



RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 2019



FONDAZIONE PTV POLICLINICO

Elenco delle modifiche

Versione	Data	Paragrafi modificati	Note
2020	26/06/2020	TUTTI	

	Funzione	Data
Redazione	UOC Controllo direzionale UOC Gestione sviluppo risorse umane	25/06/2020
Verifica	Direttore Sanitario	26/06/2020
Verifica	Direttore Amministrativo	26/06/2020
Verifica	Commissario straordinario	26/06/2020
Approvazione	Consiglio di Amministrazione	30/06/2020
Validazione	Organismo indipendente di valutazione	06/07/2020

1 Sommario

1.	CONTENUTI DELLA RELAZIONE ANNUALE SULLA PERFORMANCE.....	4
2.	PRINCIPALI RISULTATI RAGGIUNTI	5
2.1	Produzione	6
2.2	Esiti clinici.....	9
3.	ANALISI DEL CONTESTO E DELLE RISORSE.....	10
3.1	Analisi del contesto esterno	10
3.1.1	Ospedale ad alta specializzazione	10
3.1.2	Contesto territoriale	11
3.1.3	Il contesto epidemiologico: problema dell'invecchiamento della popolazione	11
3.1.4	Il contesto organizzativo: posizionamento del PTV nella programmazione regionale della rete ospedaliera, della rete dell'emergenza e delle reti tempo-dipendenti	12
3.1.5	Il contesto della rete integrata: l'integrazione "ospedale-territorio"	13
3.2	Analisi del contesto interno	15
3.2.1	Re-ingegnerizzazione dei percorsi chirurgici - L' Operations Management.....	15
3.2.2	Il Risk Management.....	15
3.2.3	Studi Clinici	17
3.2.4	Il Sistema di Gestione per la Qualità della Fondazione Policlinico Tor Vergata ("SGQ").....	18
3.2.5	Le risorse umane	19
3.2.6	Quadro delle risorse strumentali e finanziarie	21
4.	MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE.....	22
4.1	Albero della performance	22
4.2	Misurazione e valutazione.....	24
5.	IL PROCESSO DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE	38
6.	LE CRITICITA' E LE OPPORTUNITA'	39

1. CONTENUTI DELLA RELAZIONE ANNUALE SULLA PERFORMANCE

La Relazione sulla performance costituisce lo strumento che illustra a tutti i cittadini e ai portatori di interesse (stakeholder) interni ed esterni i risultati ottenuti nel corso dell'anno precedente. Questo conclude il ciclo di gestione della performance, previsto dal Decreto Legislativo 150/2009, che è articolato nelle seguenti fasi:

1. definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
2. collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
3. monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
4. misurazione e valutazione della performance organizzativa e individuale;
5. utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
6. rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

Al fine di migliorare la qualità dei servizi e di rendere trasparenti i risultati e le risorse impiegate, le amministrazioni pubbliche sono tenute a dare piena attuazione al ciclo di gestione della performance, prevedendo la redazione di specifici documenti, tra cui si cita in particolare il "Piano della Performance", in cui le amministrazioni pubbliche evidenziano gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e, quindi, i relativi indicatori e valori programmati per la misurazione e la valutazione dei risultati da conseguire.

La presente relazione è stata redatta in conformità alle Linee guida del Dipartimento della Funzione Pubblica n. 3 del novembre 2018, relative alla struttura e alla modalità di redazione della Relazione sulla performance.

Sulla base delle linee guida della Funzione Pubblica, la Relazione è stata strutturata in modo da evidenziare un nucleo di informazioni di interesse per gli stakeholder, dalle quali trarre una sintesi sul contesto di riferimento, sui dati dimensionali e organizzativi del Policlinico, sui principali risultati ottenuti, nonché le principali criticità e opportunità emerse dando conto in dettaglio dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi strategici e gestionali programmati.

2. PRINCIPALI RISULTATI RAGGIUNTI

Il risultato tendenziale registrato per l'esercizio 2019, conferma il trend positivo di razionalizzazione delle attività già avviato dal 2014 e rappresenta l'indicatore più efficace per rappresentare le azioni messe in campo dalla Direzione del PTV sin dal suo insediamento e il livello di coesione raggiunta dalla struttura, indispensabile per il raggiungimento degli obiettivi di natura sanitaria ed economici posti quali target di riferimento.

Il risultato tendenziale che emerge dalla lavorazione dei dati di consuntivo per l'anno 2019, dà evidenza di un risultato positivo in linea con la straordinaria performance dell'esercizio 2018.

Per consolidare i risultati dell'anno 2018, nel corso dell'anno 2019 il PTV ha svolto molteplici parallele attività finalizzate al consolidamento delle attività di razionalizzazione della spesa poste in essere negli esercizi precedenti e ad incrementare la complessità e la qualità delle prestazioni erogate.

Nell'anno oggetto di analisi si è registrato un sostanziale mantenimento dei livelli prestazionali costantemente incrementati dal 2014 registrando un incremento del livello di complessità e un generale mantenimento relativo agli outcome clinici.

2.1 Produzione

Ai fini dell'erogazione delle attività assistenziali il PTV dispone di n° 504 Posti letto per acuti, di cui 441 destinati ai ricoveri a ciclo continuo (long e week surgery) e 63 ai ricoveri a ciclo diurno.

Le attività ambulatoriali sono erogate attraverso la saturazione degli spazi disponibili, suddivise in attività di diagnostica di laboratorio, di diagnostica per immagini (comprendente oltre alla radiologia, la medicina nucleare e la radioterapia) e attività del poliambulatorio specialistico.

Nell'anno 2019 al PTV sono stati prodotti circa 23700 ricoveri di cui 15686 in regime ordinario. L'attività di ricovero è costante ma negli anni si evidenzia un buon incremento dei ricavi dovuto all'aumento della complessità della casistica trattata, il peso medio dei Drg infatti è passato negli anni da 1,6 del 2014 a 1,76 del 2019.

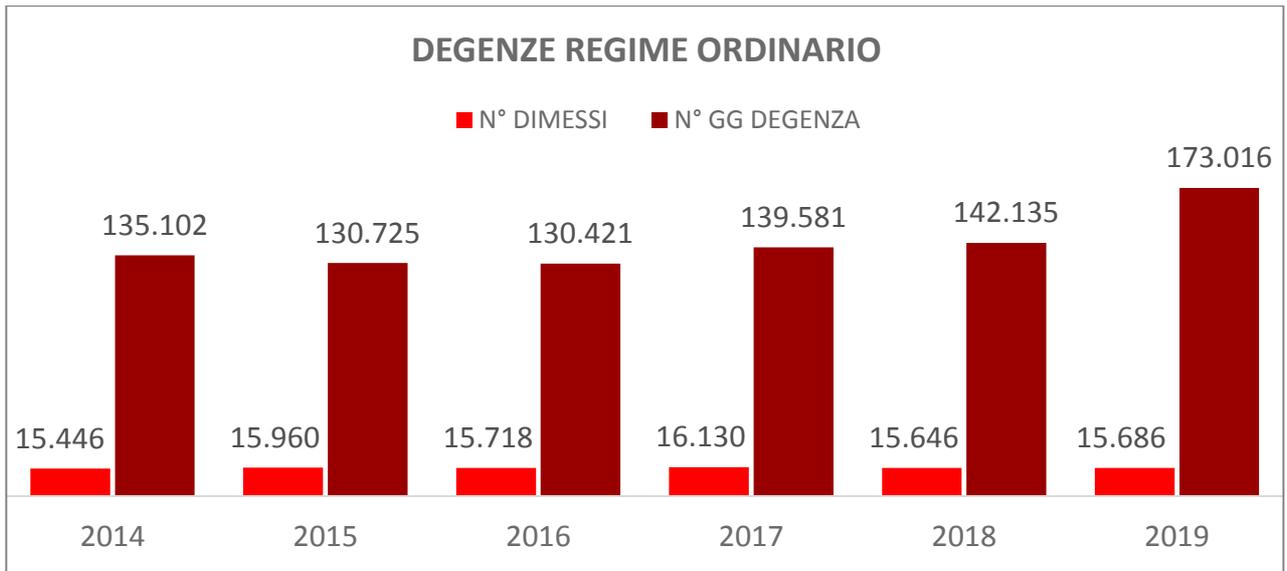
Gli investimenti fatti sul versante delle camere operatorie hanno consentito di mantenere il numero degli interventi chirurgici replicando la performance dell'anno 2018 (anche nell'anno 2019 sono stati effettuati oltre 9000 interventi chirurgici) e rafforzando la "specializzazione" puntando ad interventi a maggiore complessità e rilevanza.

Relativamente alle attività ambulatoriali, si è assistito a un generale mantenimento della produzione continuando la migrazione verso le attività più complesse lasciando al territorio quelle di sua competenza.

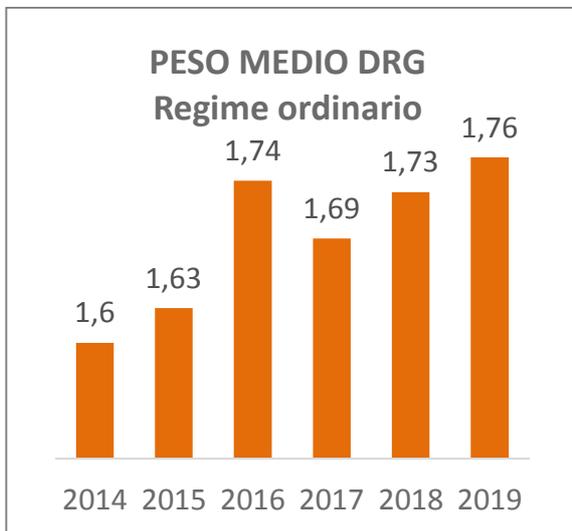
Occorre evidenziare che, nel corso dell'anno 2019 la percentuale delle prestazioni prenotate nei tempi di attesa previsti è stata del 95% per le prestazioni in classe B (brevi) e dell'88% per le prestazioni programmate, questo anche grazie all'avvio di progetti finalizzati all'abbattimento dei tempi di attesa.

Per quanto concerne le attività di emergenza è evidente come il DEA del PTV eroghi ormai un numero di prestazioni sovrapponibili ai principali DEA della città. Il numero degli accessi, e soprattutto il numero degli accessi in "codice rosso" è in costante aumento.

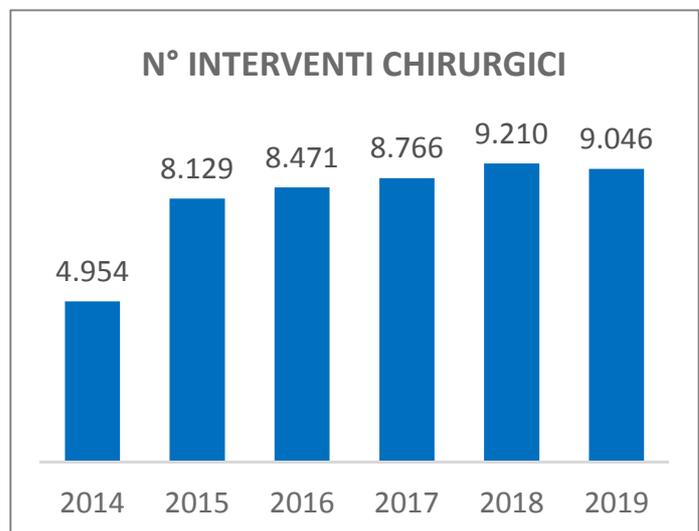
Di seguito una serie di grafici che mostrano l'andamento delle attività negli anni.



