



PIANO DELLA PERFORMANCE

2017 - 2019

Elenco delle modifiche

Versione	Data	Paragrafi modificati	Note
2017-2019	26/05/2017	1, 3.1, 4.2.1, 6.1, 7.1, 8.	

	Funzione	Data
Redatto	Dipartimento Acquisizione e Gestione delle Risorse Umane Responsabile U.O.S. Qualità	04/2017
Verificato	Direttore Sanitario	26/05/2017
Verificato	Direttore Amministrativo	26/05/2017
Approvato	Direttore Generale	26/05/2017

INDICE

INDICE	3
Riferimenti normativi	5
1. PRESENTAZIONE DEL PIANO.....	6
2. SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI STAKEHOLDER ESTERNI.....	7
2.1 Chi siamo.....	7
2.2 Cosa facciamo.....	7
2.3 Come operiamo	8
3. IDENTITÀ.....	9
3.1 L'Amministrazione in "cifre"	9
3.2 Mandato istituzionale e Missione	9
3.3 Albero della Performance.....	11
4. Analisi del contesto.....	12
4.1 Analisi del contesto esterno	12
4.2 Analisi del contesto interno	13
4.2.1 Il SGQ.....	13
4.2.2 Il sistema premiante.....	15
4.2.3 Il sistema di valutazione degli incarichi	16
5. OBIETTIVI STRATEGICI	17
5.1 Il SGQ.....	17
5.2 Obiettivi affidati dalla Regione Lazio al Direttore Generale.....	17
6. DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OPERATIVI	18
6.1 Obiettivi assegnati al personale dirigenziale.....	18
7. IL PROCESSO SEGUITO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLE PERFORMANCE.....	19
7.1 Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano	19
7.2 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio.....	19
7.3 Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione della Performance.....	20

8. ALLEGATI TECNICI.....	21
8.1 Schede obiettivi dei Dirigenti di area non clinica	21
8.2 Schede obiettivi dei Dirigenti sanitari di area clinica	21

Riferimenti normativi

Legge 4 marzo 2009, n. 15 “Delega al Governo finalizzata all’ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e alla efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni nonché disposizioni integrative delle funzioni attribuite al Consiglio nazionale dell’economia e del lavoro e alla Corte dei conti”.

Legge 6 novembre 2012 n. 190 “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”.

Legge Regionale 16 marzo 2011 n.1 “Norme in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza della Amministrazioni regionali”.

Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali”.

Decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, “Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”.

Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33, “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”.

Delibera n. 112/2010 – “Struttura e modalità di redazione del Piano della *performance*”.

Delibera n. 1/2012 Linee guida relative al miglioramento dei Sistemi di misurazione e valutazione della *performance* e dei Piani della *performance*

Delibera n. 6/2013 – “Linee guida relative al ciclo di gestione della *performance* per l’annualità 2013”.

1. PRESENTAZIONE DEL PIANO

Il presente documento riporta il Piano della *Performance* (Piano delle Prestazioni e dei Risultati) per il triennio 2017-2019 della Fondazione Policlinico Tor Vergata (indicato di seguito brevemente Piano), redatto ai sensi del Decreto Legislativo n. 150 del 27 ottobre 2009. Il Piano è lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della *performance*. È un documento programmatico triennale in cui, in coerenza con le risorse assegnate, sono esplicitati gli obiettivi, gli indicatori ed i target. Il Piano definisce dunque gli elementi fondamentali (obiettivi, indicatori e target) 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. In particolare, il Piano individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici e operativi e definisce gli indicatori per la misurazione e la valutazione della *performance* della Fondazione Policlinico Tor Vergata (indicata di seguito brevemente PTV) nonché gli obiettivi assegnati, compatibilmente con le risorse disponibili, al personale dirigenziale e i relativi indicatori. Va evidenziato che il Piano definisce gli elementi su cui si baserà la misurazione e la valutazione della *performance* della struttura amministrativa e sanitaria.

Il Piano è stato elaborato in coerenza con il sistema di pianificazione e controllo e con i documenti di programmazione del PTV, sulla base di un'attenta analisi delle esigenze dei propri stakeholder, oltre che del contesto socio-economico in cui il PTV è inserito.

