



RELAZIONE
SULLA
PERFORMANCE
ANNO 2017

Elenco delle modifiche

Versione	Data	Paragrafi modificati	Note
2018	18/07/2018	TUTTI	

	Funzione	Data
Redatto	UOC Gestione sviluppo risorse umane UOC Controllo direzionale	18/07/2018
Verificato	Direttore Sanitario	23/07/2018
Verificato	Direttore Amministrativo	23/07/2018
Verificato	Direttore Generale	23/07/2018
Approvato	Consiglio di Amministrazione	01/08/2018

Sommario

1. FINALITA' E PRINCIPI GENERALI DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE	4
2. SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI STAKEHOLDER ESTERNI	5
2.1. Evoluzione degli assetti istituzionali del PTV.....	9
2.2. Il contesto esterno di riferimento.....	17
<i>Analisi del contesto e considerazioni generali</i>	17
<i>Il problema dell'invecchiamento della popolazione</i>	17
2.3. L' amministrazione.....	19
<i>L'organico in servizio</i>	20
<i>Il clima organizzativo</i>	22
<i>I risultati raggiunti</i>	24
3. OBIETTIVI: RISULTATI RAGGIUNTI E SCOSTAMENTI	28
3.1. Albero della performance.....	28
<i>Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio</i>	30
<i>Il controllo direzionale</i>	31
3.2. Obiettivi strategici e piani operativi.....	32
3.3. Obiettivi individuali di comparto.....	33
4. RISORSE, EFFICIENZA ED ECONOMICITÀ	35
5. IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE	36
5.1. Fasi, soggetti, tempi e responsabilità.....	36
5.2. Punti di forza e di debolezza del ciclo di gestione della performance.....	37
<i>Monitoraggio indicatori P.RE.VAL.E.: OUTCOME CLINICI</i>	38
<i>Certificazione UNI EN ISO 9001:2008</i>	39

1. FINALITA' E PRINCIPI GENERALI DELLA RELAZIONE 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 conseguiti.

La presente relazione è stata redatta in conformità alle Delibere definite della Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche (CiVIT), relative alla struttura e alla modalità di redazione della Relazione sulla performance.

Sulla base delle linee guida della CiVIT, la Relazione è stata strutturata in modo da evidenziare nella prima parte 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. Nella seconda parte si dà conto in dettaglio dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi strategici e gestionali programmati su

performance e trasparenza e sul grado di differenziazione dei giudizi nella valutazione degli obiettivi individuali. La Relazione si conclude quindi con la descrizione del processo di redazione del presente documento.

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

Con decreto del Commissario ad Acta del 30 gennaio 2018, n. U00029 è stato approvato l'Atto Aziendale della Fondazione PTV adottato dal Consiglio di Amministrazione con delibera del 25/01/2018, preso atto dell'acquisizione dell'intesa con il Rettore dell'Università.

Con riguardo alla complessa evoluzione della natura giuridica dell'attuale Fondazione di diritto privato Policlinico Tor Vergata - che, ai soli effetti della titolarità dei rapporti di lavoro del personale di Comparto Universitario e dei rapporti convenzionali di cui all'ACN della medicina specialistica ambulatoriale - mantiene altresì, allo stato, la qualifica di Azienda ospedaliero-universitaria - e con riferimento alla prospettiva di trasformazione della stessa Fondazione verso la conclusiva configurazione di Fondazione di diritto pubblico IRCCS, così come declinata e temporizzata nel Protocollo d'intesa, si riporta di seguito la principale normativa di legge, unitamente alla correlata decretazione ministeriale, regionale e universitaria di applicazione, costituente il quadro di riferimento. Detto quadro di riferimento normativo, con riguardo alla speciale posizione istituzionale del PTV e agli sviluppi istituzionali pianificati nel suddetto Protocollo d'intesa, è di particolare complessità, in quanto costituito - oltre che dalla normativa generale, statale e regionale, in materia di *organizzazione delle aziende sanitarie* applicabile in via diretta o in quanto compatibile ai policlinici universitari - anche dalla speciale normativa relativa alla organizzazione delle *aziende universitario-ospedaliere*, da coordinare ulteriormente, nel caso del PTV, con la disciplina statale e regionale, in materia, di ente del Servizio Sanitario Nazionale.

Al riguardo con riferimento alla principale disciplina di rango legislativo e ai più rilevanti atti di relativa applicazione - ferme restando le ulteriori leggi nazionali e regionali di settore e i Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro non specificamente citate in questa sede - si richiamano:

- ✓ D. Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii., con riguardo, in via generale, agli assetti istituzionali e organizzativi delle aziende sanitarie del Servizio Sanitario Nazionale, in quanto applicabili alle aziende universitarie, nonché con particolare riferimento alla disciplina di cui all'articolo 6 in

materia di *“Rapporti tra Servizio sanitario nazionale ed Università”* e alla disciplina statale in materia sperimentazione gestionale di cui all’articolo 9-bis *“Sperimentazioni gestionali”*

- ✓ L.R. n. 18/1994 recante *“Disposizioni per il riordino del servizio sanitario regionale ai sensi del D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni. Istituzione delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere”* e ss.mm.ii., con particolare riguardo, da ultimo, alle modifiche di cui alla L.R. 7/2014 recante *“Misure finalizzate al miglioramento della funzionalità della Regione: Disposizioni di razionalizzazione e di semplificazione dell’ordinamento regionale nonché interventi per lo sviluppo e la competitività dei territori e a sostegno delle famiglie”*;
- ✓ D. Lgs. n. 517/1999 e ss.mm.ii., recante *“Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell’articolo 6 della L. 30 novembre 1998, n. 419”*, in esecuzione del quale è stato emanato il D.P.C.M. 24 maggio 2001 recante *“Linee guida concernenti i protocolli di intesa da stipulare tra regioni e università per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università nel quadro della programmazione nazionale e regionale ai sensi dell’art. 1, comma 2, del D. Lgs. 21 dicembre 1999, n. 517. Intesa, ai sensi dell’art. 8 della L. 15 marzo 1997, n. 59”*, di estremo rilievo in quanto integrativo delle linee-guida regionali in materia di Indirizzo per l’adozione dell’atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio;
- ✓ D. Lgs. n. 368/1999 e ss.mm.ii. così come successivamente attuato sia con riguardo agli ordinamenti didattici delle Scuole di Specializzazione di area sanitaria, definiti, da ultimo, con D.M. 4 febbraio 2015 e successive modificazioni e integrazioni, (*“Riordino delle scuole di specializzazione di area sanitaria”*), sia con riguardo all’organizzazione della rete formativa afferente dette Scuole di Specializzazione di Area Sanitaria disciplinata, da ultimo, con Decreto interministeriale n. 402 del 13/6/2017 e relativi allegati, recante *“gli standard, i requisiti e gli indicatori di attività formativa e assistenziale delle Scuole di specializzazione di area sanitaria”*;
- ✓ D. Lgs n. 288/2003 e ss.mm.ii., recante *“Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, a norma dell’articolo 42, comma 1, della L. 16 gennaio 2003, n. 3”*, con particolare riguardo all’articolo 13 in materia di istituzione di nuovi istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, così come attuato e declinato con D.M. 14-3-2013 e ss.mm.ii. recante *“Documentazione necessaria per il riconoscimento degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico”*;
- ✓ L.R. n. 26/2007, con riguardo all’articolo 42 (*Norme relative alle aziende integrate ospedaliero-universitarie*) - così come successivamente modificato dal combinato disposto dell’articolo 6, comma 5, L.R. n. 6/2011 e dell’articolo 1, comma 126, L.R. n. 12/2011 - specificamente dedicato,

ai sensi dei commi 3, 4 e 5, alla *sperimentazione gestionale* concernente la fondazione "*Policlinico Tor Vergata*"

- ✓ L. n. 240/2010 recante "*Norme in materia di organizzazione delle università, di personale accademico e reclutamento, nonché delega al Governo per incentivare la qualità e l'efficienza del sistema universitario*", con particolare riferimento all'articolo 6 comma 13 nonché ai successivi, correlati atti di indirizzo, ancora, allo stato, in via di definizione;
- ✓ L.R. n. 6/2011, con particolare riguardo al citato articolo 6 ("*Promozione della costituzione dell'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) di Tor Vergata*"), così come modificato dal parimenti citato articolo 1, comma 126, L.R. n. 12/2011
- ✓ D.L. n. 95/2012 recante "*Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini*", convertito con modificazioni dalla L. 135/2012, con particolare riferimento all'articolo 15 in materia di "*Disposizioni urgenti per l'equilibrio del settore sanitario e misure di governo della spesa farmaceutica*";
- ✓ D.L. n. 158/2012 recante "*Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute*" convertito con modificazioni dall'art. 1, comma 1, L. 8 novembre 2012, n. 189;
- ✓ Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della L. 131/2003, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 10 luglio 2014 concernente il nuovo "*Patto per la Salute per gli anni 2014 – 2016*";
- ✓ D.M. 2 aprile 2015, n. 70 recante "*Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*";
- ✓ L. n. 208/2015 e ss.mm.ii. recante "*Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)*" ed in particolare il comma 528 - applicabile anche alle aziende ospedaliere universitarie (AOU), agli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici (IRCCS) o gli altri enti pubblici che erogano prestazioni di ricovero e cura - in materia di piani di rientro aziendali tesi al raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario e patrimoniale e al miglioramento della qualità delle cure o all'adeguamento dell'offerta, così come poi declinato dal D.M. 21-6-2016 recante "*Piani di cui all'articolo 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, per le aziende ospedaliere (AO), le aziende ospedaliere universitarie (AOU), gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici (IRCCS) o gli altri enti pubblici*";
- D.P.C.M. 12 gennaio 2017, recante "*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*";

Con riferimento ai principali atti regionali e/o atti d'intesa tra Università e Regione inseriti nella suddetta complessiva cornice normativa di riferimento e direttamente rilevanti ai fini della definizione del presente atto, si richiamano, altresì, qui di seguito, tra gli altri e più recenti:

- ✓ DCA n. U00247 del 25 luglio 2014, recante l'adozione della nuova edizione dei “*Programmi Operativi 2013/2015*”, unitamente alla successiva decretazione commissariale di applicazione;
- ✓ DCA n. U00052 del 22 febbraio 2017 - e successive modifiche e integrazioni di cui, da ultimo, al DCA n. 412 del 14 settembre 2017 - avente ad oggetto l'Adozione del *Programma operativo 2016/2018*”;
- ✓ DCA n. U00412 del 26 novembre 2014 - e successive modificazioni riportate nel DCA U00214 del 15 giugno 2016 - contenente, a rettifica del precedente DCA 368/2014, la riorganizzazione della rete ospedaliera della Regione Lazio, così come, da ultimo, ulteriormente implementato ed integrato, anche in applicazione del citato DM 2 aprile 2015, n. 70, dai DD.CC.AA. n. U00257 del 05 luglio 2017 e n. U00291 del 18 luglio 2017, con particolare riguardo alla definizione del numero e della tipologia dei posti letto e delle relative discipline afferenti il Policlinico Tor Vergata nonché alla collocazione e ruolo dello stesso Policlinico nell'ambito delle reti assistenziali regionali, con specifico riferimento alle reti assistenziali tempo-dipendenti, così come programmate dai vari provvedimenti regionali emanati successivamente al citato DCA n. U00412 del 26 novembre 2014;
- ✓ DCA n. U00413 del 15/09/2017 di recepimento in ambito regionale del citato DPCM 12.01.2017 di Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza;
- ✓ DCA n. 00223 del 16 giugno 2017 con il quale sono stati approvati i piani di rientro aziendali triennali delle sei aziende ospedaliere regionali individuate con DCA 273/2016, tra cui dello del Policlinico di Tor Vergata adottato con DDG 228/2017, in applicazione dei commi 525 e ss. della citata L. 208/2015 in materia di piani di rientro aziendali tesi al raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario e patrimoniale e al miglioramento della qualità delle cure o all'adeguamento dell'offerta, così come poi declinati dal D.M. 21-6-2016 recante “*Piani di cui all'articolo 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, per le aziende ospedaliere (AO), le aziende ospedaliere universitarie (AOU), gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici (IRCCS) o gli altri enti pubblici*”;
- ✓ DCA n. 259/2014 e ss.mm.ii, recante l' “*Approvazione dell'Atto di Indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio*”, applicabile anche, ai sensi del relativo punto 2 (“*AMBITO DI APPLICAZIONE E DESTINATARI*”), al Policlinico Tor Vergata, sede della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Roma “*Tor Vergata*” al PTV, “*direttamente o per analogia e compatibilmente con le specifiche discipline*

- dettate dalle fonti di riferimento*”, fonti che, si ripete, sono attualmente rinvenibili - oltre che, per la parte propriamente “organizzativa”, nella suddetta normativa di cui al D. Lgs. n. 517/1999, al D.P.C.M. 24 maggio 2001 e alla L. 240/2010 - anche, con riguardo, in particolare, agli assetti propriamente “istituzionali”, nella speciale normativa di cui alla L.R. n. 6/2011 e ss.mm.ii. e all’ivi richiamato D. Lgs. n. 288/2003, così come poi declinato e temporizzato (vedi *infra*) dal successivo Protocollo d’intesa tra Regione Lazio e Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”;
- ✓ e, segnatamente, il DCA n. U00208 del 6 giugno 2017, pubblicato sul BURL del 20 giugno 2017, con il quale si prende atto del Protocollo d’intesa tra Regione Lazio e Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”, stipulato in data 23 maggio 2017, che disciplina i rapporti convenzionali tra i suddetti enti;
 - ✓ il DCA n. U00501 del 27 novembre 2017 con il quale si prende atto del Protocollo d’intesa tra Regione Lazio e Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”, stipulato in data 24 novembre 2017.

2.1. Evoluzione degli assetti istituzionali del PTV.

Ai sensi dell’art. 4, comma 5° del D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. - che definiva i Policlinici universitari come “*aziende dell’università dotate di autonomia organizzativa, gestionale, patrimoniale e contabile*” - con Decreto Rettorale n. 2297 del 15 ottobre 1998 è stata costituita “*l’Azienda Autonoma dell’Università degli Studi di Roma Tor Vergata denominata Policlinico Tor Vergata*”.

Il successivo D. Lgs. n. 517 del 21 dicembre 1999 (“*Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell’articolo 6 della L. 30 novembre 1998, n. 419*”) ha dettato un nuovo assetto dei rapporti tra il Servizio Sanitario Nazionale e le Università, prevedendo che ogni collaborazione tra gli stessi dovesse svolgersi attraverso Aziende Ospedaliero-Universitarie aventi autonoma personalità giuridica.

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 2 del 4 agosto 2000 è stata disposta l’attivazione, a far data dall’8.8.2000, “*dell’Azienda ospedaliera universitaria Policlinico Tor Vergata di cui all’articolo 2, comma 2, lettera a) del comma 2 del D. Lgs. 517/1999 già istituita con provvedimento del Rettore n. 2297 del 15 ottobre 1998*”, disponendo nel contempo che, dalla medesima data, tale Azienda “*acquisisce la capacità giuridica di assumere obbligazione attive e passive nei confronti di terzi*”.

Con DGR 2540 del 12.12.2000 la Regione Lazio “prende atto, nelle more della definizione del complessivo protocollo d’ intesa, del programma relativo all’avvio dell’attività assistenziale dell’Azienda ospedaliera universitaria Policlinico Tor Vergata”.

Successivamente, Regione e Università hanno avviato il percorso per attivare una “*sperimentazione gestionale*”, consistente nella costituzione dell’attuale Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata, prevedendo la stipula di apposito Protocollo d’intesa *ex art.* 1 del D. Lgs. n. 517/1999, previamente approvato con Deliberazione del Consiglio regionale 16 febbraio 2005, n. 193 e con deliberazioni del Consiglio di amministrazione dell’Università di Tor Vergata del 23 novembre 2004 e del 9 dicembre 2004.

In tale prospettiva, in data 11 marzo 2005, l’Università e la Fondazione hanno stipulato, in forma notarile, l’atto costitutivo della Fondazione PTV, allegandovi lo statuto così come approvato dalla citata deliberazione del Consiglio regionale 16 febbraio 2005, n. 193, e, in data 18 giugno 2005, hanno infine stipulato il citato Protocollo d’intesa conformemente alla suddetta deliberazione del Consiglio regionale 16 febbraio 2005, n. 193.

In particolare, il Protocollo d’intesa ha delineato i caratteri generali dell’attuale Fondazione PTV, destinata a subentrare gradualmente nelle attività sanitarie svolte dall’Azienda ed avente ad oggetto la realizzazione di un modello istituzionale ed organizzativo delle aziende ospedaliere universitarie e la gestione sperimentale integrata delle attività sanitarie, di didattica applicata e di ricerca facenti capo al Policlinico (art. 6, comma 2, del Protocollo d’intesa).

In realtà, la Fondazione non è entrata in immediata operatività (vedi *infra*: articolo 42 della Legge regionale n. 26 del 28 dicembre 2007 e successivo, nuovo atto notarile e iscrizione al registro delle persone giuridiche private effettuata solo nel 2008) e, nel frattempo, alla luce del nuovo CCNQ 2002/2005 e del conseguente CCNL Comparto Università 2002/2005, il personale dipendente dell’AOU Policlinico Tor Vergata, in origine afferente al Comparto Sanità e già reclutato tramite procedure concorsuali pubbliche da parte dell’AOU, è stato collocato nelle fasce AOU di cui all’art. 28 del CCNL Comparto Università, anche a seguito di provvedimenti giurisdizionali da parte del Giudice del Lavoro del 31.5.2006 e del 20.11.2006, con conseguente applicazione degli istituti giuridici del Comparto Università e conservazione a carico dello stesso PTV del relativo trattamento economico complessivo e correlati oneri economici, già integralmente a carico dello stesso PTV in ragione dell’originaria assunzione di detto personale con Comparto Sanità.

Il legislatore regionale è intervenuto nuovamente nella materia dell’integrazione tra attività ospedaliera e attività universitaria con il citato articolo 42 della Legge regionale 28 dicembre 2007, n. 26 confermando, in particolare, il processo di sperimentazione riguardante il Policlinico Tor Vergata.

Sulla base di tale previsione normativa regionale, con atto notarile del 18 febbraio 2008, la Regione e l'Università, in qualità di Soci della Fondazione, hanno quindi modificato la Fondazione PTV ed adottato un nuovo statuto, in adeguamento alla suddetta disposizione di Legge regionale, nominando contestualmente i nuovi membri del Consiglio di amministrazione e i nuovi membri del Collegio dei Revisori.

Con deliberazione n. 6 del 30 giugno 2008, il Consiglio di amministrazione della Fondazione, preso atto dell'avvenuta attribuzione della personalità giuridica di diritto privato in capo alla Fondazione, ha dato esecuzione alla presa in consegna a titolo di comodato d'uso gratuito del complesso dei beni materiali e immateriali costituenti il Policlinico, divenendo in tal modo pienamente operativa.

Con riferimento alle residue competenze dell'AOU PTV, con ulteriore delibera n. 10 del 30 giugno 2008, il Consiglio di amministrazione della Fondazione, nel dare atto del trasferimento in capo alla Fondazione di tutti i rapporti attivi e passivi già in capo all'Azienda, ha previsto che le seguenti categorie di rapporti giuridici restassero in capo all'AOU:

- personale dipendente dell'AOU al 30.6.2008 - unitamente al personale assunto successivamente al 30.6.2008 in esito a procedure già deliberate dall'AOU alla suddetta data - contrattualmente regolato così come sopra riportato
- prestatori d'opera in regime libero-professionale ricondotti all'ACN della medicina specialistica ambulatoriale interna.

Con la deliberazione del Direttore generale n. 2 del 1° agosto 2008, è stato, quindi, adottato *“l'Atto di organizzazione e funzionamento della Fondazione PTV”*, in ossequio alla deliberazione n. 12 assunta il 31 luglio 2008 dal Consiglio di amministrazione ed avente ad oggetto i criteri per l'adozione dell'Atto stesso.

Con successivo atto notarile del 5 febbraio 2009, lo Statuto è stato nuovamente modificato nel senso di prevedere la figura del Vicepresidente del Consiglio di amministrazione con poteri vicari del Presidente.

Dal punto di vista giuridico-organizzativo, la Fondazione PTV ha la forma giuridica di una “fondazione di partecipazione” regolata in primo luogo dalle disposizioni del codice civile, senza scopo di lucro, i cui enti partecipanti nonché soci fondatori sono la Regione Lazio e l'Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”.

