute dei migranti e delle popolazioni svantaggiate |
| Periodo | 2017 |
| U.O.C. responsabile | Rapporti internazionali, con le regioni e gestione del ciclo di progetto |
| Codice U.O.C. | IRP |
| Referente | Gianfranco Costanzo |
| Altre strutture / soggetti coinvolti | Direzione Generale, Direzione Sanitaria, Direzione Amministrativa e le altre UO interne. |
| Stakeholder di riferimento | Ministeri, organizzazioni internazionali, regioni, università, terzo settore e organi di informazione. |

| Codice | Indicatore | Metodo di calcolo | Tipo | Peso (%) | Valore atteso | Valore consuntivo al 31/12/2017 | Scostamento |
|---------|--------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------|----------|---------------|---------------------------------|-------------|
| B.1.1.1 | N. misure realizzate / N. misure previste dal <i>Work Programme</i> (WP) | Rapporto | Risultato | 60 | 0,8 | 1 | 0,00 |
| B.1.1.2 | Sito dedicato al Centro Collaboratore (CC) | Numerico | Risultato | 40 | 1 | 1 | 0,00 |

| Codice | Descrizione dei valori rilevati obiettivi strategici |
|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| B.1.1.1 | L'INMP ha realizzato il 100% di quanto previsto dal <i>Work Plan</i> (WP) per il 2017 |
| B.1.1.2 | La UOC IRP ha realizzato e reso disponibile, in collaborazione con la UOS SIS, l'ambiente di test del sito internet INMP quale centro collaboratore dell'OMS/Europa |

| Codice | Descrizione delle eventuali criticità rilevate |
|---------|------------------------------------------------|
| B.1.1.1 | |
| B.1.1.2 | |

Di seguito la scheda dell'obiettivo strategico affidato alla **U.O.C. Coordinamento scientifico**.
La percentuale di raggiungimento è pari al 100%.

| | |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Obiettivo strategico | Migliorare la comunicazione scientifica dell'Istituto |
| Codice | C.1 |
| Area strategica | Promozione della comunicazione sui temi della salute dei migranti e della popolazioni svantaggiate |
| Anno | 2017 |
| U.O.C. responsabile | Coordinamento scientifico |
| Codice U.O.C. | CS |
| Referente | Andrea Cavani |
| Altre strutture / soggetti coinvolti | Direzione Generale, Direzione Sanitaria, Direzione Amministrativa. |
| Stakeholder di riferimento | Organizzazioni nazionali e internazionali, università, terzo settore e organi di informazione. |

| Codice | Indicatore | Metodo di calcolo | Tipo | Peso (%) | Valore atteso | Valore consuntivo al 31/12/2017 | Scostamento |
|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------|----------|---------------|---------------------------------|-------------|
| C.1.1.1 | Percentuale di incremento dell' <i>Impact Factor</i> normalizzato rispetto all'anno precedente | Rapporto | Efficacia | 100 | 0,10 | 0,20 | 0,00 |

| Codice | Descrizione dei valori rilevati obiettivi strategici |
|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| C.1.1.1 | E' l'incremento del 10% dell' <i>Impact Factor</i> normalizzato delle pubblicazioni scientifiche del 2017 (87,4) rispetto a quelle del 2016 (72,9) |

| Codice | Descrizione delle eventuali criticità rilevate |
|---------|------------------------------------------------|
| C.1.1.1 | |

Di seguito la scheda dell'obiettivo strategico affidato alla **U.O.C. Prevenzione sanitaria**.
La percentuale di raggiungimento è pari al 100%.

| | |
|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Obiettivo strategico | Incrementare l'accessibilità per le fasce deboli e la qualità tecnico professionale dei servizi ambulatoriali e di offerta attiva |
| Codice | D.1 |
| Area strategica | Promozione della qualità dell'assistenza socio-sanitaria alle popolazioni migranti, povere o impoverite |
| Anno | 2017 |
| U.O.C. responsabile | Prevenzione sanitaria |
| Codice U.O.C. | DS/PS |
| Referente | 0 |
| Altre strutture / soggetti coinvolti | Tutte le strutture interne, gli stakeholder esterni |
| Stakeholder di riferimento | Stakeholder interni ed esterni |

| Codice | Indicatore | Metodo di calcolo | Tipo | Peso (%) | Valore atteso | Valore rilevato al 31/12/2017 | Scostamento |
|---------|---------------------------------------------------------------|-------------------|-----------|----------|---------------|-------------------------------|-------------|
| D.1.1.1 | N. pazienti STP, ENI, Esenti per reddito / N. totale pazienti | Rapporto | Efficacia | 100 | 0,70 | 0,73 | 0,00 |

| Codice | Descrizione dei valori rilevati obiettivi strategici |
|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| D.1.1.1 | L'obiettivo aveva la finalità di concorrere al miglioramento del percorso assistenziale delle persone fragili che afferiscono all'Istituto per migliorare la qualità dell'assistenza e l'accesso alle cure primarie. Indicatore: su 16.962 pazienti totali, 12.388 rientrano nelle categorie previste STP/ ENI/ Italiani esenti per reddito (esenzioni da reddito E01-E02-E03-E04-E05-E07-E08, ENI ed STP), con una percentuale complessiva pari al 73% del totale dei pazienti. Fonti: dati SIAS, sistema informatico Nausicaa, rilevazioni uscite esterne Direzione sanitaria, statistiche attività annuali Direzione Sanitaria. In merito ai dati SIAS, si precisa che sono qui esclusi i pazienti con codice 00 (laboratorio) e codice 35 (odontoiatria) |

| Codice | Descrizione delle eventuali criticità rilevate |
|---------|------------------------------------------------|
| D.1.1.1 | |

Di seguito la scheda dell'obiettivo strategico affidato alla **U.O.C. Odontoiatria sociale**.
La percentuale di raggiungimento è pari al 100%.

| | |
|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Obiettivo strategico | Incrementare l'accessibilità alle prestazioni di odontoiatria per le popolazioni svantaggiate |
| Codice | E.1 |
| Area strategica | Promozione della qualità dell'assistenza socio-sanitaria alle popolazioni migranti, povere o impoverite |
| Anno | 2017 |
| U.O.C. responsabile | Odontoiatria sociale |
| Codice U.O.C. | DS/OS |
| Referente | Luigi Baggi |
| Altre strutture / soggetti coinvolti | Strutture interne, pazienti. |
| Stakeholder di riferimento | Stakeholder interni ed esterni. |

| Codice | Indicatore | Metodo di calcolo | Tipo | Peso (%) | Valore atteso | Valore consuntivo al 31/12/2017 | Scostamento |
|---------|---------------------------------------------------------------|-------------------|-----------|----------|---------------|---------------------------------|-------------|
| E.1.1.1 | N. pazienti STP, ENI, Esenti per reddito / N. totale pazienti | Rapporto | Efficacia | 100 | 0,80 | 0,87 | 0,00 |

| Codice | Descrizione dei valori rilevati obiettivi strategici |
|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| E.1.1.1 | L'obiettivo aveva la finalità di concorrere al miglioramento del percorso assistenziale delle persone fragili che afferisco all'Istituto per migliorare la qualità dell'assistenza e l'accesso alle cure primarie. Indicatore: su 873 pazienti totali, 757 rientrano nelle categorie previste STP/ENI/ Italiani esenti per reddito (esenzioni da reddito E01-E02-E03-E04-E05-E07-E08, ENI ed STP), con una percentuale complessiva pari al 86,7% del totale dei pazienti. Fonti: dati SIAS |

| Codice | Descrizione delle eventuali criticità rilevate |
|---------|------------------------------------------------|
| E.1.1.1 | |

Di seguito la scheda dell'obiettivo strategico affidato alla **U.O.C. Gestione del personale e affari amministrativi**.

La percentuale di raggiungimento è pari al 100%.

| | |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| Obiettivo strategico | Perseguire il completamento del processo di organizzazione dell'Istituto |
| Codice | F.1 |
| Area strategica | Azioni per l'efficienza gestionale |
| Anno | 2017 |
| U.O.C. responsabile | Gestione del personale e affari amministrativi |
| Codice U.O.C. | DA/PA |
| Referente | Duilio Iacobucci |
| Altre strutture / soggetti coinvolti | Tutte le unità operative |
| Stakeholder di riferimento | Stakeholder interni ed esterni |

| Codice | Indicatore | Metodo di calcolo | Tipo | Peso (%) | Valore atteso | Valore consuntivo al 31/12/2017 | Scostamento |
|---------|---------------------------------------------------|-------------------|-----------|----------|---------------|---------------------------------|-------------|
| F.1.I.1 | N. unità di personale/N. unità da pianta organica | Rapporto | Risultato | 100 | 0,62 | 0,62 | 0,00 |

| Codice | Descrizione dei valori rilevati obiettivi strategici |
|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| F.1.I.1 | Al 31 dicembre 2017 risultano 74 dipendenti su una pianta organica di 120 dipendenti. In particolare, nel corso del 2017 sono stati assunti n. 27 lavoratori. L'obiettivo è stato dunque raggiunto ($74 / 120 = 0,616$). |

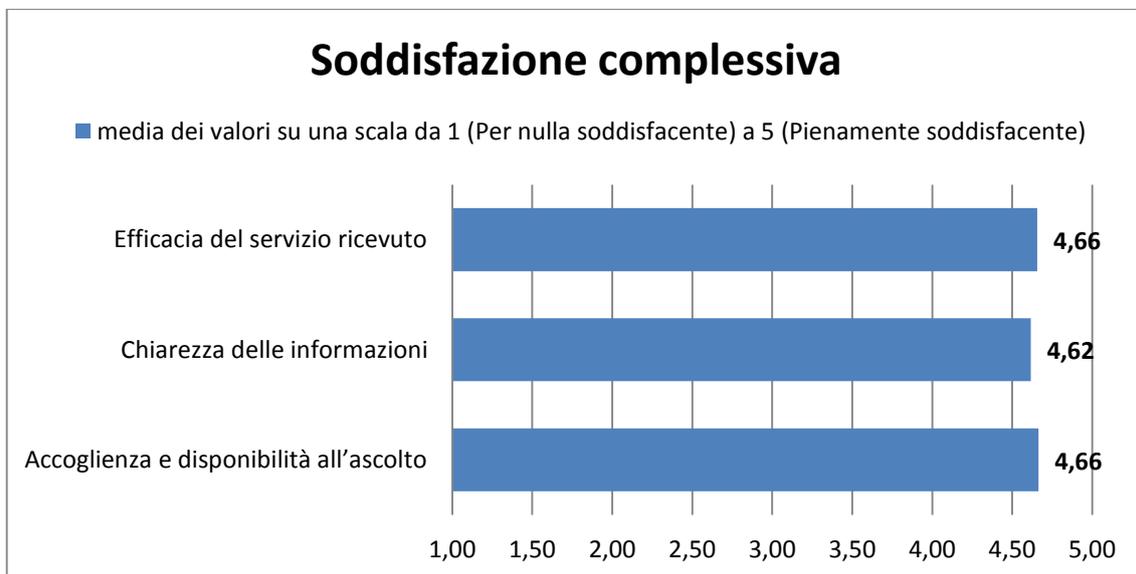
| Codice | Descrizione delle eventuali criticità rilevate |
|---------|------------------------------------------------|
| F.1.I.1 | |

3.2.1 Coinvolgimento degli stakeholder

Nell’ottica dello *stakeholder engagement* e alla luce degli obiettivi strategici per il 2017, l’INMP porta avanti l’implementazione di strumenti di ascolto, consultazione e coinvolgimento degli *stakeholder*, orientata alla messa in atto di un processo bidirezionale comunicativo e operativo con l’INMP per curarne la relazione, valorizzare l’interazione, raccoglierne le opinioni e i suggerimenti ed elaborare *feedback* adeguati.

In continuità con quanto fatto negli anni precedenti, l’attività di *engagement* degli *stakeholder* ha previsto la consueta gestione dello schedario degli *stakeholder* esterni e la rilevazione di *customer satisfaction* sui pazienti dei progetti e dell’attività assistenziale istituzionale. Quest’ultima è stata effettuata nel periodo 12-31 dicembre 2017, attraverso la distribuzione di un questionario anonimo, tradotto in 7 lingue. Per ogni servizio fruito, è stato richiesto di esprimere un grado di soddisfazione su una scala da 1 (Per nulla soddisfacente) a 5 (Pienamente soddisfacente) in merito a tre dimensioni d’indagine: Efficacia del servizio ricevuto; Chiarezza delle informazioni; Accoglienza e disponibilità all’ascolto. Di seguito si propone un grafico di sintesi (su 175 questionari compilati), che riporta il grado di soddisfazione per ognuna delle tre dimensioni riferite ai servizi dell’ambulatorio.

Figura 4 - Grado di soddisfazione per tutti i servizi dell’ambulatorio



Fonte – INMP – U.O.S. Sistema informativo e statistico

Come strumento di ascolto degli *stakeholder* esterni, nel corso del 2017 l’INMP ha introdotto una serie di Consultazioni pubbliche alle quali sono state sottoposti importanti documenti prodotti: un documento tecnico (*L’Italia per l’equità nella salute; 2017, INMP, ISS, AGENAS, AIFA*) e tre documenti scientifici di indirizzo redatti nell’ambito del Programma “Linee guida sulla tutela della salute e l’assistenza socio-sanitaria alle popolazioni migranti” (*Rassegna di revisioni sistematiche, linee guida e documenti d’indirizzo sulla salute degli immigrati; 2017, INMP; ISS, SIMM. Linea Guida I Controlli alla frontiera. La frontiera dei controlli; 2017, INMP, ISS; SIMM. Linea Guida per il contrasto della tubercolosi tra gli immigrati in Italia; 2017, INMP, ISS, SIMM*)). Le Consultazioni, gestite tramite la piattaforma *e-Learning* dell’Istituto, hanno consentito la partecipazione attiva di tutti i soggetti interessati, che hanno potuto contribuire fornendo proposte di modifica ai documenti e spunti di riflessione in seguito valutati dai rispettivi *panel* e gruppi redazionali.

Inoltre, l’attività di *Social Network Analysis* (SNA), ideata lo scorso anno come strumento di *engagement* degli *stakeholder*, è stata realizzata nell’ambito del progetto “Tutela della salute dei Minori Stranieri Non Accompagnati accolti nel sistema di prima accoglienza”. È stata effettuata la rilevazione e l’analisi di dati relativamente all’attività di presa in carico dei minori nelle 62 strutture coinvolte nel progetto, a loro volta gestite da 19 soggetti afferenti ad altrettanti sotto-progetti e distribuiti in 9 Regioni italiane. Con questo

lavoro di mappatura e di profilazione dell'offerta di servizio, si è anche perseguito l'obiettivo di rilevare le reti di relazioni esistenti tra le strutture di prima accoglienza e altri soggetti del territorio che eventualmente abbiano fornito servizi, contribuendo alla realizzazione del complessivo servizio d'accoglienza dei MSNA. La finalità della SNA è stata quella di fornire a tutti i soggetti, ai gestori così come ai fornitori dei servizi, la possibilità di monitorare la propria collocazione nel *network* quali soggetti che operano in un determinato ambito d'intervento e area territoriale; quindi di pianificare, verificandone gli effetti successivamente, una revisione della propria rete di relazioni o la costruzione di una *ex-novo* in uno specifico ambito o territorio. Allo stesso tempo, l'INMP si è potuto avvalere di un sistema di monitoraggio dell'organizzazione e dell'efficienza del complesso dei servizi offerti alle strutture MSNA.

Nello specifico, i servizi presi in considerazione per l'analisi sono i seguenti:

- Servizio di Interpretariato;
- Servizio di Mediazione linguistico-culturale;
- Rilascio Codice STP;
- Copertura vaccinale;
- Ricerca della TBC attiva;
- Presa in carico dei casi positivi di TBC attiva;
- Ricerca della TBC latente;
- Presa in carico dei casi positivi di TBC latente;
- *Screening* altre malattie infettive;
- Accertamento dell'età;
- Assistenza psichiatrica;
- Iniziative di educazione alla salute;
- Orientamento in materia di accesso al SSN;
- Attività ludico-ricreative;
- Attività sportive.

Per ognuno di questi servizi, una volta appurata l'esistenza e l'identità di un soggetto fornitore esterno alla struttura, sono stati presi in considerazione:

- il **livello di codificazione del rapporto di fornitura**, ovvero l'esistenza di rapporti formalizzati ufficialmente o meno;
- la **frequenza con la quale il servizio viene erogato**;
- il grado di **efficacia**, percepito dal cliente, **del servizio** offerto dal fornitore, su una scala da 1 (per nulla efficace) a 5 (pienamente efficace).

A partire dal livello di codificazione della relazione e dal grado di efficacia percepita, per ogni relazione è ricavato un grado di virtuosità (bassa, media o alta) che in sede di analisi è un valore di riferimento utile per stimare la robustezza di relazione e confrontarla con altre relazioni.

La base dati gestita è costituita da 621 righe di relazioni tra le strutture e altri soggetti erogatori di servizi e 22 colonne di variabili relative alle proprietà di tali relazioni.

Per la rappresentazione delle distribuzioni dei dati, si è ricorso allo strumento *Google Fusion Tables* che consente di elaborare una serie di "**Network graph**", ovvero grafici rappresentanti sistemi di relazioni tra nodi collegati tra loro da linee. Dato che nell'ambito della presente indagine si ha a che fare con 2 gruppi di soggetti, i nodi sono rappresentati da sfere di due colori (blu per il primo soggetto indicato, giallo per il secondo), mentre le relazioni sono rappresentate da frecce che partono dal primo soggetto per colpire il secondo. Il *software* gestisce la dimensione delle sfere e delle frecce rendendola direttamente proporzionale alla forza della relazione. Invece, la distanza tra i nodi è inversamente proporzionale alla forza della relazione. Nel caso in cui tra due nodi intercorrano più relazioni, la forza sarà visualizzata con uno spessore pari alla somma delle forze delle varie relazioni. In Figura 6 si riporta il pannello di configurazione di *Google Fusion Tables* attraverso il quale sono state rilevate, a titolo esemplificativo, le relazioni tra le strutture della Campania e i loro fornitori di servizi.

Attraverso questo strumento, si ha la possibilità di **produrre rappresentazioni configurabili e navigabili** per trovare risposte alle domande che sorgono in fase di analisi del dato. Se si accede *online* alla base dati caricata e condivisa sulla piattaforma *e-Learning* dell'INMP, *Google Fusion Tables* permette, infatti, di produrre e navigare tante rappresentazioni quante la base dati consente, attraverso la possibilità di **cambiare i parametri di configurazione del network**.

Per offrire un ulteriore spaccato d'osservazione, le strutture MSNA sono state anche mappate sul territorio e attraverso *Google Fusion Tables* se ne è gestita la geo-localizzazione visualizzabile dallo stesso pannello di amministrazione (Figura7).

Come prospettiva di sviluppo della *Social Network Analysis* per i prossimi anni, si prevede di ampliare gli ambiti di intervento da trattare, includendo *stakeholder* che erogano servizi di tipo socio-sanitario rivolti ad altre categorie di assistiti, come ad esempio:

- richiedenti protezione internazionale;
- persone sotto la soglia di povertà o senza dimora (PSD).

Figura 6 - Geo-localizzazione delle strutture MSNA



Fonte – INMP – U.O.S. Sistema informativo e statistico

Ulteriore azione di coinvolgimento significativa è stata realizzata nei confronti degli *stakeholder* della “Rete Nazionale per le problematiche di assistenza in campo socio-sanitario legate alle popolazioni migranti e alla povertà”. I referenti regionali sono stati formalmente coinvolti dall'INMP nell'attività di aggiornamento trimestrale delle pagine regionali dell'ipertesto *Wiki “Il diritto alla salute e il suo esercizio”*. Ciascuno, per la parte di propria competenza, garantisce l'aggiornamento costante dei contenuti del *Wiki*, fornendo le eventuali nuove fonti normative regionali e le variazioni rispetto alla normativa nazionale circa il diritto alla salute e l'accesso ai servizi per i cittadini UE ed extra-UE.

Infine, anche nel corso del 2017 sono state acquisite informazioni sugli *stakeholder* esterni che afferiscono all'area della Formazione ECM promossa dall'INMP, con l'obiettivo di continuare a tracciare i profili degli utenti della formazione in sede storica e cogliere spunti per orientare l'offerta.