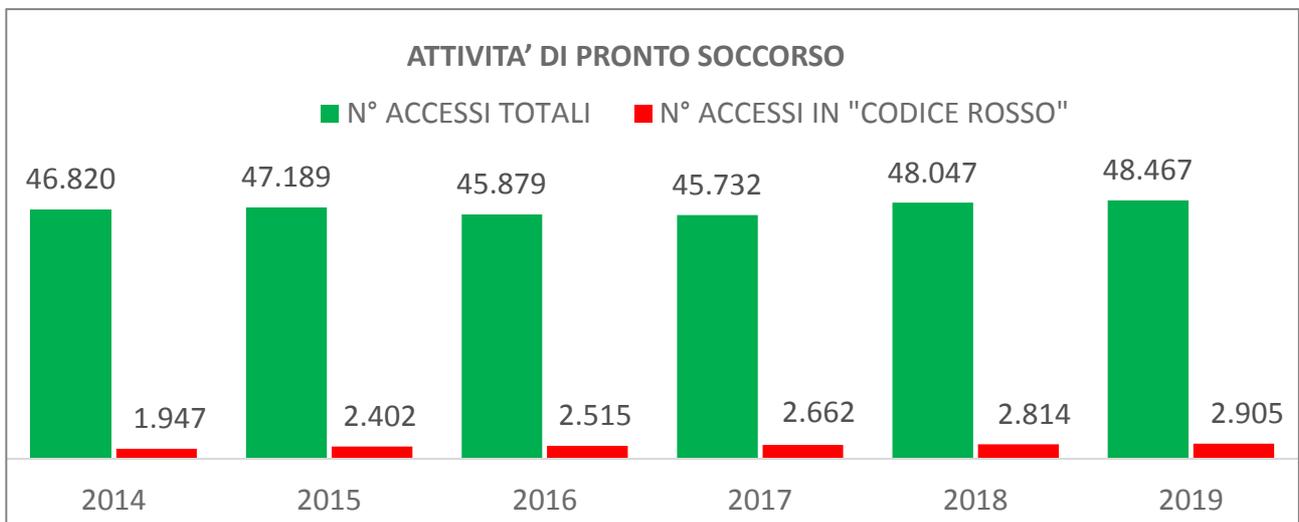
Fonte dati: CONTROLLO DIREZIONALE



Fonte dati: CONTROLLO DIREZIONALE

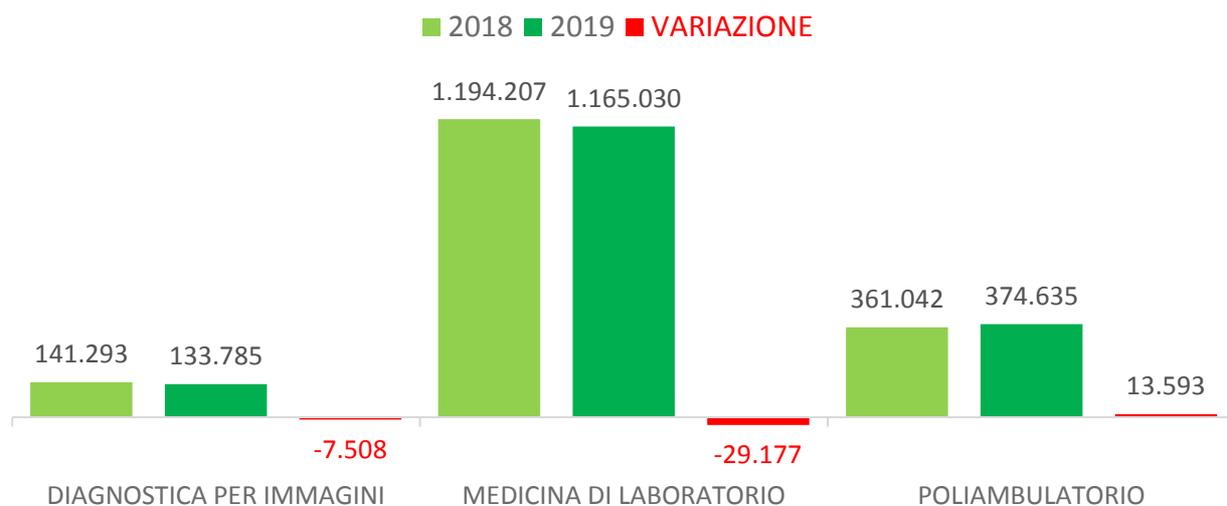


Fonte dati: CONTROLLO DIREZIONALE E OPERATION MANAGEMENT



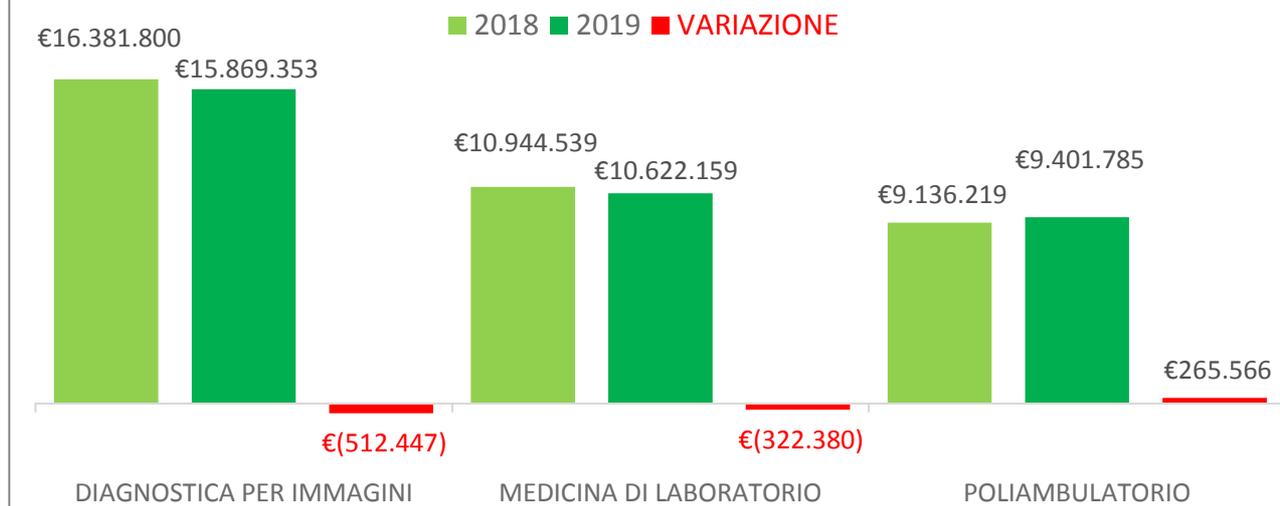
Fonte dati: CONTROLLO DIREZIONALE

N° PRESTAZIONI AMBULATORIALI EROGATE



FONTE DATI: CONTROLLO DIREZIONALE

RICAVI PRESTAZIONI AMBULATORIALI



FONTE DATI: CONTROLLO DIREZIONALE

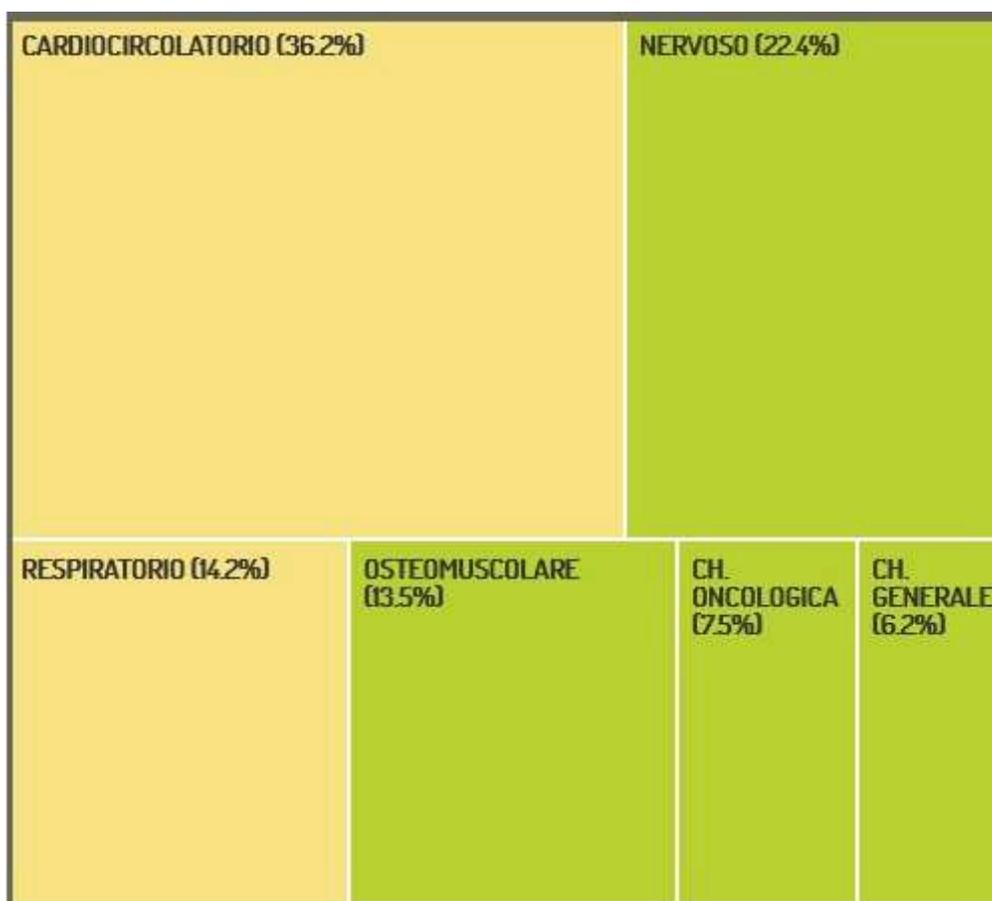
2.2 Esiti clinici

L'incremento delle attività e della produzione è supportata da buoni indicatori relativi agli esiti clinici.

Annualmente la Regione Lazio, nell'ambito del Sistema di misurazione esiti P.RE.VAL.E. (Programma Regionale Valutazione Esiti) monitora volumi e esiti.

Dal 2015 al 2018 al PTV è garantita la qualità di volumi e esiti, i livelli di aderenza rispetto gli standard di qualità, variano da «medio» ad «alto» e non sono presenti aree di criticità.

Nel 2018 il 49,6% dell'attività valutata è di qualità buona, il restante 50,4% è di qualità media, dato nettamente positivo considerando che nell'anno 2017 l'attività valutata di buona qualità era pari al 27,7% e quella di qualità media pari al 72,3%. Alla data di redazione del presente documento sul portale regionale non sono ancora disponibili i dati aggiornati al 2019 per i quali comunque i monitoraggi aziendali confermano il mantenimento dei livelli dell'anno precedente.



Livello di aderenza a standard di qualità



Fonte dati: sito P.Re.Val.e

3. ANALISI DEL CONTESTO E DELLE RISORSE

3.1 *Analisi del contesto esterno*

Il PTV, come detto, si colloca all'interno di un quadro normativo di riferimento finalizzato a promuovere e disciplinare l'integrazione delle attività di didattica e di ricerca con quelle assistenziali, che è rappresentato, prioritariamente, dal D. Lgs. n. 517/99 e s.m.i., norma che trova conferma, concretezza e strumenti attuativi nei Protocolli d'intesa Regione-Università e, in particolare, in quello, da ultimo, sottoscritto tra Regione Lazio e Università di Tor Vergata in data 24 novembre 2017.

La piena integrazione tra attività didattiche, di ricerca della Facoltà di Medicina e Chirurgia e quelle assistenziali si realizza, infatti, ai sensi e per gli effetti della richiamata normativa, nel complesso ospedaliero del "PTV" che, nella considerazione dell'intero percorso evolutivo del proprio modello organizzativo-gestionale, viene individuato, all'articolo 2 del Protocollo d'intesa, quale Azienda di riferimento dell'Università e della Regione.

Sempre il Protocollo d'intesa, all'articolo 3, disciplina, in particolare, le modalità di collaborazione tra l'Università e la Regione per lo svolgimento delle attività integrate di didattica, ricerca ed assistenza nell'interesse congiunto finalizzato alla tutela della salute della collettività, alla migliore formazione e allo sviluppo della ricerca biomedica e sanitaria.

L'inscindibilità delle descritte tre funzioni istituzionali conferisce al PTV, nella sua configurazione di Policlinico universitario, una peculiare qualificazione che lo caratterizza ed identifica quale Ospedale ad alta specializzazione e, allo stesso tempo - in coordinamento con le strutture rettorali e dipartimentali universitarie, cui comunque risultano ascritte le relative competenze - quale Ospedale d'insegnamento e di ricerca

3.1.1 *Ospedale ad alta specializzazione*

La qualificata posizione del "PTV" in ambito nazionale trae origine dalla norma di riferimento di cui all'art. 7 comma 2 del D. Lgs. 517/99, che ne riconosce la classificazione nella fascia dei presidi a più elevata complessità assistenziale - quale azienda di riferimento individuata congiuntamente da Regione e Università per lo sviluppo integrato delle attività didattiche, scientifiche ed assistenziali di cui al comma 4 dell'art. 2 dello stesso decreto - cui è attribuita, altresì, una valorizzazione maggiorata per le prestazioni assistenziali prodotte, per effetto dei maggiori costi indotti dalle funzioni di didattica e ricerca.