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

2.1 Chi siamo

La Fondazione PTV è stata costituita dalla Regione Lazio e dall'Università di Roma-Tor Vergata in base alle previsioni del Protocollo d'intesa Regione/Ateneo del 2005 e della L. R. 26/2007.

Essa è pienamente operativa dal 1° luglio 2008, data dalla quale, è subentrata alla precedente Azienda Universitaria Policlinico Tor Vergata in tutti i rapporti giuridici attivi e passivi, compresi quelli nei confronti della Regione Lazio, inerenti la gestione del Policlinico Universitario.

Secondo le formulazioni statutarie la Fondazione PTV si configura come "Fondazione di partecipazione", corrispondente alla tipologia delle "Fondazioni strumentali agli enti pubblici fondatori" (c.d. Fondazione Amministrativa).

Lo strumento giuridico che ha portato alla costituzione, al successivo riconoscimento ed infine all'avvio ed alla piena operatività della Fondazione è stata quella della Sperimentazione Gestionale, ampiamente disciplinata dal nostro ordinamento giuridico ed in particolare dalla normativa riguardante il S.S.N.

2.2 Cosa facciamo

La Fondazione si vuole "prendere cura del paziente", dal momento dell'accesso al momento della dimissione e, in tale ottica, l'obiettivo è di proiettare le finalità assistenziali dell'ospedale anche verso il territorio.

L'organizzazione della Fondazione si orienta a sviluppare l'integrazione ottimale tra le funzioni di assistenza, didattica-formazione e ricerca clinica, attraverso il bilanciamento concordato tra obiettivi del Servizio Sanitario Regionale e dell'Università.

La Fondazione si pone l'obiettivo di soddisfare la necessità di riorganizzare l'attività formativa del personale medico e delle altre professioni sanitarie, garantendo che sia al passo con i tempi, non limitandola più al solo settore ospedaliero, ma anche a quello territoriale e, più in generale, al complesso di tutti gli interventi assistenziali riferibili sia alla prevenzione delle situazioni patologiche, che alla cura delle malattie ed al recupero dello stato di benessere psicofisico dei cittadini-utenti.

La Fondazione si propone di "uscire" sul territorio per consentire il percorso formativo di cui sopra, vuole essere veicolo di innovazione organizzativa privilegiando il principio della diversificazione del flusso dei pazienti; ambisce, infatti, favorire lo sviluppo di "modelli aperti" quale strumento per trattare nel modo più appropriato le patologie meno gravi e/o con minori complicanze, riservando maggiori risorse disponibili ai pazienti e alle patologie più gravi, garantendo loro un trattamento qualitativamente migliore. Alla base di questo modus operandi c'è l'applicazione del moderno

concetto di “presa in carico “ e di “continuità delle cure” che corrisponde all’attuale evoluzione dei modelli di cura che individuano le tre fasi del percorso: “high care”, “low care” e “catena della cronicità”.

Nel perseguire i suoi obiettivi, la Fondazione è orientata al miglioramento continuo dei protocolli assistenziali e all’implementazione di linee guida per la diagnosi e la cura, basate sull’evidenza scientifica e sulla pratica quotidiana.

2.3 Come operiamo

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.

3. IDENTITÀ

3.1 L'Amministrazione in "cifre"

L'organizzazione della Fondazione PTV è descritta nell' "Atto di Organizzazione e Funzionamento della Fondazione PTV - Policlinico Di Tor Vergata" approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 2 del 01 agosto 2008, a cui si rinvia.

Le funzioni sono descritte nel Funzionigramma Aziendale approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 307 del 28 maggio 2010, a cui si rinvia.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ATTIVITA' AMBULATORIALE									
Diagnostica per Immagini	136.883	126.199	128.573	135.851	134.653	133.939	139.635	139.404	119.818
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
Poliambulatorio	445.360	358.275	341.557	355.048	364.506	370.433	369.195	393.383	363.794
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
DEGENZE ORDINARIE									
N° Ricoveri	12.326	13.092	14.805	14.134	13.316	13.360	15.449	15.961	15.719
DEGENZE DIURNE									
N° Ricoveri	13.753	11.503	14.138	12.778	11.413	11.126	10.148	9.600	8.185
PRONTO SOCCORSO GENERALE									
Accessi Totali	50.881	53.366	56.868	55.026	53.629	51.588	53.980	52.312	52.133
POSTI LETTO									
Posti Letto	344	356	420	388	388	366	406	460	463
PERSONALE									
N° Personale in Servizio	1.819	1.851	1.901	1.803	1.803	1.803	1.760	1.760	1.760