3.3 Obiettivi e piani operativi

3.3.1 Obiettivi operativi derivanti dagli obiettivi strategici

Di seguito le schede degli obiettivi operativi derivanti dagli obiettivi strategici affidati alle U.O.C. Il monitoraggio intermedio degli obiettivi di *performance* si è concluso nei tempi previsti. Le attività relative hanno avuto inizio a giugno con una riunione dei *tutor* per il Sistema di valutazione del personale e per riassumere le attività da svolgere e per fornire supporto ai direttori/responsabili di U.O. per la compilazione delle schede del monitoraggio intermedio delle strutture e quelle del monitoraggio intermedio degli obiettivi di risultato dei dirigenti. Il monitoraggio finale si è concluso con il rilascio dei riscontri da sistema informativo richiesti dalle U.O. per la compilazione delle schede di valutazione della *performance* di struttura nei primi mesi del 2018.

| Obiettivo strategico | | Rafforzare l'internazionalizzazione dell'INMP | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------------------------|---------------------------|----------------------|-----------------------------------|--------------------|
| Codice | | B.1 | | | | | | |
| U.O.C. responsabile | | Rapporti internazionali, con le regioni e gestione del ciclo di progetto | | | | | | |
| Codice U.O.C. | | IRP | | | | | | |
| Obiettivi operativi collegati all'obiettivo strategico | | | | | | | | |
| Codice | Descrizione | Inizio | Termine | Indicatore | Peso obiettivo (%) | Valore atteso | Valore rilevato 31/12/2017 | Scostamento |
| B.1.1 | Perseguire il completamento delle procedure per il riconoscimento dell'INMP quale Centro collaboratore OMS | 01/01/2017 | 31/05/2017 | Work Programme (WP) elaborato | 60,00 | 1,00 | 1,00 | 0 |
| B.1.2 | Progettare il sito internet del CC | 01/01/2017 | 31/12/2017 | Ambiente di test disponibile | 40,00 | 1,00 | 1,00 | 0 |
| Totale | | | | | 100,00 | | | |

| Codice | Descrizione dei valori rilevati |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| B.1.1 | Indicatore n. 1: E' stato redatto e sottoscritto il <i>Work Plan</i> delle attività da svolgere in collaborazione con l'OMS. Fonte: Sistema di gestione documentale FOLIUM, posta elettronica, piattaforma informatica OMS. |
| B.1.2 | Indicatore n. 2: la UOC IRP ha realizzato e reso disponibile, in collaborazione con la UOS SIS, l'ambiente di <i>test</i> del sito Internet INMP, quale centro collaboratore dell'OMS/Europa. Fonte: http://oms.inmp.it |

| Codice | Descrizione delle eventuali criticità rilevate |
|---------------|-------------------------------------------------------|
| B.1.1 | |
| B.1.2 | |

| Obiettivo strategico | Migliorare la comunicazione scientifica dell'Istituto | | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|---------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------|----------------------------|-------------|
| Codice | C.1 | | | | | | | |
| U.O.C. responsabile | Coordinamento scientifico | | | | | | | |
| Codice U.O.C. | CS | | | | | | | |
| Obiettivi operativi collegati all'obiettivo strategico | | | | | | | | |
| Codice | Descrizione | Inizio | Termine | Indicatore | Peso obiettivo (%) | Valore atteso | Valore rilevato 31/12/2017 | Scostamento |
| C.1.1 | Assicurare la tempestiva attuazione del Programma della ricerca, con particolare riferimento all'area della ricerca clinica e traslazionale | 01/01/2017 | 31/12/2017 | N. Protocolli di studio approvati dal Comitato Etico di riferimento | 50,00 | 5,00 | 4,00 | -10 |
| C.1.2 | Migliorare la divulgazione scientifica dell'Istituto, promuovendo e attivando gruppi di lavoro interdisciplinari | 01/01/2017 | 31/12/2017 | N. Incontri di <i>data club</i> e <i>journal club</i> | 50,00 | 6,00 | 6,00 | 0 |
| Totale | | | | | 100,00 | | | |

| Codice | Descrizione dei valori rilevati |
|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| C.1.1 | Nel corso del 2017 il Comitato Etico Istituto Superiore della Sanità ha valutato positivamente 3 progetti dell'Istituto, per un totale di 4 protocolli di studio presentati e approvati dal CE: i) Potenziamento della lotta alle malattie tropicali neglette nella popolazione migrante attraverso l'utilizzo di dispositivi medici (N° 2 emendamenti riguardanti variazioni dei protocolli clinici e delle indagini diagnostiche inerenti alle malattie neglette); ii) Studio psicopatologico in migranti di prima generazione afferenti a un Servizio di Salute Mentale dedicato alle condizioni di migrazione e/o povertà; iii) La rete degli Studi Longitudinali Metropolitan (SLM) per l'attività di valutazione delle disuguaglianze socioeconomiche nella salute, dello stato di salute e dell'assistenza sanitaria alla popolazione immigrata. |
| C.1.2 | La U.O.C. Coordinamento scientifico (U.O.C. CS) nel corso del 2017, ha promosso incontri di approfondimento e <i>Data Club</i> , nell'intento di presentare lo stato dell'arte dei progetti di clinica sociale dell'Istituto in un'ottica di interdisciplinarietà tra i diversi campi di applicazione. In totale sono stati realizzati 7 incontri: - 1 incontro di approfondimento relativo le attività del laboratorio di ricerca dell'INMP; - 6 incontri di <i>Data Club</i> di presentazione dei progetti di clinica sociale (Dermatologia n. 2 incontri, Odontoiatria, Diabete n. 2 incontri, Oculistica). |

| Codice | Descrizione delle eventuali criticità rilevate |
|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| C.1.1 | I protocolli di ricerca da sottomettere al Comitato etico (CE) elaborati nel corso dell'anno sono stati 4 e non 5 come preventivato. Per i rimanenti progetti del 2017 non è stato necessario richiedere l'autorizzazione al CE. |
| C.1.2 | |

| Obiettivo strategico | | Incrementare l'accessibilità per le fasce deboli e la qualità tecnico professionale dei servizi ambulatoriali e di offerta attiva | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------------------|--------------------|
| Codice | | D.1 | | | | | | |
| U.O.C. responsabile | | Prevenzione sanitaria | | | | | | |
| Codice U.O.C. | | DS/PS | | | | | | |
| Obiettivi operativi collegati all'obiettivo strategico | | | | | | | | |
| Codice | Descrizione | Inizio | Termine | Indicatore | Peso obiettivo | Valore atteso | Valore rilevato 31/12/2017 | Scostamento |
| D.1.1 | Consolidare il n. di prestazioni erogate a favore di pazienti STP, ENI e italiani esenti per reddito rispetto al n. totale di prestazioni | 01/01/2017 | 31/12/2017 | N. prestazioni a favore di pazienti STP, ENI, italiani esenti / N. totale prestazioni | 50,00 | 0,70 | 0,74 | 0 |
| D.1.2 | Promuovere l'attività di prevenzione primaria, secondaria e di promozione della salute dei migranti presso centri di accoglienza, comunità etniche, medici di medicina generale / pediatri | 01/01/2017 | 31/12/2017 | N. giornate di prevenzione svolte all'esterno dell'Istituto | 50,00 | 20,00 | 23,00 | 0 |
| Totale | | | | | 100,00 | | | |

| Codice | Descrizione dei valori rilevati |
|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| D.1.1 | L'obiettivo aveva la finalità di concorrere al miglioramento del percorso assistenziale delle persone fragili che afferiscono all'Istituto per migliorare la qualità dell'assistenza e l'accesso alle cure primarie. Indicatore: su 41.121 prestazioni totali, 30.572 rientrano nelle categorie previste STP/ ENI/ Italiani esenti per reddito (esenzioni da reddito E01-E02-E03-E04-E05-E07-E08, ENI ed STP), con una percentuale complessiva pari al 74% del totale dei pazienti. Fonti: dati SIAS, sistema informatico Nausicaa, rilevazioni uscite esterne Direzione sanitaria, statistiche attività annuali Direzione Sanitaria. In merito ai dati SIAS, si precisa che sono qui esclusi i pazienti con codice 00 (laboratorio) e codice 35 (odontoiatria). |
| D.1.2 | L'obiettivo aveva la finalità di promuovere l'attività di prevenzione primaria, secondaria, e di promozione della salute dei migranti e delle popolazioni più svantaggiate anche all'esterno dell'Istituto, utilizzando ove necessario l'ambulatorio mobile. Indicatore: sono state effettuate 23 giornate. Totale visite esterne n°483. Schede rilevazione visite trasmesse alla Direzione sanitaria. |

| Codice | Descrizione delle eventuali criticità rilevate |
|---------------|-------------------------------------------------------|
| D.1.1 | |
| D.1.2 | |

| | |
|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Obiettivo strategico | Incrementare l'accessibilità alle prestazioni di odontoiatria per le popolazioni svantaggiate |
| Codice | E.1 |
| U.O.C. responsabile | Odontoiatria sociale |
| Codice U.O.C. | DS/OS |

Obiettivi operativi collegati all'obiettivo strategico

| Codice | Descrizione | Inizio | Termine | Indicatore | Peso obiettivo | Valore atteso | Valore rilevato 31/12/2017 | Scostamento |
|--------|----------------------------------------------------------|------------|------------|---------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------|----------------------------|-------------|
| E.1.1 | Consolidare la rete cittadina per l'odontoiatria sociale | 01/01/2017 | 31/12/2017 | N. pazienti di ritorno da altri soggetti della rete / N. pazienti inviati | 100,00 | 0,70 | 0,73 | 0 |
| | | | | Totale | 100,00 | | | |

| Codice | Descrizione dei valori rilevati |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| E.1.1 | N. 248 di pazienti di ritorno da altri soggetti della rete in rapporto a N. 340 inviati, pari al 73%. |

| Codice | Descrizione delle eventuali criticità rilevate |
|--------|------------------------------------------------|
| E.1.1 | |

| | |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| Obiettivo strategico | Perseguire il completamento del processo di organizzazione dell'Istituto |
| Codice | F.1 |
| U.O.C. responsabile | Gestione del personale e affari amministrativi |
| Codice U.O.C. | DA/PA |

Obiettivi operativi collegati all'obiettivo strategico

| Codice | Descrizione | Inizio | Termine | Indicatore | Peso obiettivo | Valore atteso | Valore rilevato 31/12/2017 | Scostamento |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|--------------|----------------|---------------|----------------------------|-------------|
| F.1.1 | Assicurare il tempestivo completamento delle procedure concorsuali già avviate e di quelle previste | 01/01/2017 | 31/12/2017 | N. vincitori | 100,00 | 27 | 0 | 0 |
| Totale | | | | | 100,00 | | | |

| Codice | Descrizione dei valori rilevati |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| F.1.1 | <p>Indicatore: sono state concluse 9 procedure, con conseguente assunzione dei 27 vincitori. Nel dettaglio sono stati assunti 4 dirigenti sanitari, 5 dirigenti medici, 1 dirigente tecnico professionale, tutti a tempo indeterminato; nonché 17 coadiutori a tempo determinato.</p> <p>Fonte: sezione "Pubblicità legale" del sito istituzionale.</p> |

| Codice | Descrizione delle eventuali criticità rilevate |
|--------|------------------------------------------------|
| F.1.1 | |

3.3.2 Obiettivi istituzionali

Con riferimento al Piano della *performance* 2017 - 2019, si riportano i risultati raggiunti sugli obiettivi istituzionali assegnati alle Unità Operative Complesse, con le percentuali di raggiungimento di tali obiettivi. Tali livelli di *performance* istituzionale sono stati calcolati secondo quanto previsto dal Sistema di misurazione e valutazione della *performance*, sulla base dei valori raggiunti dalle strutture afferenti.

I livelli dei valori di *performance* organizzativa nel 2017 presentano una maggiore differenziazione tra le diverse U.O.C., con risultati che si discostano talvolta in misura consistente da quelli rilevati nell'anno precedente.

In particolare, si rileva una riduzione per la U.O.C. Pianificazione strategica e bilancio sociale (-10,00 in termini di punteggio), per la U.O.C. Coordinamento scientifico (-5,00 in termini di punteggio) e per la U.O.C. Gestione del personale e affari amministrativi (-11,22 in termini di punteggio).

Risultano incrementati, invece, i livelli dei valori di *performance* della U.O.C. Prevenzione sanitaria, che presenta un risultato superiore rispetto a quello dell'anno precedente (+3,49 in termini di punteggio) e della U.O.C. Odontoiatria sociale, che presenta un risultato di molto superiore rispetto a quello dell'anno precedente (+24,92 in termini di punteggio).

Tabella 6 - Sintesi *performance* istituzionale

| U.O.C. | Obiettivo istituzionale | <i>Performance</i> istituzionale |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| U.O.C. Pianificazione strategica e bilancio sociale | Sviluppo del ciclo di pianificazione strategica, controllo di gestione e gestione dei sistemi informativi dell'Istituto | 90,00% |
| U.O.C. Coordinamento scientifico | Coordinamento delle attività di ricerca e formazione | 95,00% |
| U.O.C. Rapporti internazionali, con le Regioni e gestione del ciclo di progetto | Tenuta dei rapporti con organismi esterni e gestione dei progetti | 100,00% |
| U.O.C. Prevenzione sanitaria | Attività ambulatoriale polispecialistica con approccio transculturale e interdisciplinare | 99,74% |
| U.O.C. Odontoiatria sociale a conduzione universitaria | Attività ambulatoriale di medicina sociale specialistica odontoiatrica | 94,45% |
| U.O.C. Gestione del personale e affari amministrativi | Attività per il funzionamento e l'organizzazione | 88,78 % |

Fonte – INMP – U.O.C. Pianificazione strategica e bilancio sociale

Di seguito, vengono riportate le schede di *performance* organizzativa delle singole strutture, con l'indicazione degli obiettivi istituzionali, delle informazioni sulle finalità, le modalità di realizzazione, gli indicatori utilizzati con i relativi pesi, la misura, le fonti e il riscontro per la valutazione, i valori *target* e i valori rilevati a consuntivo con i relativi scostamenti.

È opportuno precisare che nell'ambito della *performance* organizzativa ricadono anche gli obiettivi operativi, che costituiscono l'articolazione su base annua di quelli strategici. Le diverse schede, pertanto, sintetizzano il punteggio complessivo riportato dalle diverse strutture come risultato di *performance* organizzativa.

| | |
|----------------------|----------------------------------------------|
| U.O.C. | Pianificazione strategica e bilancio sociale |
| Codice U.O.C. | PSB |
| Responsabile | Duilio Iacobucci (ad interim) |
| Anno | 2017 |

| OBIETTIVI DI PERFORMANCE DI STRUTTURA | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------|----------------------------|--------------|-------------|
| Codice | Macro attività | Obiettivo | Peso obiettivo (%) | Prog. Indicatore | Indicatore | Peso indicatore (%) | Valore atteso | Valore rilevato 31/12/2017 | Punteggio | Scostamento |
| OI.1 | Ciclo della performance | Assicurare il rispetto delle scadenze normativamente previste per l'adozione del Piano della performance e della Relazione sulla performance | 35,00 | 1 | Proposta Piano e Relazione nei tempi previsti | 100,00 | 1,00 | 1,00 | 35,00 | 0,00 |
| OI.2 | Ciclo di budget | Garantire l'adozione del Budget generale nei tempi normativamente previsti, assicurando l'integrazione con il Ciclo della performance | 35,00 | 1 | Budget generale adottato entro il 31/10/2017 | 50,00 | 1,00 | 1,00 | 35,00 | 0,00 |
| | | | | 2 | N. schede performance di struttura definite entro il 31/10/2017 / N. strutture | 50,00 | 1,00 | 1,00 | | |
| OI.3 | Ciclo passivo | Assicurare la tempestività dei pagamenti, nel rispetto delle scadenze concordate con i fornitori per gli acquisti informatici | 20,00 | 1 | Indicatore di tempestività dei pagamenti sugli acquisti di competenza | 50,00 | <=0 | -27,56 | 10,00 | -10,00 |
| | | | | 2 | N. fatture non sospese pagate oltre la scadenza | 50,00 | 0,00 | 3,00 | | |
| OI.4 | Prevenzione della corruzione e trasparenza | Garantire trasparenza e integrità dell'azione amministrativa, assicurando l'assolvimento tempestivo degli obblighi di pubblicazione di competenza previsti dal Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT) | 10 | 1 | N. obblighi aggiornati nei tempi previsti dal PTPCT / N. obblighi di competenza | 100 | 1,00 | 1,00 | 10,00 | 0,00 |
| Totale | | | 100,00 | VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DI STRUTTURA | | | | | 90,00 | |

| Codice | Descrizione valori rilevati |
|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OI.1 | Le varie fasi del Ciclo della <i>performance</i> hanno rispettato le scadenze normativamente previste, come risulta dalle delibere del Direttore generale, pubblicate sia nella sezione Pubblicità legale del sito istituzionale, sia nella sotto-sezione dedicata al ciclo della <i>performance</i> di "Amministrazione trasparente". |
| OI.2 | Indicatore n. 1: La delibera di approvazione del Budget generale per il 2018 è stata adottata nei termini normativamente previsti (31/10/2017); cfr. Deliberazione del Direttore generale n. 492 del 30/10/2017. Fonte: sezione Pubblicità legale del sito istituzionale. Indicatore n. 2: Nel corso degli incontri di negoziazione del budget per ciascuna struttura, ne sono stati definiti gli obiettivi di <i>performance</i> organizzativa, secondo le logiche del <i>performance budgeting</i> , in modo da allocare in funzione degli obiettivi assegnati le necessarie risorse per realizzarli. Il valore rilevato, pertanto, è pari a 1, in quanto tutte le schede previste sono state definite entro il 31/10/2017. Fonte: archivio condiviso su SERVERSQL. |
| OI.3 | Indicatore 1: l'algoritmo di calcolo è stato definito dall'articolo 9 del D.P.C.M. del 22 settembre 2014: Σ (giorni compresi tra data pagamento e data scadenza fattura) * importo fattura / Σ importi pagati, limitatamente agli acquisti di competenza della UOC. Il valore rilevato minore di 0 indica che mediamente le fatture di competenza della struttura sono state pagate prima della scadenza. Fonte: sistema amministrativo contabile JSIAC in uso Indicatore 2: delle 78 fatture liquidate di competenza della UOC, 3 sono state pagate dopo la scadenza, pertanto il punteggio totale rilevato risulta essere pari a 10. I dati si riferiscono agli acquisti della UOS SIS, per i quali la UOC PSB effettua la liquidazione. Fonte: sistema amministrativo contabile JSIAC in uso |
| OI.4 | Indicatore 1: L'indicatore è stato previsto dal Piano triennale di prevenzione della corruzione e per la trasparenza (PTPCT), come misura volta ad assicurare l'assolvimento tempestivo degli obblighi di pubblicazione di competenza (si veda l'allegato 1 al PTPCT, in cui, per ciascun obbligo, è stato individuato il responsabile della trasmissione dei dati, ai fini della pubblicazione). Il valore rilevato è pari a 1, in quanto i dati relativi ai 7 obblighi di competenza della UOC sono stati tutti pubblicati secondo le tempistiche previste dal PTPCT. Fonte: sezione "Amministrazione trasparente" del sito istituzionale. |

| Codice | Descrizione delle eventuali criticità rilevate |
|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OI.1 | |
| OI.2 | |
| OI.3 | Lo scostamento rispetto al punteggio massimo conseguibile è motivato dal secondo indicatore, per il quale non è stato conseguito il valore atteso (3 fatture non sospese pagate oltre la scadenza) |
| OI.4 | |

| | |
|----------------------|----------------------------------------------|
| U.O.C. | Pianificazione strategica e bilancio sociale |
| U.O.S. | Controllo di gestione |
| Codice U.O.S. | PSB/CG |
| Responsabile | |
| Anno | 2017 |

| OBIETTIVI DI PERFORMANCE DI STRUTTURA | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------|----------------------------|------------|--------------|
| Codice | Macro attività | Obiettivo | Peso obiettivo (%) | Prog. Indicatore | Indicatore | Peso indicatore (%) | Valore atteso | Valore rilevato 31/12/2017 | Pun-teggio | Scosta-mento |
| Ol.1 | Processo di budgeting e reporting | Migliorare il ciclo di programmazione economico finanziaria e di bilancio dell'Istituto, attraverso l'utilizzo del budget come strumento di programmazione e gestione delle risorse | 50,00 | 1 | Budget generale proposto nei tempi normativamente previsti | 50,00 | 1,00 | 1,00 | 50,00 | 0,00 |
| | | | | 2 | N. verifiche di budget entro 2 giorni lavorativi / N. proposte di delibera sottoposte a controllo | 50,00 | 1,00 | 1,00 | | |
| Ol.2 | | Assicurare alla direzione strategica e ai responsabili di struttura un'informazione adeguata sul livello di impiego delle risorse nelle diverse articolazioni organizzative, attraverso un sistema di reporting periodico | 40,00 | 1 | N. report di monitoraggio trimestrale prodotti / N. report previsti | 100,00 | 1,00 | 1,00 | 40,00 | 0,00 |
| Ol.3 | Prevenzione della corruzione e trasparenza | Garantire trasparenza e integrità dell'azione amministrativa, assicurando l'assolvimento tempestivo degli obblighi di pubblicazione di competenza previsti dal PTPCT | 10,00 | 1 | N. obblighi aggiornati nei tempi previsti dal PTPCT / N. obblighi di competenza | 100,00 | 1,00 | 1,00 | 10,00 | 0,00 |
| Totale | | | 100,00 | VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DI STRUTTURA | | | | 100,00 | | |

