



RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 2020



FONDAZIONE PTV POLICLINICO

Elenco delle modifiche

Versione	Data	Paragrafi modificati	Note
2021	21/06/2021	TUTTI	

	Funzione	Data
Redazione	UOC Controllo direzionale UOC Gestione sviluppo risorse umane	21/06/2021
Verifica	Direttore Sanitario	22/06/2021
Verifica	Direttore Amministrativo	22/06/2021
Verifica	Direttore Generale	22/06/2021
Approvazione	Consiglio di Amministrazione	23/06/2021
Validazione	Organismo Indipendente di Valutazione	25/06/2021

1 Sommario

1.	CONTENUTI DELLA RELAZIONE ANNUALE SULLA PERFORMANCE.....	4
2.	PREMESSA.....	5
3.	PRINCIPALI RISULTATI RAGGIUNTI	5
3.1	Produzione	6
3.2	Esiti clinici.....	8
4.	ANALISI DEL CONTESTO E DELLE RISORSE.....	9
4.1	Analisi del contesto esterno	9
4.1.1	Emergenza epidemiologica da COVID-19.....	9
4.1.2	Ospedale ad alta specializzazione	11
4.1.3	Contesto territoriale	11
4.1.4	Il contesto epidemiologico: problema dell'invecchiamento della popolazione	11
4.1.5	Il contesto organizzativo: posizionamento del PTV nella programmazione regionale della rete ospedaliera, della rete dell'emergenza e delle reti tempo-dipendenti	12
4.1.6	Il contesto della rete integrata: l'integrazione "ospedale-territorio"	14
4.2	Analisi del contesto interno	15
4.2.1	Aspetti organizzativi e logistico-strutturali per la gestione del paziente con patologia sospetta o accertata COVID-19: percorsi interni e rimodulazione dei posti letto del PTV in relazione alla Pandemia	15
4.2.2	Il Risk Management.....	17
4.2.3	Studi Clinici	18
4.2.4	Il Sistema di Gestione per la Qualità della Fondazione Policlinico Tor Vergata ("SGQ").....	20
4.2.5	Le risorse umane	21
4.2.6	Quadro delle risorse strumentali e finanziarie	24
5.	MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE.....	26
5.1	Albero della performance	26
5.2	Misurazione e valutazione	28
6.	IL PROCESSO DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE	42
7.	LE CRITICITA' E LE OPPORTUNITA'	43

1. CONTENUTI DELLA RELAZIONE ANNUALE SULLA PERFORMANCE

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

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

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

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

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

2. PREMESSA

Da febbraio 2020, con l'introduzione delle "Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19" e con l'emanazione delle "Prime indicazioni in materia di contenimento e gestione dell'emergenza" nonché con le successive ordinanze regionali, il PTV è stato identificato dalla Regione Lazio come centro di riferimento COVID 4 Hospital.

Questa attribuzione ha comportato la riconversione tecnica, logistica, strutturale e clinico/assistenziale di tutta la struttura. Il PTV ha comunque garantito e preservato i percorsi assistenziali di pazienti fragili o con patologie di cui è centro di riferimento e di eccellenza, ed ha mantenuto attive le reti tempo-dipendenti (emodinamica/UTIC e Stroke Unit).

Le attività sono state progettate, programmate e messe in atto tramite la collaborazione ed il coordinamento delle Direzioni con tutti i servizi trasversali nonché della componente clinica, in modo da assicurare che tutte le attività della tecnostruttura supportino efficientemente quelle clinico assistenziali.

Nel successivo paragrafo 4.1.1. sono dettagliate le misure adottate che hanno avuto notevole impatto sugli obiettivi di performance, sugli indicatori e sui valori traguardo.

3. PRINCIPALI RISULTATI RAGGIUNTI

I risultati raggiunti nell'anno 2020 sono stati profondamente influenzati dagli effetti che l'emergenza epidemiologica da COVID-19 ha avuto sull'intera organizzazione.