In coerenza con l'atto costitutivo e lo statuto, e con riguardo agli assetti propriamente istituzionali, la Fondazione, è dotata di personalità giuridica e piena autonomia imprenditoriale, finanziaria, organizzativa e gestionale per il raggiungimento delle finalità istituzionali e della *mission* aziendale. La Fondazione è lo strumento individuato da Regione ed Università per garantire il diretto

e costante coinvolgimento delle rispettive rappresentanze istituzionali nella gestione integrata delle funzioni di assistenza (comprese le attività di eccellenza previste dalla programmazione regionale), di didattica e di ricerca, necessarie e funzionali allo sviluppo delle attività della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università ed al perseguimento degli obiettivi di politica sanitaria regionale.

La Fondazione PTV ha natura meramente formale privatistica ma deve ritenersi annoverabile a pieno titolo tra gli Enti che godono di uno *status* giuridico materiale di diritto pubblico, definibile, secondo la nozione comunitaria e interna, quale *organismo di diritto pubblico*, sulla base dei seguenti fattori:

- la natura pubblica dei soci fondatori (Regione e Università);
- la *prestazione di servizi aventi natura pubblica*, coincidenti con la *gestione delle attività sanitarie facenti capo al Policlinico Tor Vergata*, precedentemente prestate dall'Azienda PTV;
- la soddisfazione di *esigenze di interesse generale, aventi carattere non industriale o commerciale*;
- la soggezione al controllo della Corte dei Conti;
- l'accesso diretto, non in regime di convenzione con la Regione, alla quota di finanziamento *ex art. 8 sexies* del D. Lgs. 502/92, relativo alla remunerazione delle prestazioni sanitarie ed assistenziali a valere sul riparto del FSR;
- l'applicazione al personale delle norme del *pubblico impiego*;
- la vincolante applicazione della normativa comunitaria in materia di *Appalti pubblici*;

L'operatività di tale modello di *governance*, ha, tuttavia, implicato rilevanti complessità di natura istituzionale - anche in considerazione delle dinamiche connesse alla compresenza di due enti distinti quali la Fondazione e l'Azienda - complessità che hanno suggerito l'avvio della procedura di riconoscimento di cui agli articoli 13 e 14 del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288, così come declinata normativamente dall'articolo 6 della L.R. 22 aprile 2011, n. 6. In tale prospettiva, con deliberazione del Consiglio di amministrazione della Fondazione n. 1 del 18 luglio 2011 è stato conseguentemente conferito mandato al Direttore generale della Fondazione, anche nella sua veste di Direttore generale dell'Azienda, ad adottare tutti gli atti funzionali e consequenziali all'*iter* procedimentale di cui sopra - conformemente a quanto previsto dall'art. 6, comma 2, della L.R. n. 6/2011 - il quale ha inoltrato alla Regione Lazio formale domanda di riconoscimento della Fondazione IRCCS di diritto pubblico in data 30/12/2013.

Al fine di consentire il completamento dell'*iter* per il riconoscimento e costituzione della Fondazione I.R.C.C.S., l'Assemblea dei soci fondatori, con deliberazione n. 1 del 18 giugno 2013, ha successivamente disposto “(...) *la proroga dell'attuale gestione sperimentale della Fondazione PTV, ai sensi di quanto previsto dall'art. 5 dello Statuto della Fondazione medesima, per la durata*

massima di un anno (fino al 30 giugno 2014) ovvero per il minor tempo eventualmente necessario per la formale attivazione di essa”.

Successivamente, in ossequio al citato articolo 42 L.R. 26/2007 - così come successivamente modificato dal combinato disposto dell'articolo 6, comma 5, L.R. n. 6/2011 e dell'articolo 1, comma 126, L.R. n. 12/2011 - e a conclusione della sperimentazione gestionale prevista per il 30 giugno 2014, la commissione per la valutazione tecnica dei risultati conseguiti dalla sperimentazione gestionale Fondazione del PTV, all'uopo nominata dalla Regione Lazio con nota n. G08106 del 5.6.2014, ha stilato una relazione conclusiva con la quale ha conclusivamente confermato il percorso per il superamento della sperimentazione gestionale così come già definito dall'articolo 6 della L.R. n. 6/2011 e ss.mm.ii., volto alla costituzione ed attivazione di una Fondazione IRCSS di diritto pubblico ex D. Lgs. n. 288/2003 e ss.mm.ii.

Contestualmente, nella stessa direzione, in data 27 giugno 2014, l'Assemblea dei soci, Università e Regione, ha proceduto alla modifica dell'articolo 24 (norma transitoria) dello Statuto della Fondazione di diritto privato, inserendo i seguenti commi 3, 4 e 5:

“(...) 3. In seguito alla cessazione della sperimentazione gestionale ai sensi dell'art. 5, sino all'attuazione di quanto previsto dall'art. 6 della legge regionale 22 aprile 2011, n. 6 e al trasferimento alla costituenda Fondazione Policlinico di Tor Vergata - I.R.C.C.S. del patrimonio mobiliare ed immobiliare, del personale e dei rapporti giuridici attivi e passivi dell'Università, dell'Azienda e della Fondazione PTV, con conseguente estinzione della Fondazione PTV - Policlinico Tor Vergata e della Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Tor Vergata, la prosecuzione delle attività resta disciplinata in conformità alle vigenti norme organizzative e statutarie della Fondazione PTV e dell'Azienda Ospedaliera Universitaria.

4. Sino al compimento degli atti di cui al comma 3, il Direttore Generale della Fondazione PT - Policlinico Tor Vergata, nominato ai sensi dell'articolo 18, svolge le residue funzioni di gestione dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Tor Vergata in qualità di Direttore Generale della stessa ai sensi e per gli effetti di cui al D. Lgs. 517/1999.

5. Qualora il perfezionamento delle attività di cui al comma 3 avvenga prima della scadenza dell'incarico del Direttore Generale della Fondazione PTV - Policlinico Tor Vergata e di Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Tor Vergata, lo stesso incarico, sino alla naturale scadenza del contratto, prosegue quale incarico di Direttore Generale della costituenda Fondazione Policlinico di Tor Vergata - I.R.C.C.S.”

Tale prospettiva di progressiva evoluzione degli assetti istituzionali del PTV viene confermata dallo stesso DCA n. U00247 del 25 luglio 2014, (*“Adozione della nuova edizione dei Programmi Operativi 2013-2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di Rientro dai disavanzi sanitari della*

Regione Lazio”), che, in particolare, al punto 3.2.1 AZIONE 1 (“*Riorganizzazione della rete ospedaliera*”), prevede quanto segue:

“Ridefinizione dell’assetto istituzionale del Policlinico Tor Vergata con cessazione al 30.06.2014 dell’attuale sperimentazione gestionale e riconoscimento, di concerto con il Ministero della Salute e l’Università Tor Vergata, di Fondazione IRCCS di diritto pubblico ai sensi del D. Lgs. n. 288/03. In tale processo dovrà essere attentamente valutata la tematica di riconoscimento del carattere scientifico. Nelle more del riconoscimento di Fondazione IRCCS, Regione e Università concorderanno la governance dell’Istituto”.

Successivamente, al fine, da un lato, di assicurare concordemente la “*governance*” del PTV a seguito della cessazione della sperimentazione e nelle more della conclusione del complessivo procedimento destinato alla costituzione della Fondazione Policlinico di Tor Vergata - I.R.C.C.S. prevista dall’articolo 6 della citata L.R. n. 6/2011 e ss.mm.ii. e, dall’altro, di temporizzare ed articolare le fasi di detto procedimento, nel rispetto della superiore normativa di cui al citato articolo 13 del D. Lgs. n. 288/2003 e ss.mm.ii., richiamato dallo stesso 6 della L.R. n. 6/2011, Università e Regione, hanno, dapprima, stipulato, in data 7 luglio nel 2015, un Protocollo d’intenti nel quale viene pianificata la successione ed articolazione degli atti di competenza regionale e universitaria, tra i quali il Protocollo d’intesa, destinati alla conclusiva costituzione della Fondazione Policlinico di Tor Vergata - I.R.C.C.S. e, successivamente, hanno sottoscritto il già citato Protocollo d’intesa di cui al DCA n. U00501 del 27 novembre 2017.

Detto Protocollo d’intesa, in linea con l’articolazione procedimentale di cui al citato Protocollo d’intenti, da un lato, regola il passaggio dall’attuale convivenza della Fondazione di diritto privato PTV con l’Azienda Universitaria PTV alla costituzione e piena operatività della Fondazione di diritto pubblico, previa contestuale estinzione dei suddetti enti, verso l’ulteriore configurazione di Fondazione di diritto pubblico IRCCS a seguito del futuro riconoscimento ministeriale e, dall’altro, disciplina gli assetti propriamente organizzativi del Policlinico Tor Vergata.

Ferma restando la disciplina degli assetti propriamente “*organizzativi*”, omologa a quella delle aziende universitario-ospedaliere, la disciplina della parte “*istituzionale*”, nello specifico caso del PTV organizzato in Fondazione, risulta condizionata in termini di necessaria aderenza - diversamente dalla altre realtà aziendali, anche di profilo universitario - alle ulteriori, autonome fonti rappresentate dai decreti di costituzione e, soprattutto, dai correlati atti statutari nonché dalla evoluzione di dette fonti, così come profilata dal più volte citato articolo 6 della L.R. n. 6/2011 e ss.mm.ii. e successivamente declinata dal menzionato Protocollo d’intenti e dal Protocollo d’intesa.

Al riguardo, il Protocollo d’intesa, con specifico riguardo alla conformazione ed evoluzione degli assetti “*istituzionali*” relativi alla configurazione degli organi della Fondazione, all’articolo 6

(*Organi del PTV*) - unico articolo contenuto nel *CAPO III* relativo all' "ASSETTO ISTITUZIONALE"
- prevede quanto segue:

comma 1: "Sino all'attivazione della *Fondazione PTV di Diritto pubblico*, l'*Azienda* e la *Fondazione di Diritto Privato* continuano ad essere regolate dalle vigenti disposizioni statutarie, regolamentari ed amministrative, sino a diversa determinazione.

comma 2: "All'esito dell'attivazione di cui al precedente comma, ferme restando le previsioni di carattere transitorio di cui al successivo art. 26, la *Fondazione PTV di Diritto Pubblico* è regolata dalle disposizioni del nuovo statuto e dalle ulteriori previsioni regolamentari ed amministrative di cui si dota."