| Codice | Descrizione valori rilevati |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ol.1 | <p>Indicatore n. 1: La delibera di approvazione del Budget generale per il 2018 è stata adottata nei termini normativamente previsti (31/10/2017); cfr. Deliberazione del Direttore generale n. 492 del 30/10/2017.</p> <p>Fonte: sezione pubblicità legale del sito istituzionale, dove vengono pubblicate le delibere.</p> <p>Indicatore n. 2: Nel corso dell'anno 2017 sono state verificate n. 325 delibere, sulle quali è stata attestata la disponibilità di <i>budget</i> per il centro di costo/commissa interessati. In circa il 93% dei casi (301/325), l'attestazione è avvenuta lo stesso giorno di ricezione del messaggio di posta elettronica con la versione definitiva della proposta di delibera. Negli altri casi, comunque, non sono mai stati superati i 2 giorni lavorativi.</p> <p>Fonte: posta elettronica e archivio informatico UOS Controllo di gestione.</p> |
| Ol.2 | <p>Indicatore n. 1: Proseguendo l'attività già realizzata nel corso del 2016, sono stati affinati i <i>report</i> disponibili nel modulo <i>PowerBI</i>, integrando i dati provenienti dagli altri moduli del sistema amministrativo contabile (JSIAC) e di gestione amministrativa del personale (JSIPE). Considerate le ridotte dimensioni dell'Istituto, si è ritenuto più opportuno non pubblicare tali <i>report</i> sull'applicativo <i>PowerBI</i>, ma fornire le risultanze direttamente attraverso elaborazioni interne alla UOS, utilizzando il <i>data base Access</i> prodotto internamente, come pure fogli di calcolo in <i>Excel</i>. Tali <i>report</i> sono stati realizzati e resi disponibili a tutte le unità operative sia in fase di predisposizione del <i>Budget</i> generale per il 2018, sia a consuntivo nel corso dell'anno, evidenziando la situazione degli impieghi rispetto all'importo di <i>budget</i> previsto.</p> <p>Fonte: posta elettronica e archivio informatico condiviso su <i>SERVERSQL</i>.</p> |
| Ol.3 | <p>Indicatore n. 1: In coerenza con l'allegato al Piano triennale di prevenzione della corruzione e per la trasparenza (PTPCT), è stato adempiuto l'obbligo di pubblicazione di competenza, inserendo anche i dati relativi agli anni precedenti, per assicurare ai cittadini la più ampia trasparenza.</p> <p>Fonte: sezione "Amministrazione trasparente" del sito <i>web</i> istituzionale.</p> |

| Codice | Descrizione delle eventuali criticità rilevate |
|--------|------------------------------------------------|
| Ol.1 | |
| Ol.2 | |
| Ol.3 | |

| | |
|---------------|----------------------------------------------|
| U.O.C. | Pianificazione strategica e bilancio sociale |
| U.O.S. | Sistema informativo e statistico |
| Codice U.O.S. | PSB/SIS |
| Responsabile | |
| Anno | 2017 |

| OBIETTIVI DI PERFORMANCE DI STRUTTURA | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------|----------------------------|-----------|-------------|
| Codice | Macro attività | Obiettivo | Peso obiettivo (%) | Prog. Indicatore | Indicatore | Peso indicatore (%) | Valore atteso | Valore rilevato 31/12/2017 | Punteggio | Scostamento |
| OI.1 | Informatizzazione e sviluppo di applicativi clinici | Garantire il corretto utilizzo del nuovo sistema per la ricerca scientifica "Nausica" | 20,00 | 1 | Manuale utente e tutorial realizzati | 25,00 | 2,00 | 2,00 | 20,00 | 0,00 |
| | | | | 2 | N. ticket aperti 2017/ N. ticket aperti nel 2016 | 25,00 | <=0,9 | 0,50 | | |
| | | | | 3 | N. utenti abilitati / N. utenti da abilitare | 50,00 | 1,00 | 1,00 | | |
| OI.2 | Continuità operativa | Garantire l'efficace e tempestivo supporto informatico agli utenti dell'Istituto | 30,00 | 1 | Tempo medio di risoluzione del ticket dal momento dell'apertura (T0) al momento della risoluzione (T1) | 30,00 | 1,00 | 1,00 | 30,00 | 0,00 |
| | | | | 2 | Percentuale di ticket risolti entro gli SLA | 40,00 | 0,95 | 0,95 | | |
| | | | | 3 | N. richieste di estrazione dati evase/ N. richieste di estrazione dati ricevute | 30,00 | 1,00 | 1,00 | | |
| OI.3 | Gestione delle piattaforme e-learning e WIKI | Assicurare l'efficace erogazione del servizio e-learning | 20,00 | 1 | N. ambienti didattici realizzati / N. ambienti didattici richiesti | 40,00 | 1,00 | 1,00 | 20,00 | 0,00 |
| | | | | 2 | N. pagine WIKI aggiornate / N. pagine WIKI da aggiornare | 20,00 | 1,00 | 1,00 | | |
| | | | | 3 | N. richieste assistenza corsi di formazione evase / N. richieste assistenza corsi di formazione ricevute | 40,00 | 1,00 | 1,00 | | |
| OI.4 | Ciclo passivo | Assicurare la tempestività dei pagamenti, nel rispetto delle scadenze concordate con i fornitori per gli acquisti informatici | 20,00 | 1 | Indicatore di tempestività dei pagamenti sugli acquisti di competenza | 50,00 | <=0 | -27,56 | 10,00 | -10,00 |
| | | | | 2 | N. fatture non sospese pagate oltre la scadenza | 50,00 | 0,00 | 3,00 | | |
| OI.5 | Prevenzione della corruzione e trasparenza | Garantire trasparenza e integrità dell'azione amministrativa, assicurando l'assolvimento tempestivo degli obblighi di pubblicazione di competenza previsti dal Piano triennale di prevenzione della corruzione della | 10,00 | 1 | N. obblighi aggiornati nei tempi previsti dal PTPCT / N. obblighi di competenza | 100,00 | 1,00 | 0,69 | 6,88 | -3,12 |
| Totale | | | 100,00 | VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DI STRUTTURA | | | | | 86,88 | |

| Codice | Descrizione valori rilevati |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OI.1 | La U.O.S. Sistema Informativo e Statistico nell'anno 2017 ha rilasciato in ambiente di esercizio il manuale utente ed il <i>tutorial</i> previsti, utilizzati dagli utenti per la formazione all'utilizzo dell'applicazione informatica Nausicaa, dedicata alla gestione delle attività sanitarie. Il numero di <i>ticket</i> aperti nel 2017 presenta una cospicua riduzione rispetto all'anno precedente e ciò conferma l'efficacia del manuale utente e del <i>tutorial</i> forniti (30 <i>ticket</i> nel 2017 rispetto ai 60 del 2016, per un valore dell'indicatore rilevato = 0,50<0,90). Il numero di utenti abilitati all'utilizzo dell'applicazione Nausicaa è stato pari a 76, coincidente con il numero di operatori attivi, suddivisi fra medici, infermieri, mediatori, odontoiatri, antropologi, psicologi, psichiatri, assistenti sociali, amministratori. |
| OI.2 | Nel corso del 2017 il servizio di <i>help desk</i> della U.OS. Sistema informativo e statistico ha ricevuto ed evaso n. 1.350 richieste di assistenza tecnico-informatica da parte degli utenti dell'INMP. Le richieste di assistenza hanno riguardato molteplici aspetti: telefonia, gestione utenze, supporto ai seminari/convegni, gestione accessi, IMAC (installazione, disinstallazione e aggiornamenti di <i>hardware</i> e <i>software</i> , riassegnazione postazioni di lavoro), aggiornamenti <i>web</i> . Il tempo medio di chiusura dei <i>ticket</i> è stato inferiore a 1 giorno lavorativo. I canali di comunicazione utilizzati dagli utenti sono stati: <i>email</i> (n.1.251 richieste), telefono o voce (n.99 richieste); è stato registrato un elevato numero di richieste di assistenza dovuto principalmente all'elevato tasso di <i>turn over</i> di personale presente nell'Istituto che ha comportato un alto numero di richieste di attivazione/disattivazione utenze e gestione degli accessi nonché interventi IMAC. Il numero di richieste di estrazione dati è stato pari a 51, tutte evase regolarmente. |
| OI.3 | La U.O.S. Sistema informativo e statistico, nel corso del 2017, ha implementato 12 ambienti didattici su 12 ambienti richiesti, ha aggiornato 47 pagine wiki su 47 aggiornamenti richiesti, e ha soddisfatto 208 richieste di assistenza su 208 richieste, nel rispetto dei tempi previsti. |
| OI.4 | Pur in presenza di un indicatore di tempestività dei pagamenti inferiore allo 0, che dimostra di aver mediamente pagato le fatture di competenza 27,56 giorni prima della scadenza, in 3 casi, invece, le fatture sono state pagate oltre i 60 giorni normativamente previsti. Conseguentemente, dei 20 punti disponibili per l'obiettivo, ne sono stati conseguiti 10, pari al 50% del punteggio potenziale, in funzione dei pesi attribuiti ai singoli indicatori, pari appunto al 50% ciascuno. |
| OI.5 | La U.O.S. Sistema Informativo e Statistico ha aggiornato 11/16 obblighi. Sono in corso di realizzazione le procedure che consentono di rilevare gli indicatori utili a misurare gli obblighi relativi alla sezione "Accesso Civico" e alla sezione "Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura". |

| Codice | Descrizione delle eventuali criticità rilevate |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OI.1 | |
| OI.2 | |
| OI.3 | |
| OI.4 | Delle 78 fatture liquidate dalla UOS, 3 sono state pagate oltre i 60 giorni normativamente previsti come scadenza. |
| OI.5 | Non è stato possibile adempiere alla totalità degli obblighi di pubblicazione di competenza anche per il mancato raccordo con la UOS Acquisizione beni, servizi e patrimonio. |

| | |
|---------------|---------------------------|
| U.O.C. | Coordinamento scientifico |
| Codice U.O.C. | CS |
| Responsabile | Andrea Cavani |
| Anno | 2017 |

| OBIETTIVI DI PERFORMANCE DI STRUTTURA | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------|----------------------------|-----------|-------------|--|
| Codice | Macro attività | Obiettivo | Peso obiettivo (%) | Prog. Indicatore | Indicatore | Peso indicatore (%) | Valore atteso | Valore rilevato 31/12/2017 | Punteggio | Scostamento | |
| O1.1 | Promozione della metodologia della ricerca | Completare l'allestimento del laboratorio di ricerca dell'Istituto e addestrare adeguatamente il personale in esso impiegato | 25,00 | 1 | N. strumenti collaudati / N. strumenti richiesti | 40,00 | 1,00 | 1,00 | 25,00 | 0,00 | |
| | | | | 2 | N. di metodiche funzionanti a regime/numero di metodiche previste | 60,00 | 1,00 | 1,00 | | | |
| O1.2 | Rapporti di collaborazione con Enti di ricerca e con attori territoriali | Promuovere l'interazione dell'Istituto con altri centri di ricerca nazionali ed internazionali | 25,00 | 1 | N. collaborazioni con Istituzioni e/o altri enti di ricerca attivate | 100,00 | 3,00 | 3,00 | 25,00 | 0,00 | |
| C.1.1 | Assicurare la tempestiva attuazione del Programma della ricerca, con particolare riferimento all'area della ricerca clinica e traslazionale | | 25,00 | 1 | N. Protocolli di studio approvati dal Comitato Etico di riferimento | 100,00 | 5,00 | 4,00 | 20,00 | -5,00 | |
| C.1.2 | Migliorare la divulgazione scientifica dell'Istituto, promuovendo e attivando gruppi di lavoro interdisciplinari | | 25,00 | 1 | N. Incontri di data club e journal club | 100,00 | 6,00 | 6,00 | 25,00 | 0,00 | |
| Totale | | | 100,00 | VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DI STRUTTURA | | | | | 95,00 | | |

| Codice | Descrizione valori rilevati |
|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| O1.1 | Nel corso del 2017 sono state acquistati 2 nuovi strumenti destinati al laboratorio di ricerca. Entrambi gli strumenti sono stati regolarmente collaudati e sono utilizzati Dal personale dedicato alla ricerca. E' stato, inoltre, completato il collaudo di uno strumento acquistato nel 2016. Complessivamente, sono state messe a punto 4 nuove metodiche per l'esecuzione di progetti sperimentali, rispetto alle 4 metodiche previste: i) Clonazione T linfocitaria per diluizione limite da cellule mononucleate ottenute da sangue periferico; ii) Saggi ELISA su sovrantanti di coltura; iii) Analisi citofluorimetrica a 4 colori più 2 parametri fisici; iv) Coltura di monociti da sangue periferico. |
| O1.2 | Nell'anno 2017 è stata stipulata una Convenzione di ricerca con l'Istituto Dermopatico dell'Immacolata (IDI-IRCCS) per lo sviluppo di una progettualità comune; E' stata inoltre attivata una collaborazione con il Centre F.Minkowska, Parigi, (Dott.ssa Daria Rostirolla) attraverso la stesura di un progetto di ricerca presentato alla commissione Europea nell'ambito del bando Marie Curie. Infine è stata avviata una collaborazione con il centro Trasfusionale del Policlinico Tor Vergata nell'ambito del progetto di medicina sociale "PRESA IN CARICO DI PAZIENTI COMPLESSI AFFETTI DA ULCERE DEGLI ARTI INFERIORI E APPARTENENTI A FASCE VULNERABILI DELLA POPOLAZIONE", in base al quale il centro Trasfusionale fornisce <i>buffy coats</i> e derivati piastrinici per l'esecuzione della sperimentazione prevista. |
| C.1.1 | Nel corso del 2017 il Comitato Etico Istituto Superiore della Sanità ha valutato positivamente 3 progetti dell'Istituto, per un totale di 4 protocolli di studio presentati e approvati dal CE: i) Potenziamento della lotta alle malattie tropicali neglette nella popolazione migrante attraverso l'utilizzo di dispositivi medici (N° 2 emendamenti riguardanti variazioni dei protocolli clinici e delle indagini diagnostiche inerenti alle malattie neglette); ii) Studio psicopatologico in migranti di prima generazione afferenti a un Servizio di Salute Mentale dedicato alle condizioni di migrazione e/o povertà; iii) La rete degli Studi Longitudinali Metropolitan (SLM) per l'attività di valutazione delle disegualianze socioeconomiche nella salute, dello stato di salute e dell'assistenza sanitaria alla popolazione immigrata. |
| C.1.2 | La U.O.C. Coordinamento scientifico (U.O.C. CS) nel corso del 2017, ha promosso incontri di approfondimento e Data Club, nell'intento di presentare lo stato dell'arte dei progetti di clinica sociale dell'Istituto in un'ottica di interdisciplinarietà tra i diversi campi di applicazione. In totale sono stati realizzati 7 incontri: - 1 incontro di approfondimento relativo le attività del laboratorio di ricerca dell'INMP; - 6 incontri di Data Club di presentazione dei progetti di clinica sociale (Dermatologia n. 2 incontri, Odontoiatria, Diabete n. 2 incontri, Oculistica). |

| Codice | Descrizione delle eventuali criticità rilevate |
|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| O1.1 | |
| O1.2 | |
| C.1.1 | I protocolli di ricerca da sottomettere al Comitato etico (CE) elaborati nel corso dell'anno sono stati 4 e non 5 come preventivato. Per i rimanenti progetti del 2017 non è stato necessario richiedere l'autorizzazione al CE. |
| C.1.2 | |

| | |
|---------------|---------------------------|
| U.O.C. | Coordinamento scientifico |
| U.O.S. | Formazione ed ECM |
| Codice U.O.S. | CS/FE |
| Responsabile | Maria Assunta Giannini |
| Anno | 2017 |

| OBIETTIVI DI PERFORMANCE DI STRUTTURA | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------|----------------------------|-----------|-------------|
| Codice | Macro attività | Obiettivo | Peso obiettivo (%) | Prog. Indicatore | Indicatore | Peso indicatore (%) | Valore atteso | Valore rilevato 31/12/2017 | Punteggio | Scostamento |
| OI.1 | Gestione delle attività di provider nazionale ECM | Accrescere le conoscenze e le competenze degli operatori sanitari e socio-sanitari, attraverso la realizzazione del Piano annuale di Educazione Continua in Medicina (ECM) | 60 | 1 | N. eventi formativi accreditati svolti / N. eventi formativi previsti | 100 | 0,70 | 0,83 | 60,00 | 0,00 |
| OI.2 | Programmi di educazione e formazione professionale. Attività di addestramento e formazione, nonché di formazione specialistica | Formazione per mediatori interculturali finalizzata ad accrescere le conoscenze e le competenze in ambito sociosanitario | 20 | 1 | Corso di formazione realizzato | 100 | 1,00 | 1,00 | 20,00 | 0,00 |
| OI.3 | Ciclo passivo | Assicurare la tempestività dei pagamenti, nel rispetto delle scadenze concordate con i fornitori per gli acquisti di competenza | 20 | 1 | Indicatore di tempestività dei pagamenti sugli acquisti di competenza | 50 | <=0 | -6,80 | 20,00 | 0,00 |
| | | | | 2 | N. fatture non sospese pagate oltre la scadenza | 50 | 0,00 | 0,00 | | |
| Totale | | | 100,00 | VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DI STRUTTURA | | | | 100,00 | | |

| Codice | Descrizione valori rilevati |
|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OI.1 | <p>Il Piano Annuale ECM 2017 è stato approvato dal Comitato Scientifico ECM dell'INMP in data 13/12/2016. Dei 6 eventi programmati, ne sono stati realizzati 5 (nello specifico 4, di cui 1 in doppia edizione) per un valore rilevato pari all'83% (Fonte: siti istituzionali INMP e Agenas). I rimanenti eventi previsti dal PIANO ECM 2017 non sono stati realizzati per motivi non imputabili alla UOS Formazione ed ECM.</p> <p>La U.O.S. Formazione ed ECM ha curato tutte le fasi di progettazione della formazione a partire dall'analisi dei fabbisogni fino alla rendicontazione delle attività e delle spese sostenute in qualità di provider ECM. A tal riguardo, la U.O.S. ha provveduto a tutti gli adempimenti previsti dalla normativa in materia di Educazione Continua in Medicina e, previa verifica del rispetto dei requisiti, sono stati rilasciati i crediti ECM agli aventi diritto nonché caricata a sistema tutta la documentazione necessaria. Dalla verifica dell'apprendimento svolta, è emerso che i discenti sono stati formati adeguatamente per rispondere in maniera appropriata ai bisogni sanitari delle persone fragili.</p> <p>Gli eventi previsti dal piano annuale ECM, progettati e organizzati in accordo con i Responsabili Scientifici individuati, sono stati i seguenti:</p> <ol style="list-style-type: none"> Roma, 7 e 8 aprile 2017, "Approccio transdisciplinare alla migrazione: servizi sanitari e centri d'accoglienza in dialogo", n. partecipanti: 48. RES 1995- 189695 – ed.1 Roma, 15 settembre 2017, "Transdisciplinarieta' e transculturalita'. Riflessioni antropologiche sulla pratica socio-sanitaria" n. partecipanti: 23. Codice AGENAS: RES 1995- 202242– ed.1. Roma, 29 settembre 2017, "Transdisciplinarieta' e transculturalita'. Riflessioni antropologiche sulla pratica socio-sanitaria", n. partecipanti: 49. Codice AGENAS: RES 1995- 202242– ed.2. Roma, dal 18 maggio al 12 ottobre 2017, "Medicina di prossimità e mediazione di sistema: interventi sociosanitari per immigrati e persone in condizione di fragilità socio-economica negli edifici occupati nell'area metropolitana di Roma", n. partecipanti: 53. Codice AGENAS: BLENDED (FSC) (RES) 1995- 194973 – ed.1 Roma, 27 e 28 gennaio 2017, "Ri_prendersi. I fattori determinanti della salute mentale", n. partecipanti:183. Codice AGENAS: RES 1995 – 181329 – ed. 1. |
| OI.2 | E' stato predisposto il bando propedeutico per la realizzazione del corso in questione. D'intesa con le Direzioni è stato, quindi, realizzato il corso di formazione "on the job" in ambito sociosanitario per i mediatori transculturali dell'Istituto, attraverso l'organizzazione di gruppi di lavoro finalizzati all'acquisizione di conoscenze e competenze relative alle implicazioni emotive presenti nella relazione di aiuto che i mediatori prestano per i pazienti afferenti all'ambulatorio. |
| OI.3 | <p>Indicatore 1: l'algoritmo di calcolo è stato definito dall'articolo 9 del D.P.C.M. del 22 settembre 2014: Σ (giorni compresi tra data pagamento e data scadenza fattura)* importo fattura / Σ importi pagati, limitatamente agli acquisti di competenza della UOS.</p> <p>Il valore rilevato minore di 0 indica che le n. 6 fatture di competenza liquidate, sono state pagate prima della scadenza.</p> <p>Fonte: sistema amministrativo contabile JSIAC in uso</p> <p>Indicatore 2: non ci sono state nel corso dell'anno fatture di competenza pagate oltre la scadenza.</p> <p>Fonte: sistema amministrativo contabile JSIAC in uso</p> |

| Codice | Descrizione delle eventuali criticità rilevate |
|--------|------------------------------------------------|
| OI.1 | |
| OI.2 | |
| OI.3 | |

| | |
|----------------------|------------------------------------|
| U.O.C. | Coordinamento scientifico |
| U.O.S. | Salute e mediazione transculturale |
| Codice U.O.S. | CS/SMT |
| Responsabile | Gennaro Franco |
| Anno | 2017 |