A seguito della riconversione disposta dalla Regione Lazio del Policlinico a COVID Hospital e alla riorganizzazione dei percorsi assistenziali le attività di ricovero si sono concentrate su quelle indifferibili, garantendo e preservando i percorsi assistenziali di pazienti fragili o con patologie di cui il PTV è centro di riferimento e di eccellenza. Le attività chirurgiche di elezione sono state erogate presso strutture convenzionate come da indicazione regionale. Le attività ambulatoriali sono state ridotte e garantite per le citate categorie di pazienti.

L'effetto "COVID" ha influenzato anche i risultati economici, il risultato provvisorio registrato per l'esercizio 2020 (attualmente in fase di consolidamento) prevede un fisiologico incremento della perdita d'esercizio dovuta alla riduzione dei ricavi da produzione e all'incremento dei costi indotti dallo stato di emergenza, soprattutto quelli relativi al personale.

3.1 Produzione

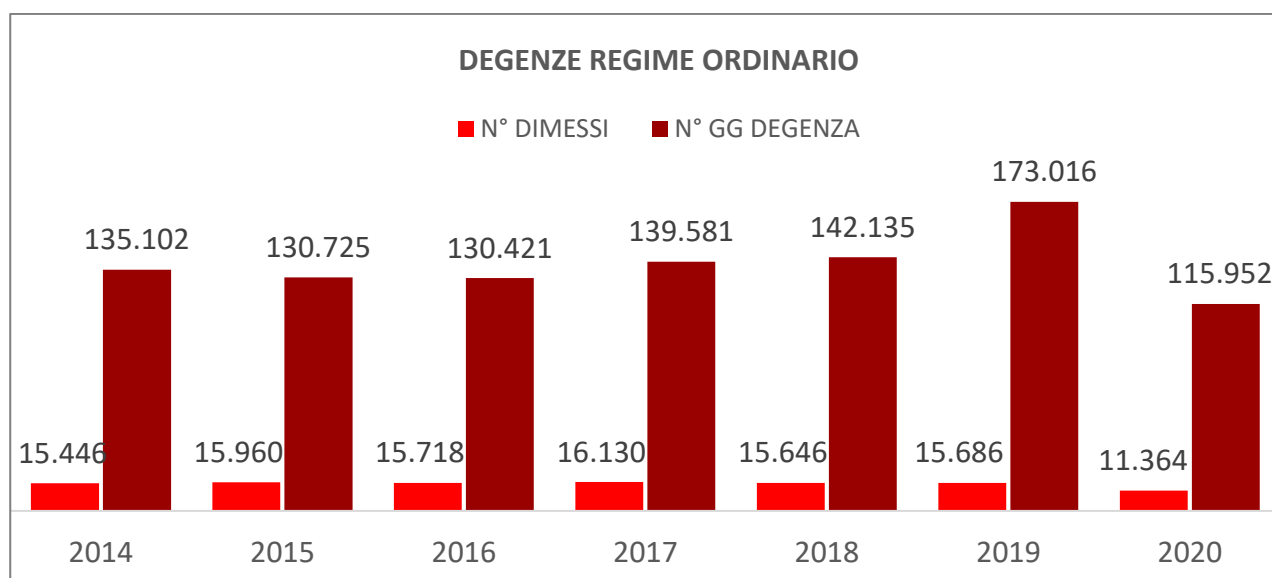
Ai fini dell'erogazione delle attività assistenziali il PTV dispone di n° 504 Posti letto per acuti, di cui 441 destinati ai ricoveri a ciclo continuo (long e week surgery) e 63 ai ricoveri a ciclo diurno.

Nel corso dell'anno 2020 in risposta all'emergenza COVID i posti letto sono stati ridotti e mediamente sono stati disponibili 413 posti letto in regime ordinario di cui circa 115 dedicati a pazienti COVID.