La qualificazione del "PTV" quale "Azienda di più elevata complessità" è confermata, conseguentemente, sia nello specifico ambito del Protocollo d'Intesa Regione/Università, propriamente all'art. 2, sia nel quadro dei provvedimenti di programmazione regionale, all'interno dei quali si riafferma la caratterizzazione di Ospedale di alta specializzazione, che si distingue per gli

elementi propri di multidisciplinarietà e per il potenziale altamente specialistico emergente dai risultati prestazionali realizzati.

3.1.2 Contesto territoriale

La Fondazione PTV sorge nel quadrante sud-est della città di Roma, nel territorio della Azienda USL RM 2, in stretta vicinanza di importanti assi viari e di collegamento rappresentati dal GRA, dalla autostrada Roma - Napoli, dalla bretella A1, e dalle vie Casilina, Tuscolana, Anagnina e Appia. Nelle vicinanze del PTV è situato anche l'aeroporto internazionale di Ciampino. Nel territorio adiacente al PTV risiedono circa 850.000, mentre la struttura risulta essere riferimento per le funzioni di alta specialità per una popolazione di oltre 1.500.000 abitanti che include anche la provincia di Frosinone.

Le linee di sviluppo del "PTV" debbono pertanto essere rivolte a definire una organizzazione in grado di assicurare un'offerta adeguata di prestazioni per soddisfare i bisogni sanitari del territorio di riferimento.

3.1.3 Il contesto epidemiologico: problema dell'invecchiamento della popolazione

L'esplosione della cronicità oggi assorbe nel nostro Paese l'80% delle risorse sanitarie e l'onere economico connesso a questa situazione epidemiologica diventa sempre più difficilmente conciliabile con le risorse disponibili.

Si impone pertanto l'adozione di modelli di cura sostenibili e basati su un approccio proattivo, che evitino nel tempo la progressione della malattia, nonché la ricerca di sistemi organizzati innovativi.

Oltre il 22,8% della popolazione nel nostro Paese si trova in una fascia di età superiore a 65 anni; tra 10 anni la percentuale sarà ancora maggiore con un ipotizzabile incremento di un ulteriore 10%.

L'invecchiamento della popolazione accresce la pressione sui bilanci pubblici e sui sistemi pensionistici, nonché sulle spese per il personale addetto ai servizi sociali e di assistenza agli anziani.

La terza età è associata alla malattia e alla dipendenza e le persone anziane rischiano di essere escluse dall'occupazione e dalla vita familiare e collettiva.

Il progressivo incremento, nel prossimo decennio, della popolazione collocata nella fascia di età superiore ai 65 anni impone la ricerca di modelli assistenziali sostenibili, sia per continuare a garantire la dovuta tutela ai singoli soggetti, sia per ritardare/ridurre il ricorso di questi alle cure ed ai trattamenti sanitari.

L'integrazione con le ASL RM2 e RM6 per la presa in carico delle patologie croniche e oncologiche con maggiore prevalenza e mortalità, segnatamente quelle respiratorie e cardiocircolatorie, è fattibile e realizzabile in tempi brevi per l'esistenza nel "PTV" delle specialità e delle competenze necessarie.

3.1.4 Il contesto organizzativo: posizionamento del PTV nella programmazione regionale della rete ospedaliera, della rete dell'emergenza e delle reti tempo-dipendenti

Al "PTV" sono stati riconosciuti, con DCA N.257/2017, n. 504 posti letto complessivi tra ordinari e *day hospital*, che, peraltro, non appaiono sufficienti, nel quadrante di riferimento ove è collocato il "PTV", per soddisfare il rapporto di 3,7 posti letto per mille abitanti previsti dallo *standard* nazionale.

Nel territorio circostante il "PTV", infatti, risiedono circa 850 mila abitanti e l'insieme dei posti letto presenti nelle altre strutture di ricovero non raggiunge i 1500, con un rapporto pertanto inferiore a 2 posti letto per mille.

Con DCA n.73/2010 il "PTV", dotato di una elisuperficie autorizzata anche per il volo notturno, è stato a suo tempo riconosciuto quale DEA di I livello:

Nel quadro delle Rete Emergenza del Lazio, la riorganizzazione della rete ospedaliera prevista dalla Regione con il DCA 368/2014, ribadita con DCA U00412 del 2017, prospetta, comunque, il ruolo futuro del "PTV" come DEA di II livello di riferimento per l'asse sud-orientale della Regione, che comprende le ASL di Frosinone, RM2 (*ex* RM/B) e RM/6.

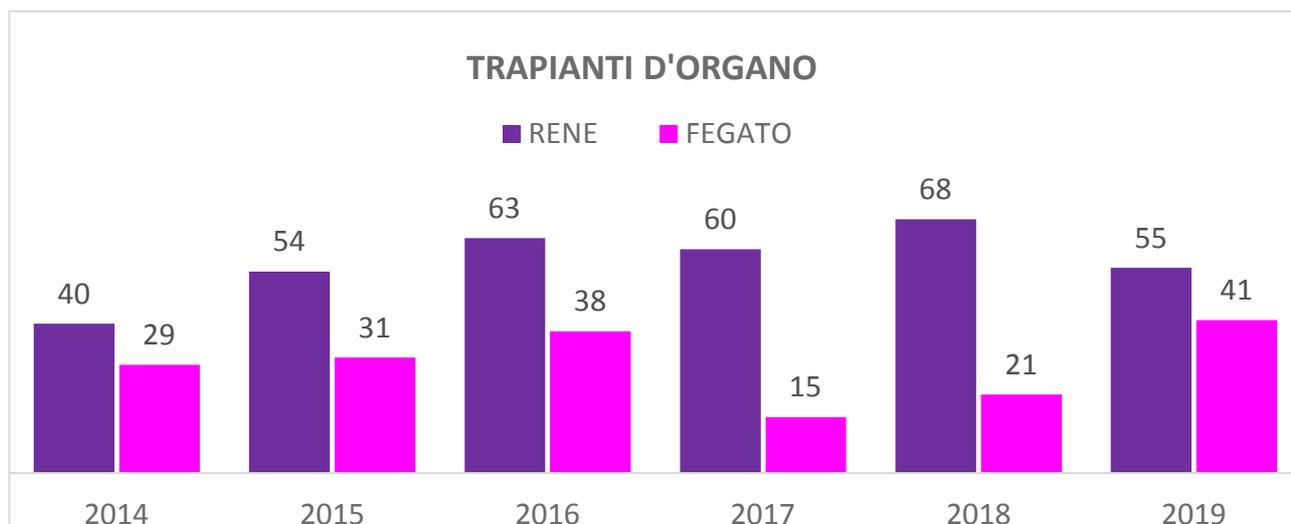
Quanto sopra, anche in doverosa considerazione che con i DD.CC.AA. n. 74/2010 e n. 75/2010 sono state attribuite al "PTV" le funzioni di *Hub* per le alte specialità:

- ictus cerebrale: rete *Ictus* (con dotazione UTN di secondo livello).
- cardiologia e cardiocirurgia: rete *emergenza cardiologica e cardiocirurgica* (con dotazione di UTIC/servizio di emodinamica);
- medicina trasfusionale;
- terapia del dolore;

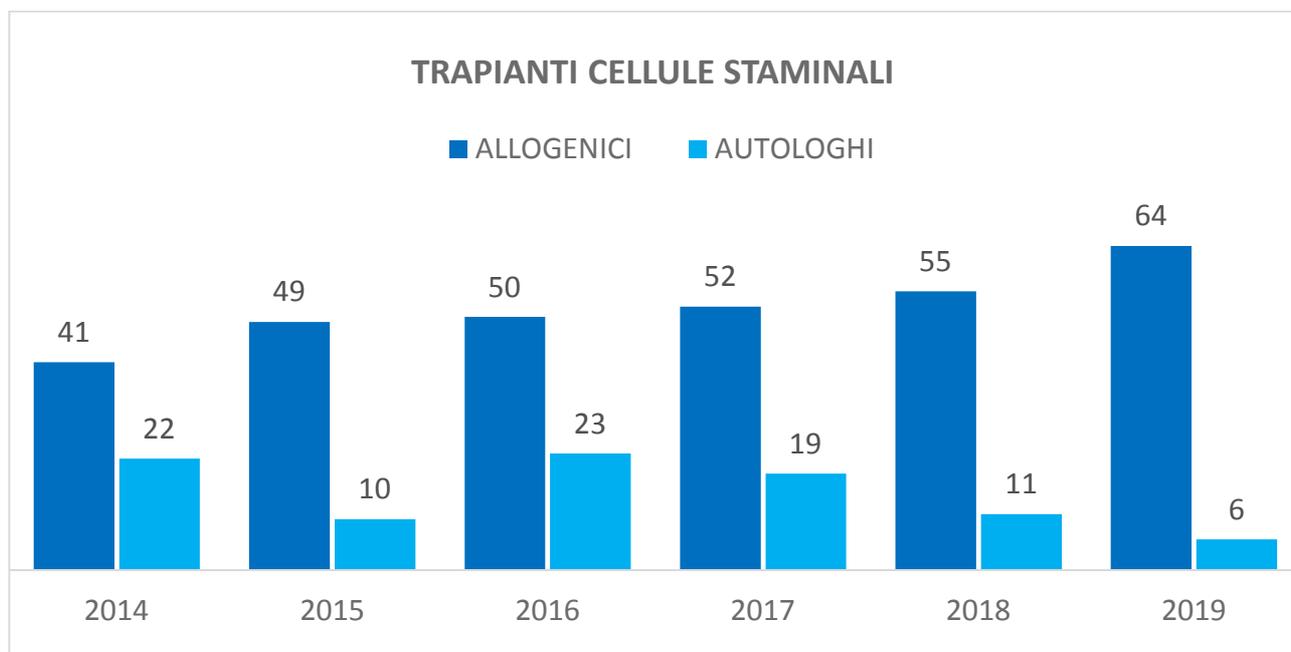
Sono inoltre presenti nel "PTV" le funzioni di CTZ (Centro Trauma di Zona) per la rete per la rete:

- trauma grave;
- malattie infettive.

Il "PTV" riveste, inoltre, un ruolo di primo piano a livello regionale per il *trapianto di organi e tessuti*. E' presente al suo interno una U.O.C. Chirurgia Epatobiliare e trapianti che nel 2019 ha eseguito 41 trapianti di fegato e 55 trapianti di rene. Nell'area medica una importante area di eccellenza è rappresentata dalla UOC di Ematologia che effettua *trapianti di cellule staminali e trapianti di midollo osseo*. All'interno della rete *Rome Transplant Network* (RTN) il "PTV" si colloca quale struttura di riferimento per il trapianto allogenico di cellule staminali emopoietiche da donatore familiare e/o non correlato.



FORNITORI DATI: CONTROLLO DIREZIONALE



FORNITORI DATI: CONTROLLO DIREZIONALE

3.1.5 Il contesto della rete integrata: l'integrazione "ospedale-territorio"

Punto di partenza per definire il ruolo che il "PTV" può utilmente svolgere nella implementazione dell'assistenza territoriale, in collaborazione con le Aziende territoriali che costituiscono il suo naturale bacino di utenza, è rappresentato dall'analisi della domanda e dai bisogni di salute espressi dalla popolazione interessata.

Le fonti di valutazione dei bisogni sono forniti dalla conoscenza della struttura della popolazione e dalle analisi epidemiologiche attraverso la verifica delle prestazioni erogate e della mobilità sanitaria.