3.2 Mandato istituzionale e Missione

La *mission* espressa dal simbolo del Policlinico Tor Vergata e dallo slogan "Costruiamo insieme l'ospedale umano, aperto e sicuro" viene sempre più sostenuta dal miglioramento continuo orientato a un'organizzazione innovativa e proiettata verso una nuova dimensione di ospedale che sia un punto di eccellenza del sistema sanitario nazionale e che, nel contempo, sia capace di rappresentare un riferimento in ambito internazionale per gli aspetti inerenti la gestione, l'organizzazione, la tecnologia e l'umanizzazione della medicina.

E' indispensabile in tale contesto di forte spinta verso l'innovazione dotare la Fondazione PTV di strumenti in grado di supportare i piani di sviluppo e garantire un approccio sistemico rispetto alla traduzione di politiche strategiche in piani operativi.

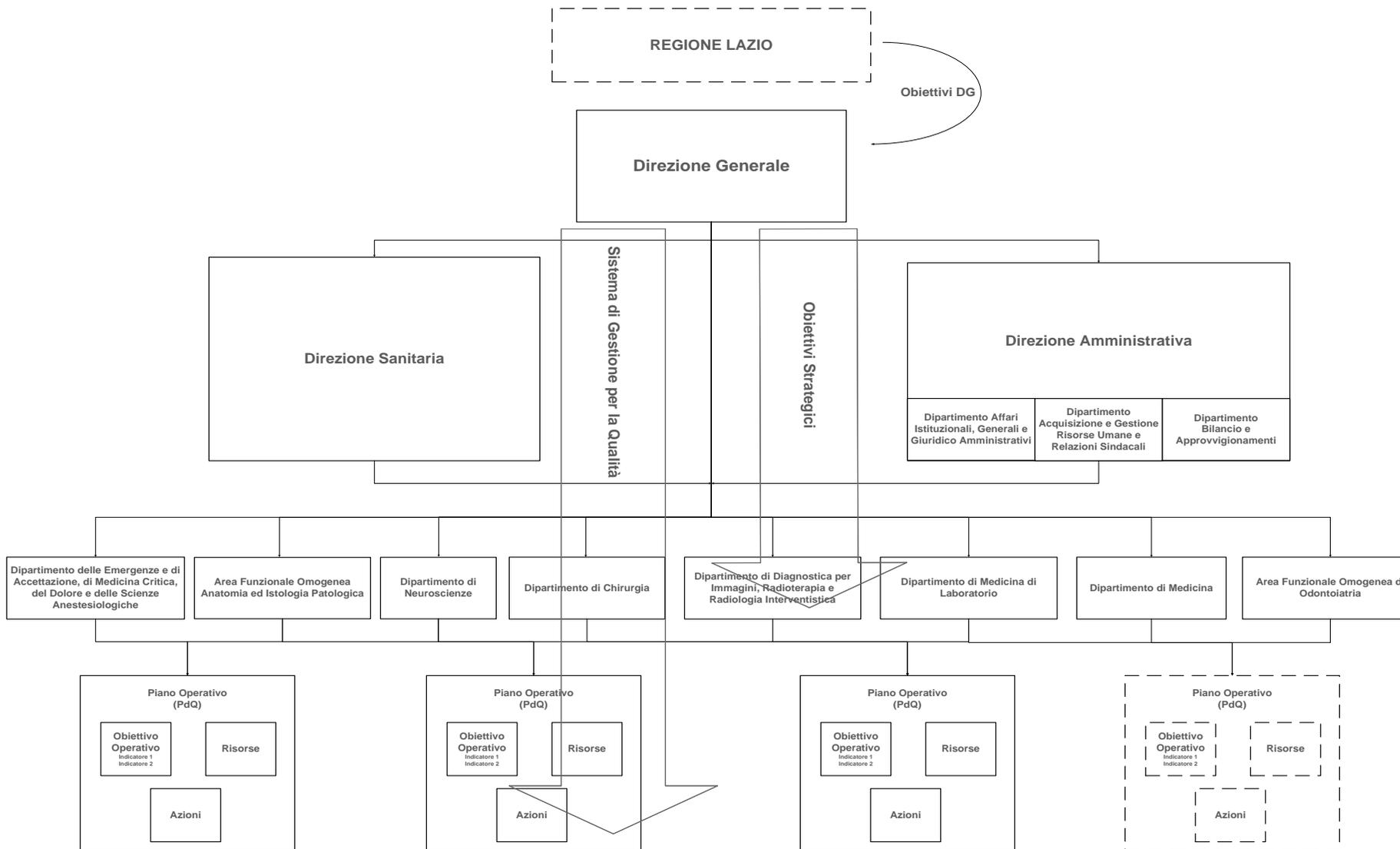
Il PTV opera per garantire il più alto livello di soddisfazione della domanda di salute intesa come espressione del benessere psicofisico e sociale, secondo gli obiettivi determinati dalla programmazione regionale, dagli accordi fra Regione Lazio e Università, nonché dai propri atti di programmazione a valenza pluriennale e annuale.