Lo stesso Protocollo d'intesa, in tema, invece, di assetti propriamente "organizzativi", definisce incombenze e competenze da parte dell'Atto aziendale di immediata e stabile definizione così come diffusamente articolate, in particolare, nelle previsioni di cui al Capo IV ("ASSETTO ORGANIZZATIVO").

L'Atto aziendale della *Fondazione PTV* - inserendosi in un momento temporale transitorio per quanto riguarda l'evoluzione degli *assetti istituzionali* dello stesso Policlinico - riveste, pertanto, nella fase attuale, carattere prioritario e non ulteriormente procrastinabile, al precipuo fine di regolamentare la *governance istituzionale* dello stesso PTV a seguito della cessazione della sperimentazione gestionale e, nello stesso tempo, al fine:

- da un lato, di "assecondare" la complessa "evoluzione" *istituzionale* così come prefigurata dal Protocollo d'intesa in coerenza con il precedente Protocollo d'intenti del 7 luglio nel 2015: passaggio dall'attuale convivenza della *Fondazione di diritto privato PTV* con l'*Azienda Universitaria PTV* alla costituzione e piena operatività della *Fondazione di diritto pubblico*, previa contestuale estinzione dei suddetti enti, verso l'ulteriore configurazione di *Fondazione di diritto pubblico IRCCS* a seguito del futuro riconoscimento ministeriale
- e, dall'altro, soprattutto, di ridefinire, comunque, tempestivamente e con carattere di stabilità i profili propriamente *organizzativi* delle strutture assistenziali che lo compongono, in applicazione della normativa nazionale e regionale che impone immediatezza e contestualità di azioni sia in riferimento al complessivo riassetto delle *reti regionali* sia in relazione all'esigenza di adeguare con certezza e stabilità *il regime di responsabilità e degli incarichi*.

In tale complessa prospettiva, per i motivi di cui sopra, l'Atto aziendale è pertanto necessariamente e specificamente caratterizzato:

- a) dalla **provvisorietà della disciplina - contenuta, in particolare, nel Capo I del Titolo I - degli assetti propriamente "istituzionali"** inerenti la strutturazione, composizione e le competenze

degli organi istituzionali di governo e direzione strategica della PTV e relativi rapporti interni, allo stato necessariamente conformati, in via principale, ai sensi dello Statuto della Fondazione PTV di diritto privato e ss.mm.ii., così come previsto dal citato articolo 6 del Protocollo d'intesa, con, altresì, le residue funzioni di gestione dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Tor Vergata ai sensi del comma 4 dell'articolo 24 del medesimo articolo Statuto e degli articoli 6 (comma 1) e 26 (comma 2) dello stesso Protocollo d'intesa, nelle more dell'adeguamento/rimodulazione dello stesso Atto aziendale, per detti profili istituzionali, a fronte della costituzione - tramite decreto istitutivo e approvazione del relativo statuto - della nuova Fondazione di diritto pubblico, il cui statuto ri-definirà la composizione e le competenze dei nuovi organi istituzionali di governo: l'adeguamento/rimodulazione dell'Atto aziendale, esclusivamente per detta parte istituzionale, dovrà pertanto necessariamente seguire la costituzione del nuovo ente unitamente alla entrata in vigore del relativo statuto;

b) dalla stabilizzazione e messa a regime in continuità degli assetti propriamente “organizzativi”, vale a dire il riassetto delle strutture ospedaliere e dei relativi incarichi - contenuta, in particolare, nei Titoli II e III- in conformità con la normativa e regolamentazione regionale in tema di riorganizzazione della rete ospedaliera, anche in applicazione del citato DM 2 aprile 2015, con particolare riguardo alla definizione del numero e della tipologia dei posti letto e delle relative discipline afferenti il Policlinico Tor Vergata nonché alla collocazione e ruolo dello stesso Policlinico nell'ambito delle reti assistenziali regionali, con specifico riferimento alle reti assistenziali tempo-dipendenti, così come programmate dai vari provvedimenti regionali emanati in materia.

Proprio con riguardo a tali ultimi profili, il PTV, necessita, di una immediata e stabile ridefinizione degli assetti organizzativi (quelli vigenti risalgono, come detto, al citato e ancora vigente “Atto di organizzazione e funzionamento della Fondazione PTV” del 2008), per ultimare la fase di razionalizzazione organizzativa, già avviata ed implementata nel corso dell'ultimo triennio. Tale riorganizzazione porterà ad un ulteriore efficientamento dell'ospedale, in coerenza, del resto, con il citato e già pienamente operativo Piano di rientro aziendale approvato, tra gli altri, dalla Regione Lazio con DCA n. 00223 del 16 giugno 2017 e in linea con la ridefinizione della rete ospedaliera di cui, da ultimo, ai menzionati DD.CC.AA. n. U00257 del 05 luglio 2017 e n. U00291 del 18 luglio 2017, che hanno, tra l'altro, ridefinito/precisato il complessivo numero e la tipologia dei posti letto e delle relative discipline afferenti il Policlinico Tor Vergata - portando a **557 il numero complessivo di posti letto per il PTV di cui n. 494 posti letto ORDINARI e n. 63 DH** - nonché la collocazione e il ruolo dello stesso Policlinico nell'ambito delle reti assistenziali regionali,

con specifico riferimento alle reti assistenziali tempo-dipendenti, così come programmate dai vari provvedimenti regionali emanati successivamente all'originario DCA n. U00412 del 26 novembre 2014.

2.2. Il contesto esterno di riferimento.

Analisi del contesto e considerazioni generali

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 abitanti distribuiti tra alcuni dei municipi della ASL RM B e i distretti H1 e H3 della ASL RM 6, 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.

Pari rilevanza e spessore assume il progetto di trasformazione del PTV in Istituto di ricerca a carattere scientifico, nonché il mantenimento delle funzioni e delle attività didattiche legate ai corsi universitari per medici, infermieri e tecnici sanitari.

La riorganizzazione della rete ospedaliera prevista dalla Regione con il DCA 368/2014, ribadita con DCA U00412 del 2017, fa emergere 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.

Il 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.

Come documentato nella figura 1 oltre il 21% 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%.

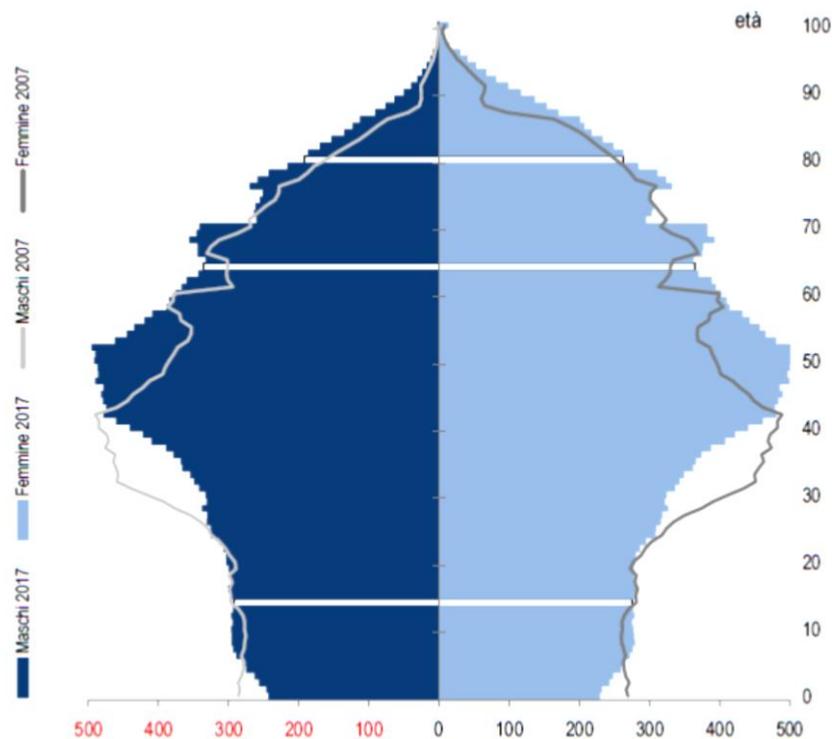
L'invecchiamento della popolazione accresce la pressione sui bilanci pubblici e sui sistemi pensionistici, nonché sulle spese per il personale addetto ai servizi sociali e di assistenza agli anziani.

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.

Composizione della popolazione italiana al 2007 - 2017

Figura 1



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 Policlinico di Tor Vergata delle specialità e delle competenze necessarie.

2.3. L' amministrazione.

Al PTV sono stati riconosciuti con DCA N.257/2017 numero 557 posti letto complessivi tra ordinari e *day hospital*, attualmente però, a causa del parziale completamento della Torre 8, i posti letto funzionanti sono 504 che non sono sufficienti per soddisfare il rapporto di 3,7 posti letto per mille abitanti previsti dallo *standard* nazionale.

Nel territorio circostante l'Azienda 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.

Presso la struttura prestano attualmente servizio circa 2000 operatori con diverse tipologie di contratto

Con DCA n.73/2010 la struttura, dotata di una elisuperficie autorizzata anche per il volo notturno, è stata riconosciuta DEA di I livello, mentre con i DD.CC.AA. n. 74/2010 e n. 75/2010 sono state attribuite le funzioni di *Hub* per le alte specialità:

- ictus cerebrale
- cardiologia, cardiocirurgia
- medicina trasfusionale
- terapia del dolore

Sono inoltre presenti nel Policlinico le funzioni di CTZ per:

- trauma grave
- malattie infettive

La struttura è sede del centro trapianti di rene e fegato e del centro trapianti di midollo.

Il PTV riveste un ruolo di primo piano a livello regionale per il *trapianto di organi e tessuti*: è presente al suo interno una U.O.C. di Chirurgia dei trapianti che nel 2016 ha eseguito 38 trapianti di fegato e 63 trapianti di rene.

Con particolare riferimento alle attività del centro trapianti il PTV risulta essere la prima struttura per numero di trapianti di fegato e rene nella Regione Lazio.

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.

L'organico in servizio.