La risposta ai bisogni di salute avviene attraverso una programmazione dell'offerta che coinvolga tutte le unità operative aziendali la cui attività dovrà essere organizzata in coerenza con il modello assistenziale che nella *governance* della salute privilegia la medicina di iniziativa che si esprime attraverso interventi differenziati e confluenti:

- come modalità di intervento sulla popolazione “fragile” va sviluppato progressivamente il *Chronic Care Model* che prevede l'utilizzo integrato dei sistemi informativi orientati alla persona, delle organizzazioni sanitarie fondate sulla centralità della persona, dei *team* multidisciplinari e multi professionali, della promozione dell'autocura, dell'attività clinico-assistenziale basata sulle evidenze e l'attivazione delle risorse della comunità;
- gli utenti “fragili” si trovano ad interagire con un sistema sanitario e sociosanitario ancora frammentato, con conseguenti problemi di qualità e continuità delle cure; uno degli strumenti principali per risolvere queste problematiche consiste nella strutturazione di percorsi diagnostico terapeutico assistenziali (PDTA), che, il “PTV”, nel recente Atto aziendale, ha inteso strutturare e formalizzare nell'ambito dell'innovativo incarico di *Unit*, intesi quali insiemi organizzati e coordinati di prestazioni e attività di natura sanitaria volti a una gestione integrata del paziente, *trasversalmente* sviluppati sia all'interno dell'ospedale (a superamento della rigida logica dell'organizzazione delle Unità operative *a silos*) sia verso il territorio, anche per gli aspetti socio assistenziali;

Il “PTV” può a pieno titolo essere coinvolto nella organizzazione assistenziale sopra descritta quale struttura deputata a fornire le risposte di II livello, sia in regime di ricovero sia in regime ambulatoriale, in quanto in possesso delle competenze e del *know-how* necessario per tutte le discipline che maggiormente sono richieste nel trattamento delle patologie croniche e nella gestione del paziente fragile nella consapevolezza che:

- tutto quello che si fa sul territorio si riverbera all'interno dell'area ospedaliera e viceversa;
- la presa in carico di pazienti da parte del territorio sgrava l'ospedale da quote di inappropriatezza e permette alle strutture ospedaliere di concentrarsi sull'acuzie vera;
- l'ospedale, parimenti, alimenta l'area territoriale inviando pazienti, sia tramite le dimissioni protette, sia tramite le proposte di inserimento nei PDTA.

Il “PTV” pertanto sarà chiamato, in termini di risorse, a contribuire ai percorsi integrati attivati dal territorio con l'obiettivo centrale di garantire salute alla popolazione.

Ciò prevede una integrazione e una ottimizzazione delle risorse e la attivazione di percorsi concertati per la messa in comune, fra ospedale e territorio, delle risorse umane e tecnologiche necessarie al raggiungimento dell'obiettivo salute. È già attivo presso il “PTV” un protocollo di collaborazione tra MMG e *team* multidisciplinare riferimento interno al PTV per i PDTA del *tumore del colon* e per il *Parkinson*.

3.2 Analisi del contesto interno

Nel presente paragrafo vengono evidenziati quei profili/percorsi organizzativi di contesto interno che risultano di maggior rilevanza, sia per il carattere di innovazione (quale recente istituzione nel corso della gestione facente capo all'attuale management) sia per la valenza strategica di particolare impatto e rilievo e, in quanto tali, oggetto di continua implementazione e rinnovato aggiornamento.

3.2.1 Re-ingegnerizzazione dei percorsi chirurgici - L' Operations Management

A partire dall'anno 2017, è stata istituita, a coordinamento e misurazione delle attività delle sale operatorie, la "cabina di regia" quale nuovo processo di organizzazione, implementazione e coordinamento della progettazione e della gestione di piattaforme di erogazione dei servizi rivolti a processi assistenziali complessi. Nel 2018 con l'adozione del nuovo Atto Aziendale, la "cabina di regia" è stata ulteriormente rafforzata ed ampliata trasformandosi nella nuova UOSD Operations Management, la cui attività è guidata inoltre dalla misurazione sistematica delle performance e finalizzata all'incremento dell'appropriatezza, dell'efficienza e della produttività nell'erogazione delle prestazioni assistenziali, con l'ulteriore obiettivo di facilitare l'accesso ai percorsi per i professionisti sanitari e, per il loro tramite, all'utenza. Nell'anno 2019 lo svolgimento dell'attività è avvenuta in stretta correlazione funzionale con le unità di personale in carico alle altre strutture coinvolte nei processi gestiti. In tale prospettiva, rappresentano categoria sensibile e rilevante di stakeholder interni, oltre, ovviamente, al management, gli stessi professionisti chirurgici: la funzione di gestione accentrata dei percorsi di sala operatoria è destinata a "facilitare" lo svolgimento delle competenze clinico-chirurgiche proprie di tali professionisti liberandoli da competenze ed oneri gestionali.

Il valore economico della risorsa "sala operatoria" è uno dei più rilevanti per il "PTV". L'importanza strategica di una gestione corretta ed efficace consente di rendere ottimale la performance globale dell'iter di cura del paziente, garantendo la sostenibilità dei costi e la qualità del servizio erogato. Alla nuova struttura afferirà la Unit Operations Management Area ambulatoriale destinata specificamente, in prospettiva, alla organizzazione gestionale delle strutture ambulatoriali del PTV.

3.2.2 Il Risk Management

Sempre nell'ambito del "PTV" è da tempo attivo un processo di implementazione delle attività di *Clinical Risk Management* adottato sulla base del modello per la gestione del rischio in ambito sanitario.

In particolare, il Sistema di gestione del rischio clinico del "PTV" prevede la presenza di figure professionali dedicate al fine di creare una struttura trasversale che aiuti costantemente ad

intervenire sul rischio organizzativo, ad identificare metodi per prevenire gli “eventi avversi” e a segnalare tempestivamente gli “eventi sentinella”, al fine di tutelare il paziente e gli operatori e riducendo, conseguentemente, l'impatto a bilancio del rischio clinico.

La struttura del Risk Management garantisce:

- l'impostazione, la promozione e la verifica delle politiche di prevenzione e gestione del rischio messa in atto dal Policlinico Tor Vergata con la funzione di pianificare e supportare le scelte di indirizzo della Direzione aziendale e il coordinamento della loro attuazione;
- il supporto e lo sviluppo, unitamente agli Affari generali, e nell'ambito delle specifiche funzioni del Comitato Valutazione Sinistri delle strategie di riduzione del rischio aziendale e di contenimento del contenzioso relativo a reclami e richieste di risarcimento per Responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie;
- la condivisione con i risk manager delle strutture sanitarie, pubbliche e private accreditate della Regione Lazio;
- la promozione degli audit nonché l'analisi di tutti gli eventi avversi con morte o grave danno del paziente, ovvero degli eventi a valenza mediatica, occorsi presso le strutture sanitarie indicando le azioni di miglioramento da porre in essere e procedendo al monitoraggio dell'applicazione delle stesse;
- la predisposizione annuale e la relativa pubblicazione sul sito internet della struttura sanitaria, della relazione consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle iniziative messe in atto;
- l'applicazione ed il monitoraggio delle iniziative in tema di gestione della qualità e sicurezza delle cure indicate alle strutture sanitarie e la rilevazione del rischio di inappropriately nei percorsi diagnostici e terapeutici con la finalità di fare emergere eventuali attività di medicina difensiva attiva e passiva;
- l'analisi delle attività in tema di qualità e sicurezza delle cure in tutte le parti di cui essa risulta composta (sicurezza delle strutture e degli operatori e sicurezza dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali) nonché nell'ambito delle singole aree dipartimentali delle strutture sanitarie;
- la gestione e il coordinamento dell'attività in tema di rischio e sicurezza del paziente definita dal Ministero della Salute, da Agenas e dai tavoli tecnici nazionali;
- il coordinamento dei gruppi tecnici incaricati della realizzazione di obiettivi specifici con la possibilità di emanare linee guida e raccomandazioni finalizzate alla riduzione del rischio;
- l'elaborazione ed il monitoraggio dei flussi informativi sulla sicurezza del paziente (eventi sentinella, eventi avversi ed eventi evitati), in adempimento agli obblighi previsti di comunicazione dei dati in ottemperanza al comma 2, art.3 Legge n. 24/2017;
- il supporto tecnico alle attività gestionali della UOC Affari generali per la valutazione dei sinistri di competenza.

- il supporto tecnico nell'approfondimento dei dati indicati nel Programma Nazionale Esiti (P.N.E.) al fine di intercettare eventuali criticità organizzative/cliniche per adottare strategie adeguate a contenerle.

L'attività di Risk Management, in conformità alla determinazione regionale n. G01424 del 10.02.2014, e in attuazione della deliberazione del Direttore generale n. 178 25.03.2016, con la quale il Risk Manager è componente del Comitato per il Controllo delle infezioni correlate all'assistenza (CCICA), prevede il coinvolgimento nelle attività di definizione di percorsi, protocolli operativi e linee guida cui aderire al fine di contenere il dilagare di eventi avversi potenzialmente riconducibili ad infezioni correlate all'assistenza.

La Funzione di Risk Management del "PTV" è stata oggetto di specifica certificazione di I livello «Modello sistemico per la gestione del rischio in ambito sanitario».

Anche per tale funzione, oltre, ovviamente, al rilievo degli *stakeholder* esterni (Regione, utenti e loro associazioni, gli stessi fornitori dei servizi assicurativi), è di rilevante importanza, in termini di consapevolezza organizzativa, la chiara identificazione degli stessi operatori sanitari del "PTV" quali principali *stakeholder* interni direttamente interessati alla prefigurazione di percorsi organizzativi improntati alla sicurezza delle cure.

3.2.3 Studi Clinici

Nel 2019 si è consolidato ulteriormente il processo di riorganizzazione ed efficientamento, già avviato negli anni precedenti, delle attività di gestione amministrativa legate agli studi clinici, riconducendo all'interno dell'ufficio studi clinici (GASC) le attività connesse alla richiesta di utilizzo fondi derivanti da proventi di studi clinici avanzata dagli sperimentatori, alla gestione degli studi no-profit, alla contabilità degli studi avviati e degli studi conclusi per i quali risultano ancora fondi in gestione. Il GASC ha gestito ben 97 richieste di utilizzo tra cui liquidazione compensi del personale Universitario, Sumai, Dirigente Medico, Specializzanti e Personale del comparto che partecipa direttamente agli studi clinici nonché rimborsi spese per partecipazione ad attività congressuali.

Nel corso dell'anno 2019 è stato inoltre ulteriormente implementato l'intero processo finalizzato al controllo delle entrate e delle uscite ed al calcolo dei costi aziendali e loro registrazione in contabilità.

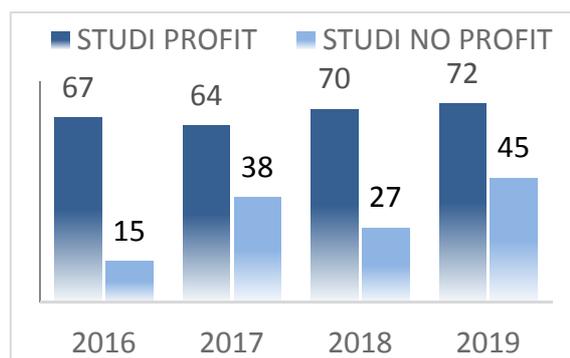
I costi aziendali detratti dal fatturato dei singoli studi sono stati registrati e dettagliati in contabilità nella cartella relativa allo studio, dando un dato certo ed aggiornato al tempo stesso dei quadri contabili.

Tutto il processo di aggiornamento della contabilità è stato concluso riportando i quadri contabili ad avere al loro interno dei dati certi e chiari.

PROTOCOLLI STUDI CLINICI PROFIT E NO-PROFIT

ANNO	STUDI PROFIT	STUDI NO-PROFIT	FATTURATO
2016	67	15	€ 1.348.705,94
2017	64	38	€ 1.332.345,10
2018	70	27	€ 1.392.089,00
2019	72	45	€ 1.474.124,39

ALLO STATO ATTUALE RISULTANO IN GESTIONE N° 349
CONTRATTI DI STUDI CLINICI



3.2.4 Il Sistema di Gestione per la Qualità della Fondazione Policlinico Tor Vergata (“SGQ”)

Il Sistema di Gestione per la Qualità della Fondazione Policlinico Tor Vergata è certificato da aprile 2010. Tra i molteplici strumenti a disposizione, per garantire la gestione per la qualità, il Policlinico ha scelto la certificazione di parte terza a norma UNI EN ISO 9001:2015.

Il primo certificato è stato rilasciato dal KIWA-CERMET, Ente certificatore accreditato Accredia il quale, a sua volta, è membro di organismi internazionali ed è entrato a far parte di accordi di mutuo riconoscimento per l’accreditamento delle certificazioni di Sistemi di Gestione per la Qualità sul mercato europeo ed internazionale. Nel 2019 il certificato è stato rinnovato da Bureau Veritas altro ente certificatore accreditato Accredia.

Nella scelta dell’Ente certificatore il “PTV” ha posto particolare attenzione alla professionalità dei valutatori, richiedendo loro, attraverso prescrizioni rigorose, competenze specifiche relative all’area da valutare. Inoltre l’Ente ha dovuto garantire per tutte le verifiche un responsabile unico del gruppo di Audit, con documentata esperienza pluriennale, sia come responsabile di gruppi di Audit sia per il lavoro espletato in Aziende sanitarie pubbliche.