| OBIETTIVI DI PERFORMANCE DI STRUTTURA | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------|----------------------------|-----------|-------------|--|
| Codice | Macro attività | Obiettivo | Peso obiettivo (%) | Prog. Indicatore | Indicatore | Peso indicatore (%) | Valore atteso | Valore rilevato 31/12/2017 | Punteggio | Scostamento | |
| OI.1 | Promozione del curriculum educativo formativo del mediatore transculturale in ambito sanitario | Contribuire alla realizzazione di un elenco Istituzionale di mediatori transculturali formati in campo socio-sanitario | 60,00 | 1 | Disciplinare dei requisiti per la costituzione dell'elenco dei mediatori transculturali formati in campo sociosanitario | 100,00 | 1,00 | 1,00 | 60,00 | 0,00 | |
| OI.2 | Gestione e valorizzazione dei mediatori transculturali | Migliorare la qualità dell'attività di mediazione, attraverso un percorso di analisi delle dinamiche psicologiche di gruppo proprie delle professioni di aiuto | 40,00 | 1 | N. mediatori partecipanti / N. totale mediatori | 100,00 | 0,90 | 0,95 | 40,00 | 0,00 | |
| Totale | | | 100,00 | VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DI STRUTTURA | | | | | 100,00 | | |

| Codice | Descrizione valori rilevati |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OI.1 | E' stata elaborata la prima bozza del disciplinare dei requisiti per la costituzione dell'elenco dei mediatori transculturali formati in campo sanitario, per quanto di competenza della UOS SMT. |
| OI.2 | Il valore rilevato al 31/12/2018 è stato pari al 95%. Tale percentuale rappresenta il valore medio (calcolato) della partecipazione dello staff di mediazione ai diversi eventi che hanno composto l'intero percorso, quali una serie di incontri di programmazione, un evento plenario e un calendario di date di addestramento <i>on the job</i> (per un totale di 6 incontri, 3 per ciascuno dei 2 gruppi di mediatori individuati). Nello specifico, gli incontri programmatori al percorso, svolti nei mesi di maggio e giugno, hanno registrato un coinvolgimento dei mediatori pari al 95,5%; l'incontro plenario dell'avvio ai lavori, svolto nel mese di settembre, ha registrato la partecipazione di 13 mediatori sui 19 (pari al 70%); infine, relativamente alle riunioni di addestramento/formazione <i>on the job</i> , il 100% dei mediatori è stato coinvolto e messo nelle condizioni di partecipare a tutte le date individuate. Si precisa che l'effettiva partecipazione all'intero percorso esulava dalle strette competenze della UOS SMT, in quanto i conduttori degli incontri erano esterni alla UOS SMT. |

| Codice | Descrizione delle eventuali criticità rilevate |
|--------|------------------------------------------------|
| OI.1 | |
| OI.2 | |

| | |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| U.O.C. | Rapporti internazionali, con le regioni e gestione del ciclo di progetto |
| Codice U.O.C. | IRP |
| Responsabile | Gianfranco Costanzo |
| Anno | 2017 |

| OBIETTIVI DI PERFORMANCE DI STRUTTURA | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------|----------------------------|---------------|-------------|--|
| Codice | Macro attività | Obiettivo | Peso obiettivo (%) | Prog. Indicatore | Indicatore | Peso indicatore (%) | Valore atteso | Valore rilevato 31/12/2017 | Punteggio | Scostamento | |
| OI.1 | Gestione del ciclo dei progetti nazionali e internazionali finanziati da fonti esterne sulle tematiche sociali e sanitarie di interesse | Incrementare l'efficacia della gestione del ciclo di progetto | 50,00 | 1 | Rendiconti intermedi e finali inviati nei tempi previsti / Rendiconti da inviare | 60 | 1,00 | 1,00 | 50,00 | 0,00 | |
| | | | | 2 | Importo economico riconosciuto dall'Ente finanziatore / Importo economico rendicontato relativo al finanziamento | 40 | 0,97 | 1,00 | | | |
| OI.2 | Collaborazione con le Regioni e le Province Autonome sulle tematiche di salute, povertà e immigrazione | Migliorare la partecipazione delle Regioni e delle Province Autonome alla Rete nazionale per le problematiche di assistenza in campo socio-sanitario legate alle popolazioni migranti e alla povertà | 10,00 | 1 | Sistema informatico per la SNA | 50 | 1,00 | 1,00 | 10,00 | 0,00 | |
| | | | | 2 | Numero di Regioni che validano i contenuti del wiki / Numero di aggiornamenti dei contenuti proposti | 50 | 0,80 | 1,00 | | | |
| OI.3 | Collaborazione con le Regioni e le Province Autonome sulle tematiche di salute, povertà e immigrazione | Attuare un piano di incontri istituzionali con gli assessorati alla salute delle Regioni e delle Province Autonome | 10,00 | 1 | Piano degli incontri con Assessorati Regioni e Province Autonome | 70 | 1,00 | 1,00 | 10,00 | 0,00 | |
| | | | | 2 | Numero incontri Assessorati alla Salute / Numero di Regioni e Province Autonome | 30 | 0,60 | 1,00 | | | |
| OI.4 | Prevenzione della corruzione e trasparenza | Garantire trasparenza e integrità dell'azione amministrativa, assicurando l'assolvimento tempestivo degli obblighi di pubblicazione di competenza previsti dal Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT) | 10,00 | 1 | N. obblighi aggiornati nei tempi previsti dal PTPCT / N. obblighi di competenza | 100,00 | 1,00 | 1,00 | 10,00 | 0,00 | |
| B.1.1 | Perseguire il completamento delle procedure per il riconoscimento dell'INMP quale Centro Collaboratore OMS | | 10,00 | 1 | Work Programme (WP) elaborato | 100,00 | 1,00 | 1,00 | 10,00 | 0,00 | |
| B.1.2 | Progettare il sito internet del Centro Collaboratore | | 10,00 | 1 | Ambiente di test disponibile | 100,00 | 1,00 | 1,00 | 10,00 | 0,00 | |
| Totale | | | 100,00 | VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DI STRUTTURA | | | | | 100,00 | | |

| Codice | Descrizione valori rilevati |
|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OI.1 | <p>Indicatore n. 1: La UOC IRP ha rispettato le tempistiche stabilite per la trasmissione agli enti finanziatori delle rendicontazioni intermedie e finali previste per il 2017 (6/6). Fonte: Sistema di gestione documentale FOLIUM.</p> <p>Indicatore n. 2: Nel corso del 2017, un solo ente finanziatore ha completato la procedura di valutazione della rendicontazione trasmessa dall'INMP a conclusione del progetto. L'importo economico rendicontato dall'istituto è stato interamente riconosciuto dall'ente finanziatore. Fonte: Sistema di gestione documentale FOLIUM.</p> |
| OI.2 | <p>Indicatore n. 1: La UOC IRP ha sviluppato, in collaborazione con la UOS SIS, la <i>Social Network Analysis</i> (SNA) applicata alle reti di relazione territoriali dei "Centri per minori stranieri non accompagnati" del sistema di prima accoglienza specifica FAMI/Ministero Interno. Fonte: Piattaforma <i>e-learning</i> dell'Istituto - Sezione Wiki.</p> <p>Indicatore n. 2: Successivamente alla data in cui la <i>Wiki</i> è stata resa disponibile al pubblico (27 aprile 2017), la UOC IRP ha inviato ai referenti ReNip, con cadenza trimestrale, proposte di aggiornamento dei suoi contenuti. I referenti ReNip hanno validato in tutti i casi le proposte di aggiornamento. Fonte: Sistema di gestione documentale FOLIUM (note prot. 3325 del 10.07.2017 e n. 4708 del 10.10.2017).</p> |
| OI.3 | <p>Indicatore n. 1: La UOC IRP ha definito un Piano di incontri con gli Assessorati alla salute delle Regioni e province autonome, partendo da quella con un maggior flusso migratorio. Fonte: Sistema di gestione documentale FOLIUM.</p> <p>Indicatore n. 2: Così come previsto dal Piano di incontri per il 2017, il 27 settembre 2017 si è tenuto l'incontro tra il Direttore Generale e il Direttore UOC IRP dell'INMP e il Dirigente Generale dell'Assessorato della Salute della Regione Siciliana, Dott. Giglione, e il rappresentante ReNip della stessa Regione, Dott. Bongiorno. Fonte: Sistema di gestione documentale FOLIUM, posta elettronica.</p> |
| OI.4 | <p>Indicatore n. 1: In coerenza con l'allegato al Piano triennale di prevenzione della corruzione e per la trasparenza (PTPCT), è stato adempiuto l'obbligo di pubblicazione di competenza, inserendo anche i dati relativi agli anni precedenti. Fonte: sezione "Amministrazione trasparente" del sito <i>web</i> istituzionale.</p> |
| B.1.1 | <p>Indicatore n. 1: E' stato redatto e sottoscritto il <i>Work Plan</i> delle attività da svolgere in collaborazione con l'OMS. Fonte: Sistema di gestione documentale FOLIUM, posta elettronica, piattaforma informatica OMS.</p> |
| B.1.2 | <p>Indicatore n. 1: la UOC IRP ha realizzato e reso disponibile, in collaborazione con la UOS SIS, l'ambiente di test del sito Internet INMP, quale centro collaboratore dell'OMS/Europa. Fonte: http://oms.inmp.it</p> |
| Codice | Descrizione delle eventuali criticità rilevate |
| OI.1 | |
| OI.2 | |
| OI.3 | |
| OI.4 | |
| B.1.1 | |
| B.1.2 | |

| | |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------|
| U.O.C. | Rapporti internazionali con le regioni e gestione del ciclo di progetto |
| U.O.S. | Epidemiologia |
| Codice U.O.S. | IRP/EP |
| Responsabile | Alessio Petrelli |
| Anno | 2017 |

| OBIETTIVI DI PERFORMANCE DI STRUTTURA | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------|----------------------------|-----------|-------------|--|
| Codice | Macro attività | Obiettivo | Peso obiettivo (%) | Prog. Indicatore | Indicatore | Peso indicatore (%) | Valore atteso | Valore rilevato 31/12/2017 | Punteggio | Scostamento | |
| OI.1 | Osservatorio epidemiologico nazionale (OENIP) - Progetto Documentazione | Migliorare la conoscenza sull'impatto della povertà sulla salute della popolazione, attraverso la revisione sistematica delle evidenze su questo tema | 50,00 | 1 | Documento di sintesi delle evidenze su povertà e salute | 100,00 | 1,00 | 1,00 | 50,00 | 0,00 | |
| OI.2 | OENIP - Rete degli Studi Longitudinali metropolitani | Assicurare una migliore valutazione dello stato di salute della popolazione immigrata di interesse nazionale, attraverso la creazione e gestione di un archivio pooled nazionale | 30,00 | 1 | Protocollo operativo per la creazione e gestione dell'archivio pooled | 100,00 | 1,00 | 1,00 | 30,00 | 0,00 | |
| OI.3 | OENIP - Sistema di monitoraggio con indicatori | Consolidare il sistema di indicatori per il monitoraggio dello stato di salute della popolazione immigrata | 20,00 | 1 | N. indicatori rilevati (n=18) / N. indicatori rilevabili (n=36) | 100,00 | 0,50 | 0,67 | 20,00 | 0,00 | |
| Totale | | | 100,00 | VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DI STRUTTURA | | | | | 100,00 | | |

| Codice | Descrizione valori rilevati |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OI.1 | Indicatore: E' stato redatto un protocollo operativo per la realizzazione di una overview di revisioni sistematiche sul tema, basato su tutte le revisioni pubblicate dalle più importanti fonti bibliografiche internazionali. L'elenco delle revisioni è disponibile su richiesta. Fonte: Archivio informatico UOS Epidemiologia. |
| OI.2 | Indicatore: E' stato redatto un protocollo di ricerca per la valutazione delle disuguaglianze socio-economiche nella salute basato su un archivio pooled di studi longitudinali metropolitani. Fonte: Archivio informatico UOS Epidemiologia. |
| OI.3 | Indicatore: Il sistema di monitoraggio ha incluso 8 Regioni. 24 indicatori su 36 sono stati rilevati su tutte le Regioni partecipanti, consentendo di raggiungere un risultato di performance pari al 67%, superiore quindi rispetto al valore atteso. Fonte: Archivio informatico UOS Epidemiologia. |

| Codice | Descrizione delle eventuali criticità rilevate |
|--------|------------------------------------------------|
| OI.1 | |
| OI.2 | |
| OI.3 | |

| | |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| U.O.C. | Rapporti internazionali con le regioni e gestione del ciclo di progetto |
| U.O.S. | Salute globale e cooperazione sanitaria |
| Codice U.O.S. | IRP/SGC |
| Responsabile | U.O.C. Rapporti internazionali con le regioni e gestione del ciclo di progetto |
| Anno | 2017 |

| OBIETTIVI DI PERFORMANCE DI STRUTTURA | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------------|--------------------|---------------------|---------------|----------------------------|-----------|-------------|
| Codice | Macro attività | Obiettivo | Peso obiettivo (%) | Prog. Indicatore | Indicatore | Peso indicatore (%) | Valore atteso | Valore rilevato 31/12/2017 | Punteggio | Scostamento |
| Ol.1 | Gestione di progetti di salute globale | Migliorare l'attività dell'Istituto nel promuovere la salute di popolazioni svantaggiate, attraverso la co-progettazione di azioni di salute globale in contesti sia italiani che internazionali | 100,00 | 1 | Progetto esecutivo | 100,00 | 1,00 | 1,00 | 100,00 | 0,00 |
| Totale | | | 100,00 | VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DI STRUTTURA | | | | 100,00 | | |

| Codice | Descrizione valori rilevati |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ol.1 | <p>Indicatore: nell'ambito del Terzo Programma Salute dell'Unione europea, l'INMP ha preso parte alla progettazione della "Joint Action on Health Inequalities", coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), e in particolare alla definizione degli obiettivi e delle azioni del WP7 (dedicato al nesso tra salute e migrazione). Il progetto esecutivo prevede che la conduzione in l'Italia delle attività del WP7 sia affidata dall'ISS all'INMP in modalità di subappalto. In data 28 novembre 2017, la CHAFEA ha comunicato all'ISS che la proposta ha superato la fase valutativa e si sta procedendo alla predisposizione del <i>Grant Agreement</i>.</p> <p>Fonte: Sistema di gestione documentale FOLIUM e posta elettronica.</p> |

| Codice | Descrizione delle eventuali criticità rilevate |
|--------|------------------------------------------------|
| Ol.1 | Nessuna |

| | |
|----------------------|-----------------------|
| U.O.C. | Prevenzione sanitaria |
| Codice U.O.C. | PS |
| Responsabile | 0 |
| Anno | 2017 |

| OBIETTIVI DI PERFORMANCE DI STRUTTURA | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|---------------------|---------------|----------------------------|-----------|-------------|
| Codice | Macro attività | Obiettivo | Peso obiettivo (%) | Prog. Indicatore | Indicatore | Peso indicatore (%) | Valore atteso | Valore rilevato 31/12/2017 | Punteggio | Scostamento |
| OI.1 | Attività ambulatoriale polispecialistica con approccio transculturale e interdisciplinare | Qualificare l'assistenza, attraverso incontri interdisciplinari periodici | 20,00 | 1 | N. incontri di qualità | 100,00 | 12,00 | 12,00 | 20,00 | 0,00 |
| OI.2 | | Perseguire elevati livelli di customer satisfaction nell'assistenza socio-sanitaria | 1 | Grado di soddisfazione su accoglienza e disponibilità all'ascolto | 25,00 | 4,00 | 4,73 | 20,00 | 0,00 | |
| | | | 2 | Grado di soddisfazione su chiarezza delle informazioni | 25,00 | 4,00 | 4,68 | | | |
| | | | 3 | Grado di soddisfazione su efficacia del servizio | 50,00 | 4,00 | 4,79 | | | |
| OI.3 | Incrementare i volumi di attività di prestazioni ambulatoriali del personale dirigente sanitario | 10,00 | 1 | N. prestazioni ambulatoriali / N. unità dirigenti sanitari espresse in full time equivalent (FTE) | 100,00 | 2.482 | 2.417 | 9,74 | 0,26 | |
| D.1.1 | Consolidare l'accessibilità delle popolazioni fragili alle prestazioni ambulatoriali | 25,00 | 1 | N. prestazioni a favore di pazienti STP, ENI, italiani esenti / N. totale prestazioni | 100,00 | 0,70 | 0,74 | 25,00 | 0,00 | |
| D.1.2 | Consolidare l'attività di prevenzione primaria, secondaria e di promozione della salute dei migranti presso centri di accoglienza, comunità etniche, medici di medicina generale / pediatri | 25,00 | 1 | N. giornate di prevenzione svolte all'esterno dell'Istituto | 100,00 | 20,00 | 23,00 | 25,00 | 0,00 | |
| Totale | | | 100,00 | VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DI STRUTTURA | | | | | 99,74 | |

| Codice | Descrizione valori rilevati |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OI.1 | L'obiettivo aveva la finalità di migliorare la qualità delle prestazioni mediche e psicologiche, nel rispetto degli <i>standard</i> qualitativi definiti nella Carta dei servizi dell'Istituto, nell'ambito di incontri interdisciplinari periodici. Indicatore: nel corso dell'anno sono stati effettuati n°12 incontri di qualità. Atti acquisiti dalla Direzione sanitaria. |
| OI.2 | I valori degli indicatori di <i>performance</i> sono calcolati elaborando la media aritmetica dei gradi raccolti, con valori da 1 a 5, in modo da ottenere un dato sintetico utile come indicatore del livello di servizio. Per il 2017 la rilevazione delle opinioni di <i>customer satisfaction</i> è stata effettuata nel periodo 12-31 dicembre 2017. |
| OI.3 | Nel 2017 il dato 2.417 è il risultato del rapporto tra N.55.778 prestazioni ambulatoriali e N.23,08 unità di dirigenti sanitari espressi in full time equivalent. Tale rapporto indica il numero di prestazioni per operatore dirigente a tempo pieno in un anno. |
| D.1.1 | L'obiettivo aveva la finalità di concorrere al miglioramento del percorso assistenziale delle persone fragili che afferiscono all'Istituto per migliorare la qualità dell'assistenza e l'accesso alle cure primarie. Indicatore: su 41.121 prestazioni totali, 30.572 rientrano nelle categorie previste STP/ ENI/ Italiani esenti per reddito (esenzioni da reddito E01-E02-E03-E04-E05-E07-E08, ENI ed STP), con una percentuale complessiva pari al 74% del totale dei pazienti. Fonti: dati SIAS, sistema informatico Nausica, rilevazioni uscite esterne Direzione sanitaria, statistiche attività annuali Direzione Sanitaria. In merito ai dati SIAS, si precisa che sono qui esclusi i pazienti con codice 00 (laboratorio) e codice 35 (odontoiatria). |
| D.1.2 | L'obiettivo aveva la finalità di promuovere l'attività di prevenzione primaria, secondaria, e di promozione della salute dei migranti e delle popolazioni più svantaggiate anche all'esterno dell'Istituto, utilizzando ove necessario l'ambulatorio mobile. Indicatore: sono state effettuate 23 giornate. Totale visite esterne n°483. Schede rilevazione visite trasmesse alla Direzione sanitaria. |

| Codice | Descrizione delle eventuali criticità rilevate |
|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OI.1 | |
| OI.2 | |
| OI.3 | Il valore rilevato per il 2017 risulta inferiore alle attese a causa del risultato negativo conseguito sull'indicatore dalla UOS Salute mentale. |
| D.1.1 | |
| D.1.2 | |

| | |
|---------------|-------------------------------------------|
| U.O.C. | Prevenzione sanitaria |
| U.O.S. | Polispecialistica e professioni sanitarie |
| Codice U.O.S. | PS/PP |
| Responsabile | Alba Fava |
| Anno | 2017 |

| OBIETTIVI DI PERFORMANCE DI STRUTTURA | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------|----------------------------|-----------|-------------|
| Codice | Macro attività | Obiettivo | Peso obiettivo (%) | Prog. Indicatore | Indicatore | Peso indicatore (%) | Valore atteso | Valore rilevato 31/12/2017 | Punteggio | Scostamento |
| OI.1 | Attività ambulatoriale polispecialistica con approccio transculturale e interdisciplinare | Consolidare l'accessibilità delle popolazioni fragili alle prestazioni ambulatoriali | 25,00 | 1 | N. prestazioni a favore di pazienti STP, ENI, italiani esenti / N. totale prestazioni | 100,00 | 0,70 | 0,73 | 25,00 | 0,00 |
| OI.2 | | Consolidare l'attività di prevenzione primaria, secondaria e di promozione della salute dei migranti presso centri di accoglienza, comunità etniche, medici di medicina generale / pediatri | 25,00 | 1 | N. giornate di prevenzione svolte all'esterno dell'Istituto | 100,00 | 20,00 | 23,00 | 25,00 | 0,00 |
| OI.3 | | Qualificare l'assistenza, attraverso incontri interdisciplinari periodici | 20,00 | 1 | N. incontri di qualità | 100,00 | 12,00 | 12,00 | 20,00 | 0,00 |
| OI.4 | | Perseguire elevati livelli di customer satisfaction nell'assistenza socio-sanitaria | 20,00 | 1 | Grado di soddisfazione su accoglienza e disponibilità all'ascolto | 25,00 | 4,00 | 4,72 | 20,00 | 0,00 |
| | | | | 2 | Grado di soddisfazione su chiarezza delle informazioni | 25,00 | 4,00 | 4,66 | | |
| | 3 | | | Grado di soddisfazione su efficacia del servizio | 50,00 | 4,00 | 4,78 | | | |
| OI.5 | Incrementare i volumi di attività di prestazioni ambulatoriali del personale dirigente sanitario | 10,00 | 1 | N. prestazioni ambulatoriali / N. unità dirigenti sanitari espresse in full time equivalent (FTE) | 100,00 | 2.700,00 | 2.742 | 10,00 | 0,00 | |
| Totale | | | 100,00 | VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DI STRUTTURA | | | | | 100,00 | |