Per lo svolgimento delle proprie attività il Policlinico Tor Vergata si avvale del seguente personale della A.O.U. Policlinico Tor Vergata:

- personale dipendente ai sensi del CCNL del Comparto Università;
- personale dipendente dell'Area della Dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa;
- personale convenzionato ai sensi dell'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti e le altre professionalità ambulatoriali,

e del seguente personale della Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata:

- personale docente e ricercatore universitario ed equiparato, strutturato ai sensi del D. Lgs. n. 517/99;
- personale dipendente ai sensi del CCNL del Comparto Sanità;
- personale dipendente dell'Area della Dirigenza Medica del Servizio Sanitario Nazionale;
- personale dipendente dell'Area della Dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa del Servizio Sanitario Nazionale.

Il personale acquisito dall'Università per esigenze didattico-scientifiche successive alla stipula del Protocollo d'intesa Regione/Università, può svolgere attività assistenziale all'interno del Policlinico solo a seguito di specifico provvedimento di strutturazione del Direttore Generale, previa autorizzazione regionale.

Con il Protocollo d'intesa, la Regione Lazio e l'Università Tor Vergata hanno convenuto che l'orario minimo di lavoro dei professori e ricercatori universitari è pari a quello complessivo del personale dirigente del SSN, ovvero n. 38 ore/settimana, di cui almeno n. 28 ore dedicate alle attività assistenziali, comprensive delle n. 4 ore per la formazione e/o aggiornamento.

Il Policlinico Tor Vergata intrattiene rapporti a tempo indeterminato con unità di personale convenzionato ai sensi dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti e le altre professionalità ambulatoriali, sulla base degli accordi del 15.10.2007 e del 08.11.2007, recepiti con DDG n. 892 del 05.12.2007. A tale personale, che non è inserito nella dotazione organica, è stato assegnato un impegno orario settimanale diversificato in base alle esigenze assistenziali delle discipline.

Il personale dipendente appartenente ai ruoli non dirigenziali, acquisito secondo le regole del Comparto Sanità tramite procedure concorsuali dalla AOU, è stato, all'atto dell'assunzione, inquadrato in tale comparto con conseguente applicazione dei trattamenti giuridici ed economici ivi previsti.

A seguito della firma in data 27.01.2005 del CCNL del Comparto Università - quadriennio 2002/2005 - che si applica anche al personale che opera presso le Aziende ospedaliere universitarie di cui all'art. 2 lettera a) D. Lgs. n. 517/99 - nonché a seguito della sentenza del giudice del lavoro del 31/05/2006, che ha ribadito l'appartenenza al Comparto dell'Università di tutto il personale della AOU, il Policlinico ha provveduto alla sua collocazione in tale Comparto, riconoscendo il trattamento giuridico dell'Università con mantenimento - per effetto del disposto di cui agli artt. 28 e 29 del CCNL/2005 del Comparto Università - del trattamento economico già in godimento.

Il personale dipendente appartenente ai ruoli dirigenziali e non dirigenziali, acquisito dalla Fondazione Policlinico Tor Vergata, è stato inquadrato nei ruoli del Comparto Sanità, con riconoscimento del trattamento giuridico ed economico di tale comparto.

Il PTV programma il fabbisogno di personale in relazione alla dinamicità delle specifiche attività del Policlinico tenendo adeguatamente conto, altresì, delle attività di didattica e di ricerca tipiche della funzione di docente, e determina, con specifico atto del Direttore Generale, la consistenza della dotazione organica che al 31/12/2017 è la seguente:

UNITA' PERSONALE (TESTE) ESCLUSI SOSTITUTI		UNITA' EQUIV
1414	Personale DIPENDENTE SSN	1414
228	Personale SUMAI	173
239	Personale STRUTTURATO	203
7	Personale CO.CO.CO.	7
1888		1797

Il clima organizzativo.

Il clima ha un'incisività peculiare in qualsiasi realtà organizzativa e ha effetti rilevanti sulla capacità dell'organizzazione di impiegare e sfruttare al meglio le risorse tecniche e umane; vale a dire un buon clima organizzativo contribuisce positivamente al conseguimento da parte delle organizzazioni dei propri obiettivi strategici. Inoltre, il clima costituisce una variabile essenziale non solo per la qualità della vita lavorativa, con la sua dimostrata influenza su motivazione, impegno ed efficienza, ma anche per le relazioni interpersonali e la fiducia verso l'organizzazione.

In primo luogo, è necessario evidenziare che il clima di un'organizzazione deve essere colto prima di tutto in quegli aspetti che perdurano nel tempo e che, indipendentemente da particolari fenomeni, rimangono sostanzialmente costanti pur non acquisendo mai il grado di stabilità insito invece in ciò che chiamiamo la cultura aziendale. In effetti, una chiara definizione è utile anche per distinguere il clima da altri elementi del contesto organizzativo, simili ma pur sempre differenti, come la soddisfazione lavorativa, la cultura aziendale e la motivazione lavorativa, senza peraltro negare che vi possono essere collegamenti ovvero condizionamenti vicendevoli.

Il clima non è un concetto unidimensionale collocabile lungo un continuum, esso è piuttosto un amalgama di diversi fattori, le cui configurazioni determinano varie tipologie del clima all'interno di aggregati collettivi. È questa mescolanza e continua ridefinizione di fattori che spiega perché vi sono climi diversi in realtà organizzative diverse, o, addirittura, all'interno dello stesso contesto. In effetti, nella stessa organizzazione possono esistere climi molteplici. L'ambiente organizzativo può essere percepito diversamente da membri appartenenti a diversi livelli organizzativi, di diversa posizione gerarchica, oppure di reparti diversi ma nella stessa posizione.

Il clima aziendale riguarda l'ambiente interno di un sistema organizzativo, in particolare la qualità delle relazioni tra gli individui che ne sono parte e la relazione tra individuo ed organizzazione, è frutto di una percezione soggettiva di queste qualità condivise dalla maggioranza della popolazione aziendale, e, infine, proprio per il fatto che l'attore organizzativo è inserito in un sistema di relazioni complesse, queste percezioni vengono incessantemente negoziate, influenzate e ricostruite. Per questo motivo l'indagine del clima rappresenta in primo luogo un momento di analisi e di autoverifica in modo sistematico:

- a. del vissuto dei collaboratori che, pur rappresentando una dimensione psicologica dell'azienda, è indispensabile per il raggiungimento degli obiettivi;

- b. dei punti di forza e delle aree di miglioramento, poiché fotografa e rileva le criticità;
- c. delle aree di intervento per avviare cambiamenti;

Infine, è opportuno evidenziare anche due effetti psicologici collaterali che possono derivare dall'indagine:

- a. gli individui, sentendosi nel contempo soggetto ed oggetto dell'analisi, vedono aumentare la loro soddisfazione nei confronti del loro lavoro;
- b. la necessità di dover riflettere sulle percezioni dei fenomeni aziendali accaduti e di condividerle con colleghi, alimenta e sviluppa nei membri una visione del complesso costruito organizzativo condivisa e solidale.

L'indagine del clima è un valido strumento gestionale e di comunicazione purché gestito con cautela ed attenzione in ogni fase di realizzazione e a condizione che abbia coerenza interna.

Il Policlinico ha provveduto alla somministrazione al personale del comparto, di un questionario contenente i seguenti 10 items volti a misurare il benessere organizzativo all'interno della struttura:

Quanto si trova in accordo con le seguenti affermazioni?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Indichi una sola risposta per ciascuna domanda</i>											
Il mio capo spinge a lavorare in gruppo e a collaborare											
Il mio capo gestisce efficacemente i problemi, criticità e conflitti											
Il mio capo riconosce quando svolgo bene il mio lavoro											
Mi sento incoraggiato a prendere decisioni autonome e ad essere autosufficiente											
Mi sento coinvolto nelle decisioni che riguardano il mio lavoro											
Il mio capo mi aiuta a capire come posso raggiungere i miei obiettivi											
Il mio capo riesce a motivarmi a dare il massimo nel mio lavoro											

Quanto si trova in accordo con le seguenti affermazioni? <i>Indichi una sola risposta per ciascuna domanda</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Il mio capo mi ascolta ed è disponibile a prendere in considerazione le mie proposte											
I cambiamenti gestionali e organizzativi e le informazioni sono comunicati chiaramente a tutto il personale											
Il mio capo agisce con equità in base alla mia percezione											

Per nulla 1	2	3	4	5	6	7	8	9	Del tutto 10
Minimo grado importanza attribuito									Massimo grado di importanza attribuito
- In totale disaccordo con l'affermazione									- In totale accordo con l'affermazione

La fase di presentazione dei risultati al Direttore generale risulta particolarmente importante giacché rappresenta un momento di dialogo/confronto tra tutti i soggetti organizzativi, può essere foriera di vantaggi concreti sia per l'azienda che per la popolazione lavorativa poiché da qui scaturisce l'azione ricerca e intervento nelle aree critiche. Il monitoraggio relativo al clima organizzativo per l'anno 2017 è attualmente in fase di svolgimento.

I risultati raggiunti.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
ATTIVITA' AMBULATORIALE										

Diagnostica per Immagini	136.883	126.199	128.573	135.851	134.653	133.939	139.635	139.404	119.818	134.474
Medicina di Laboratorio	1.364.013	1.332.650	1.380.196	1.392.736	1.412.797	1.370.964	1.419.144	1.424.200	1.220.215	1.196.035
Poliambulatorio	445.360	358.275	341.557	355.048	364.506	370.433	369.195	393.383	363.794	368.493
Totale	1.946.256	1.817.124	1.850.326	1.883.635	1.911.956	1.875.939	1.927.974	1.956.987	1.703.827	1.699.002
DEGENZE ORDINARIE										
N° Ricoveri	12.326	13.092	14.805	14.134	13.316	13.360	15.449	15.961	15.719	16.131
DEGENZE DIURNE										
N° Ricoveri	13.753	11.503	14.138	12.778	11.413	11.126	10.148	9.600	8.185	7.870
PRONTO SOCCORSO GENERALE										
Accessi Totali	50.881	53.366	56.868	55.026	53.629	51.588	53.980	52.312	52.133	51.940
POSTI LETTO										
Posti Letto medi utilizzati	344	356	420	388	388	366	406	460	463	486

Al fine di perseguire i propri obiettivi gestionali ed organizzativi, la Fondazione PTV ha adottato, sia per le aree clinico-assistenziali, sia per i servizi amministrativi, tecnici e professionali, il modello di gestione dipartimentale, al fine di realizzare la piena attuazione del principio di partecipazione dei singoli responsabili di struttura ai processi decisionali, in ragione del loro grado di coinvolgimento del raggiungimento degli obiettivi aziendali.