La “*mission*” istituzionale si esplica nella vocazione del PTV:

- ad offrire alla collettività i più qualificati livelli assistenziali, erogando in modo efficace, appropriato, efficiente ed economico prestazioni sanitarie di alta complessità erogabili in ambiente ospedaliero;
- a perseguire gli obiettivi assistenziali con quelli formativi e di ricerca; in particolare, a fondamento della *mission* è la volontà di sviluppare un percorso assistenziale basato sul principio della continuità delle cure e sulla medicina basata sulle evidenze.

Nello svolgimento dei suoi compiti istituzionali, il PTV eroga le proprie attività, prestazioni e servizi assistenziali sulla base dei criteri di efficacia, efficienza, economicità, appropriatezza e qualità, ricorrendo a modelli organizzativi innovativi e privilegiando, in particolare, quelli “aperti” ed alternativi al ricovero ordinario e quelli orientati a soddisfare i bisogni assistenziali della popolazione anziana, con disabilità e patologie croniche, in coerenza con i modelli ed i protocolli organizzativi proposti a livello nazionale e regionale.

3.3 Albero della Performance



4. Analisi del contesto

4.1 Analisi del contesto esterno

L'Università ha sempre avuto un ruolo fondamentale nelle dinamiche evolutive dei processi culturali e delle società nel loro complesso. Nel contesto di riferimento, l'Università degli Studi di Roma Tor Vergata, e in particolare la facoltà di Medicina, come elementi prioritari del processo formativo, del medico e di altre professioni sanitarie essenziali al processo assistenziale, assumono un ruolo strategico bivalente in quanto deputate a guidare il cambiamento della società e della sanità. Da una parte, infatti, non essendo l'insegnamento un'attività a sé stante e statica nel tempo, è indispensabile riqualificare e aggiornare i percorsi didattici rideterminando continuamente le esigenze formative sulla base dei mutamenti sociali, culturali, economici e tecnologici; dall'altra parte, l'organizzazione della stessa Università e l'individuazione di protocolli di intesa tra Università e Regione devono essere pensate in un contesto più generale di progettazione e pianificazione strategica.

Proprio considerando l'Università e l'ospedale come elementi e strumenti di programmazione, l'attività formativa deve essere coerente con gli stessi indirizzi della programmazione nazionale e regionale. Questo vuol dire che le attività di didattica e di ricerca non devono essere finalizzate esclusivamente a determinati profili medico specialistici (per esempio le specialità di medio-alta ed alta intensità di cura), ma devono rivolgere la loro attenzione a tutto il percorso assistenziale dei pazienti, dalla prevenzione alla fase acuta, alla post-acuzie, alla riabilitazione, alla lungodegenza, all'assistenza domiciliare, alle cure primarie ed alle palliative. Il sistema formativo deve considerare, pertanto, l'intera offerta assistenziale, sia sotto il profilo delle figure professionali che sotto il profilo dei modelli assistenziali e della loro appropriatezza funzionale ed organizzativa. L'ospedale, inteso come struttura integrata di cura e formazione, e le attività ad esso connesse, quindi, non possono non considerare quel principio sempre più fortemente sostenuto nell'ottica di una riforma dei settori dell'assistenza, vale a dire l'integrazione tra ospedale e territorio.