| Codice | Descrizione valori rilevati |
|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OI.1 | L'obiettivo aveva la finalità di concorrere al miglioramento del percorso assistenziale delle persone fragili che afferiscono all'Istituto per migliorare la qualità dell'assistenza e l'accesso alle cure primarie. Indicatore: su 38.919 prestazioni totali, 28.597 rientrano nelle categorie previste STP/ ENI/ Italiani esenti per reddito (esenzioni da reddito E01-E02-E03-E04-E05-E07-E08, ENI ed STP), con una percentuale complessiva pari al 73% del totale dei pazienti. Fonti: dati SIAS, sistema informatico Nausicaa, rilevazioni uscite esterne, statistiche attività annuali. In merito ai dati SIAS, si precisa che sono qui esclusi i pazienti con codice 00 (laboratorio) e codice 35 (odontoiatria) |
| OI.2 | L'obiettivo aveva la finalità di promuovere l'attività di prevenzione primaria, secondaria, e di promozione della salute dei migranti e delle popolazioni più svantaggiate anche all'esterno dell'Istituto, utilizzando ove necessario l'ambulatorio mobile. Indicatore: sono state effettuate 23 uscite con il personale medico dell'Istituto. Totale visite esterne n° 483. Fonte: Schede rilevazione visite trasmesse alla Direzione sanitaria. |
| OI.3 | L'obiettivo aveva la finalità di migliorare la qualità delle prestazioni mediche e psicologiche, nel rispetto degli <i>standard</i> qualitativi definiti nella Carta dei servizi dell'Istituto, nell'ambito di incontri interdisciplinari periodici organizzati dal responsabile della UOS. Indicatore: nel corso dell'anno sono stati effettuati n°12 incontri di qualità. Fonte: Atti acquisiti dalla Direzione sanitaria. |
| OI.4 | I valori degli indicatori di <i>performance</i> sono calcolati elaborando la media aritmetica dei gradi raccolti, con valori da 1 a 5, in modo da ottenere un dato sintetico utile come indicatore del livello di servizio. Per il 2017 la rilevazione delle opinioni di <i>customer satisfaction</i> è stata effettuata nel periodo 12-31 dicembre 2017. |
| OI.5 | Nel 2017 il dato 2.742 è il risultato del rapporto tra N.48336 prestazioni ambulatoriali e N.17,6 unità di dirigenti sanitari espressi in <i>full time equivalent</i> . Tale rapporto indica il numero di prestazioni per operatore dirigente a tempo pieno in un anno. |

| Codice | Descrizione delle eventuali criticità rilevate |
|--------|------------------------------------------------|
| OI.1 | |
| OI.2 | |
| OI.3 | |
| OI.4 | |
| OI.5 | |

| | |
|---------------|-----------------------|
| U.O.C. | Prevenzione sanitaria |
| U.O.S. | Salute mentale |
| Codice U.O.S. | PS/SM |
| Responsabile | |
| Anno | 2017 |

| OBIETTIVI DI PERFORMANCE DI STRUTTURA | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------|----------------------------|-----------|-------------|
| Codice | Macro attività | Obiettivo | Peso obiettivo (%) | Prog. Indicatore | Indicatore | Peso indicatore (%) | Valore atteso | Valore rilevato 31/12/2017 | Punteggio | Scostamento |
| Ol.1 | | Qualificare l'assistenza, attraverso protocolli di diagnosi e cura EVIDENCE BASED | 30,00 | 1 | N. protocolli EVIDENCE BASED | 100,00 | 1,00 | 1,00 | 30,00 | 0,00 |
| Ol.2 | Attività ambulatoriale polispecialistica con approccio transculturale e interdisciplinare | Perseguire elevati livelli di customer satisfaction nell'assistenza socio-sanitaria | 35,00 | 1 | Grado di soddisfazione su accoglienza e disponibilità all'ascolto | 25,00 | >4 | 4,50 | 35,00 | 0,00 |
| | | | | 2 | Grado di soddisfazione su chiarezza delle informazioni | 25,00 | >4 | 4,50 | | |
| | | | | 3 | Grado di soddisfazione su efficacia del servizio | 50,00 | >4 | 4,50 | | |
| Ol.3 | | Incrementare i volumi di attività di prestazioni ambulatoriali del personale dirigente sanitario | 35,00 | 1 | N. prestazioni ambulatoriali / N. unità dirigenti sanitari espresse in full time equivalent (FTE) | 50,00 | 1.618 | 1.365 | 20,61 | -14,39 |
| | | | | 2 | N. primi accessi/ N. unità dirigenti sanitari espresse in full time equivalent (FTE) | 50,00 | 449 | 150 | | |
| Totale | | | 100,00 | VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DI STRUTTURA | | | | | 85,61 | |

| Codice | Descrizione valori rilevati |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ol.1 | L'obiettivo aveva la finalità di incrementare le attività psicologiche <i>EVIDENCE BASED</i> , nel rispetto degli <i>standard</i> qualitativi definiti nella Carta dei servizi dell'Istituto, mediante la realizzazione di 1 protocollo psicologico con modalità <i>E.B.</i> Indicatore: Dr. Aragona, Dr.ssa Tumiati "Protocollo interno per l'emersione di fenomeni psicopatologici". Fonte: Archivio Direzione sanitaria. |
| Ol.2 | I valori degli indicatori di <i>performance</i> sono calcolati elaborando la media aritmetica dei gradi raccolti, con valori da 1 a 5, in modo da ottenere un dato sintetico utile come indicatore del livello di servizio. Per il 2017 la rilevazione delle opinioni di customer satisfaction è stata effettuata nel periodo 12-31 dicembre 2017. |
| Ol.3 | Indicatore 1: il risultato deriva dal rapporto tra N.7.442 prestazioni ambulatoriali e N. 5,5 unità di dirigenti sanitari espressi in <i>full time equivalent</i> . Indicatore 2: il risultato deriva dal rapporto tra N. 735 primi accessi e N.4,9 unità di dirigenti sanitari espressi in <i>full time equivalent</i> . Tali rapporti indicano il numero di prestazioni/primi accessi per operatore dirigente a tempo pieno in un anno. Fonte: archivio informatizzato Direzione sanitaria |

| Codice | Descrizione delle eventuali criticità rilevate |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ol.1 | |
| Ol.2 | |
| Ol.3 | Il valore degli indicatori risulta non in linea con le attese. Ciò è dovuto al fatto che nella seconda parte dell'anno, per una variazione di impostazione organizzativa del personale decisa a livello aziendale, le prestazioni degli psicologi assunti a progetto non sono state più conteggiate ai fini del calcolo degli indicatori di <i>performance</i> . |

| | |
|----------------------|----------------------|
| U.O.C. | Odontoiatria sociale |
| Codice U.O.C. | OS |
| Responsabile | Luigi Baggi |
| Anno | 2017 |

| OBIETTIVI DI PERFORMANCE DI STRUTTURA | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------|----------------------------|-----------|-------------|
| Codice | Macro attività | Obiettivo | Peso obiettivo (%) | Prog. Indicatore | Indicatore | Peso indicatore (%) | Valore atteso | Valore rilevato 31/12/2017 | Punteggio | Scostamento |
| OI.1 | | Incrementare l'attività di odontoiatria conservativa e chirurgica | 30,00 | 1 | N. estrazioni | 50,00 | 150,00 | 150,00 | 24,72 | -5,28 |
| | | | | 2 | N. pazienti con otturazioni | 50,00 | 500,00 | 412,00 | | |
| OI.2 | | Garantire elevati livelli qualitativi delle prestazioni protesiche erogate, verificando il miglioramento della performance posturale dei pazienti protesizzati | 20,00 | 1,00 | N. pazienti con performance posturale migliorata/N. pazienti protesizzati | 100,00 | 0,90 | 0,95 | 20,00 | 0,00 |
| OI.3 | Attività ambulatoriale specialistica di odontoiatria sociale | Perseguire elevati livelli di customer satisfaction nell'assistenza socio-sanitaria | 20,00 | 1,00 | Grado di soddisfazione su accoglienza e disponibilità all'ascolto | 25,00 | 4,00 | 4,22 | 19,73 | -0,27 |
| | | | | 2,00 | Grado di soddisfazione su chiarezza delle informazioni | 25,00 | 4,00 | 4,11 | | |
| | | | | 3,00 | Grado di soddisfazione su efficacia del servizio | 50,00 | 4,00 | 3,89 | | |
| OI.4 | | Incrementare i volumi di attività di prestazioni ambulatoriali del personale dirigente sanitario | 10,00 | 1,00 | N. prestazioni ambulatoriali / N. unità dirigenti sanitari espresse in full time equivalent (FTE) | 100,00 | 2156,00 | 3.460 | 10,00 | 0,00 |
| E.1.1 | Consolidare la rete cittadina per l'odontoiatria sociale | | 20,00 | 1,00 | N. pazienti di ritorno da altri soggetti della rete / N. pazienti inviati | 100,00 | 0,70 | 0,73 | 20,00 | 0,00 |
| Totale | | | 100,00 | VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DI STRUTTURA | | | | | 94,45 | |

| Codice | Descrizione valori rilevati |
|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OI.1 | Non ci sono le autorizzazioni amministrative per le estrazioni e le otturazioni |
| OI.2 | Il dato si riferisce alla percentuale di casi di miglioramento della performance posturale dei pazienti protesizzati rispetto al totale dei pazienti protesizzati. Il dato è ricavato attraverso la rilevazione del dato della stabilometria, prima e dopo il trattamento, per tutti i pazienti protesizzati. |
| OI.3 | I valori degli indicatori di <i>performance</i> sono calcolati elaborando la media aritmetica dei gradi raccolti, con valori da 1 a 5, in modo da ottenere un dato sintetico utile come indicatore del livello di servizio. Per il 2017 la rilevazione delle opinioni di customer satisfaction è stata effettuata nel periodo 12-31 dicembre 2017. |
| OI.4 | Nel 2017 il dato 3.460 è il risultato del rapporto tra N. 6.636 prestazioni ambulatoriali e N.1,9 unità di dirigenti sanitari espressi in <i>full time equivalent</i> . Tale rapporto indica il numero di prestazioni per operatore dirigente a tempo pieno in un anno. |
| E.1.1 | N. 248 di pazienti di ritorno da altri soggetti della rete in rapporto a N. 340 inviati, pari al 73%. |

| Codice | Descrizione delle eventuali criticità rilevate |
|--------|-----------------------------------------------------------------------|
| OI.1 | |
| OI.2 | |
| OI.3 | Periodo di rilevazione e numero di questionari somministrati limitati |
| OI.4 | |
| E.1.1 | |

| | |
|----------------------|------------------------------------------------|
| U.O.C. | Gestione del personale e affari amministrativi |
| Codice U.O.C. | PA |
| Responsabile | Duilio Iacobucci |
| Anno | 2017 |

| OBIETTIVI DI PERFORMANCE DI STRUTTURA | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------|-------------------------------|------------|--------------|--|
| Codice | Macro attività | Obiettivo | Peso obiettivo (%) | Prog. Indicatore | Indicatore | Peso indicatore (%) | Valore atteso | Valore rilevato 31/12/2017 | Pun-teggio | Scosta-mento | |
| Ol.1 | Gestione affari generali | Assicurare la corretta gestione amministrativa del personale attraverso l'adozione di disciplinari organizzativi interni e la revisione di quelli esistenti | 20,00 | 1 | N. disciplinari proposti per l'adozione | 100,00 | 5,00 | 5,00 | 20,00 | 0,00 | |
| Ol.2 | Gestione del personale | Incrementare la trasparenza interna e l'efficienza e garantire l'automazione del processo di gestione del personale | 10,00 | 1 | Portale del dipendente attivo | 100,00 | 1,00 | 1,00 | 10,00 | 0,00 | |
| Ol.3 | Gestione documentale dei fascicoli del personale | Garantire la corretta gestione documentale attraverso l'adozione del Piano di fascicolazione | 20,00 | 1 | Piano di fascicolazione adottato | 100,00 | 1,00 | Vedi descrizioni e dei valori | 20,00 | 0,00 | |
| Ol.4 | Ciclo passivo | Assicurare la tempestività dei pagamenti, nel rispetto delle scadenze concordate con i fornitori per gli acquisti di competenza | 20,00 | 1 | Indicatore di tempestività dei pagamenti sugli acquisti di competenza | 50,00 | <=0 | -21,78 | 10,00 | -10,00 | |
| | | | | 2 | N. fatture non sospese pagate oltre la scadenza | 50,00 | 0,00 | 5,00 | | | |
| Ol.5 | Prevenzione della corruzione e trasparenza | Garantire trasparenza e integrità dell'azione amministrativa, assicurando l'assolvimento tempestivo degli obblighi di pubblicazione di competenza previsti dal Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT) | 10,00 | 1 | N. obblighi aggiornati nei tempi previsti dal PTPCT / N. obblighi di competenza | 100,00 | 1,00 | 0,88 | 8,78 | -1,22 | |
| F.1.1 | Assicurare il tempestivo completamento delle procedure concorsuali già avviate e di quelle previste | | 20 | 1 | N. vincitori | 100 | 27 | 27 | 20,00 | 0,00 | |
| Totale | | | 100,00 | VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DI STRUTTURA | | | | | 88,78 | | |

| Codice | Descrizione valori rilevati |
|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OI.1 | <p>Indicatore: i 5 disciplinari previsti (incarichi esterni prestati dal personale dipendente; svolgimento di attività di formazione, informazione, sensibilizzazione e affiancamento; accesso alla documentazione sanitaria; procedimenti amministrativi e accesso ai documenti amministrativi; accesso ai documenti, ai dati e alle informazioni) sono stati tutti proposti per l'adozione. Tuttavia, il disciplinare sugli incarichi ex art. 7, comma 6 e 6 bis, D.lgs. 165/2001, pur predisposto dalla UOC, è tuttora in fase di approvazione.</p> <p>Fonte: sezione "Amministrazione trasparente" del sito istituzionale.</p> |
| OI.2 | <p>Indicatore: con la realizzazione del portale del dipendente, ciascun dipendente ha accesso ad un'area riservata, dalla quale, al 31/12/2017, è possibile visionare e/o scaricare i cedolini mensili e le presenze, con i dettagli degli orari di presenza e gli eventuali scostamenti dall'orario di servizio.</p> <p>Fonte: http://presenze.inmp.it:8080</p> |
| OI.3 | <p>D'intesa con la Direzione generale, la realizzazione di questo obiettivo è stata sospesa nel corso dell'anno di riferimento, atteso l'imminente avvicendamento nel ruolo di Direttore amministrativo; tutte le attività propedeutiche di competenza della UOC, tuttavia, sono state realizzate e di conseguenza il punteggio è stato completamente riconosciuto.</p> |
| OI.4 | <p>Indicatore 1: l'algoritmo di calcolo è stato definito dall'articolo 9 del D.P.C.M. del 22 settembre 2014: Σ (giorni compresi tra data pagamento e data scadenza fattura) * importo fattura / Σ importi pagati, limitatamente agli acquisti di competenza della UOC. Il valore rilevato minore di 0 indica che mediamente le fatture di competenza della struttura sono state pagate prima della scadenza.</p> <p>Fonte: sistema amministrativo contabile JSIAC in uso.</p> <p>Indicatore 2: delle n. 222 fatture liquidate di competenza della UOC, n. 5 sono state pagate dopo la scadenza, pertanto il punteggio totale rilevato risulta essere pari a 10.</p> <p>Fonte: sistema amministrativo contabile JSIAC in uso.</p> |
| OI.5 | <p>Indicatore 1: L'indicatore è previsto dal Piano triennale di prevenzione della corruzione e per la trasparenza (PTPCT), quale misura volta ad assicurare l'assolvimento tempestivo degli obblighi di pubblicazione di competenza (si veda l'allegato 1 al PTPCT, in cui, per ciascun obbligo, è stato individuato il responsabile della trasmissione dei dati, ai fini della pubblicazione). Su 41 obblighi di competenza della UOC, sono stati adempiuti 36 secondo le tempistiche previste dal PTPCT.</p> <p>Fonte: sezione "Amministrazione trasparente" del sito istituzionale.</p> |
| F.1.1 | <p>Indicatore: sono state concluse 9 procedure, con conseguente assunzione dei 27 vincitori. Nel dettaglio sono stati assunti 4 dirigenti sanitari, 5 dirigenti medici, 1 dirigente tecnico professionale, tutti a tempo indeterminato; nonché 17 coadiutori a tempo determinato.</p> <p>Fonte: sezione "Pubblicità legale" del sito istituzionale.</p> |
| Codice | Descrizione delle eventuali criticità rilevate |
| OI.1 | |
| OI.2 | |
| OI.3 | |
| OI.4 | Lo scostamento rispetto al punteggio massimo conseguibile è motivato dal secondo indicatore, per il quale non è stato conseguito il valore atteso (5 fatture non sospese pagate oltre la scadenza). |
| OI.5 | Lo scostamento è motivato dalla mancata pubblicazione secondo la tempistica prevista dal PTPCT di 5 obblighi di pubblicazione, rispetto ai 41 di competenza della UOC. |
| F.1.1 | |

| | |
|---------------|------------------------------------------------|
| U.O.C. | Gestione del personale e affari amministrativi |
| U.O.S. | Acquisizione beni e servizi, patrimonio |
| Codice U.O.S. | PA/ABP |
| Responsabile | Maria Luisa Tocco |
| Anno | 2017 |

| OBIETTIVI DI PERFORMANCE DI STRUTTURA | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------|--------------------------------------|-----------|-------------|
| Codice | Macro attività | Obiettivo | Peso obiettivo (%) | Prog. Indicatore | Indicatore | Peso indicatore (%) | Valore atteso | Valore rilevato 31/12/2017 | Punteggio | Scostamento |
| Ol.1 | Prevenzione della corruzione e trasparenza | Favorire processi di prevenzione della corruzione attraverso l'aggiornamento dell'Albo dei fornitori | 40,00 | 1 | Albo dei fornitori aggiornato | 100,00 | 1,00 | Vedi descrizione dei valori rilevati | 40,00 | 0,00 |
| Ol.2 | | Garantire trasparenza e integrità dell'azione amministrativa, assicurando l'assolvimento tempestivo degli obblighi di pubblicazione di competenza previsti dal Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT) | 10,00 | 1 | N. obblighi aggiornati nei tempi previsti dal PTPCT / N. obblighi di competenza | 100,00 | 1,00 | Vedi descrizione dei valori rilevati | 10,00 | 0,00 |
| Ol.3 | Tenuta degli inventari fisici dei beni mobili ed immobili (anche con riguardo ai cespiti ammortizzabili) | Garantire la tempestiva e corretta gestione degli inventari | 30,00 | 1 | Libro inventario aggiornato | 100,00 | 1,00 | 1,00 | 30,00 | 0,00 |
| Ol.4 | Ciclo passivo | Assicurare la tempestività dei pagamenti, nel rispetto delle scadenze concordate con i fornitori per gli acquisti di competenza | 20,00 | 1 | Indicatore di tempestività dei pagamenti sugli acquisti di competenza | 50,00 | <=0 | -3,80 | 10,00 | 10,00 |
| | | | | 2 | N. fatture non sospese pagate oltre la scadenza | 50,00 | 0,00 | 87,00 | | |
| Totale | | | 100,00 | VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DI STRUTTURA | | | | 90,00 | | |