La realizzazione del progetto di certificazione del Policlinico Tor Vergata, ente sanitario con una struttura molto complessa in progressiva realizzazione, è iniziata partendo da singole Unità Operative. Ottenute le singole certificazioni inizialmente programmate, il lavoro è stato finalizzato al conseguimento di nuove certificazioni, mentre si mettevano in atto le necessarie attività per il mantenimento di quelle ottenute.

A seguito del graduale e continuo percorso di certificazione, nel mese di giugno 2019 la certificazione del “PTV” è stata confermata, contestualmente all’adeguamento della stessa alla nuova versione della UNI EN ISO 9001:2015.

Il Sistema di Gestione per la Qualità del Policlinico Tor Vergata ha raggiunto una maturità che consente di utilizzare un nuovo approccio all’implementazione del sistema stesso. Il sistema è stato alimentato da singole certificazioni di Unità Operative, quindi con un approccio dal basso verso l’alto; con il coinvolgimento dell’alta Direzione e con la certificazione delle strutture trasversali, viene

utilizzato anche un approccio dall'alto verso il basso, che consentirà una sempre maggiore diffusione dei principi della qualità in tutto il Policlinico. Inoltre, con l'entrata in vigore della versione aggiornata della UNI EN ISO 9001:2015, il Sistema di Gestione per la Qualità del Policlinico Tor Vergata utilizza un ulteriore nuovo approccio all'implementazione del sistema stesso basato sul risk-based thinking che permette all'organizzazione di determinare i fattori che potrebbero fare deviare i suoi processi e il suo sistema di gestione per la qualità dai risultati pianificati, di mettere in atto controlli preventivi per minimizzare gli effetti negativi e massimizzare le opportunità, quando esse si presentano.

3.2.5 Le risorse umane

L'**organizzazione** del "PTV" è descritta nell' "Atto aziendale" approvato, come detto, con DCA n° U00029 del 30 gennaio 2018, a cui si rinvia.

Le **funzioni** sono descritte nel Funzionigramma Aziendale, allegato al citato "Atto aziendale" a cui, parimenti, si rinvia.

Nelle tabelle di seguito inserite, sono riportate le informazioni relative alle **risorse umane** afferenti al PTV:

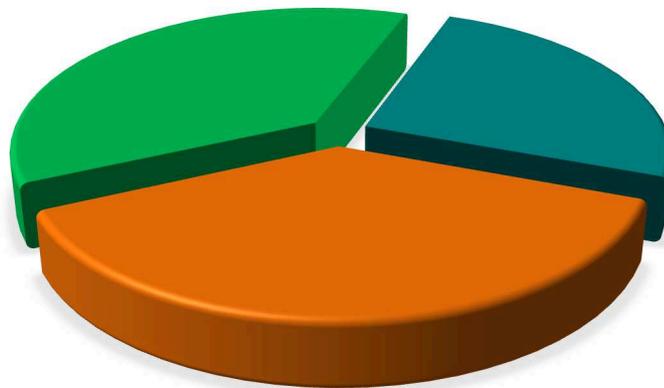
PERSONALE AL 31/12/2019		
TIPO DIPENDENTE	RUOLO	N°
PERSONALE DIPENDENTE	RUOLI NON DIRIGENZIALI	1.325
	DIRIGENTE DEI RUOLI STPA	17
	DIRIGENTE MEDICO	131
PERSONALE UNIVERSITARIO	DOCENTE / RICERCATORE STRUTTURATO ASSISTENZIALMENTE AL PTV	195
	RUOLI NON DIRIGENZIALI	13
PERSONALE CON CONTRATTO art. 7 comma 6 D.lgs 165/2001		4
PERSONALE SPECIALISTA AMBULATORIALE		202
TOTALE PERSONALE PTV		1.887

INCREMENTO DEL PERSONALE

PERSONALE	PRESENTI AL 31/12/2018	PRESENTI AL 31/12/2019	INCREMENTO 2019
DIRIGENTE MEDICO	117	154	37
DIRIGENTE STPA	19	21	2
PERSONALE non dirigente	1.291	1.304	13

COMPOSIZIONE PERSONALE MEDICO

**PERSONALE
SPECIALISTA
AMBULATORIALE**
37%

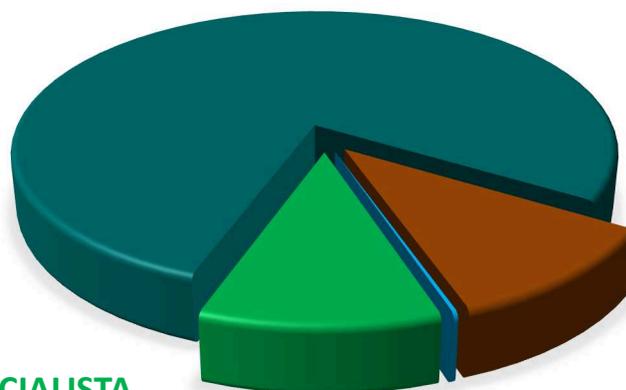


**DIRIGENTE
MEDICO SNN**
25%

DOCENTE/RICERCATORE UNIVERSITARIO STRUTTURATO ASSISTENZIALMENTE AL PTV
38%

TIPOLOGIA DI PERSONALE

**PERSONALE
DIPENDENTE**
78,1%



**PERSONALE
UNIVERSITARIO**
11,0%

**PERSONALE SPECIALISTA
AMBULATORIALE**
10,7%

**PERSONALE CON CONTRATTO art.
7 comma 6 D.LGS 165/2001**
0,2%

3.2.6 Quadro delle risorse strumentali e finanziarie

Di seguito nel prospetto sinottico sono rappresentati, per aggregato gestionale, i proventi e gli oneri che hanno caratterizzato la gestione degli esercizi 2016 – 2019.

Occorre precisare che i dati riportati per il 2019, rappresentano un valore tendenziale di chiusura basato su dati provvisori, già rientrante nel corrispondente valore di budget (30.359 milioni) approvato con DCA n° 441 del 25/10/2019.

CE	CONTO ECONOMICO	CONSUNTIVO 2016	CONSUNTIVO 2017	CONSUNTIVO 2018	CONSUNTIVO PROVVISORIO 2019
A1	Contributi F.S.R.	33.980.891	38.946.913	40.210.873	40.880.611
A2	Saldo Mobilità	184.097.302	190.330.608	197.714.012	200.419.513
A3	Entrate Proprie	12.855.200	14.785.017	12.930.105	12.356.692
A4	Saldo Intramoenia	445.264	16.842	579.843	981.578
A5	Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-497.593	-51.924	-145.896	-81.419
A6	Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati	3.037.298	353.913	-204.605	-48.320
A	Totale Ricavi Netti	233.918.362	244.381.370	251.084.332	254.508.655
B1	Personale	69.083.038	71.238.978	73.260.767	76.724.426
B2	Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	55.165.532	59.427.507	64.020.060	64.428.187
B3	Altri Beni E Servizi	105.530.745	97.381.863	98.072.176	100.287.667
B4	Ammortamenti E Costi Capitalizzati	3.014.686	2.619.140	1.415.950	967.147
B5	Accantonamenti	10.422.234	5.666.224	4.808.851	3.847.394
B6	Variazione Rimanenze	611.579	440.845	630.745	1.985.530
B	Totale Costi Interni	243.827.814	236.774.559	240.947.060	244.269.291
C1	Medicina Di Base	0	0	0	0,00
C2	Farmaceutica Convenzionata	0	0	0	0,00
C3	Prestazioni Da Privato	15.601.900	15.444.852	14.842.258	14.880.037
C	Totale Costi Esterni	15.601.900	15.444.852	14.842.258	14.880.037
D	Totale Costi Operativi (B+C)	259.429.714	252.219.411	255.789.318	259.149.328
E	Margine Operativo (A-D)	-25.511.352	-7.838.041	-4.704.985	-4.640.673
F1	Svalutazione Immobilizzazioni, Crediti, Rivalutazioni e Svalutazioni Finanziarie	0	308.149	0	0,00
F2	Saldo Gestione Finanziaria	10.503.097	10.889.572	10.318.031	10.859.147
F3	Oneri Fiscali	5.281.011	5.502.452	5.800.633	5.943.324
F4	Saldo Gestione Straordinaria	498.439	-139.264	-1.318.042	623.589
F	Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie	16.282.547	16.560.910	14.800.622	17.426.060
G	Risultato Economico (E-F)	-41.793.899	-24.398.951	-19.505.608	-22.066.733

4. MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

4.1 *Albero della performance*

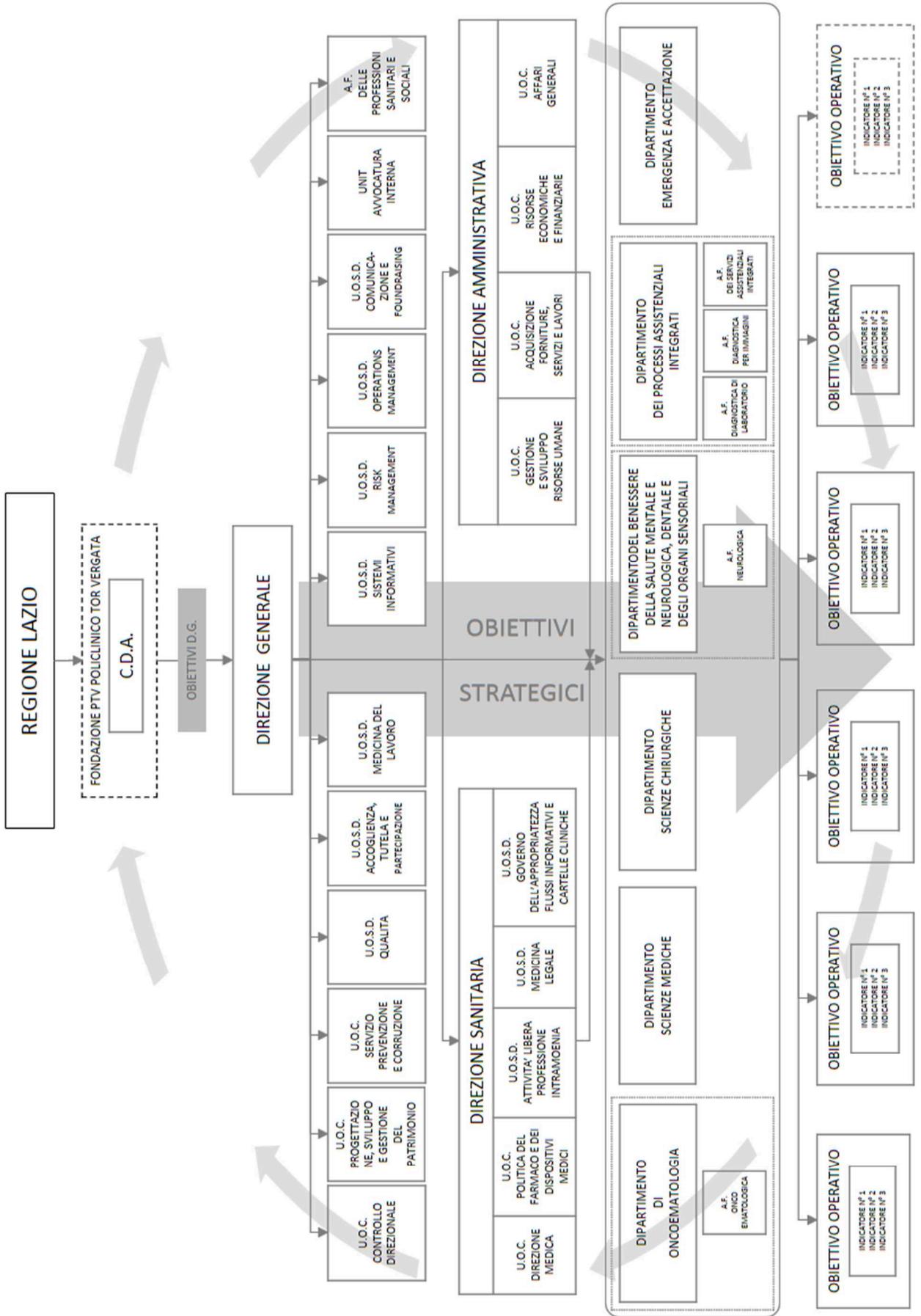
Il “PTV”, in considerazione dei soggetti istituzionali con cui si relaziona (UTV e Regione, quali enti di indirizzo strategico), degli attuali vincoli di bilancio in termini di risorse, della propria *mission*, del contesto esterno e interno in cui opera e delle relative criticità/opportunità, della complessa platea degli *stakeholder* interni ed esterni utenti, seleziona i propri obiettivi strategici in linea di sostanziale continuità con la precedente prospettazione, tenuto conto della trasformazione degli assetti aziendali avviata nel 2018, con un orizzonte temporale triennale che sconta l’esigenza della prossima trasformazione “istituzionale” del Policlinico Tor Vergata in Fondazione di diritto pubblico IRCCS così come programmata nel nuovo Protocollo d’intesa.