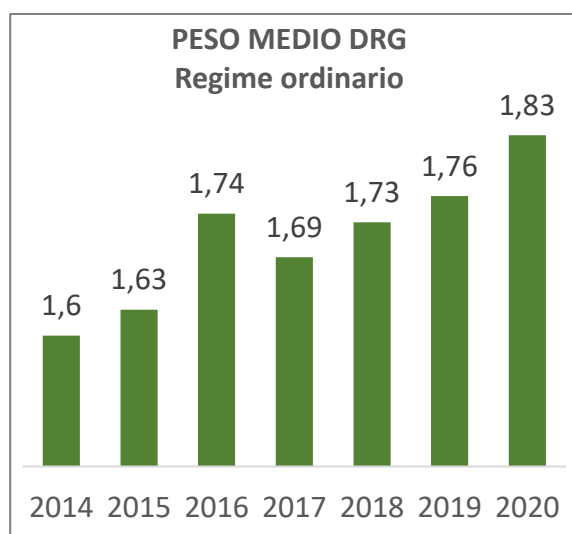
Nell'anno 2020 al PTV sono stati prodotti circa 16552 ricoveri di cui 11364 in regime ordinario.

Relativamente alle attività ambulatoriali, si è assistito ad una fisiologica contrazione dovuta all'effetto che la pandemia ha avuto sull'organizzazione.

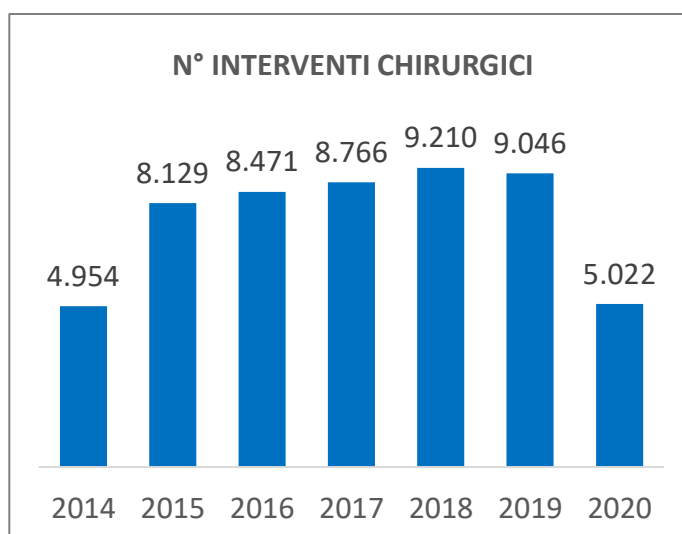
Di seguito una serie di grafici che mostrano l'andamento delle attività negli anni.