Al fine di assicurare la coerenza e l'integrazione tra l'attività assistenziale e l'attività didattica e di ricerca, la qualità dell'assistenza, l'appropriatezza delle cure e l'uso razionale delle risorse, la Fondazione PTV è organizzata in Dipartimenti per l'assistenza sanitaria.

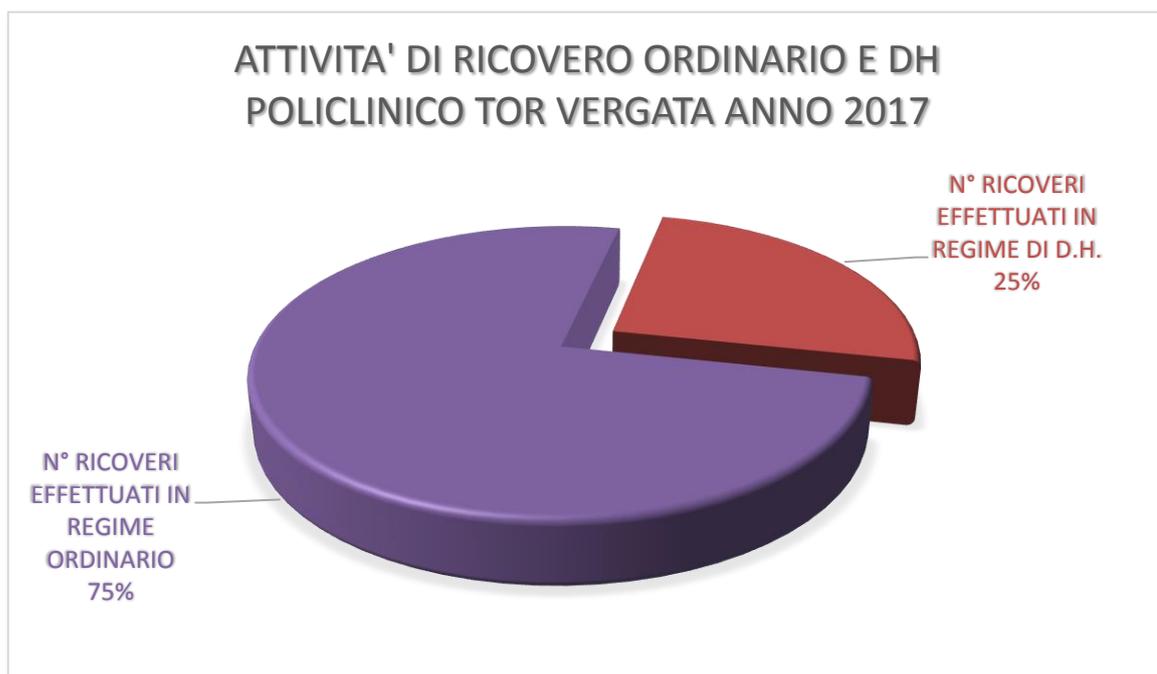
I Dipartimenti sono raggruppamenti di più unità operative assistenziali, tra loro affini o complementari in termini organizzativi ed assistenziali, che coordinano l'attività delle stesse verso obiettivi comuni, al fine di assicurare il potenziamento qualitativo e quantitativo delle attività, l'uso razionale delle risorse, l'economicità della gestione, l'ampliamento della gamma dei servizi e il miglioramento della qualità degli stessi, lo sviluppo delle eccellenze, la partecipazione e lo svolgimento coordinato delle attività di ricerca e di didattica.

Il Dipartimento costituisce una macro struttura composta da più unità operative complesse (a seguire, anche «U.O.C.») ed unità semplici dipartimentali con esigenze operative omogenee (a seguire, anche «U.O.S.D.») con esigenze operative omogenee, affini e/o complementari caratterizzate da una convergenza di competenze ed esperienze professionali che richiedono un coordinamento univoco, allo scopo di perseguire obiettivi comuni.

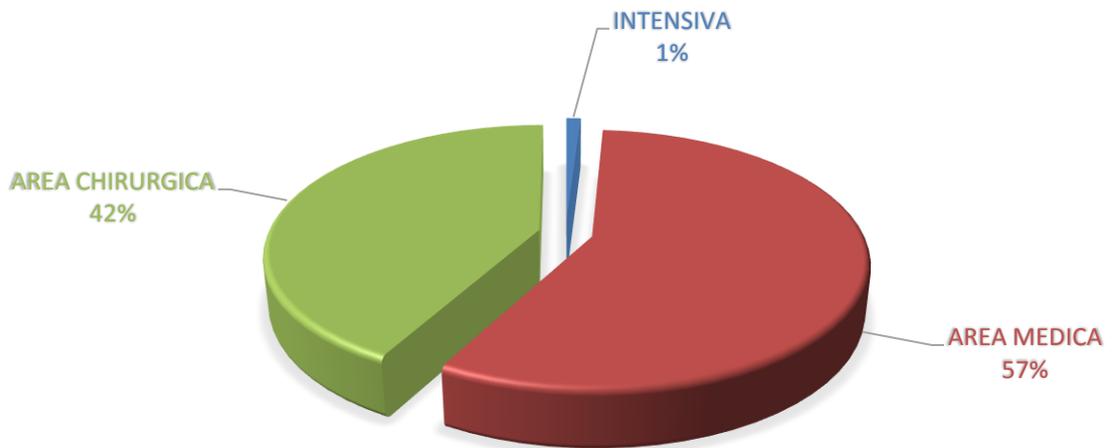
Le Unità Operative afferenti al Dipartimento sono titolari di autonomia gestionale, nel rispetto delle linee programmatiche e degli obiettivi dipartimentali.

ASSISTENZA OSPEDALIERA	ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI: IN DAY HOSPITAL E DAY SURGERY	RICOVERI EFFETTUATI IN REGIME DI DAY HOSPITAL	5.362
		ACCESSI EFFETTUATI IN REGIME DI DAY HOSPITAL	23.341
		RICOVERI EFFETTUATI IN REGIME DI DAY SURGERY	2.508
		ACCESSI EFFETTUATI IN REGIME DI DAY SURGERY	7.506
	ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI: IN DEGENZA ORDINARIA	RICOVERI EFFETTUATI IN REGIME ORDINARIO	16.130
		GIORNI DI DEGENZA ORDINARIA	139.581
	ASSISTENZA DI PRONTO SOCCORSO	ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO	45.685
	ASSISTENZA DI PRONTO SOCCORSO (ODONTOIATRIA)	ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO (ODONTOIATRIA)	6.208

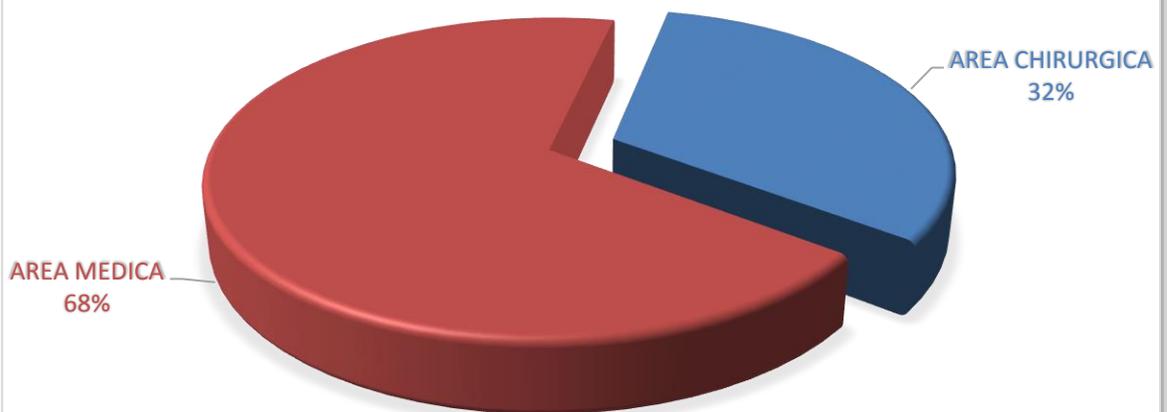
PRESTAZIONI ASSISTENZA AMBULATORIALE	ATTIVITÀ DI LABORATORIO	1.191.565
	ATTIVITÀ DI DIAGNOSTICA STRUMENTALE E PER IMMAGINI	134.190
	ATTIVITÀ CLINICA	396.370



ATTIVITA' DI RICOVERO ORDINARIO E DH POLICLINICO TOR VERGATA ANNO 2017



D.H. POLICLINICO TOR VERGATA ANNO 2017



3. OBIETTIVI: RISULTATI RAGGIUNTI E SCOSTAMENTI

3.1. Albero della performance.



Il PTV ha il regolamento che disciplina il Sistema di misurazione e valutazione della *performance* e dei risultati, nel quale si descrive il processo di misurazione della *performance* organizzativa e individuale, che 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, la Direzione aziendale procede all'assegnazione degli obiettivi individuati ai dirigenti responsabili. La fase di assegnazione degli obiettivi si concretizza con la compilazione della scheda obiettivi e con la condivisione con i singoli dirigenti.

La Direzione aziendale, i direttori di Dipartimento, i direttori di UOC, i 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*.

Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio.

Il collegamento e l'integrazione tra la pianificazione della *performance*, la programmazione economico-finanziaria e il bilancio rappresentano elementi di particolare attenzione nell'ambito del nuovo assetto del PTV. In particolare quattro sono gli aspetti rilevanti:

- a) coerenza dei contenuti;
- b) coerenza del calendario con cui si sviluppano i due processi;
- c) coordinamento degli attori e delle funzioni organizzative rispettivamente coinvolte;
- d) integrazione degli strumenti di reportistica e dei sistemi informativi a supporto dei due processi.

A seguito delle attività di programmazione, vengono predisposte le singole schede con gli obiettivi da assegnare ai direttori delle UOC, ai responsabili delle UOSD e ai titolari di Programma A: per tutte le unità sanitarie, oltre alle schede per i dirigenti amministrativi. Gli obiettivi, gli indicatori ed i *target* sono stati individuati partendo dagli obiettivi assegnati al Direttore generale dalla Regione Lazio, in seguito analizzati e "ribaltati" alle unità operative per competenza.