Nel corso del 2019, con l’applicazione dell’atto aziendale e con l’attribuzione degli incarichi, sono stati assegnati a tutti i Direttori di Dipartimento, di UOC, di UOSD e ai titolari dei Programmi clinici di tipo A gli obiettivi clinici e organizzativi coerenti con le strategie dell’Azienda.

La strategia Aziendale è dettata dal rispetto dei vincoli imposti dalla Regione Lazio, attraverso il piano di rientro, dal protocollo di intesa cui è scaturito l’atto aziendale approvato nel dicembre 2017 (diventato operativo a luglio 2018) e dagli obiettivi assegnati dalla Regione Lazio al Commissario straordinario che per l’anno 2019 sono stati notificati il 06/05/2019.

Tutti gli obiettivi operativi e i relativi indicatori sono ricompresi in tre macro aree le quali ricomprendono le strategie aziendali:

- Efficienza
- (ottimizzazione dei) Processi
- Qualità e appropriatezza



4.2 Misurazione e valutazione

Nelle tabelle e nei grafici seguenti vengono riportati i risultati raggiunti nell'anno 2019, aggregati secondo diversi livelli:

- Per tipologia di obiettivo
- Per tipologia di Unità operativa o ruolo
- Per Unità operativa e tipologia di obiettivo
- Per singolo obiettivo con relativo grado di raggiungimento.

UU.OO. DI AREA CLINICA	
TIPO OBIETTIVO	% RAGGIUNGIMENTO
EFFICIENZA	76%
PROCESSI	87%
QUALITA' e APPROPRIATEZZA	87%
TOTALE	83%

UU.OO. DI AREA CLINICA			
FASCE DI PUNTEGGIO	UU.OO.	Inc %	Inc % cum
90% - 100%	26	36%	36,0%
70% - 89%	36	50%	86,0%
40% - 69%	10	14%	100,0%
0% - 39%	-	-	-
<i>Non valutato</i>	-	-	-
TOTALE	72	-	-

UU.OO. DI AREE AMMINISTRATIVA E SANITARIA NON CLINICA			
FASCE DI PUNTEGGIO	UU.OO.	Inc %	Inc % cum
90% - 100%	9	69%	69,00%
70% - 89%	4	31%	100,0%
40% - 69%	-	-	-
0% - 39%	-	-	-
<i>Non valutato</i>	-	-	-
TOTALE	13	-	-

POSIZIONI ORGANIZZATIVE AREA SANITARIA			
FASCE DI PUNTEGGIO	P.O.	Inc %	Inc % cum
90% - 100%	9	100%	100%
70% - 89%	-	-	-
40% - 69%	-	-	-
0% - 39%	-	-	-
<i>Non valutato</i>	-	-	-
TOTALE	9	-	-

POSIZIONI ORGANIZZATIVE AREA AMMINISTRATIVA			
FASCE DI PUNTEGGIO	P.O.	Inc %	Inc % cum
90% - 100%	10	100%	100%
70% - 89%	-	-	-
40% - 69%	-	-	-
0% - 39%	-	-	-
<i>Non valutato</i>	-	-	-
TOTALE	10	-	-

PERSONALE COMPARTO AZIENDA OSPEDALIERA			
FASCE DI PUNTEGGIO	N° DIP.	Inc %	Inc % cum
90% - 100%	935	99,4%	99,4%
70% - 89%	-	-	96,4%
40% - 69%	1	0,1%	99,5%
0% - 39%	5	0,5%	100%
<i>Non valutato</i>	29	-	-
TOTALE	970	-	-

PERSONALE COMPARTO FONDAZIONE			
FASCE DI PUNTEGGIO	N° DIP.	Inc %	Inc % cum
90% - 100%	371	100%	100%
70% - 89%	-	-	-
40% - 69%	-	-	-
0% - 39%	-	-	-
<i>Non valutato</i>	31	-	-
TOTALE	357	-	-

Nelle tabelle seguenti il dettaglio delle UU.OO. cliniche a cui sono state assegnati obiettivi nell'anno 2019 con la relativa percentuale di raggiungimento suddivisa per tipologia di obiettivo. Il dato riportato relativo alla percentuale di raggiungimento è parziale e non definitivo in quanto alla data di redazione del presente piano non sono ancora disponibili i monitoraggi degli indicatori presenti nel sistema P.RE.VAL.E. e non monitorabili dagli uffici aziendali (es. mortalità post-dimissione).

DIPARTIMENTO	UNITA'	% RAGGIUNGIMENTO
DBM	Dipartimento del Benessere della Salute mentale e neurologica, dentale e degli organi sensoriali	
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%
	Totale	100%
	U.O.C. Neurochirurgia	
	EFFICIENZA	58%
	PROCESSI	93%
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	95%
	Totale	82%

U.O.C. Neurologia	
EFFICIENZA	95%
PROCESSI	85%
QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%
Totale	93%
U.O.C. Neuropsichiatria Infantile	
EFFICIENZA	90%
PROCESSI	91%
QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%
Totale	93%
U.O.C. Psichiatria e Psicologia Clinica	
EFFICIENZA	100%
PROCESSI	93%
QUALITA' e APPROPRIATEZZA	43%
Totale	76%
U.O.S.D. Attività ambulatoriale - DH - PAC e PDTA	
EFFICIENZA	0%
PROCESSI	77%
QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%
Totale	83%
U.O.S.D. Demenze	
EFFICIENZA	60%
PROCESSI	85%
Totale	77%
U.O.S.D. Dermatologia	
EFFICIENZA	90%
Totale	90%
U.O.S.D. Oculistica	
EFFICIENZA	100%
PROCESSI	66%
QUALITA' e APPROPRIATEZZA	0%
Totale	71%
U.O.S.D. Odontoiatria con percorsi protetti - Centro diagnosi, igiene e prevenzione orale	
EFFICIENZA	100%
PROCESSI	100%
QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%
Totale	100%
U.O.S.D. Ortognatodonzia	
EFFICIENZA	100%
PROCESSI	100%
Totale	100%
U.O.S.D. Otorinolaringoiatria	
EFFICIENZA	50%
PROCESSI	90%
QUALITA' e APPROPRIATEZZA	42%
Totale	68%

DBM Totale	U.O.S.D. Parkinson	
	EFFICIENZA	100%
	PROCESSI	86%
	Totale	91%
	U.O.S.D. PS odontoiatrico e trattamento pazienti vulnerabili sociali	
	EFFICIENZA	43%
	PROCESSI	100%
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	48%
	Totale	61%
	U.O.S.D. Sclerosi Multipla	
	EFFICIENZA	100%
	PROCESSI	87%
	Totale	94%
	U.O.S.D. Stroke Unit	
	EFFICIENZA	100%
	PROCESSI	100%
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	0%
	Totale	100%
	Programma Aziendale Trattamento del Glaucoma	
	EFFICIENZA	50%
PROCESSI	84%	
Totale	67%	
DBM Totale	85%	

DEM	Dipartimento Emergenza e Accettazione	
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%
	Totale	100%
	U.O.C. Anestesia e Rianimazione	
	EFFICIENZA	100%
	PROCESSI	51%
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	50%
	Totale	61%
	U.O.C. Malattie dell'apparato Respiratorio	
	EFFICIENZA	100%
	PROCESSI	78%
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%
	Totale	86%
	U.O.C. Ortopedia e Traumatologia	
	EFFICIENZA	100%
	PROCESSI	74%
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	83%
	Totale	85%

DEM Totale	U.O.S.D. Chirurgia d'Urgenza	
	EFFICIENZA	97%
	PROCESSI	77%
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%
	Totale	87%
	U.O.S.D. Maxillo Facciale	
	EFFICIENZA	15%
	PROCESSI	89%
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%
	Totale	80%
	U.O.S.D. OBI e Medicina d' urgenza	
	EFFICIENZA	100%
	PROCESSI	90%
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	0%
	Totale	80%
	U.O.S.D. Radiologia PS	
	EFFICIENZA	100%
	PROCESSI	100%
	Totale	100%
	U.O.S.D. Terapia Intensiva - Coordinamento aziendale per la donazione di organi e tessuti	
	EFFICIENZA	90%
PROCESSI	93%	
QUALITA' e APPROPRIATEZZA	0%	
Totale	78%	
DEM Totale	84%	

DON	Dipartimento di Oncoematologia	
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%
	Totale	100%
	U.O.C. Diagnostica Avanzata Oncoematologica	
	EFFICIENZA	100%
	PROCESSI	100%
	Totale	100%
	U.O.C. Laboratorio di Genetica Medica	
	EFFICIENZA	100%
	PROCESSI	100%
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%
	Totale	100%
	U.O.C. Medicina Nucleare	
	EFFICIENZA	100%
	PROCESSI	100%
	Totale	100%

DON Totale	U.O.C. Patologie Linfoproliferative	
	EFFICIENZA	100%
	PROCESSI	85%
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%
	Totale	91%
	U.O.C. Radioterapia	
	EFFICIENZA	0%
	PROCESSI	100%
	Totale	40%
	U.O.C. Trapianto cellule staminali	
	EFFICIENZA	77%
	PROCESSI	91%
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%
	Totale	86%
	U.O.S.D. Oncologia	
	EFFICIENZA	40%
	PROCESSI	86%
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%
	Totale	75%
	U.O.S.D. Patologie Mieloproliferative	
	EFFICIENZA	69%
PROCESSI	92%	
QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%	
Totale	82%	
DON Totale	85%	

DPA	Dipartimento dei Processi Assistenziali Integrati	
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%
	Totale	100%
	U.O.C. Diagnostica per Immagini	
	EFFICIENZA	65%
	PROCESSI	100%
	Totale	71%
	U.O.C. Malattie Infettive	
	EFFICIENZA	83%
	PROCESSI	83%
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	67%
	Totale	78%
	U.O.C. Medicina di Laboratorio	
	EFFICIENZA	90%
	PROCESSI	100%
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	50%
	Totale	78%

DPA Totale	U.O.C. Microbiologia e Virologia	
	EFFICIENZA	50%
	PROCESSI	100%
	Totale	86%
	U.O.S.D. Anatomia Patologica ad indirizzo Citopatologico	
	EFFICIENZA	75%
	PROCESSI	100%
	Totale	84%
	U.O.S.D. Anatomia Patologica ad indirizzo Istopatologico	
	EFFICIENZA	75%
	PROCESSI	100%
	Totale	84%
	U.O.S.D. Counseling psichiatrico e psicologico di supporto al benessere organizzativo e alle attività cliniche	
	PROCESSI	70%
	Totale	70%
	U.O.S.D. Medicina Trasfusionale	
	EFFICIENZA	83%
	PROCESSI	100%
	Totale	87%
U.O.S.D. Neuroradiologia		
EFFICIENZA	66%	
PROCESSI	100%	
Totale	72%	
U.O.S.D. Terapia Antalgica		
EFFICIENZA	100%	
PROCESSI	88%	
Totale	92%	
UNIT Percorsi Assistenziali di Preospedalizzazione		
EFFICIENZA	35%	
PROCESSI	88%	
Totale	60%	
DPA Totale	81%	

DSC	Dipartimento Scienze Chirurgiche	
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%
	Totale	100%
	U.O.C. Cardiochirurgia	
	EFFICIENZA	84%
	PROCESSI	68%
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	0%
	Totale	64%
	U.O.C. Chirurgia Epatobiliare e Trapianti	
	EFFICIENZA	100%
	PROCESSI	76%
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	72%
	Totale	77%