| Codice | Descrizione valori rilevati |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ol.1 | <p>Indicatore 1: L'obiettivo ha la finalità di favorire dinamiche di trasparenza e prevenzione della corruzione attraverso l'aggiornamento e la rotazione dei fornitori, in coerenza con il Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT) nonché di realizzare vantaggi economici e qualitativi anche attraverso una maggiore concorrenza tra i fornitori.</p> <p>Pur non essendo stato completamente raggiunto, in quanto l'albo non è stato pubblicato sul sito istituzionale, d'intesa con la Direzione generale è stato comunque riconosciuto il punteggio massimo conseguibile, attesa la prolungata assenza giustificata della Responsabile.</p> <p>Fonte: sistema amministrativo contabile JSIAC in uso.</p> |
| Ol.2 | <p>Indicatore 1: L'indicatore è stato previsto dal Piano triennale di prevenzione della corruzione e per la trasparenza (PTPCT), come misura volta ad assicurare l'assolvimento tempestivo degli obblighi di pubblicazione di competenza (si veda l'allegato 1 al PTPCT, in cui, per ciascun obbligo, è stato individuato il responsabile della trasmissione dei dati, ai fini della pubblicazione).</p> <p>L'effettivo valore rilevato sarebbe pari a 0,4, in quanto sono stati pubblicati secondo le tempistiche previste dal PTPCT solamente i dati relativi a 4 obblighi, rispetto ai 10 di competenza della UOS. Tuttavia, d'intesa con la Direzione generale, considerate le oggettive difficoltà emerse nel reperimento dei dati da pubblicare in relazione ad alcuni obblighi, anche alla luce delle ridotte dimensioni dell'Istituto e della carenza di personale dedicato, è stato comunque riconosciuto il punteggio massimo conseguibile.</p> <p>Fonte: sezione "Amministrazione trasparente" del sito istituzionale.</p> |
| Ol.3 | <p>Indicatore 1: L'obiettivo aveva la finalità di garantire la tenuta degli inventari anche con riguardo ai cespiti ammortizzabili.</p> <p>E' stato completamente raggiunto, in quanto il Libro inventario è disponibile e aggiornato.</p> <p>Fonte: sistema amministrativo contabile JSIAC in uso.</p> |
| Ol.4 | <p>Indicatore 1: l'algoritmo di calcolo è stato definito dall'articolo 9 del D.P.C.M. del 22 settembre 2014: Σ (giorni compresi tra data pagamento e data scadenza fattura) * importo fattura / Σ importi pagati, limitatamente agli acquisti di competenza della UOS.</p> <p>Il valore rilevato minore di 0 indica che mediamente le fatture di competenza della struttura sono state pagate prima della scadenza.</p> <p>Indicatore 2: delle n. 416 fatture liquidate di competenza della UOS n. 87 sono state pagate dopo la scadenza, pertanto il punteggio totale rilevato risulta essere pari a 10.</p> <p>Fonti: sistema amministrativo contabile JSIAC in uso.</p> |

| Codice | Descrizione delle eventuali criticità rilevate |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ol.1 | |
| Ol.2 | |
| Ol.3 | |
| Ol.4 | Lo scostamento rispetto al punteggio massimo conseguibile è motivato dal secondo indicatore, per il quale non è stato conseguito il valore atteso (87 fatture non sospese pagate oltre la scadenza sulle 416 fatture di competenza della UOS). |

| | |
|---------------|------------------------------------------------|
| U.O.C. | Gestione del personale e affari amministrativi |
| U.O.S. | Contabilità generale e bilancio |
| Codice U.O.S. | PA/CB |
| Responsabile | 0 |
| Anno | 2017 |

| OBIETTIVI DI PERFORMANCE DI STRUTTURA | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------|----------------------------|-----------|-------------|
| Codice | Macro attività | Obiettivo | Peso obiettivo (%) | Prog. Indicatore | Indicatore | Peso indicatore (%) | Valore atteso | Valore rilevato 31/12/2017 | Punteggio | Scostamento |
| OI.1 | Gestione del ciclo di bilancio | Assicurare la redazione dei documenti di bilancio secondo le scadenze normativamente previste | 40,00 | 1 | N. documenti redatti nei tempi previsti / N. documenti previsti | 100,00 | 1,00 | 1,00 | 40,00 | 0,00 |
| OI.2 | Adempimenti di natura fiscale e civilistica | Assicurare la tempestività dei versamenti contributivi ed erariali | 30,00 | 1 | N. di sanzioni | 50,00 | 0,00 | 0,00 | 30,00 | 0,00 |
| | | | | 2 | N. F24 Enti pubblici (EP) versati nei tempi | 50,00 | 12,00 | 37,00 | | |
| OI.3 | Ciclo passivo | Assicurare la tempestività dei pagamenti, nel rispetto delle scadenze concordate con i fornitori | 20,00 | 1 | Indicatore di tempestività dei pagamenti | 50,00 | <=0 | -14,05 | 20,00 | 0,00 |
| | | | | 2 | N. fatture non sospese pagate oltre la scadenza | 50,00 | 0,00 | 0,00 | | |
| OI.4 | Prevenzione della corruzione e trasparenza | Garantire trasparenza e integrità dell'azione amministrativa, assicurando l'assolvimento tempestivo degli obblighi di pubblicazione di competenza previsti dal Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT) | 10,00 | 1 | N. obblighi aggiornati nei tempi previsti dal PTPCT / N. obblighi di competenza | 100,00 | 1,00 | 0,88 | 8,75 | -1,25 |
| Totale | | | 100,00 | VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DI STRUTTURA | | | | | 98,75 | |

| Codice | Descrizione valori rilevati |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OI.1 | Indicatore 1: tutti i documenti di bilancio previsti dalla normativa in vigore sono stati tempestivamente redatti (2/2: adozione del Bilancio di esercizio 2016 con deliberazione n. 269 del 20.06.2017; adozione del Bilancio di previsione 2018 con deliberazione n. 496 del 31.10.2017). Fonte: sezione Pubblicità legale, nonché Amministrazione trasparente del sito istituzionale. |
| OI.2 | Indicatore 1: Nel corso del 2017 non ci sono state sanzioni per atti di competenza della UOS. Indicatore 2: tutti i Modelli F24EP previsti sono stati versati nei tempi. Rispetto al valore rilevato si evidenzia che oltre ai n. 12 FPEP relativi ai contributi, ne sono stati prodotti ulteriori n. 7 per contributi collaboratori, n. 13 per IVA e n. 1 per imposta di bollo. Fonte: sistema amministrativo contabile JSIAC in uso. |
| OI.3 | Indicatore 1: l'algoritmo di calcolo è stato definito dall'articolo 9 del D.P.C.M. del 22 settembre 2014: Σ (giorni compresi tra data pagamento e data scadenza fattura) * importo fattura / Σ importi pagati, limitatamente agli acquisti di competenza della UOS. Il valore rilevato minore di 0 indica che le n. 722 fatture di competenza liquidate, sono state pagate prima della scadenza. Fonte: sistema amministrativo contabile JSIAC in uso. Indicatore 2: non ci sono state nel corso dell'anno fatture di competenza pagate oltre la scadenza. Fonte: sistema amministrativo contabile JSIAC in uso. |
| OI.4 | Indicatore 1: L'indicatore è stato previsto dal Piano triennale di prevenzione della corruzione e per la trasparenza (PTPCT), quale misura volta ad assicurare l'assolvimento tempestivo degli obblighi di pubblicazione di competenza (si veda l'allegato 1 al PTPCT, in cui, per ciascun obbligo, è stato individuato il responsabile della trasmissione dei dati, ai fini della pubblicazione). Il valore rilevato è pari a 0,88, in quanto sono stati pubblicati secondo le tempistiche previste dal PTPCT i dati relativi a 7 obblighi, rispetto agli 8 di competenza della UOS. Fonte: sezione Amministrazione trasparente del sito istituzionale. |

| Codice | Descrizione delle eventuali criticità rilevate |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OI.1 | |
| OI.2 | |
| OI.3 | |
| OI.4 | Lo scostamento è motivato dalla mancata pubblicazione secondo la tempistica prevista dal PTPCT di 1 obbligo di pubblicazione, rispetto agli 8 di competenza della UOS. |

3.3.3 Integrazione degli obiettivi con il Piano triennale di prevenzione della corruzione e per la trasparenza (PTPCT)

Gli obiettivi di *performance* si integrano con il Piano triennale di prevenzione della corruzione e per la trasparenza 2017-2019 (PTPCT), che ingloba i contenuti del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità (PTTI), non più previsto. In particolare, come evidenziato nell'albero della *performance*, la tematica della trasparenza è considerata trasversale a tutte le attività dell'Istituto, siano esse di natura strategica che istituzionale, ponendosi nella prospettiva degli *stakeholder*.

L'avanzamento dell'Istituto in tema di trasparenza è anche collegato all'area strategica sul miglioramento dell'efficienza gestionale, con riferimento all'Atto d'indirizzo 2017.

Sempre perseguendo la massima integrazione tra ciclo della *performance* e prevenzione della corruzione, nell'adozione del Piano della *performance* 2017, per alcuni degli obiettivi istituzionali assegnati in particolare alle strutture nelle aree a maggior rischio, è stato esplicitato il collegamento con il PTPCT.

Inoltre, è stato previsto quale obiettivo strategico trasversale, uguale per tutte le strutture coinvolte nel processo di prevenzione della corruzione e per la trasparenza, quello di *"Garantire trasparenza e integrità dell'azione amministrativa, assicurando l'assolvimento tempestivo degli obblighi di pubblicazione di competenza previsti dal PTPCT"*, il cui raggiungimento è misurato dal seguente indicatore: *"N. obblighi aggiornati nei tempi previsti dal PTPCT/ N. obblighi di competenza"*.

Ciò nella considerazione che la promozione della trasparenza costituisce l'*asset* fondamentale per la lotta alla corruzione.

I soggetti interni coinvolti a diverso titolo in iniziative che hanno comunque impatto in tema di trasparenza (indicati nell'Allegato 1 al PTPCT 2017-2019, concernente il dettaglio degli obblighi di trasparenza ai sensi della normativa vigente) sono:

- la U.O.C. Gestione del personale e affari amministrativi per la trasmissione dei dati di competenza ai fini degli assolimenti degli obblighi sulla trasparenza amministrativa,
- tutte le Direzioni, le U.O.C. e le U.O.S. che a qualunque titolo detengono dati di cui all'area "Amministrazione trasparente" del sito istituzionale,
- la U.O.S. Sistema informativo e statistico per l'applicazione delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 82/2005 e s.m.i., recante il Codice dell'amministrazione digitale,
- la U.O.C. Pianificazione strategica e bilancio sociale, per i rapporti con l'OIV in tema di trasparenza e il supporto al Responsabile della prevenzione della corruzione e per la trasparenza,
- il Responsabile della prevenzione della corruzione e per la trasparenza, per l'attuazione delle iniziative previste dal PTPCT.

L'adozione del PTPCT si conferma strumento fondamentale di attuazione della disciplina della prevenzione della corruzione e per la trasparenza, finalizzata a garantire sia un adeguato livello di informazione che di legalità, tesa allo sviluppo della cultura dell'integrità.

L'Istituto ha adottato nel 2017 il PTPCT nel termine normativamente prescritto (31 gennaio).

Si rappresenta, infine, che l'Istituto ha ottenuto dall'OIV l'attestazione sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione al 31 marzo 2018, in aderenza alle indicazioni fornite in materia dall'A.N.AC.

3.3.4 Obiettivi e standard di qualità dei servizi erogati

L'Istituto ha avviato, subito dopo la stabilizzazione, la procedura volta all'individuazione di un primo elenco di standard qualitativi, istituendo un apposito gruppo di lavoro. Esso opera per l'implementazione di schede/elenco di standard qualitativi e quantitativi dei servizi socio-sanitari e dei servizi amministrativi erogati dall'Istituto, per l'aggiornamento della Carta dei servizi e la valutazione degli *outcome*.

Tale attività coinvolge i dirigenti referenti dei servizi e la rete dei *tutor* per il Sistema di misurazione e valutazione della *performance* e afferisce sia agli obiettivi istituzionali della Direzione sanitaria per il miglioramento dei livelli qualitativi di assistenza socio-sanitaria finalizzata alla presa in carico e cura delle popolazioni fragili che all'obiettivo trasversale di trasparenza relativo alla Carta dei servizi, nell'ambito della quale gli standard sono stati inseriti, ai sensi del d.lgs. n. 33/2013 sulla trasparenza amministrativa.

La metodologia impiegata tiene conto delle disposizioni di cui alle deliberazioni n. 88/2010 e n. 3/2012 dell'A.N.AC.

La Carta dei servizi revisionata e inclusiva di standard qualitativi è stata adottata nel 2014 e viene costantemente revisionata (l'ultimo aggiornamento è di febbraio 2017). Essa è pubblicata sul sito istituzionale e in aggiunta è stata prodotta una *brochure* plurilingue per la distribuzione cartacea in Poliambulatorio e in tutte le occasioni di comunicazione esterna opportune.

Dalle rilevazioni a campione, non risultano nel 2017 scostamenti dagli standard dichiarati.

Nell'ottica del miglioramento continuo, l'INMP ha implementato il Sistema di Gestione per la Qualità (SGQ) conformemente ai requisiti della norma UNI EN ISO 9001: 2008, ritenendo il SGQ un valido strumento strategico-gestionale e organizzativo, a garanzia di conformità e qualità del servizio erogato. In particolare, durante il 2017 sono state predisposte diverse istruzioni operative funzionali all'erogazione delle attività di assistenza socio-sanitaria e allo sviluppo di modelli di gestione dei servizi sanitari specificamente orientati alle problematiche assistenziali emergenti nell'ambito delle malattie della povertà. Inoltre, il 9 maggio 2017 si è tenuto l'Audit di rinnovo da parte dell'ente di certificazione Bureau Veritas con riferimento all'ambito assistenziale, alla gestione del ciclo di progetto, all'elaborazione e attuazione di programmi di formazione - anche ECM - informazione, educazione e comunicazione sanitaria.

Nel frattempo, si è avviato il lavoro di adeguamento alla nuova norma ISO 9001:2015, rivalutando l'organizzazione dell'Istituto e il suo contesto, attraverso un'attenta analisi dei fattori esterni e dei fattori interni ritenuti rilevanti per le sue finalità e gli indirizzi strategici che influenzano la sua capacità di conseguire i risultati attesi, in un'ottica più ampia di *risk-based thinking*.

Inoltre, le attività di assistenza sanitaria includono di norma indagini di *customer satisfaction* sull'utenza, come pure sono state realizzate indagini di gradimento sulla formazione erogata agli operatori sanitari e socio-sanitari, come sopra descritto nel par. 2.3 – Risultati raggiunti.

3.3.5 Risultati in materia di trasparenza e integrità

Nel 2017, l'Istituto ha provveduto all'aggiornamento costante, in base a quanto stabilito nelle delibere A.N.AC. in materia e in conformità con quanto previsto nelle Linee guida per i siti *web* della PA, dell'apposita sezione "Amministrazione trasparente" sul sito istituzionale. L'amministrazione ha, altresì, provveduto all'aggiornamento costante del Portale della *performance* gestito dal Dipartimento della Funzione pubblica presso la Presidenza del consiglio dei ministri, nonché del Portale PERLA PA.

All'interno della specifica sezione "Amministrazione trasparente", vengono pubblicati, ai sensi della vigente normativa, tra gli altri, tutti i documenti connessi al ciclo di gestione della *performance*, i dati informativi sull'organizzazione e i procedimenti, quelli relativi al personale (ad esempio c.v. dei dirigenti e relative retribuzioni, tassi di assenza e presenza del personale), quelli relativi a incarichi e consulenze con i relativi compensi e i bilanci, nonché i dati su sovvenzioni, contributi, crediti, sussidi e benefici di natura economica. Il processo di pubblicazione ha origine dai responsabili della trasmissione dei dati, specificati nell'Allegato 1 al Piano triennale di prevenzione della corruzione e per la trasparenza (PTPCT) - Elenco degli obblighi di pubblicazione. Tali uffici predispongono e raccolgono i medesimi dati e li inviano telematicamente al responsabile della pubblicazione, che provvede alla pubblicazione nelle relative sezioni.

Fermo restando i controlli che devono essere effettuati dal Responsabile della prevenzione della corruzione e per la trasparenza (RPCT), così come previsto dal PTPCT, l'OIV svolge periodicamente, per quanto di sua competenza, un monitoraggio dei dati pubblicati, attraverso la consultazione del sito *web* dell'INMP, verificando a campione la presenza e la completezza dei dati. La costante condivisione e collaborazione con la U.O.C. Pianificazione strategica e bilancio sociale permette di colmare in tempi rapidi eventuali *gap* informativi che possono verificarsi.

A seguito di detti monitoraggi, l'OIV ha rilasciato in data 9 aprile 2018 l'attestazione sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione al 31 marzo 2018, secondo le indicazioni fornite dall'A.N.AC. con la delibera n.

141/2018. Tale attestazione è stata pubblicata come previsto nella sezione Amministrazione trasparente del sito istituzionale (sotto-sezione 1° livello - macrofamiglia: “Controlli e rilievi sull’amministrazione”; sotto-sezione 2° livello - tipologia di dati: “Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe”; obbligo: “Atti degli Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe”).

Un evento nazionale, a tutti gli effetti giornata della trasparenza con gli *stakeholder* esterni, si è svolto a novembre 2017, nel solco della condivisione dei risultati e degli obiettivi strategici. I risultati delle attività dell’INMP sono stati condivisi sistematicamente con gli *stakeholder* esterni in diversi eventi tematici, oltre al consueto evento di fine anno con la partecipazione di rappresentanti istituzionali, dell’associazionismo, del terzo settore pubblico e privato, degli organi di stampa e dei pazienti, assistiti e loro famiglie appartenenti alla popolazione di riferimento dell’INMP.

Inoltre è stato promosso e realizzato a dicembre 2017 un evento di carattere nazionale momento di riflessione sul tema delle disuguaglianze di salute in Italia, con l’obiettivo di avviare un dibattito pubblico con i *policy makers* nazionali e regionali le cui politiche hanno un impatto sulla salute della popolazione.

Alcune iniziative di comunicazione hanno poi riguardato la diffusione di pubblicazioni divulgative cartacee distribuite anche nell’ambito di progetti rivolti alle popolazioni fragili e alla formazione in ambito mediazione culturale in ambito sanitario.

3.4 Obiettivi individuali

Il processo di valutazione della *performance* individuale e la metodologia di calcolo dei punteggi individuali per la dirigenza e per il comparto sono descritti nel Manuale operativo per il sistema di valutazione delle prestazioni del personale, di seguito citato come Manuale, allegato al Sistema di misurazione e valutazione della *performance* rev. 1.

Le schede di valutazione della *performance* organizzativa delle strutture (obiettivi strategici, operativi e istituzionali) sono state predisposte e sottoscritte per la gran parte entro gennaio 2018, ad eccezione delle U.O. sanitarie, per la quali i dati provenienti dal sistema informativo regionale SIAS, necessari per il calcolo di alcuni indicatori, sono pervenuti soltanto nel mese di aprile.

Conseguentemente, anche la valutazione della *performance* individuale (obiettivi di risultato e obiettivi comportamentali) del personale delle medesime U.O. ha subito ritardi, mentre per le altre tendenzialmente è stato rispettato il termine del 28 febbraio, salvo eccezioni motivate dall’assenza/trasferimento dei soggetti valutati.

Contestualmente si è provveduto alla definizione e sottoscrizione delle schede degli obiettivi individuali per il 2018, adeguate al Sistema di misurazione e valutazione della *performance* rev. 2 adottato con deliberazione n. 17 del 16 gennaio 2018, in conformità al d.lgs. n. 74/2017.

Con riferimento al Sistema e al Manuale, la *performance* individuale è misurata in quota parte sulla base della *performance* organizzativa dell’unità di appartenenza e per la quota rimanente sulla base dei comportamenti organizzativi assegnati.

La tabella seguente illustra la tipologia degli obiettivi, con riferimento alla ripartizione tra quelli afferenti all’area dei risultati e quelli afferenti all’area dei comportamenti organizzativi.

Tabella 7 - Riepilogo tipologia obiettivi individuali nel 2017

| Valutato | Obiettivi area dei risultati | Obiettivi area dei comportamenti |
|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Direttore generale | Realizzazione obiettivi strategici | |
| Direttore sanitario, Direttore amministrativo | Realizzazione di obiettivi strategici individuali assegnati dal Direttore generale | Obiettivi di comportamento assegnati dal Direttore generale |
| Direttore di struttura complessa della Direzione generale | Realizzazione dell'obiettivo strategico connesso all'atto di indirizzo Realizzazione obiettivi istituzionali assegnati alla struttura | Capacità di valutare i risultati dei propri collaboratori esprimendo le relative differenziate valutazioni Obiettivi di comportamento assegnati dal Direttore generale |
| Direttore di struttura complessa delle Direzioni sanitaria e amministrativa | Realizzazione dell'obiettivo strategico e degli obiettivi istituzionali assegnati alla struttura | Capacità di valutare i risultati dei propri collaboratori esprimendo le relative differenziate valutazioni Obiettivi di comportamento assegnati dal Direttore sanitario o amministrativo |
| Responsabile di struttura semplice | Realizzazione degli obiettivi istituzionali assegnati alla struttura per | Capacità di valutare i risultati dei propri collaboratori esprimendo le relative differenziate valutazioni Obiettivi di comportamento assegnati dal Direttore della struttura di appartenenza |
| Dirigente area III o IV non titolare di struttura | Coordinamento delle attività per la realizzazione degli obiettivi strategici e/o istituzionali assegnati alla struttura di appartenenza | Obiettivi di comportamento assegnati dal Direttore o Responsabile della struttura di appartenenza |
| Personale non dirigenziale cat. D | Concorre alla realizzazione degli obiettivi strategici e/o istituzionali assegnati alla struttura di appartenenza | Obiettivi di comportamento assegnati dal Direttore o Responsabile della struttura di appartenenza |
| Personale non dirigenziale cat. C | Concorre alla realizzazione degli obiettivi strategici e/o istituzionali assegnati alla struttura di appartenenza | Obiettivi di comportamento assegnati dal Direttore o Responsabile della struttura di appartenenza |

Fonte – INMP – Sistema di misurazione e valutazione della performance

Al personale non dirigente sono stati assegnati più obiettivi di comportamento per un totale di 7 indicatori fissi ed equipesati.

Ai dirigenti sono stati assegnati più obiettivi comportamentali con pesi attribuiti dal valutatore, scelti in base alle griglie specificate nel Manuale.