L'attività di contrattazione del *budget*, per le unità operative sanitarie, si svolge incontrando i singoli responsabili delle unità operative individuate; la calendarizzazione delle riunioni viene articolata su diversi giorni e durante le riunioni sono distribuite, analizzate e commentate le singole schede con i Responsabili. Recepite le osservazioni, anche nei giorni successivi, si mettono in atto i necessari, opportuni approfondimenti per singola unità operativa.

Apportate le eventuali modifiche, emerse a seguito della contrattazione, la Direzione aziendale assegna gli obiettivi individuati attraverso il formale invio della scheda di *budget* così come deliberata nel Piano della *performance*.

I Direttori di UOC, i responsabili di UOSD e i titolari di Programmi aziendali condividono con i dirigenti non apicali ed il personale del comparto appartenente alla propria struttura gli obiettivi, i connessi indicatori e i risultati attesi che sono utilizzati per la misurazione della *performance* organizzativa della struttura.

Durante il corso dell'anno si effettua un costante monitoraggio degli obiettivi assegnati, attraverso la trasmissione trimestrale dell'andamento degli indicatori individuati nelle schede di *budget* a tutti i responsabili. Alla fine dell'anno, effettuato l'ultimo monitoraggio, i risultati raggiunti sono comunicati ai responsabili e discussi nelle successive riunioni.

Il controllo direzionale.

Il Policlinico adotta le funzioni di *controllo di gestione* quale strumento fondamentale per l'analisi, l'orientamento e il monitoraggio delle azioni e dei programmi aziendali.

L'unità è in *staff* alla Direzione aziendale, alla quale garantisce il necessario supporto per la verifica dell'economicità della gestione e dell'efficacia dell'azione aziendale attraverso l'analisi dell'andamento dei fattori interni ed esterni.

La UOC Controllo direzionale si prefigura come strumento di supporto alle decisioni della Direzione aziendale nei momenti della programmazione aziendale nonché della gestione e della verifica delle singole attività/processi.

In particolare la UOC Controllo direzionale:

- fornisce supporto alla Direzione aziendale nella pianificazione strategica e nella funzione di programmazione e controllo attraverso analisi gestionali e studi di natura statistica e strategica;
- supporta la Direzione nella stesura dei documenti programmatori pluriennali (Piano strategico triennale) e annuali (documenti di programmazione annuale);
- ha la responsabilità delle attività di supporto alla Direzione aziendale nella valutazione della gestione secondo criteri di efficacia ed efficienza;
- elabora e trasmette report direzionali (analisi attività e monitoraggio costi e produttività);
- elabora e trasmette *report* periodici ai responsabili delle unità operative e provvede al monitoraggio costante e periodico delle attività e dei costi, organizzando i dati forniti dal servizio informativo aziendale;
- promuove lo sviluppo di una cultura manageriale orientata alla gestione dei processi di governo clinico, economico e organizzativo affidati ai singoli dirigenti;
- definisce un sistema di indicatori di controllo mensili significativi e funzionali alla realizzazione di modelli gestionali efficienti ed efficaci;
- definisce il sistema di flussi informativi necessari ai fini del sistema di programmazione e controllo di gestione;
- fornisce supporto alla Direzione generale nel processo di programmazione e di *budget*;

- supporta l'Organismo indipendente di valutazione della *performance* per le attività inerenti la valutazione delle prestazioni;
- supporta le strutture aziendali competenti, nella predisposizione dei documenti previsti dalla normativa sulla misurazione della *performance* (Piano e Relazione della *performance*);
- cura, per le attività di competenza, gli adempimenti relativi al debito informativo del PTV nei confronti di enti e istituzioni, in applicazione delle norme vigenti in materia;
- effettua valutazioni relative all'economicità e alla sostenibilità di alcuni processi trasversali, prendendo in considerazione tutti gli aspetti tipici delle valutazioni economiche.

In sintesi la UOC agisce su tutti i livelli organizzativi in coerenza con i principi sui quali si sviluppa la strategia aziendale, orientando i comportamenti degli operatori verso il perseguimento degli obiettivi (efficacia di gestione) mediante il miglior utilizzo possibile delle risorse assegnate (efficienza).

Per l'acquisizione e l'elaborazione dei dati relativi all'attività sanitaria, la UOC gestisce i flussi informativi sanitari relativi alle varie linee produttive aziendali, la loro analisi e traduzione in reportistica utile alla Direzione aziendale ai fini del governo complessivo del sistema-azienda, oltre che dell'adempimento degli obblighi informativi nei confronti dei soggetti esterni, anche in termini di appropriatezza delle prestazioni.

3.2. Obiettivi strategici e piani operativi.

Con Decreto del Presidente della Regione Lazio, vengono assegnati al Direttore Generale gli obiettivi da raggiungere, alla verifica dei quali è subordinata la permanenza nella carica. In ragione della necessità di favorire un processo di reale deployment delle responsabilità; in relazione alla numerosità ed articolazione dei predetti obiettivi, sono stati raggruppati in base al carattere amministrativo o sanitario dei medesimi e assegnati alla Direzione e all'Unità Operativa competente con la responsabilità relativamente alle azioni da porre in essere per il loro raggiungimento.

Il PTV inoltre sottopone ad attenta valutazione tutte le ulteriori direttive provenienti dalla Regione Lazio con particolare riferimento alla Umanizzazione e ai Livelli Essenziali di Assistenza.

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 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. La fase di assegnazione

degli obiettivi si concretizza con la compilazione dell'apposita sezione contenuta nella Scheda obiettivi e con la condivisione con i singoli Dirigenti.

A seguito delle attività di programmazione, vengono predisposte le singole schede con gli obiettivi da assegnare ai Direttori delle UOC, ai Responsabili delle UOSD e ai Titolari di Programma Aziendale. Gli obiettivi, gli indicatori ed i target sono individuati partendo dagli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Lazio, in seguito analizzati e “ribaltati” alle unità operative per competenza. Al termine del processo si provvede alla trasmissione delle schede e della relativa documentazione all'OIV al fine della verifica della correttezza dei processi di valutazione. 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 distinta per i dirigenti e per i dipendenti, per l'attribuzione selettiva del premio annuale incentivante.

Nel corso del 2017 sono stati complessivamente assegnati ai Dirigenti medici, Direttori di UOC e UOSD cliniche 761 obiettivi, il monitoraggio degli indicatori collegati dimostra che oltre il 60% degli stessi sono stati raggiunti.

Per lo stesso periodo, sono stati assegnati obiettivi a tutti i dirigenti di area amministrativa e sanitari non medici. L'esito della valutazione è in corso di analisi, in quanto molti degli obiettivi assegnati, sono legati ai risultati di bilancio d'esercizio, attualmente in approvazione.

3.3. Obiettivi individuali di comparto.

Il quadro organizzativo di insieme rappresenta l'attuazione di principi di miglioramento della qualità dei servizi offerti, di crescita delle competenze professionali, di valorizzazione del merito, di trasparenza dei risultati e delle risorse impiegate per il loro perseguimento.

Diverse le azioni intraprese per organizzare il lavoro in una ottica di miglioramento delle prestazioni rese puntando al miglioramento dell'efficienza. Tra queste, il regolamento che disciplina il Sistema di misurazione e valutazione della performance e dei risultati, nel quale si descrive il processo di misurazione della performance organizzativa e individuale, che 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, la Direzione Aziendale procede all'assegnazione degli obiettivi individuati ai Dirigenti Responsabili. La fase di assegnazione degli obiettivi si concretizza con la compilazione della Scheda obiettivi e con la condivisione con i singoli Dirigenti.

La Direzione Aziendale, i Direttori Dipartimento, i Direttori di U.O.C. i 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 volte al miglioramento della performance.

A tal proposito è stato avviato un processo di incontri programmatici, riunioni di budget individuali per singola Unità Operativa durante le quali è stata consegnata la scheda di budget con i risultati raggiunti ed è stata discussa la scheda di budget relativa all'anno seguente con i nuovi obiettivi, indicatori e valori traguardo che ne identificano i risultati attesi.

Per il personale di comparto, sia amministrativo che sanitario, la fase di assegnazione degli obiettivi viene formalizzata attraverso la compilazione dell'apposita sezione contenuta nella Scheda Obiettivi a seguito della condivisione con i singoli Dirigenti. Il sistema consente di stilare una graduatoria delle performance organizzative 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 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.

Relativamente al personale di comparto, nel corso dell'anno 2017 il monitoraggio degli indicatori collegati agli obiettivi assegnati dimostra un grado di raggiungimento degli stessi pari al 99.54% per il personale dell'Azienda PTV e pari al 99.71% per il personale della Fondazione PTV. Il grado di raggiungimento degli obiettivi varia tra l'80% e il 100%.

PERSONALE COMPARTO AZIENDA PTV ESITI VALUTAZIONE anno 2017		PERSONALE COMPARTO FONDAZIONE PTV ESITI VALUTAZIONE anno 2017	
TOTALE DIPENDENTI	% RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI (EQUIPE+INDIVIDUALI)	TOTALE DIPENDENTI	% RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI (EQUIPE+INDIVIDUALI)

1	80%
3	86%
1	91%
7	92%
3	93%
2	93,50%
12	94%
3	94,50%
8	95%
3	95,50%
16	96%
3	97%
6	98,50%
18	99%
4	99,50%
900	100,00%
1024	99,54%
12	OBIETTIVI EQUIPE= 100% OBIETTIVI INDIVIDUALI = NON VALUTABILE
27	OBIETTIVI EQUIPE = NON VALUTABILE OBIETTIVI INDIVIDUALI = NON VALUTABILE

1	90%
3	92%
1	93%
2	95%
2	96%
4	97%
3	98%
6	99%
262	100,00%
284	99,71%
4	OBIETTIVI EQUIPE= 100% OBIETTIVI INDIVIDUALI = NON VALUTABILE
9	OBIETTIVI EQUIPE = NON VALUTABILE OBIETTIVI INDIVIDUALI = NON VALUTABILE

4. RISORSE, EFFICIENZA ED ECONOMICITÀ

Il collegamento e l'integrazione tra la pianificazione della performance, la programmazione economico-finanziaria e il bilancio rappresentano elementi di particolare attenzione nell'ambito del nuovo assetto del PTV. In particolare quattro sono gli aspetti rilevanti:

- a) coerenza dei contenuti;
- b) coerenza del calendario con cui si sviluppano i due processi;
- c) coordinamento degli attori e delle funzioni organizzative rispettivamente coinvolte;
- d) integrazione degli strumenti di reportistica e dei sistemi informativi a supporto dei due processi.