FONTE DATI: CONTROLLO DIREZIONALE



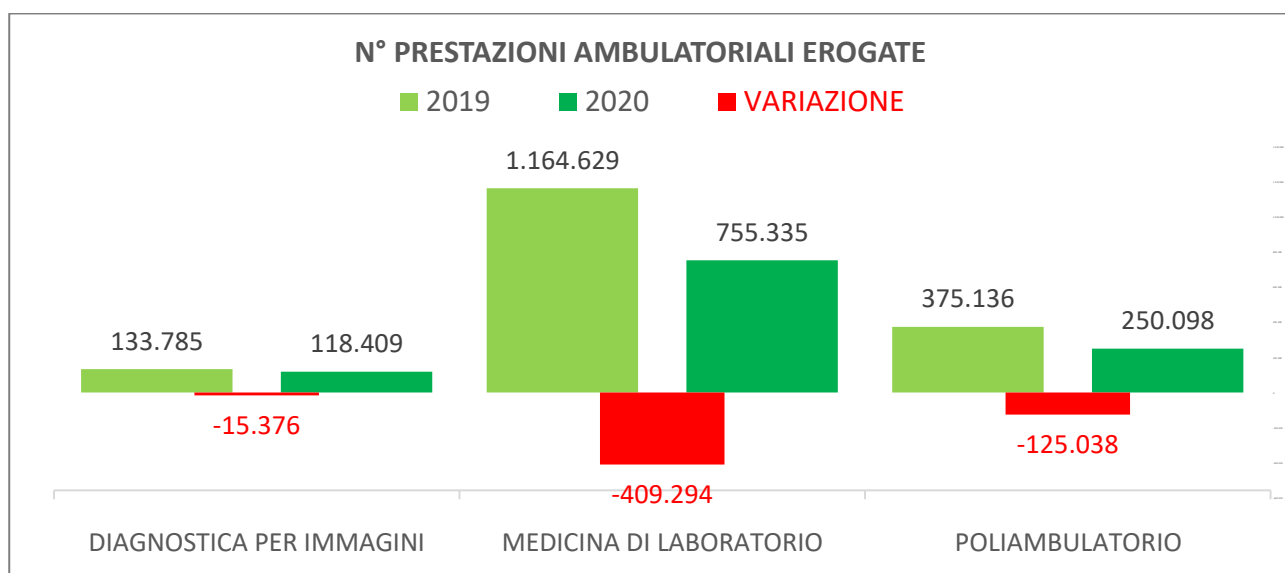
FONTE DATI: CONTROLLO DIREZIONALE



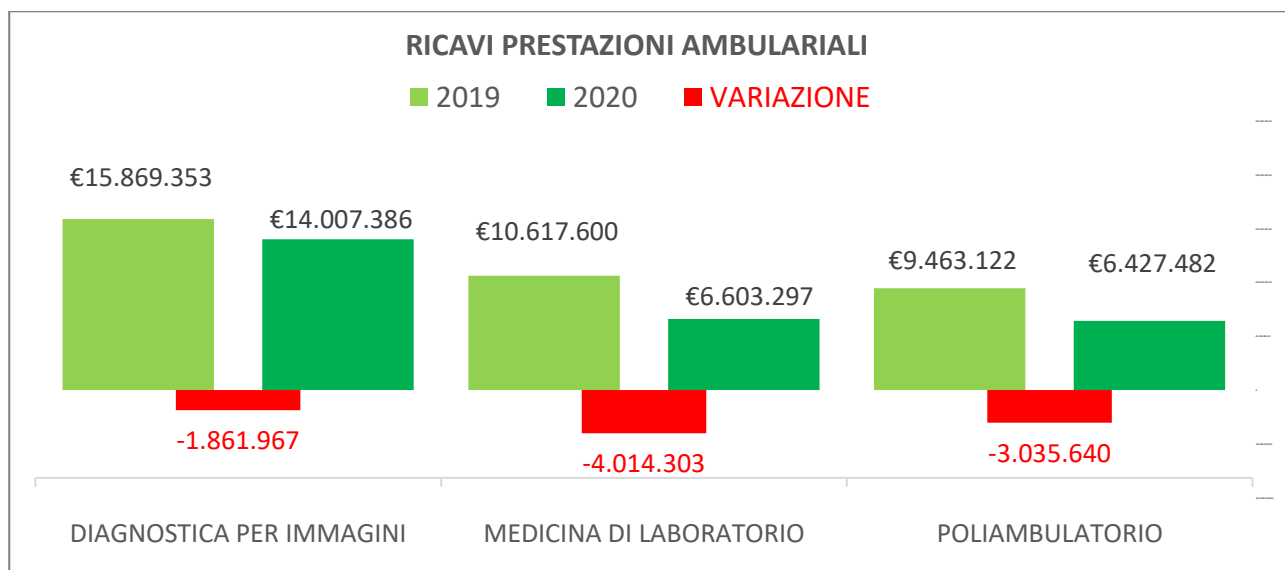
FONTE DATI: CONTROLLO DIREZIONALE E OPERATION MANAGEMENT



FONTE DATI: CONTROLLO DIREZIONALE



FONTE DATI: CONTROLLO DIREZIONALE



FONTE DATI: CONTROLLO DIREZIONALE

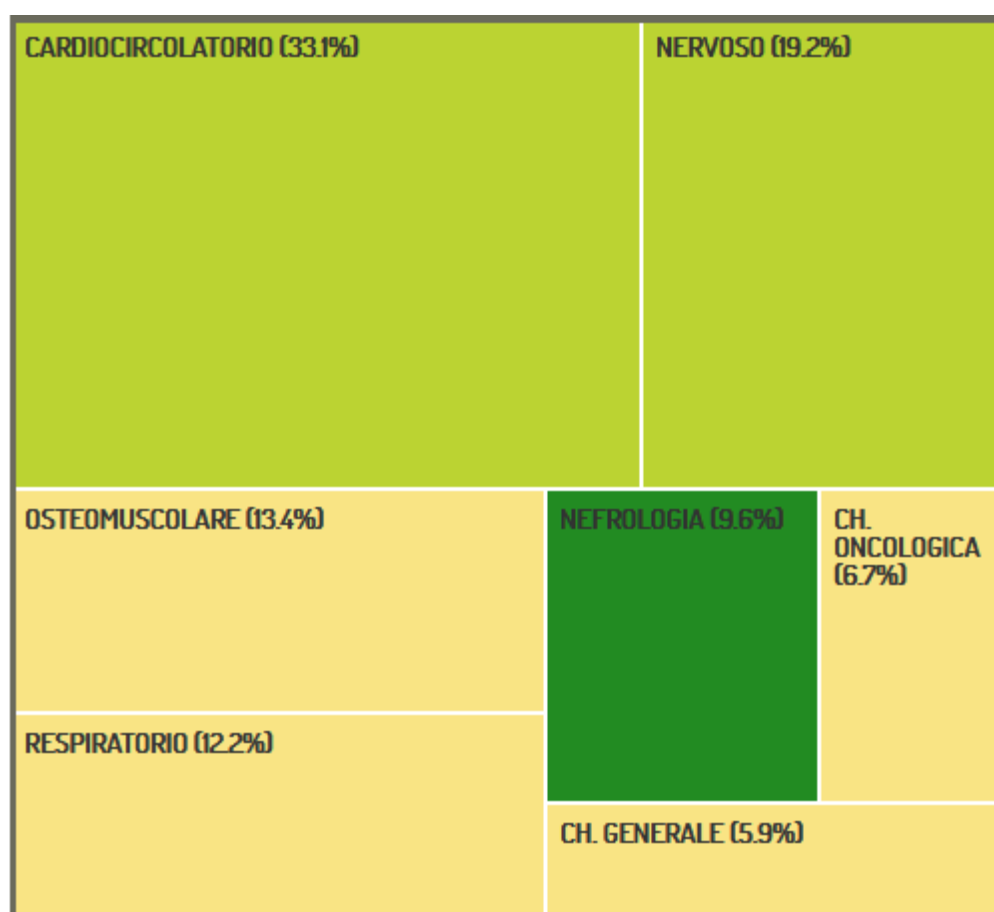
3.2 Esiti clinici

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

Dal 2015 al 2019 al PTV è garantita la qualità di volumi e esiti, i livelli di aderenza rispetto gli standard di qualità, variano da «medio» ad «alto» e non sono presenti aree di criticità.

Nel 2019 il 9,6% dell'attività valutata è di qualità molto alta, il 52.3% di qualità alta, il restante 38,2% di qualità media, dato nettamente positivo considerando che nell'anno 2018 l'attività valutata di alta qualità era pari al 49,6% e quella di qualità media pari al 50.4%.

Alla data di redazione del presente documento sul portale regionale non sono ancora disponibili i dati aggiornati al 2020.



Livello di aderenza a standard di qualità



Fonte dati: sito P.Re.Val.e

4. ANALISI DEL CONTESTO E DELLE RISORSE

4.1 *Analisi del contesto esterno*

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

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

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

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

4.1.1 Emergenza epidemiologica da COVID-19

Il 31 gennaio 2020, con la Delibera del Consiglio dei Ministri, viene emessa la "Dichiarazione dello stato di emergenza in conseguenza del rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili". L'11 febbraio 2020, l'OMS ha definito l'infezione da nuovo coronavirus COVID -19 (Corona Virus Disease), mentre l'11 marzo 2020 si dichiarava lo stato di pandemia.

Di seguito si riportano alcuni dei più significativi elementi normativi e di profilo amministrativo generale, nazionale e regionale, che hanno sostenuto l'avvio delle attività e delle procedure assunte dal Policlinico di Tor Vergata a seguito della suddetta Dichiarazione dello stato di emergenza.