I pesi attribuiti agli obiettivi di risultato e di comportamento ai fini della valutazione individuale finale sono differenziati rispetto al ruolo del valutato, secondo lo schema indicato nella tabella seguente.

Tabella 8 - Tipologia obiettivi e pesi nel 2017

| Il valutato | Cosa si valuta | | Chi valuta | Supporto metodologico |
|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Direttore generale | Obiettivi strategici Peso: 100% | | Ministero della salute | OIV |
| Direttore sanitario e amministrativo | Obiettivi strategici Peso: 80% | | Comportamenti organizzativi Peso 20% | Direttore generale |
| Direttore di struttura complessa della Direzione generale | Obiettivi strategici Peso: 45% | Obiettivi istituzionali: Peso 25% | Comportamenti organizzativi Peso 30% | Direttore generale |
| Direttore di struttura complessa delle Direzioni sanitaria e amministrativa | Obiettivi di struttura (strategici e istituzionali) Peso: 70% | | Comportamenti organizzativi Peso 30% | Direttore sanitario / Direttore amministrativo |
| Responsabile di struttura semplice | Obiettivi di struttura istituzionali Peso: 65% | | Comportamenti organizzativi Peso 35% | Direttore struttura complessa |
| Dirigente area III o IV non titolare di struttura | Obiettivi di struttura Peso >=40% <=65% | Obiettivi individuali (eventuali) Peso <=25% | Comportamenti organizzativi Peso 35% | Direttore o Responsabile di struttura di appartenenza |
| Personale non dirigenziale cat. D/DS | Obiettivi di struttura Peso >=40% <=60% | Obiettivi individuali (eventuali) Peso <=20% Non applicato | Comportamenti organizzativi Peso 40% | Direttore o Responsabile di struttura di appartenenza |
| Personale non dirigenziale cat. C | Obiettivi di struttura Peso 60% | | Comportamenti organizzativi Peso 40% | Direttore o Responsabile di struttura di appartenenza |

Fonte – INMP – Sistema di misurazione e valutazione della performance

La valutazione dei comportamenti organizzativi ha previsto una scala di valori da 1 a 5 ed è stato previsto che i valori più bassi (1 e 2) e il più alto siano adeguatamente motivati.

L'art. 13, comma 1 del d.lgs. n. 74/2017 ha disposto la modifica dell'art. 19 del d.lgs. n. 150/2009 e la collocazione del personale nelle tre fasce di merito prevista nella precedente versione dello stesso articolo è stata soppressa.

Invece, non ha subito modifiche la norma di cui all'art. 18, comma 2 del d.lgs. n. 150/2009, ai sensi del quale è vietata la distribuzione in maniera indifferenziata o automatica di incentivi e premi collegati alla *performance* in assenza delle verifiche e delle attestazioni sui sistemi di misurazione e valutazione.

Pertanto, l'amministrazione ha concluso il processo di valutazione e continuerà a basarsi su un criterio di definizione di valori di soglia, per garantire ai lavoratori la regolare corresponsione della retribuzione accessoria collegata al risultato di *performance* individuale.

Al riguardo, si sottolinea che, con riferimento al ciclo della *performance* 2017, si è ritenuto opportuno uniformare i valori soglia tra personale dirigenziale e non, impiegando per tutte le qualifiche quelli previsti negli anni scorsi per i soli dirigenti; ciò allo scopo di ottenere una maggiore differenziazione della retribuzione accessoria effettivamente erogata, rendendo più stretto il collegamento al risultato di *performance* individuale conseguito.

Come previsto dalla normativa vigente, i valori soglia di seguito riportati in tabella saranno discussi con le OO.SS, in sede di contrattazione integrativa con riferimento al 2017.

Tabella 9 - Tabella valori soglia erogazione premio collegato alla *performance* individuale 2017

| Punteggio complessivo finale | % della retribuzione accessoria rispetto alla massima prevista contrattualmente Comparto, Dirigenti e Direttori |
|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| >= 95 | 100 |
| >= 90 < 95 | 95 |
| >= 85 < 90 | 85 |
| >= 80 < 85 | 80 |
| >= 75 < 80 | 75 |
| >= 70 < 75 | 70 |
| >= 60 < 70 | 50 |
| < 60 | 0 |

Il Direttore generale ha raggiunto il risultato del 100% quale *performance* individuale.

La media complessiva dei punteggi finali sugli obiettivi strategici dell'Istituto è stata del 100%.

Segmentando per macro categoria e per tipologia di obiettivi, si ottengono i punteggi medi di seguito riportati.

La media dei punteggi complessivi del direttore sanitario e amministrativo è pari a 96,54.

La media dei punteggi finali sul personale del comparto è pari a 93,44, distribuiti in un *range* da 84,00 a 100,00, lievemente inferiore rispetto all'anno precedente (-1,79 punti).

La media dei punteggi finali per il personale dirigente è pari a 95,82, distribuiti in un *range* da 84,96 a 100,00, con un incremento rispetto al 2016 di 0,53 punti.

La media dei punteggi di *performance* organizzativa ottenuti dalle U.O.C. è pari a 95,45.

Per il calcolo, si specifica che si è considerata in prima istanza la media dei risultati di *performance* organizzativa nell'ambito delle singole U.O.C., tenuto conto dei punteggi conseguiti dalla stessa U.O.C. e dalle U.O.S. ad essa afferenti. Successivamente, è stata calcolata la media semplice dei punteggi risultanti in capo alle U.O.C.

Il prospetto che segue evidenzia i dati considerati per il calcolo:

| UOC/UOS | Media UOC |
|------------------------------|--------------|
| UOC PSB-UOS CG-UOS SIS | 92,29 |
| UOC CS-UOS FE-UOS SMT | 98,33 |
| UOC IRP-UOS EP-UOS SGC | 100,00 |
| UOC PA-UOS ABP-UOS CB | 92,51 |
| UOC OS | 94,45 |
| UOC PS-UOS PP-UOS SM | 95,12 |
| Media complessiva UOC | 95,45 |

Considerando, invece, la media semplice dei punteggi di *performance* organizzativa di tutte le strutture, indipendentemente dalle U.O.C. di appartenenza, i risultati medi sono pari a 95,58, distribuiti in un *range* da 85,61 a 100,00.

La media dei punteggi sugli obiettivi comportamentali del comparto è pari a 90,36, distribuiti in un *range* da 60 a 100,00, con un incremento di 1,46 punti rispetto all'anno precedente.

La media dei punteggi sugli obiettivi comportamentali dei dirigenti è pari a 92,38, distribuiti in un *range* da 79,60 a 100,00, di poco superiore al risultato medio rilevato nel 2016 (+1,60 punti), con una riduzione della forbice di valutazione.

In conclusione, con riferimento alla formula di calcolo del punteggio complessivo di cui al Manuale, l'Istituto ha ottenuto nel 2017 un punteggio finale medio (obiettivi di risultato e comportamentali) pari a 94,63, rispetto a 95,30 dell'anno precedente, con una leggera riduzione, pertanto, pari a 0,67 punti.

4 Risorse, efficienza ed economicità

In questa sezione vengono illustrate le informazioni rilevanti di carattere economico-finanziario desumibili dal ciclo di bilancio. In particolare, vengono rappresentati i principali valori di bilancio desumibili dal bilancio consuntivo.

L'articolo 14 del D. L. n. 158 del 13 settembre 2012, convertito con modificazioni della Legge n. 189/2012, ha stabilito, al comma 2, che al fine di limitare gli oneri per il Servizio sanitario nazionale per l'erogazione delle prestazioni in favore delle popolazioni immigrate, l'INMP, già costituito quale sperimentazione gestionale, è ente nazionale.

Il successivo comma 4 stabilisce che, con decreto del Ministro della salute, adottato di concerto con il Ministro per la pubblica amministrazione e la semplificazione e con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sono disciplinati il funzionamento e l'organizzazione dell'Istituto.

Dal punto di vista finanziario, il comma 5 stabilisce che per il finanziamento delle attività si provvede annualmente nell'ambito di un apposito progetto interregionale, approvato dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, per la cui realizzazione, sulle risorse finalizzate all'attuazione dell'articolo 1, comma 34, della Legge n. 662 del 23 dicembre 1996 e successive modificazioni, è vincolato l'importo pari a euro 10 milioni annui a decorrere dall'anno 2013, alla cui erogazione si provvede annualmente, a seguito dell'intesa espressa dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sulla ripartizione delle disponibilità finanziarie complessive destinate al finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale per l'anno di riferimento.

Infine, il susseguente comma 6 stabilisce che per il finanziamento dell'Istituto si provvede nell'ambito dello stanziamento di cui al comma 5, di euro 10 milioni a decorrere dall'anno 2013, nonché mediante i rimborsi delle prestazioni erogate a carico del Servizio Sanitario Nazionale e la partecipazione a progetti anche di ricerca nazionali e internazionali.

Le ulteriori risorse finanziarie attribuite all'INMP da enti esterni per la partecipazione a detti progetti sono interamente allocate su *budget* di spesa degli stessi.

Il decreto ministeriale n. 56/2013, recante il Regolamento di funzionamento e organizzazione dell'Istituto, prevede l'adozione della contabilità economico-patrimoniale, nonché il piano dei conti della Regione Lazio, compatibilmente con quanto disposto in materia dal d.lgs. n. 118 del 23 giugno 2011.

Inoltre, il citato decreto ministeriale prevede una pianta organica di n. 120 unità complessive, oltre al Direttore generale, al Direttore sanitario e al Direttore amministrativo, articolato in Unità Operative Complesse e Unità Operative Semplici.

Il processo di *budgeting* per l'anno 2017 (deliberazione n. 440 del 28.10.2016), ha previsto che l'organizzazione dell'INMP sia articolata in centri di responsabilità corrispondenti alle strutture complesse e alle direzioni. Nel contempo, il controllo di gestione prevede che tutte le strutture (direzioni, unità operative complesse e semplici) costituiscano centro di costo.

Il consuntivo delle risorse umane in termini di FTE (*full time equivalent*), calcolati come numero medio di mesi di presenza nell'arco dell'anno 2017, eventualmente ponderati con le % di *part time*, è riportato nel prospetto che segue.

Tabella 10 - Risorse umane

| Personale INMP | N. FTE |
|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Direttore generale | 1,00 |
| Direttore sanitario | 0,75 |
| Direttore amministrativo | 0,75 |
| Direttore UOC (di cui 1 in convenzione dall'Università di Roma Tor Vergata) | 4,00 |
| Responsabile UOS medico / sanitario | 3,00 |
| Responsabile UOS statistico | 1,00 |
| Responsabile UOS amministrativo | 1,00 |
| Dirigente medico (di cui 1 in convenzione dall'Università del Molise e 1 in comando) | 16,00 |
| Dirigente biologo | 1,00 |
| Dirigente psicologo | 1,34 |
| Dirigente tecnico - analista | 1,00 |
| Dirigente amministrativo | 2,00 |
| Coordinatore infermieristico | 1,00 |
| Collaboratore professionale sanitario infermiere | 4,00 |
| Collaboratore professionale tecnico antropologo | 3,00 |
| Collaboratore professionale tecnico per la comunicazione in lingua straniera | 1,00 |
| Collaboratore professionale amministrativo | 8,91 |
| Assistente tecnico programmatore | 2,25 |
| Assistente amministrativo (di cui 0,33 in comando) | 9,58 |
| Coadiutore amministrativo | 1,00 |
| Collaboratori - Mediatori transculturali | 22,50 |
| Collaboratori - Sanitari | 4,83 |
| Collaboratori - Altri non sanitari | 2,67 |
| Collaboratori a progetto | 15,60 |
| Lavoratori interinali mediatori | 0,50 |
| Lavoratori interinali socio-sanitari | 5,38 |
| Lavoratori interinali non sanitari | 20,91 |
| Lavoratori interinali a progetto | 0,91 |
| Totale FTE | 136,88 |

Fonte – INMP – U.O.C. Gestione del personale e affari amministrativi

In merito ai dati sopra riportati, si rappresenta che alla data del 31/12/2017 il personale in servizio era costituito da 134 unità, ma durante l'anno 2017 le unità di personale che a diverso titolo sono state in servizio in Istituto corrispondono complessivamente a 166.

In ogni caso, considerando il dato in termini di FTE, tali fenomeni di presenze anche molto limitate nel tempo, che si verificano in particolare per i contratti di collaborazione a progetto, vengono sterilizzate, essendo considerato, come si è detto, il numero medio di mesi di presenza. In proposito, si specifica di aver considerato pari a un mese durate contrattuali superiori o uguali a 15 giorni.

Il Bilancio d'esercizio 2017 riporta i seguenti dati complessivi:

Tabella 11 - Risorse economiche

| Descrizione | Attività | 2017 |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Valore della produzione | Assistenza socio-sanitaria, Progetti di assistenza, formazione e ricerca, Prestazioni sanitarie Regione Lazio e <i>intra-moenia</i> | Euro 14.366.800 |
| Costi di produzione | Assistenza socio-sanitaria, Progetti di assistenza, formazione e ricerca, Prestazioni sanitarie Regione Lazio e <i>intra-moenia</i> | Euro 12.963.770 |

Fonte – INMP – U.O.S. Contabilità generale e bilancio

Le risorse umane e finanziarie, che sono state destinate nel 2017 all'implementazione e/o al funzionamento delle diverse fasi del ciclo di gestione della *performance*, afferiscono all'attività istituzionale delle risorse umane delle strutture INMP coinvolte, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

Per ragioni di opportunità ed economicità, sentito il parere dell'A.N.AC., l'INMP si avvale dell'OIV del Ministero vigilante.

5 Pari opportunità e bilancio di genere

Le azioni intraprese dall'amministrazione in tema di pari opportunità e benessere organizzativo, nonché gli elementi sul bilancio di genere, sono descritte in Allegato 1, secondo il prospetto di cui alla deliberazione n. 5/2012 dell'A.N.AC.

Come previsto dall'art. 10, comma 1, lettera b) del d.lgs. n. 150/2009 e tenendo conto degli indirizzi della deliberazione n. 22/2011 dell'A.N.AC., si elencano gli obiettivi in tema di pari opportunità di genere, che nel caso dell'Istituto, sviluppa anche altre dimensioni che comunque attengono al divieto di discriminazione (politici, religiosi, razza-etnia, di lingua, di genere, di disabilità, di età, di orientamento sessuale).

Il bilancio in oggetto espone gli obiettivi, le risorse utilizzate e i risultati conseguiti per perseguire le pari opportunità, nella prospettiva sia degli *stakeholder* interni che esterni, coerentemente con quanto previsto dall'art. 40, comma 2, lettera *g-bis*) della Legge n. 196/2009, come modificato dalla Legge n. 39 del 7 aprile 2011, relativo all'“introduzione in via sperimentale di un bilancio di genere, per la valutazione del diverso impatto della politica di bilancio sulle donne e sugli uomini, in termini di denaro, servizi, tempo e lavoro non retribuito”.

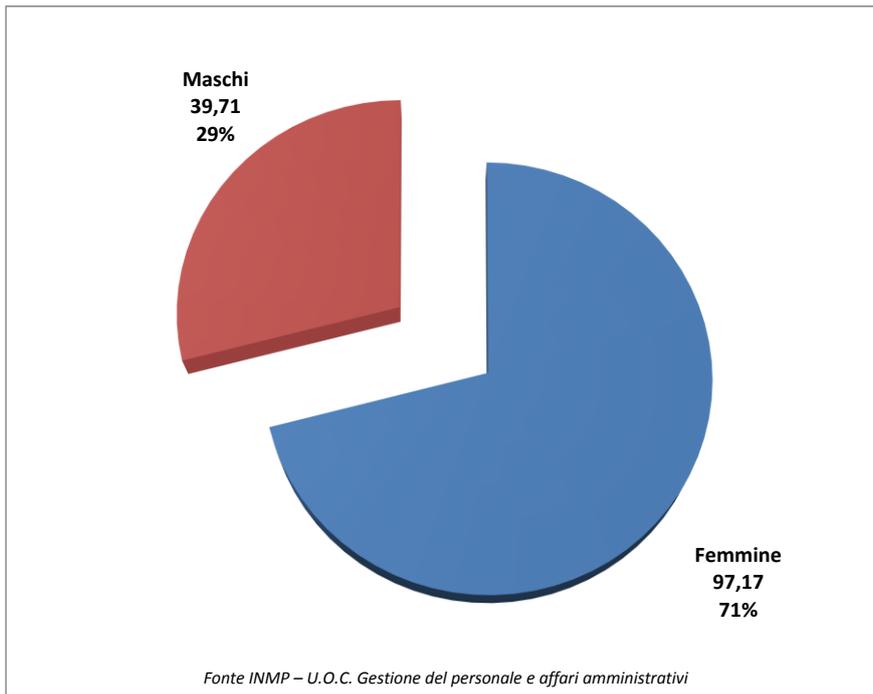
Essendo la missione dell'Istituto strettamente connessa a garantire alle popolazioni svantaggiate pari opportunità di accesso alla tutela della salute, le azioni che sottendono tutti gli obiettivi operativi degli obiettivi strategici hanno impatto indiretto o ambientale sulla promozione delle pari opportunità di genere e sull'abbattimento delle discriminazioni sotto le dimensioni economica, razza-etnia, lingua, disabilità, età, orientamento sessuale.

Gli obiettivi strategici “D.1 Incrementare l'accessibilità per le fasce deboli e la qualità tecnico professionale dei servizi ambulatoriali e di offerta attiva” con l'obiettivo operativo “D.1.1 Consolidare l'accessibilità delle popolazioni fragili alle prestazioni ambulatoriali”, “D.1.2 Consolidare l'attività di prevenzione primaria, secondaria e di promozione della salute dei migranti presso centri di accoglienza, comunità etniche, medici di medicina generale / pediatrie” e “E.1 Incrementare l'accessibilità alle prestazioni di odontoiatria per le popolazioni svantaggiate” con l'obiettivo operativo “E.1.1 Consolidare la rete cittadina per l'odontoiatria sociale” hanno tutti impatto indiretto sulla promozione della pari opportunità, intese nell'ampia accezione sopra richiamata.

Trattandosi di impatto indiretto, le risorse umane e finanziarie associate si riferiscono essenzialmente a quota parte delle risorse umane delle U.O.C. assegnatarie degli obiettivi e ai relativi costi.

Per l'anno 2017 sono di seguito descritti i risultati sia nella prospettiva dei dipendenti, che degli utenti / pazienti.