U.O.C. Chirurgia Generale	
EFFICIENZA	100%
PROCESSI	88%
QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%
Totale	94%
U.O.C. Chirurgia Toracica	
EFFICIENZA	56%
PROCESSI	81%
QUALITA' e APPROPRIATEZZA	0%
Totale	57%
U.O.C. Chirurgia Vascolare	
EFFICIENZA	83%
PROCESSI	76%
QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%
Totale	82%
U.O.C. Ginecologia	
EFFICIENZA	50%
PROCESSI	88%
QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%
Totale	79%
U.O.C. Ortopedia	
EFFICIENZA	67%
PROCESSI	81%
QUALITA' e APPROPRIATEZZA	95%
Totale	83%
U.O.S.D. Breast Unit	
EFFICIENZA	50%
PROCESSI	86%
QUALITA' e APPROPRIATEZZA	83%
Totale	83%
U.O.S.D. Cardio Toraco Anestesia	
EFFICIENZA	25%
PROCESSI	88%
QUALITA' e APPROPRIATEZZA	50%
Totale	63%
U.O.S.D. Chirurgia Mininvasiva e dell'apparato digerente	
EFFICIENZA	62%
PROCESSI	91%
QUALITA' e APPROPRIATEZZA	95%
Totale	87%
U.O.S.D. Urologia	
EFFICIENZA	100%
PROCESSI	81%
QUALITA' e APPROPRIATEZZA	59%
Totale	80%
DSC Totale	80%

DSM

Dipartimento Scienze Mediche	
QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%
Totale	100%
U.O.C. Attività ambulatoriale - DH-PAC-PDTA Medici	
EFFICIENZA	50%
PROCESSI	73%
QUALITA' e APPROPRIATEZZA	45%
Totale	65%
U.O.C. Cardiologia	
EFFICIENZA	100%
PROCESSI	75%
Totale	88%
U.O.C. Endocrinologia e Diabetologia	
EFFICIENZA	0%
PROCESSI	87%
QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%
Totale	72%
U.O.C. Epatologia	
EFFICIENZA	60%
PROCESSI	89%
QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%
Totale	85%
U.O.C. Gastroenterologia	
EFFICIENZA	73%
PROCESSI	84%
QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%
Totale	80%
U.O.C. Medicina Interna - Centro Medico dell'Obesità	
EFFICIENZA	0%
PROCESSI	89%
QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%
Totale	74%
U.O.C. Medicina Interna - Centro per l'Ipertensione	
EFFICIENZA	100%
PROCESSI	90%
QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%
Totale	94%
U.O.C. Reumatologia	
EFFICIENZA	55%
PROCESSI	81%
Totale	71%
U.O.S.D. Dermatologia	
EFFICIENZA	100%
PROCESSI	88%
Totale	91%

DSM Totale	U.O.S.D. Immunopatologia e Allergologia Pediatrica	
	PROCESSI	95%
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%
	Totale	98%
	Programma Aziendale Fisiatria	
	EFFICIENZA	100%
	PROCESSI	100%
	Totale	100%
	Programma Aziendale Nutrizione Clinica	
	EFFICIENZA	50%
	PROCESSI	93%
	Totale	71%
DSM Totale		83%
% COMPLESSIVA DI RAGGIUNGIMENTO		83%

Nelle tabelle seguenti, l'elenco degli obiettivi assegnati alle UU.OO. cliniche con la relativa percentuale di raggiungimento.

TIPO OBIETTIVO	OBIETTIVO	% RAGGIUNGIMENTO
A QUALITA' e APPROPRIATEZZA	Acquisizione consenso	100%
	Controllo infezioni ospedaliere	100%
	Erogazione consulenze	100%
	Facilitazione dei percorsi di contrasto alle infezioni ospedaliere	100%
	Implementazione sistema monitoraggio infezioni ospedaliere	100%
	Migliorare la qualità delle cure	59%
	Migliorare la tempestività dell'intervento per frattura collo/femore negli anziani	100%
	Migliorare l'appropriatezza	83%
	Migliorare l'attrattività	100%
	Monitoraggio trasfusioni	100%
	Ottimizzazione case-mix	85%
	Promozione presso le strutture del dipartimento delle nuove modalità del consenso informato e degli obiettivi trasversali aziendali in ambito di Privacy, Trasparenza e Qualità	100%
	Raccordo tra le strutture del dipartimento per favorire l'avvio della cartella clinica informatizzata, a partire dalle strutture ambulatoriali del dipartimento, e la prescrizione on line dei medici	100%
	Ridurre la durata della degenza media post-operatoria	100%
	Riduzione ricoveri in DH medico con finalità diagnostica	45%
	Riorganizzare l'attività medico-chirurgica in modo tale che il volume di attività per Unità operativa sia non inferiore al valore soglia definito sulla base delle conoscenze scientifiche	29%
	Riunioni mensili con le strutture del dipartimento, all'esito dei report mensili inviati dalla direzione, per valutare analisi degli andamenti e individuare eventuali proposte per la fluidificazione dei processi trasversali alle strutture e ai dipartimenti	100%
	Ottimizzazione / miglioramento percorsi e servizi area emergenza	37%
	Elaborazione protocolli /linee guida e relazioni	100%
Totale	87%	

B		
EFFICIENZA	Analisi risultati del sistema di ALERT per la vigilanza delle infezioni ospedaliere	100%
	Aumento complessità	69%
	Contenimento spesa per dispositivi medici	100%
	Miglioramento performance	72%
	Migliorare l'appropriatezza	100%
	Ottimizzare il ricavo medio a seduta operatoria	40%
	Ottimizzazione case-mix	38%
	Ottimizzazione consumo sangue in Camera operatoria	100%
	Ottimizzazione delle attività di identificazione dei potenziali donatori d'organo	100%
	Ottimizzazione livello degenza media	66%
	Predisposizione linee operative	100%
	Presa in carico pazienti che necessitano di riabilitazione (Cod. 56 per le medicine e 75)	100%
	Riduzione tempi permanenza in PS	100%
	Rispetto delle procedure in accettazione	83%
	Incremento / mantenimento della produzione	68%
	Razionalizzazione / contenimento spesa farmaceutica	84%
	Efficientamento percorsi area clinica	100%
	Adeguatezza tempo risposta o refertazione	86%
Riduzione esami per pazienti interni a seguito dell'introduzione dei blocchi automatici	0%	
Totale	76%	

C		
PROCESSI	Apertura di un'attività finalizzata alla riduzione del disagio psicologico giovanile	100%
	Attuazione ed aderenza attività inerenti la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori	100%
	Completare il processo di consolidamento del Laboratorio di Citofluorimetria	100%
	Compliance percorsi urgenza	13%
	Erogazione delle consulenze interne richieste non urgenti entro 24h	82%
	Miglioramento dei processi	0%
	Monitoraggio attività di sala operatoria	58%
	PAC e PDTA erogate per pazienti arrivati dal PS	0%
	Programmazione interventi chirurgici	0%
	Riduzione del sovraffollamento in PS	75%
	Riesame dei Processi	100%
	Rispetto percorso di elezione	91%
	Supporto attività CVS	90%
	Tempestività chiusura cartelle cliniche	100%
	Trasparenza liste attese	75%
	Ottimizzazione / miglioramento percorsi e servizi area emergenza	100%
	Riduzione / mantenimento livelli degenza preoperatoria	94%
	Totale	87%

% COMPLESSIVA DI RAGGIUNGIMENTO	83%
--	------------

Nella tabella seguente, l'elenco delle UU.OO. di Area amministrativa e Sanitaria non clinica con la relativa percentuale di raggiungimento.

STRUTTURA	% RAGGIUNGIMENTO
U.O.C. Acquisizione Forniture, Servizi e Lavori	98
U.O.C. Risorse Economiche e Finanziarie	98
Direzione Generale - Area Professioni Sanitarie e Sociali e Comfort Ospedaliero	96
U.O.S.D. Operations Management	95
U.O.C. Progettazione, Sviluppo e Gestione del Patrimonio	95
U.O.C. Farmacia	95
U.O.S.D. Accoglienza, Tutela e Partecipazione	92
U.O.C. Affari Generali	90
U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	90
Direzione Generale - Coordinamento tecnico della gestione dei contratti	89
Direzione Generale - Sistemi Informativi	88
Programma Aziendale Servizio di Ingegneria Medica	88
U.O.S.D. Medicina Legale	85
U.O.S.D. Attività Libero Professionale Intramoenia	85
TOTALE COMPLESSIVO	92%

Di seguito, l'elenco degli obiettivi assegnati alle UU.OO. di Area amministrativa e sanitaria non clinica con la relativa percentuale di raggiungimento.

OBIETTIVI	% RISULTATO RAGGIUNTO
A. Rispetto Tempistica Sistema di misurazione e valutazione della performance e dei risultati (del personale dirigente).	100%
A. Rispetto Tempistica Sistema di misurazione e valutazione della performance e dei risultati del personale di comparto afferente.	100%
Adeguamento sistema di verifica del corretto utilizzo dei benefici legati alla L. 104.	100%
Adeguamento sistema di verifica del rispetto del debito orario per personale di comparto e specialisti ambulatoriali.	100%
Adempimenti previsti dalla normativa sulla Anticorruzione e Trasparenza secondo le tempistiche ivi previste.	100%
Adempimenti previsti dalla normativa sulla Privacy secondo le tempistiche ivi previste.	100%
Adempimenti previsti dalla normativa sulla Privacy secondo le tempistiche ivi previste.	100%
Aggiornamento dell'inventario fisico degli hardwares al fine dell'allineamento con il libro cespiti (per beni di proprietà del PTV) e con le altre scritture contabili (conti d'ordine per beni non di proprietà del PTV, UTV ed altri enti per noleggio/services)	100%
Aggiornamento dell'inventario fisico dei beni mobili non sanitari al fine dell'allineamento con il libro cespiti (per beni di proprietà del PTV) e con le altre scritture contabili (conti d'ordine per beni non di proprietà del PTV, UTV ed altri enti per noleggio/services)	100%
Aggiornamento dell'inventario fisico dei beni mobili sanitari di competenza dell'area Conmfort Ospedaliero (non afferenti alla Farmacia e al SIM), al fine dell'allineamento con il libro cespiti (per beni di proprietà del PTV) e con le altre scritture contabili (conti d'ordine per beni non di proprietà del PTV, UTV ed altri enti per noleggio/services)	50%
Aggiornamento dell'inventario fisico dei beni mobili sanitari elettromedicali, al fine dell'allineamento con il libro cespiti (per beni di proprietà del PTV) e con le altre scritture contabili (conti d'ordine per beni non di proprietà del PTV, UTV ed altri enti per noleggio/services)	0%
Analisi mensile relativa alla gestione dei reclami/suggerimenti/encomi, in collaborazione con rischio clinico e direzione sanitaria, attraverso riunioni frontali e proposte di miglioramento e attivazione di azioni di miglioramento da collegare al project office.	100%
Attendibilità flussi informativi farmaceutica.	100%