Il processo formativo deve contribuire allo sviluppo delle specialità, delle professionalità e di tutti i servizi che consentono di porre il paziente al centro di un sistema di cura e di assistenza sanitaria e sociosanitaria a garanzia di un percorso assistenziale basato sulla continuità della cura, sulla qualità e sull'appropriatezza dell'offerta.

4.2 Analisi del contesto interno

4.2.1 II 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 9001:2008.

Il 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.

Nella scelta dell'Ente certificatore il Policlinico Tor Vergata 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, Azienda 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.

Nel 2007 erano 12 le strutture certificate all'interno del Policlinico Tor Vergata.

Nel marzo 2008 si è arrivati ad adottare una documentazione unica di sistema, comune a tutte le Unità Operative, certificate e da certificare; in particolare è stata curata l'emissione del Manuale della Qualità e l'elaborazione delle Procedure di Sistema di Gestione per la Qualità, tutto ideato per conseguire la certificazione della Fondazione nel suo complesso.

Nel marzo 2009 si è provveduto all'unificazione di tutte le attività di Audit svolte dall'Ente certificatore, relative a nove delle dodici Unità Operative certificate e ciò ha avuto lo scopo di consentire una valutazione globale da parte dell'Ente certificatore di tutte le Unità come sistema e di ottenere, quindi, l'emanazione di un certificato riferito al Policlinico, con l'elenco delle 12 Unità Operative certificate.

Nel marzo 2010 sono state inserite con successo nell'iter di certificazione la Direzione Amministrativa e la Direzione Infermieristica e delle Professioni Sanitarie, con il conseguente riconoscimento della certificazione di "parte terza" del Policlinico Tor Vergata.

Nel marzo 2011 è stata confermata la certificazione del Policlinico Tor Vergata ed è stata estesa all'U.O.C. Malattie Apparato Respiratorio, all'U.O.S.D. Medicina del Lavoro, al Programma Aziendale di Assistenza legale/assicurativa agli operatori ed alla struttura erogatrice del Servizio -Sistema di

Garanzia, alla Gestione del Rischio Clinico, al Settore Sperimentazioni Cliniche ed alla Segreteria del Comitato Etico Indipendente.

Nel marzo 2012 è stata confermata la certificazione del Policlinico Tor Vergata ed è stata estesa all'U.O.C. Innovazione, Sviluppo, Pianificazione Strategica e Controllo Direzionale ed all'U.O.S.D. Centro di Riferimento Regionale per la Sclerosi Multipla.

Nell' aprile 2013 la certificazione del Policlinico Tor Vergata è stata rinnovata ed è stata estesa all'U.O.C. Cardiochirurgia ed all'U.O.S.D. Servizio di Nutrizione Clinica, Terapia Parenterale e Anoressia Nervosa.

Nell' aprile 2014 la certificazione del Policlinico Tor Vergata è stata confermata ed è stata estesa all'U.O.C. *Stroke Unit*; la singola certificazione riguarda ora 23 Unità Operative con il coinvolgimento di oltre 750 operatori.

Nell' aprile 2015 la certificazione del Policlinico Tor Vergata è stata confermata.

Nell' aprile 2016 la certificazione del Policlinico Tor Vergata è stata rinnovata.

Il campo di applicazione del Sistema di Gestione per la Qualità della Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata è: "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 Medicina di Laboratorio, Ematologia, Anatomia ed Istologia Patologica, Malattie Infettive, Cardiochirurgia, *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.

Progettazione ed erogazione di attività di governo di Direzione Generale, Amministrativa, Sanitaria 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".

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.

Quale ulteriore obiettivo di miglioramento sono stati certificati quattro percorsi diagnostico-terapeutici: per la Leucemia Mieloide Acuta, per la Sclerosi Multipla, per il Tumore del Colon Retto e per l'HIV.