Figura 7 - Distribuzione del personale per genere nel 2017



Altre dimensioni:

Figura 8 - Distribuzione del personale per età nel 2017

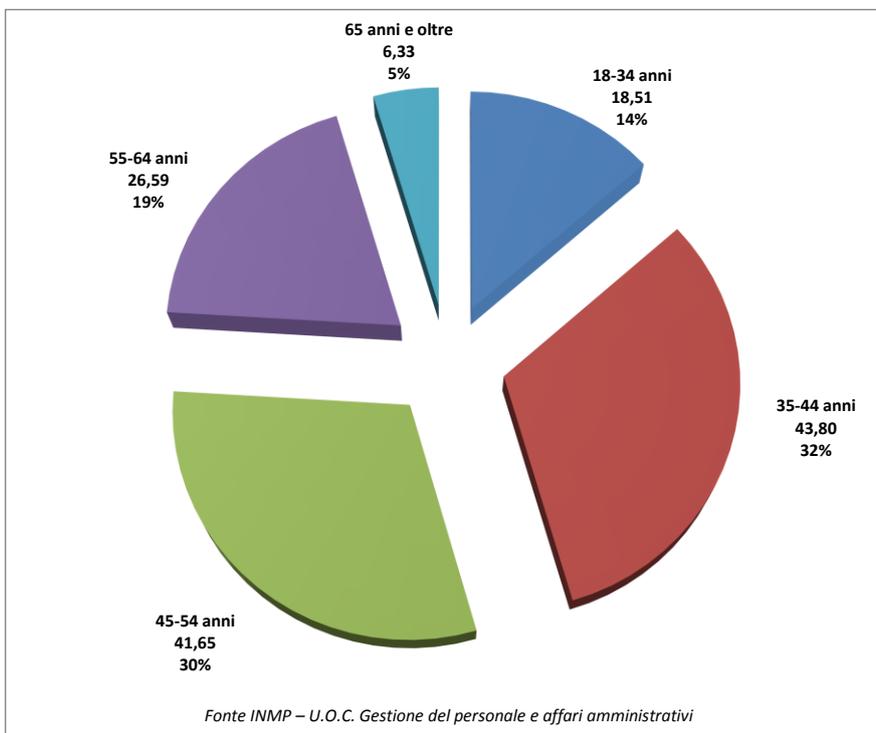
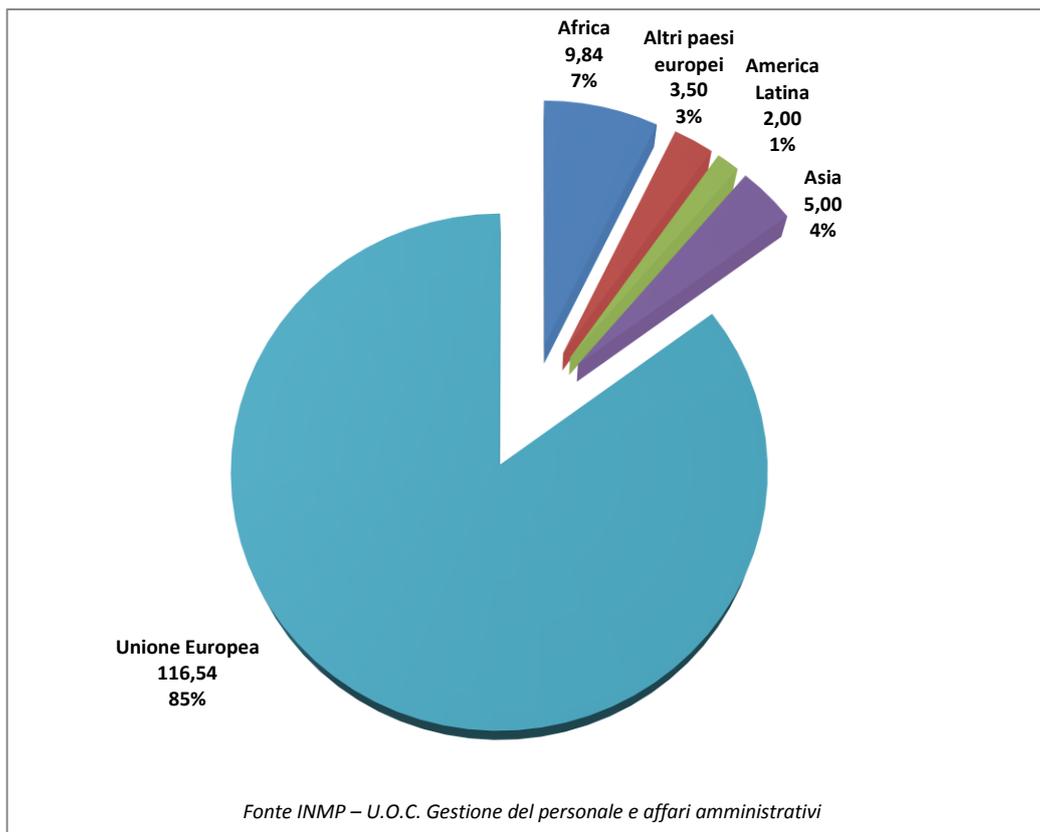


Figura 9 - Distribuzione del personale per provenienza nel 2017



Nella prospettiva degli *stakeholder* esterni:

Tabella 12 - Distribuzione dei pazienti per dimensione 2017

| | Totale pazienti | % sul totale dei pazienti | Donne | % donne sul totale | Uomini | % uomini sul totale |
|--------------------|-----------------|---------------------------|-------|--------------------|--------|---------------------|
| N. totale pazienti | 18.102 | - | 8.732 | 48,24% | 9.370 | 51,76% |
| Pazienti italiani | 7.750 | 42,81% | 4.255 | 54,90% | 3.495 | 45,10% |
| Pazienti stranieri | 10.352 | 57,19% | 4.477 | 43,25% | 5.875 | 56,75% |

di cui:

| | Totale pazienti | % sul totale dei pazienti | Donne | % donne sul totale | Uomini | % uomini sul totale |
|-----------------------------------|-----------------|---------------------------|-------|--------------------|--------|---------------------|
| Rifugiati / richiedenti asilo | 2.163 | 11,95% | 459 | 21,22% | 1.704 | 78,78% |
| Senza dimora | 797 | 4,40% | 230 | 28,86% | 567 | 71,14% |
| Minori stranieri non accompagnati | 219 | 1,21% | 20 | 9,13% | 199 | 90,87% |
| Minori | 1.241 | 6,86% | 494 | 39,81% | 747 | 60,19% |
| Oltre 65 anni | 3.705 | 20,47% | 2.106 | 56,84% | 1.599 | 43,16% |

17,56%

Fonte INMP – Sistema Nausicaa

Le principali criticità riscontrate fanno riferimento alle limitate risorse e alla recente stabilizzazione, con il

conseguente impatto di gestione dell'adeguamento organizzativo.

Le maggiori opportunità in termini di obiettivi e risultati maggiormente sfidanti, sul fronte degli *stakeholder* esterni, sono rappresentate dai suindicati obiettivi strategici/operativi, che perseguono tutti la finalità di realizzare un efficace *stakeholder engagement*.

6 Il processo di redazione della Relazione annuale sulla *performance*

In questa sezione viene descritto il processo seguito dall'amministrazione per la redazione della Relazione, indicando le fasi, i soggetti, i tempi e le responsabilità, ed evidenziando i punti di forza e di debolezza del ciclo della *performance*.

6.1 Fasi, soggetti, tempi e responsabilità

Entro il mese di settembre 2017 si è conclusa la fase di monitoraggio intermedio degli obiettivi di *performance* ed entro gennaio 2018 la fase di monitoraggio finale del Piano della *performance* 2017, utile per rendicontare sui risultati finali degli obiettivi assegnati alle strutture, con l'eccezione già prima evidenziata delle U.O. sanitarie, per la quali i dati desunti dal sistema informativo regionale SIAS sono pervenuti in aprile.

La fase di misurazione e valutazione della *performance* si è avvalsa, a vari livelli, di informazioni dislocate nei diversi sottosistemi informativi. Un archivio condiviso è stato dedicato al Sistema di valutazione della *performance* per la raccolta e catalogazione della documentazione di riscontro delle diverse strutture.

I principali sistemi informativi, utilizzati come fonti di dati per il monitoraggio sono stati: il sistema Nausicaa, il sistema amministrativo contabile, il sito istituzionale, il sistema di controllo delle presenze, gli archivi delle cartelle condivise.

Il monitoraggio della *performance* è stato integrato con i dati del bilancio consuntivo 2017 e del bilancio previsionale 2017, nonché con i dati sulle risorse umane effettivamente disponibili nel corso del 2017.

Il processo di valutazione individuale, a cura di ciascun responsabile di struttura, stante la stretta relazione tra gli obiettivi di *performance* organizzativa e individuale, è stato avviato al termine della fase precedente. L'onere del processo di valutazione della *performance* individuale è rimasto invariato rispetto all'anno precedente, in rapporto alle risorse disponibili. La U.O.C. Pianificazione strategica e bilancio sociale ha curato l'organizzazione di incontri, come negli anni precedenti, tra tutti i soggetti coinvolti nel processo, come pure gestito l'archivio informatizzato strutturato per la compilazione delle schede e l'archiviazione documentale, messo a disposizione dei *tutor* e dei valutatori ai diversi livelli.

Il processo di redazione della presente Relazione è stato coordinato dalla U.O.C. Pianificazione strategica e bilancio sociale e le relative attività sono state condotte con il supporto della rete dei *tutor* per il Sistema di valutazione della *performance*.

Rispetto a quanto avvenuto negli anni precedenti, il termine ultimo per la conclusione dell'intero ciclo della *performance* con riferimento al 2017 è stato anticipato, attesa l'interpretazione restrittiva dell'art. 10, comma 1, lett. b) del d.lgs. n. 150/2009, come modificato dal d.lgs. n. 74/2017, formalizzata dal Dipartimento della funzione pubblica presso la Presidenza del consiglio dei ministri (PCM) – Ufficio per la valutazione della *performance* nella nota circolare del 29/03/2018, ai sensi della quale le Relazioni annuali della *performance* relative all'anno 2017 devono essere approvate, validate e pubblicate entro il 30 giugno 2018.

Tabella 13 - Fasi, soggetti, strumenti e tempi del processo di redazione della Relazione

| Fasi | Output | Attori coinvolti | Normativa / strumenti | Scadenza |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Consuntivo Piano delle <i>performance</i> 2017 (valutazione della <i>performance</i> organizzativa) | Misurazione e valutazione degli obiettivi strategici | U.O.C. Pianificazione strategica e bilancio sociale, Direttori di U.O.C. | Monitoraggio degli obiettivi, dati sistema informativo | 31/01/2018 |
| | Misurazione e valutazione degli obiettivi assegnati alle strutture organizzative nello svolgimento dell'attività istituzionale | Direttore generale, Direttore sanitario, Direttore amministrativo, Direttori U.O.C. | Predisposizione schede e archivio documentale, dati, sistema informativo | 31/01/2018 |
| Valutazione della <i>performance</i> individuale | Valutazioni individuali | Direttore generale, Direttore sanitario, Direttore amministrativo, Direttori U.O.C., Responsabili U.O.S. | Manuale operativo per il sistema di valutazione delle prestazioni del personale, note della U.O.C. Pianificazione strategica e bilancio sociale, riunioni direzionali, colloqui di valutazione | 28/02/2018 |
| Adozione Bilancio d'esercizio | Bilancio d'esercizio 2017 | U.O.S. Contabilità e bilancio | DM n. 56/2013, Delibera di adozione del Bilancio d'esercizio | 30/04/2018 |
| Redazione della Relazione | Relazione annuale sulla <i>performance</i> | Direttori U.O.C., Responsabili U.O.S. | art. 10 c.1 lett. b d.lgs. n. 150/2009, rete dei <i>tutor</i> | 31/05/2018 |
| Adozione della Relazione | Predisposizione delibera di adozione | Direttore U.O.C. Pianificazione strategica e bilancio sociale | Proposta di delibera | 31/05/2018 |
| | Adozione della Relazione | Direttore generale INMP | Delibera di adozione | 31/05/2018 |
| Validazione della Relazione | Documento di validazione | OIV | art. 10 c.1 lett. b d.lgs. n. 150/2009, Circolare Dipartimento funzione pubblica PCM del 29/03/2018 | 30/06/2018 |

Fonte – INMP – Sistema di misurazione e valutazione della performance

6.2 Punti di forza e di debolezza del ciclo di gestione della *performance*

Si confermano sostanzialmente i punti di forza del ciclo della *performance* INMP rilevati negli anni precedenti, quanto a:

- la riscontrata coerenza metodologica del Sistema di misurazione e valutazione della *performance* che fa riferimento alla *Balanced Score Card*, tra quelle previste dalla deliberazione n. 89/2010 dell’A.N.AC. ex CiVIT, che consente di ottenere risultati confrontabili secondo la prospettiva degli *stakeholder*, dei processi interni, economica e della formazione e rafforzamento della cultura interna;
- la completezza del Sistema, che copre tutte le aree previste dal d.lgs. n. 150/2009, ossia la *performance* organizzativa delle strutture e la *performance* individuale di tutti i dirigenti e di tutto il personale non dirigenziale;
- l’attendibilità del Sistema, la cui applicazione restituisce risultati riscontrabili e misurabili;
- l’attuazione di procedure codificate con azioni e termini prefissati, atti a garantire la trasparenza e l’attendibilità del Sistema, nonché la chiarezza dei soggetti coinvolti;
- il *cascading* degli obiettivi, che prevede una stretta correlazione tra gli obiettivi di risultato di struttura e gli obiettivi previsti per la valutazione individuale, a vantaggio dell’integrazione dei *team* di lavoro;
- l’incentivazione al miglioramento continuo e l’apprezzamento del contributo individuale al risultato collettivo;
- l’assicurazione di una maggiore trasparenza dei processi decisionali, giocata su uno sforzo di chiarezza degli obiettivi, delle eventuali criticità e dei risultati conseguiti, che sollecita l’attiva partecipazione collettiva;
- la completa e corretta applicazione del Sistema di misurazione e valutazione della *performance*, che è stato applicato anche nel 2017 nel rispetto delle fasi, delle procedure e dei termini previsti.

I punti di debolezza fanno riferimento a:

- la complessità di gestione del ciclo della *performance* in rapporto all’entità dell’Istituto, in via comunque di miglioramento grazie allo sforzo di standardizzazione delle procedure;
- la pianificazione di obiettivi specifici per le pari opportunità riferita agli *stakeholder* interni, alla cui definizione potrà contribuire l’analisi dei piani di miglioramento dei comportamenti organizzativi individuali, anche attraverso la programmazione di formazione interna a vantaggio del personale;
- il completamento dell’integrazione con il ciclo di bilancio, in termini di obiettivi e di indicatori;
- la percezione del ciclo della *performance* come adempimento e non come strumento organizzativo, che continua a imporre la continuazione di un’opera di sensibilizzazione, formazione e informazione ai vari livelli dell’organizzazione;
- una maggiore personalizzazione degli obiettivi comportamentali, cui è associata però un’aumentata attività di specificazione difficilmente compatibile con l’attuale disponibilità di personale dell’ente, utilmente impiegato nell’erogazione di servizi ai cittadini;
- la definizione degli indicatori, dei pesi e dei *target* degli obiettivi di risultato, giustamente sfidanti rispetto all’elevato standard produttivo del personale dell’ente, che resterà sottodimensionato anche dopo la recente stabilizzazione, dovendo comunque assicurare il pieno utilizzo delle risorse disponibili con elevati volumi di attività a beneficio dell’utenza;
- la necessità di progressione dei sistemi automatizzati per le esigenze specifiche di monitoraggio degli indicatori di *performance*;
- la difficoltà a correlare direttamente le risorse umane e finanziarie agli obiettivi di *performance*.

Elenco delle tabelle

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabella 1 - Personale in servizio nel 2017 | 7 |
| Tabella 2 - Sintesi delle risorse finanziarie 2017 | 9 |
| Tabella 3 - Pazienti negli ultimi 5 anni..... | 12 |
| Tabella 4 - Obiettivi strategici..... | 31 |
| Tabella 5 - Riepilogo risultati obiettivi strategici..... | 33 |
| Tabella 6 - Sintesi <i>performance</i> istituzionale..... | 48 |
| Tabella 7 - Riepilogo tipologia obiettivi individuali nel 2017..... | 72 |
| Tabella 8 - Tipologia obiettivi e pesi nel 2017 | 73 |
| Tabella 9 - Tabella valori soglia erogazione premio collegato alla <i>performance</i> individuale 2017..... | 74 |
| Tabella 10 - Risorse umane..... | 77 |
| Tabella 11 - Risorse economiche | 78 |
| Tabella 12 - Distribuzione dei pazienti per dimensione 2017 | 81 |
| Tabella 13 - Fasi, soggetti, strumenti e tempi del processo di redazione della Relazione..... | 84 |

Elenco delle figure

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figura 1 - Organigramma INMP..... | 6 |
| Figura 2 - Personale dell'INMP per struttura 2017..... | 8 |
| Figura 3 - Albero della <i>performance</i> dell'INMP | 32 |
| Figura 4 - Grado di soddisfazione per tutti i servizi dell'ambulatorio | 39 |
| Figura 5 - Relazioni tra le strutture della Campania e i loro fornitori di servizi..... | 41 |
| Figura 6 - Geo-localizzazione delle strutture MSNA..... | 42 |
| Figura 7 - Distribuzione del personale per genere nel 2017 | 80 |
| Figura 8 - Distribuzione del personale per età nel 2017 | 80 |
| Figura 9 - Distribuzione del personale per provenienza nel 2017..... | 81 |

ALLEGATI

Allegato n. 1 – Prospetto relativo alle pari opportunità e bilancio di genere 2017

| Dimensioni | Prospettiva di riferimento | Tipologia di impatto | Risorse | Obiettivi strategici | Obiettivi operativi | Risultati | Criticità | Opportunità |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------------------|
| Genere Politici Religiosi Razza-etnia Disabilità Età | Stakeholder esterni | Indiretto | | D.1 - Incrementare l'accessibilità per le fasce deboli e la qualità tecnico professionale dei servizi ambulatoriali e di offerta attiva E.1 - Incrementare l'accessibilità alle prestazioni di odontoiatria per le popolazioni svantaggiate | D.1.1. Consolidare l'accessibilità delle popolazioni fragili alle prestazioni ambulatoriali D.1.2 Consolidare l'attività di prevenzione primaria, secondaria e di promozione della salute dei migranti presso centri di accoglienza, comunità etniche, medici di medicina generale / pediatri E.1.1 Consolidare la rete cittadina per l'odontoiatria sociale | 48,24% pazienti donna 11,95% pazienti rifugiati e/o richiedenti asilo 57,19% pazienti stranieri 4,40% pazienti senza dimora 6,86% minori 1,21% minori non accompagnati 20,47% oltre 65 anni | Risorse | Nuove strategie di <i>engagement</i> |

Allegato n. 2 – Tabella Obiettivi strategici 2017

| Descrizione obiettivo | Peso obiettivo | Risorse umane (*) | Risorse finanziarie (*) | Indicatori | Target | Peso indicatori | Valore consuntivo indicatori | Grado di raggiungimento obiettivo (valore compreso tra 0 e 100%) |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------------|------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| B.1 - Rafforzare l'internazionalizzazione dell'INMP | 100% | | | N. misure realizzate / N. misure previste dal <i>Work Programme</i> (WP) | 0,80 | 60% | 1,00 | 100% |
| | | | | Sito dedicato al Centro Collaboratore (CC) | 1,00 | 40% | 1,00 | |
| C.1 - Migliorare la comunicazione scientifica dell'Istituto | 100% | | | Percentuale di incremento dell' <i>Impact Factor</i> normalizzato rispetto all'anno precedente | 0,10 | 100% | 0,20 | 100% |
| D.1 - Incrementare l'accessibilità per le fasce deboli e la qualità tecnico professionale dei servizi ambulatoriali e di offerta attiva | 100% | | | N. pazienti STP, ENI, Esenti per reddito / N. totale pazienti | 0,70 | 100% | 0,73 | 100% |
| E.1 - Incrementare l'accessibilità alle prestazioni di odontoiatria per le popolazioni svantaggiate | 100% | | | N. pazienti STP, ENI, Esenti per reddito / N. totale pazienti | 0,80 | 100% | 0,87 | 100% |
| F.1 - Perseguire il completamento del processo di organizzazione dell'Istituto | 100% | | | N. unità di personale/N. unità da pianta organica | 0,62 | 100% | 0,62 | 100% |
| Note generali | (*) Le risorse umane e finanziarie disponibili dal sistema di contabilità analitica per il 2017 non sono direttamente attribuibili ai singoli obiettivi strategici, ma afferiscono alle diverse unità responsabili della loro realizzazione, unitamente all'attività istituzionale. | | | | | | | |

Allegato n. 3 – Tabella Documenti del ciclo di gestione della *performance* 2017

| Documento | Data di approvazione | Data di pubblicazione | Data ultimo aggiornamento | Link documento |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sistema di misurazione e valutazione della <i>performance</i> | 28/06/2012 | 28/06/2012 | 29/01/2014 | http://www.inmp.it/index.php/ita/Amministrazione-trasparente/Performance/Sistema-di-misurazione-e-valutazione-della-Performance Nota: l'aggiornamento del Sistema è stato effettuato con l'adozione della delibera n. 17 del 16/01/2018, con riferimento al ciclo della <i>performance</i> 2018 e pertanto non a valere sulla presente Relazione |
| Piano della <i>performance</i> | 30/01/2017 | 30/01/2017 | 30/01/2017 | http://www.inmp.it/index.php/ita/Amministrazione-trasparente/Performance/Piano-della-performance |
| Piano triennale di prevenzione della corruzione e per la trasparenza | 30/01/2017 | 30/01/2017 | 30/01/2017 | http://www.inmp.it/index.php/ita/Amministrazione-trasparente/Disposizioni-generalis/Piano-triennale-per-la-prevenzione-della-corruzione-e-per-la-trasparenza |
| Standard di qualità dei servizi | 15/09/2015 | 15/09/2015 | 21/02/2017 | http://www.inmp.it/index.php/ita/Amministrazione-trasparente/Servizi-erogati/Carta-dei-servizi-e-standard-di-qualita |

Allegato n. 4 – Tabelle Valutazione individuale 2017

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 di I fascia e assimilabili | 2 | 02/2018 | NO | X | | |
| Dirigenti di II fascia e assimilabili | 8 | 02/2018 | NO | X | | |
| Dirigenti area III e IV non titolari di struttura | 21 | 02/2018 | NO | X | | |
| Non dirigenti | 32 | 02/2018 | NO | X | | |
| Totale | 63 | | | | | |

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 di I fascia e assimilabili | | | 2% | 80% | | | 18% |
| Dirigenti di II fascia e assimilabili | | 65%-70% | 3%-3,5% | | | | 27%-31,5% |
| Dirigenti area III e IV non titolari di struttura | | | | (eventuali) <=25% | | >=40% AND <=65% | 35% |
| Non dirigenti | | | | (eventuali) <=20% | | >=40% AND <=60% | 40% |

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 di I fascia e assimilabili | 2 | | |
| Dirigenti di II fascia e assimilabili | 6 | 2 | |
| Dirigenti area III e IV non titolari di struttura | 20 | 1 | |
| Non dirigenti | 22 | 10 | |

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

| | Sì (indicare con "X") | No (indicare con "X") | (se sì) Indicare i criteri | (se no) Motivazioni | Data di sottoscrizione (gg/mm/aaaa) |
|--------------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------------------------------|
| Dirigenti e assimilabili | X | | Erogazione percentuale della retribuzione di risultato massima prevista contrattualmente in base a valori di soglia dei punteggi conseguiti (cfr. - Tab. 9 - Par. 3.4) | | |
| Non dirigenti | X | | Erogazione percentuale della retribuzione di risultato massima prevista contrattualmente in base a valori di soglia dei punteggi conseguiti (cfr. - Tab. 9 - Par. 3.4) | | |

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? | |
| Sì (indicare con "X") | No (indicare con "X") |
| X | |