Gli importanti risultati raggiunti in termini di riduzione del disavanzo, incremento dei ricavi e riduzione degli sprechi riscontrabili nel bilancio di esercizio sono evidenziabili nella relazione al Bilancio. (All.1)

5. IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE

Il Policlinico approva annualmente il “Piano della *performance*”. Il Piano è un documento programmatico triennale in cui, in coerenza con le risorse assegnate, sono esplicitati gli obiettivi, gli indicatori ed i *target* e sono definiti gli elementi fondamentali su cui si baserà poi la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della *performance*.

Il Piano si colloca nel quadro più generale del ciclo di gestione della *performance*, finalizzato all’attuazione di principi di miglioramento della qualità dei servizi offerti, di crescita delle competenze professionali, di valorizzazione del merito, di trasparenza dei risultati e delle risorse impiegate per il loro perseguimento, individuando gli indirizzi e gli obiettivi strategici e operativi e definendo gli indicatori per la misurazione e la valutazione della *performance* del Policlinico Tor Vergata nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale, compatibilmente con le risorse disponibili, e i relativi indicatori.

Con decreto del Presidente della Regione Lazio, vengono assegnati al Direttore generale gli obiettivi da raggiungere. In ragione della necessità di favorire un processo di reale *deployment* delle responsabilità; in relazione alla numerosità ed articolazione dei predetti obiettivi, vengono raggruppati in base al carattere amministrativo o sanitario dei medesimi e assegnati alla Direzione e all’unità operativa competente con la responsabilità relativamente alle azioni da porre in essere per il loro raggiungimento. Il PTV inoltre sottopone ad attenta valutazione tutte le ulteriori direttive provenienti dalla Regione Lazio.

5.1. Fasi, soggetti, tempi e responsabilità.

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 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. La fase di assegnazione degli obiettivi si concretizza con la compilazione dell'apposita sezione contenuta nella Scheda obiettivi e con la condivisione con i singoli Dirigenti.

A seguito delle attività di programmazione, vengono predisposte le singole schede con gli obiettivi da assegnare ai Direttori delle UOC, ai Responsabili delle UOSD e ai Titolari di Programma Aziendale. Gli obiettivi, gli indicatori ed i target sono individuati partendo dagli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Lazio, in seguito analizzati e “ribaltati” alle unità operative per competenza.

L'attività di contrattazione del budget, per le unità operative sanitarie, si svolge in riunioni con i singoli Dirigenti Responsabili delle unità operative individuate; la calendarizzazione delle riunioni è articolata su diversi giorni e durante le riunioni sono distribuite, analizzate e commentate le singole schede con i Responsabili. Recepite le osservazioni, anche nei giorni successivi, sono messi in atto i necessari, opportuni approfondimenti per singola unità operativa. Apportate le eventuali modifiche, emerse a seguito della contrattazione, la Direzione Aziendale assegna gli obiettivi individuati, attraverso il formale invio della Scheda di Budget. Durante il corso dell'anno viene effettuato un costante monitoraggio degli obiettivi assegnati, attraverso la trasmissione trimestrale dell'andamento degli indicatori individuati nelle Schede di Budget a tutti i responsabili. Alla fine dell'anno, effettuato l'ultimo monitoraggio, i risultati raggiunti vengono comunicati ai Responsabili e discussi nelle successive riunioni.

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.

5.2. Punti di forza e di debolezza del ciclo di gestione della performance.

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

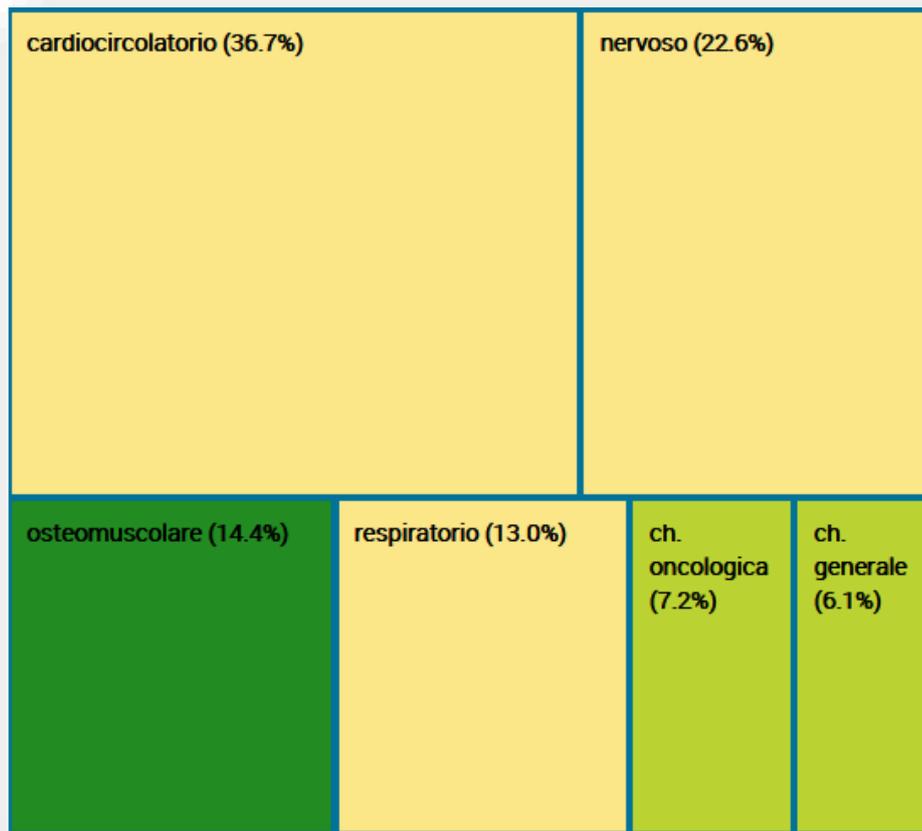
In particolare alcune possibili azioni di miglioramento sono le seguenti:

- 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.

Grazie alle azioni di monitoraggio mensile del controllo direzionale, gli obiettivi assegnati alle UOC cliniche, monitorati dal Programma Nazionale Esiti (P.RE.VAL.E), gli obiettivi di efficientamento assegnati a tutto il personale aziendale, si è realizzata un'importante azione di recupero del deficit (dal 2006 al 2017) e al miglioramento degli outcome del sistema P.RE.VAL.E.

Monitoraggio indicatori P.RE.VAL.E.: OUTCOME CLINICI



Livello di aderenza a standard di qualità



Nell'ottica del miglioramento continuo, si evidenzia che, anche per l'anno 2017, il PTV ha mantenuto la certificazione del Sistema di Gestione Qualità in conformità alla norma UNI EN ISO 9001:2008.

Tra i vari punti di forza dell'organizzazione il team di audit ha posto l'attenzione sulla *“Completa integrazione e fusione del sistema di gestione della qualità con il sistema di gestione delle valutazioni/performance e di budgeting nonché con le azioni/processi attivati per la ottemperanza ai dettami della normativa regionale”*.

 Certificato	kiwa Partner for progress 	
	Reg. Numero: 7800 - A	Valido da: 2017-05-31
	Primo rilascio: 2005-02-23	Ultima modifica: 2017-05-31
	Scadenza: 2018-09-15	Settore EA: EA: 38

**Certificato del Sistema di Gestione per la Qualità
UNI EN ISO 9001:2008**

Si dichiara che il Sistema di Gestione per la Qualità dell'Organizzazione:

**FONDAZIONE PTV
POLICLINICO TOR VERGATA**

è conforme alla norma UNI EN ISO 9001:2008 per i seguenti prodotti/servizi:

Progettazione ed erogazione di servizi e prestazioni sanitarie di diagnosi e cura, in regime ambulatoriale, di ricovero ordinario e di Day Hospital, nelle strutture di: Dipartimento di Medicina di Laboratorio, Ematologia, Anatomia ed Istologia Patologica, Malattie Infettive, Cardiocirurgia, Stroke Unit, Farmacia Ospedaliera, Medicina Trasfusionale, Oncologia Medica, Medicina del Lavoro, Nutrizione Clinica Terapia parenterale e Anoressia Nervosa, Centro di Riferimento Regionale per la Sclerosi Multipla, Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva, Reumatologia. Progettazione ed erogazione di attività di Governo di Direzione Generale, Amministrativa, Sanitaria e e Infermieristica e delle Professioni Sanitarie. Progettazione ed erogazione di attività formative accreditate ECM "Educazione Continua in Medicina". Progettazione ed erogazione di attività del Comitato Valutazione Sinistri. Erogazione di attività di Gestione del Rischio Clinico, Gestione Sanitaria del Blocco Operatorio.

Chief Operating Officer
Giuseppe Balcredi

Il mantenimento della certificazione è soggetto a sorveglianza annuale e subordinato al rispetto dei requisiti contrattuali Kiwa Cermet Italia.
Riferirsi al manuale qualità per i dettagli delle esclusioni ai requisiti della norma UNI EN ISO 9001:2008
La presente certificazione è stata rilasciata in conformità al Regolamento Tecnico Accredia RT 04
Il presente certificato è costituito da 1 pagina.

**FONDAZIONE PTV
POLICLINICO TOR VERGATA**
Sede Legale
- Viale Oxford, 81 00133 Roma Italia
Sedi oggetto di certificazione
- Viale Oxford, 81 00133 Roma Italia

Kiwa Cermet Italia S.p.A.
Società con socio unico, soggetta
all'attività di direzione e coordinamento
di Kiwa Italia Holding Srl
Via Cadriani, 23
40057 Granarolo dell'Emilia (BO)
Tel +39 051 459 3 111
Fax +39 051 793 382
E-mail: info@kiwacermet.it
www.kiwacermet.it

CERMET

IAF

ACCREDIA
SICQ N° 007A SSI N° 006G
SCA N° 0100 FSM N° 0041
PRD N° 069B