4.2.2 Il sistema premiante

Il PTV con DDG n.334 del 14-06-2010 ha approvato il “Regolamento in materia di Sistema premiante della dirigenza dell’area sanitaria, professionale, tecnica ed amministrativa”, successivamente modificato con DDG n.256 del 24-06-2011. Successivamente con DDG n. 453 del 10-08-2012 ha adottato il regolamento che disciplina il Sistema di misurazione e valutazione della *performance* e dei risultati. Annualmente il Policlinico Tor Vergata valuta la *performance* delle proprie strutture e del personale dipendente ivi assegnato, al fine di assicurare elevati standard qualitativi e gestionali attraverso la valorizzazione dei risultati e delle *performance* organizzative e individuali, in un quadro di pari opportunità di diritti e doveri, di trasparenza dei risultati e delle risorse impiegate per il loro conseguimento.

Il Sistema di valutazione si inserisce nell’ambito del Ciclo di gestione della *performance* e dei risultati articolato nelle seguenti fasi:

- a) definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori, formulati in termini misurabili;
- b) collegamento tra gli obiettivi e l’allocazione delle risorse;
- c) monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi e migliorativi;
- d) misurazione e valutazione della *performance* e dei risultati organizzativi e individuali;
- e) utilizzo dei sistemi premianti secondo criteri di valorizzazione del merito;
- f) rendicontazione dei risultati al Direttore Generale e al Consiglio di Amministrazione, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

Il Sistema di valutazione individua inoltre:

- a) le fasi, i tempi, le modalità, i soggetti e le responsabilità del processo di misurazione e valutazione della *performance* e dei risultati;
- b) le procedure di conciliazione relative all’applicazione del Sistema di valutazione;
- c) le modalità di raccordo e integrazione con il sistema per il controllo di gestione;
- d) le modalità di raccordo con i documenti di programmazione economico-finanziaria e di bilancio.

Nell’ambito del Ciclo di gestione, l’attività di misurazione e valutazione deve tendere a migliorare le modalità di individuazione e comunicazione degli obiettivi, a gestire in modo più efficiente le risorse ed i processi organizzativi, a rafforzare l’*accountability* e le responsabilità ai diversi livelli, a incoraggiare il miglioramento continuo e l’apprendimento organizzativo.

L’Organismo indipendente di valutazione (OIV) sovrintende al funzionamento complessivo del Sistema, della definizione degli obiettivi dei controlli interni, della trasparenza e dell’integrità e riferisce le criticità riscontrate nello svolgimento della propria attività agli organi competenti.

4.2.3 Il sistema di valutazione degli incarichi

Con DDG n. 453 del 10-08-2012 ha adottato il regolamento che disciplina il Sistema di misurazione e valutazione della *performance* e dei risultati, nel quale 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 ivi individuati ai Direttori dei Dipartimenti, delle UOC, ai Responsabili delle UOSD e ai titolari di Programma Aziendale al termine dell'attività di contrattazione del budget.

5. OBIETTIVI STRATEGICI

5.1 II SGQ

La Politica per la Qualità della Fondazione Policlinico Tor Vergata, al fine di perseguire il miglioramento continuo, è orientata all'integrazione del Sistema di Gestione per la Qualità con i processi aziendali. Tale integrazione si realizza razionalizzando e migliorando le interfacce tra le diverse aree, anche attraverso la definizione e la condivisione di obiettivi misurabili.

Obiettivo principale è la diffusione del Sistema di Gestione per Qualità all'interno della Fondazione orientandolo al miglioramento continuo, mantenendo la certificazione conseguita ed estendendola a nuove Unità Operative.

Ulteriore obiettivo è lo sviluppo, in ottica aziendale, del Sistema di Gestione per la Qualità della Fondazione inserendo nelle Politiche per la Qualità delle Unità Operative certificate obiettivi aderenti alle linee strategiche della Direzione Aziendale e, laddove necessario, recependo, in una logica top – down, gli obiettivi assegnati dalla Regione Lazio al Direttore Generale della Fondazione PTV.

La Politica per la Qualità aziendale trova la propria articolazione operativa anche nelle Politiche per la Qualità delle singole Unità Operative, sempre più aderenti alle indicazioni dell'Alta Direzione nel rispetto delle linee di indirizzo regionali.

5.2 Obiettivi affidati dalla Regione Lazio al Direttore Generale

Con Decreto del Presidente della Regione Lazio, vengono assegnati al Direttore Generale gli obiettivi da raggiungere (vedi par. 8.1), 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, 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 con particolare riferimento alla Umanizzazione e ai Livelli Essenziali di Assistenza.

6. DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OPERATIVI

6.1 Obiettivi assegnati al personale dirigenziale

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 così come deliberata nel presente Piano. 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.

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. Inoltre 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 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.

7. IL PROCESSO SEGUITO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLE PERFORMANCE

7.1 Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano

Il presente piano è stato redatto in conformità alla DELIBERA n. 112/2010 – “Struttura e modalità di redazione del Piano della *performance*”, in collaborazione tra il Dipartimento Acquisizione e Gestione delle Risorse Umane e il Responsabile della Trasparenza, sarà approvato con Delibera del Direttore Generale.

	Fase del Processo	Soggetti Coinvolti	Arco Temporale (mesi) 2017/2018												
			M	A	M	G	L	A	S	O	N	D	G	F	
1	Definizione degli obiettivi strategici e delle strategie	Direttore Generale													
2	Definizione degli obiettivi e dei piani operativi	Direttore Generale													
3	Redazione del Piano	DRUM Dott. Michele Olivieri													
4	Approvazione del Piano	Direttore Generale													
5	Comunicazione del Piano	Direttore Generale Dott. Michele Olivieri													
6	Monitoraggio del ciclo della <i>performance</i>	UOC-ISPeC													
7	Redazione della Relazione sulla <i>performance</i>	OIV													

7.2 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.

7.3 Azioni per il miglioramento 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, 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 finalizzate al miglioramento della *performance*.

8. ALLEGATI TECNICI

8.1 Schede obiettivi dei Dirigenti di area non clinica

Allegato 1: DDG n. 383 del 23/05/2017 “Assegnazione per l’anno 2017 degli obiettivi strategici relativi all’area dei risultati organizzativi e relativi indicatori al personale dirigente dipendente e strutturato presso il Policlinico Tor Vergata afferenti all’Area non Clinica”.

8.2 Schede obiettivi dei Dirigenti sanitari di area clinica

Dipartimento di Medicina

Allegato 2a: scheda obiettivi Direttore UOC Dermatologia

Allegato 2b: scheda obiettivi Direttore UOC Ematologia

Allegato 2c: scheda obiettivi Direttore UOC Endocrinologia, Diabetologia e malattie del metabolismo

Allegato 2d: scheda obiettivi Direttore UOC Gastroenterologia

Allegato 2e: scheda obiettivi Direttore UOC Ipertensione e Nefrologia

Allegato 2f: scheda obiettivi Direttore UOC Malattie dell’apparato respiratorio

Allegato 2g: scheda obiettivi Direttore UOC Medicina Interna

Allegato 2h: scheda obiettivi Direttore UOC Oncoematologia

Allegato 2i: scheda obiettivi Direttore UOC Malattie Infettive

Allegato 2l: scheda obiettivi Direttore UOC Servizio di Medicina Fisica e Riabilitazione di supporto alle degenze ed attività di DH

Allegato 2m: scheda obiettivi Direttore UOC Servizio di Reumatologia

Allegato 2n: scheda obiettivi Direttore UOC Trapianto Cellule Staminali

Allegato 2o: scheda obiettivi Direttore Programma Aziendale Centro Aterosclerosi e DH Medico

Allegato 2p: scheda obiettivi Direttore Programma Aziendale Epatologia

Allegato 2q: scheda obiettivi Direttore UOSD Endoscopia Digestiva Operativa e d’Urgenza

Allegato 2r: scheda obiettivi Direttore UOSD Oncologia Medica

Allegato 2s: scheda obiettivi Direttore UOSD Servizio di Nutrizione Clinica, Terapia Parenterale e Anoressia Nervosa