Attivazione funzione "Internal Audit"	100%
Avvio ALPI interna "Radiologia" per personale universitario, SNN e convenzionato	100%
Avvio delle procedure di gara ed indizione, almeno 6 mesi prima della scadenza, del precedente affidamento (obiettivo legato alle Strutture che devono trasmettere il Capitolato).	100%
Avvio percorso di razionalizzazione sale di Radiologia Interventistica.	50%
B. Rispetto Tempistica Sistema di misurazione e valutazione della performance e dei risultati (del personale dirigente).	100%
B. Rispetto Tempistica Sistema di misurazione e valutazione della performance e dei risultati del personale di comparto afferente.	100%
Carta dei Servizi 2019 - aggiornamento (DG - C7).	100%
Collaborazione con il Risk manager per l'individuazione di linee preventive dei rischi clinici partendo dall'analisi dei risarcimenti richiesti.	100%
Completamento adozione incarichi alla luce del nuovo atto aziendale del personale di comparto.	100%
Completamento degli armadietti virtuali di reparto per i dispositivi medici e per la Terapia Intensiva.	100%
Completamento della documentazione per la Segnalazione Certificata di Inizio Attività e Antincendio per la parte di competenza.	100%
Controllo periodico "pulizia" pazienti in lista d'attesa.	100%
Coordinamento e supporto dei RUP e DEC per la corretta gestione di tutti i contratti/convenzioni appalto/concessioni forniture, servizi e lavori di rispettivo riferimento, ferme restando le competenze agli stessi ascritte dalla normativa.	83%
Coordinamento gruppo di lavoro a supporto delle procedure HTA.	100%
Definizione conclusiva dei capitolati/documentazione tecnica, in diretto raccordo con il dirigente responsabile della funzione di coordinamento tecnico della gestione dei contratti, relativamente ai lavori e ai servizi e/o forniture di competenza della Farmacia.	50%
Definizione conclusiva dei capitolati/documentazione tecnica, in diretto raccordo con il dirigente responsabile della funzione di coordinamento tecnico della gestione dei contratti, relativamente ai lavori e ai servizi e/o forniture di competenza dell'area Comfort Ospedaliero.	100%
Definizione conclusiva dei capitolati/documentazione tecnica, in diretto raccordo con il dirigente responsabile della funzione di coordinamento tecnico della gestione dei contratti, relativamente ai lavori e ai servizi e/o forniture di competenza dell'area Progettazione, Sviluppo e Gestione del Patrimonio.	100%
Definizione conclusiva dei capitolati/documentazione tecnica, in diretto raccordo con il dirigente responsabile della funzione di coordinamento tecnico della gestione dei contratti, relativamente ai lavori e ai servizi e/o forniture di competenza dell'area Servizi Informatici.	100%
Definizione conclusiva dei capitolati/documentazione tecnica, in diretto raccordo con il dirigente responsabile della funzione di coordinamento tecnico della gestione dei contratti, relativamente ai servizi e/o forniture di competenza dell'Area Elettromedicali.	100%
Definizione, gestione e monitoraggio delle procedure per la riscossione delle somme relative alle attività non regolarmente incassate (codici bianchi giorni festivi, prestazioni prenotate e non disdette, preospedalizzazione non seguita da ricovero ecc.).	100%
Efficientamento del processo di manutenzione delle attrezzature elettromedicali.	100%
Elaborazione del conclusivo parere medico legale sulle richieste risarcitorie da malpractice entro 60 giorni decorrenti dalla conclusione della fase istruttoria, come da Regolamento del CVS approvato con DDG 287/2016: a) per i sinistri in SIR, all'esito della visita medico legale del danneggiato; b) per i sinistri denunciati alla Compagnia, dalla disamina della documentazione clinica.	100%
Elaborazione reportistica semestrale: A. Monitoraggio a campione dell'igiene ambientale e degli elettromedicali; B. Monitoraggio a campione del servizio pulizie e dello smaltimento dei rifiuti.	100%
Erogazione consulenze wound care, stoma care e PICC entro 24 ore.	100%
Formalizzazione deleghe di cui all'art 16 dell'Atto Aziendale.	100%
Formazione ai Dirigenti per assegnazione/monitoraggio obiettivi di Comparto.	100%
Gestione dello scadenario degli appalti di lavori di servizi e forniture.	100%
Implementazione azioni, con responsabile BO, Radiologia e Odontoiatria, per normalizzare i tempi del fermo-macchina in caso di rotture, anche tramite l'implementazione della individuazione dei "referenti" di reparto per la tempestiva segnalazione delle criticità e soluzione guasto anche ai fini delle penali di contratto.	100%
Implementazione contabilità separata relativa a tutte le tipologie di ALPI.	100%
Implementazione procedure per il buon uso e la responsabilizzazione all'utilizzo delle attrezzature e organizzazione incontri clinici di formazione a tutti gli utilizzatori specializzando compresi, a cura delle ditte, per evitare usi impropri, per tutte le categorie di attrezzature ad uso complesso e che si deteriorano di più (colonne laparo, apparecchi di anestesia, endoscopi, gastroscopi, broncoscopi ecc).	100%

Incontri periodici con unità operative chirurgiche e servizi coinvolti nel percorso chirurgico, con approfondimenti si appropriatezza, long, week e day surgery.	100%
Individuazione, in collaborazione con la Direzione Sanitaria, degli esercenti la professione sanitaria cui inoltrare le comunicazioni di cui all'art. 13 legge 24/17.	100%
Inserimento dati nel sistema informatico sale operatorie.	100%
Integrazione software Gipse-Order entry per registrazione consulenze erogate in PS.	30%
Messa a regime di un flusso informativo mensile da inviare a "CdR" e "CdG" con l'indicazione dei DM altospendenti e in Conto deposito per singolo paziente utilizzati in sala operatoria.	0%
Messa a regime di un sistema informatico per la Registrazione/refertazione degli esami istologici.	100%
Messa a regime sistema delle determinazioni dirigenziali.	100%
Monitoraggio andamento bilancio rispetto all'anno 2019.	100%
Monitoraggio andamento tempi liquidazione fatture attraverso incontri mensili con i RUP e i DEC.	80%
Monitoraggio del processo di razionalizzazione del percorso chirurgico (preospedalizzazione e blocchi operatori).	100%
Ottimizzazione tempi allestimento sala operatoria	100%
PAC - Assicurare lo sviluppo del Piano Attuativo per la certificazione del Bilancio del PTV secondo le tempistiche e linee guida della Regione Lazio.	100%
Partecipazione in qualità di Consulente Tecnico di Parte per PTV nel contenzioso da malpractice, eventualmente delegando, in caso di impossibilità oggettiva, altra unità di personale docente afferente alla UOSD Medicina Legale.	100%
Partecipazione proattiva dell'area project office coordinato dal risk management.	100%
Predisposizione timing interventi manutenzione urgenti, comprensivi degli eventuali tempi e modalità di progettazione entro aprile 2019 e timing per utilizzo fondi in c.c. entro aprile 2019.	100%
Progressioni verticali personale di comparto.	100%
Promozione di iniziative inerenti la donazione del sangue in collaborazione con la UOSD Medicina Trasfusionale	100%
Proposta alla regione di allineamento a 38 ore delle branche di discipline carenti e/o che già svolgono plus orario.	0%
Proposta regolamento Medici Specializzandi in collaborazione con D.S.	0%
Proposta regolamento sperimentazioni cliniche.	100%
Proposta regolamento sponsorizzazioni.	0%
Pubblicazione e aggiornamento delle informazioni, dei dati e degli atti secondo le prescrizioni del D.LGS. N. 33 del 14/03/2013 relative alla Trasparenza.	100%
Raccordo diretto con l'area degli elettromedicali in sede di definizione conclusiva dei capitolati/documentazione tecnica relativamente ai servizi e/o forniture di competenza dell'Area Elettromedicali	100%
Raccordo tra PS, OBI, Radiologia e Reparti per percorsi di facilitazione dei trasferimenti dei pazienti da e per i Reparti	100%
Razionalizzazione degli spazi interni della Torre 9, al fine di favorire la migliore allocazione dei percorsi clinici e della logistica a seguito di riunione con i capi Dipartimento entro maggio 2019.	100%
Revisione fondi Dirigenza Sanitaria alla luce del nuovo atto Aziendale. Costituzione fondi Dirigenza Medica.	100%
Ricognizione normativa, monitoraggio ed applicazione del sistema tariffario ambulatoriale per i profili amministrativi in raccordo con la DS.	70%
Ricognizione personale fuori turno ed utilizzo.	100%
Riesame dei Processi amministrativi.	93%
Risoluzione problematiche Hardware e software in aree critiche (Blocchi operatori, PS, CUP) entro 1 giorno lavorativo.	100%
Rispetto Budget dispositivi specialistici.	100%
Rispetto Budget prodotti farmaceutici ed emoderivati.	100%
Rispetto dei tempi di liquidazione delle fatture.	69%
Rispetto dei volumi di attività istituzione e attività ALPI in tutte le sue forme.	100%
Rispetto Tempistica Sistema di misurazione e valutazione della performance e dei risultati (del personale di comparto afferente).	100%
Rispetto Tempistica Sistema di misurazione e valutazione della performance e dei risultati (del personale dirigente).	100%
Rispetto Tempistica Sistema di misurazione e valutazione della performance e dei risultati del personale di comparto afferente.	100%
Sensibilizzazione degli operatori all'igiene delle mani come misura di prevenzione delle infezioni ospedaliere.	100%
Supporto alle attività della Cabina di Regia	100%

Supporto informatico per avvio nuovo SIO	100%
Tempestività degli invii dei flussi informativi "Ordini" e "Contratti" definiti dalla Regione Lazio e dai Ministeri vigilanti.	100%
Tempestività degli invii dei flussi informativi di competenza definiti dalla Regione e dai Ministeri vigilanti.	100%
Tempestività nel collaudo di apparecchiature oggetto di acquisizioni.	100%
Verifica percorsi ausiliari/oss ai fini della predisposizione della dotazione organica degli OSS e di un eventuale capitolato di somministrazione per gli ausiliari, con adozione di percorsi innovativi per la razionalizzazione delle attività.	100%
Verifica percorsi di sterilizzazione, anche in raccordo con la Cabina di Regia, finalizzata alla predisposizione del nuovo capitolato.	100%
Totale complessivo	92%

5. IL PROCESSO DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE

Il processo di misurazione della performance così come previsto nel Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance in vigore per l'anno 2019 si articola nelle seguenti fasi:

- a) Assegnazione degli obiettivi e compilazione delle relative schede;
- b) Monitoraggio della performance;
- c) Verifica e redazione delle schede di valutazione.

L'assegnazione degli obiettivi costituisce il risultato dell'attività di programmazione definita nell'ambito del Piano della Performance. Entro trenta giorni dall'adozione del medesimo Piano la Direzione aziendale procede all'assegnazione degli obiettivi ivi individuati ai Direttori dei Dipartimenti, delle UOC, ai Responsabili delle UOSD e ai titolari di Programma A al termine dell'attività di contrattazione del budget con la quale vengono assegnate a ciascun CdR le risorse umane, finanziarie e strumentali funzionali a perseguire i medesimi obiettivi.

I direttori di Dipartimento e i Direttori di UOC, i responsabili di UOSD e i titolari di programmi equiparati a UOC condividono con i dirigenti non apicali (UOS e Professional) ed il personale del comparto appartenente alla propria struttura gli obiettivi, i connessi indicatori e i risultati attesi che saranno utilizzati per la misurazione della performance organizzativa della struttura e procedono alla relativa assegnazione entro sessanta giorni dalla sottoscrizione delle rispettive Schede obiettivo.

La fase di assegnazione degli obiettivi si concretizza con la compilazione dell'apposita sezione contenuta nella Scheda obiettivi.

Entro i termini sopradetti devono essere compilate le schede di valutazione concernenti l'assegnazione degli obiettivi individuali, sottoscritte dal valutato per presa visione.

La Direzione Aziendale, i Direttori Dipartimento, i Direttori di U.O.C. i Responsabili di UOSD e i titolari di programmi A effettuano il monitoraggio costante dell'andamento delle unità operative, anche attraverso le informazioni fornite dal sistema di reporting aziendale, al fine di attivare le azioni finalizzate al miglioramento della performance.

La valutazione della performance organizzativa e individuale avviene annualmente entro il mese di marzo dell'anno successivo a quello di assegnazione degli obiettivi, attraverso la compilazione, da parte dei soggetti valutatori dei campi dedicati alla valutazione contenuti nelle schede.

Al termine del processo la Struttura Tecnica permanente provvederà alla trasmissione delle schede e della relativa documentazione all'OIV al fine della verifica della correttezza dei processi di valutazione.

Inoltre il sistema consente di stilare una graduatoria delle performance organizzativa e individuali, distinta per i dirigenti e per i dipendenti, per l'attribuzione selettiva del premio annuale incentivante.

L'OIV ha il compito di verificare che le graduatorie derivanti dalle valutazioni espresse dai valutatori nei termini suindicati rispondano effettivamente a quanto stabilito dalla normativa di riferimento. A tal fine l'OIV redige una relazione ed esprime un parere di congruità. Successivamente a tale parere, l'Amministrazione procede all'assegnazione degli incentivi economici e di carriera.

6. LE CRITICITA' E LE OPPORTUNITA'

Il PTV è impegnato a promuovere un miglioramento continuo del ciclo di gestione della performance.

In particolare alcune possibili azioni di miglioramento sono le seguenti:

- Realizzare una piena integrazione tra il Piano della performance e la pianificazione economico-finanziaria e di bilancio;
- Il coinvolgimento degli stakeholder. Sicuramente tale processo deve essere reso più ampio e sistematico.

La direzione aziendale, direttori di Dipartimento, i Direttori di UOC e Responsabili di UOSD e i titolari di programmi, effettuano il monitoraggio costante dell'andamento delle unità operative, anche attraverso le informazioni fornite dal sistema di reporting aziendale, al fine di attivare le azioni finalizzate al miglioramento della performance.