Dipartimento di Chirurgia

Allegato 3a: scheda obiettivi Direttore UOC Cardiochirurgia

Allegato 3b: scheda obiettivi Direttore UOC Chirurgia Trapianti

Allegato 3c: scheda obiettivi Direttore UOC Chirurgia Generale B

Allegato 3d: scheda obiettivi Direttore UOC Chirurgia Generale C

Allegato 3e: scheda obiettivi Direttore UOC Chirurgia Maxillo Facciale

Allegato 3f: scheda obiettivi Direttore UOC Chirurgia Toracica
Allegato 3g: scheda obiettivi Direttore UOC Chirurgia Vascolare
Allegato 3h: scheda obiettivi Direttore UOC Ginecologia
Allegato 3i: scheda obiettivi Direttore UOC Oculistica
Allegato 3l: scheda obiettivi Direttore UOC Ortopedia e Traumatologia B
Allegato 3m: scheda obiettivi Direttore UOC Ortopedia e Traumatologia A
Allegato 3n: scheda obiettivi Direttore UOC Otorinolaringoiatria
Allegato 3o: scheda obiettivi Direttore UOC Urologia
Allegato 3p: scheda obiettivi Direttore UOSD Audiologia e Foniatria
Allegato 3q: scheda obiettivi Direttore UOSD Patologie Retiniche
Allegato 3r: scheda obiettivi Direttore UOSD Trattamento del Glaucoma
Allegato 3s: scheda obiettivi Direttore UOSD Urologia funzionale e chirurgia urologica mini
invasiva

Dipartimento di Medicina di Laboratorio

Allegato 4a: scheda obiettivi Direttore UOC Laboratorio di biologia molecolare clinica
Allegato 4b: scheda obiettivi Direttore UOC Laboratorio di Genetica Medica
Allegato 4c: scheda obiettivi Direttore UOC Laboratorio di Biochimica Clinica e centro
prelievi
Allegato 4d: scheda obiettivi Direttore UOC Laboratorio di Oncoematologia
Allegato 4e: scheda obiettivi Direttore UOC Laboratorio di Virologia Molecolare
Allegato 4f: scheda obiettivi Direttore UOC Microbiologia e Virologia Clinica
Allegato 4g: scheda obiettivi Direttore UOSD Medicina Trasfusionale
Allegato 4h: scheda obiettivi Direttore UOC Anatomia ed Istologia Patologica
Allegato 4h: scheda obiettivi Direttore UOSD Diagnostica autoptica
Allegato 4h: scheda obiettivi Direttore UOSD Patologia odontostomatologica e dei trapianti
d'organo

Dipartimento di Neuroscienze

Allegato 5a: scheda obiettivi Direttore UOSD Centro Regionale per lo Studio e la Terapia
del Parkinson
Allegato 5b: scheda obiettivi Direttore UOC Neurochirurgia
Allegato 5c: scheda obiettivi Direttore UOC Neurofisiopatologia
Allegato 5d: scheda obiettivi Direttore UOC Neurologia
Allegato 5e: scheda obiettivi Direttore UOC Neuro Psichiatria Infantile
Allegato 5f: scheda obiettivi Direttore UOC Psichiatria e Psicologia clinica e SPDC

Allegato 5g: scheda obiettivi Direttore UOSD Servizio di Psichiatria di Pronto Soccorso,
Psichiatria di consultazione presso i reparti e counseling psicologico

Allegato 5h: scheda obiettivi Direttore UOC Stroke Unit

Allegato 5i: scheda obiettivi Direttore UOSD Centro di riferimento regionale per la sclerosi
multipla

Allegato 5l: scheda obiettivi Direttore UOSD Servizio dello studio e della terapia delle
demenze

Dipartimento di Diagnostica per Immagini

Allegato 6a: scheda obiettivi Direttore UOC Diagnostica per Immagini

Allegato 6b: scheda obiettivi Direttore UOC Medicina Nucleare

Allegato 6c: scheda obiettivi Direttore UOC Radioterapia

Dipartimento di Emergenza

Allegato 7a: scheda obiettivi Direttore UOC Anestesia e Rianimazione

Allegato 7b: scheda obiettivi Direttore UOC Cardiologia e Cardiologia Interventistica e UTIC

Allegato 7c: scheda obiettivi Direttore UOC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza - PS

Allegato 7d: scheda obiettivi Direttore UOSD Terapia Intensiva

AFO di Odontoiatria

Allegato 8a: scheda obiettivi Direttore UOC Clinica Odontostomatologica

Allegato 8b: scheda obiettivi Direttore Programma Aziendale Ortognatodonzia

Allegato 8c: scheda obiettivi Direttore UOSD Diagnosi igiene e prevenzione orale

Allegato 8d: scheda obiettivi Direttore UOSD Pronto soccorso odontoiatrico e conservativa

Allegato 8e: scheda obiettivi Direttore UOSD Protesi