Il 22 febbraio 2020, con la circolare n° 0005443-22/02/2020-DGPRES-DGPRES-P emanata dal Ministero della Salute su "COVID -2019, nuove indicazioni e chiarimenti" (che richiama le note

Circolari n. 1997 del 22 gennaio 2020 e n. 2302 del 27 gennaio 2020), vengono specificate le indicazioni aggiuntive sulla gestione dei casi nelle strutture sanitarie, l'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale (di seguito DPI) per il personale sanitario e le precauzioni standard di biosicurezza.

Il 23 febbraio 2020, con il Decreto-Legge n° 6 convertito in Legge 05 marzo 2020, n° 13 emanata dal Presidente della Repubblica, vengono introdotte "Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19".

Successivamente, con la Direttiva n° 1/2020 del 25 febbraio 2020 vengono, altresì, emanate le "Prime indicazioni in materia di contenimento e gestione dell'emergenza".

L'Ordinanza n° Z00002, emanata dal Presidente della Regione Lazio "Misure per la prevenzione e la gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-2019", ha raccolto e disposto le misure di prevenzione.

Il 18 aprile 2020, con la Circolare n° 0013468-18/04/2020-DGPRES-DGPRES-P del Ministero della Salute "Indicazioni ad interim per la prevenzione ed il controllo dell'infezione da SARS-CoV-2 in strutture residenziali e sociosanitarie", viene disposto il controllo anche nelle strutture che non gestiscono pazienti acuti.

Le complessive regolamentazioni nazionali e regionali hanno permesso di identificare le linee di indirizzo attraverso le quali il PTV ha potuto disegnare ad hoc i percorsi clinico assistenziali nonché organizzativo/gestionali per fronteggiare l'emergenza COVID-19.

Il PTV è stato identificato dalla Regione Lazio come centro di riferimento COVID 4 Hospital. Questa attribuzione ha permesso la riconversione tecnica, logistica, strutturale e clinico/assistenziale di tutta la struttura. Il PTV ha comunque garantito e preservato i percorsi assistenziali di pazienti fragili o con patologie di cui è centro di riferimento e di eccellenza, ed ha mantenuto attive le reti tempo-dipendenti (emodinamica/UTIC e Stroke Unit).

Le attività sono state progettate, programmate e messe in atto tramite la collaborazione ed il coordinamento delle Direzioni con tutti i servizi trasversali nonché della componente clinica, in modo da assicurare che tutte le attività della tecnostuttura supportino efficientemente quelle clinico assistenziali.

- A. Percorsi di accesso al PTV del paziente con patologia sospetta o accertata COVID-19: aspetti organizzativi, logistici e strutturali, clinico/assistenziali nel PS e verso le degenze.
- B. Attività clinico/assistenziali del paziente con patologia sospetta o accertata COVID-19 e gestione della sicurezza del paziente.
- C. Sorveglianza sanitaria degli operatori PTV e attività proattiva ambientale.
- D. Gestione sicurezza degli operatori PTV: dispositivi di protezione individuale (DPI), dispositivi medici (DM), formazione degli operatori.
- E. Gestione risorse umane, iniziative di comunicazione rivolte ai dipendenti.
- F. Comunicazione e relazione di cura con il paziente, caregivers e familiari.

4.1.2 Ospedale ad alta specializzazione

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

La qualificazione del “PTV” quale “Azienda di più elevata complessità” è confermata, conseguentemente, sia nello specifico ambito del Protocollo d’Intesa Regione/Università, propriamente all’art. 2, sia nel quadro dei provvedimenti di programmazione regionale, all’interno dei quali si riafferma la caratterizzazione di Ospedale di alta specializzazione, che si distingue per gli elementi propri di multidisciplinarietà e per il potenziale altamente specialistico emergente dai risultati prestazionali realizzati.

4.1.3 Contesto territoriale

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

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

4.1.4 Il contesto epidemiologico: problema dell’invecchiamento della popolazione

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

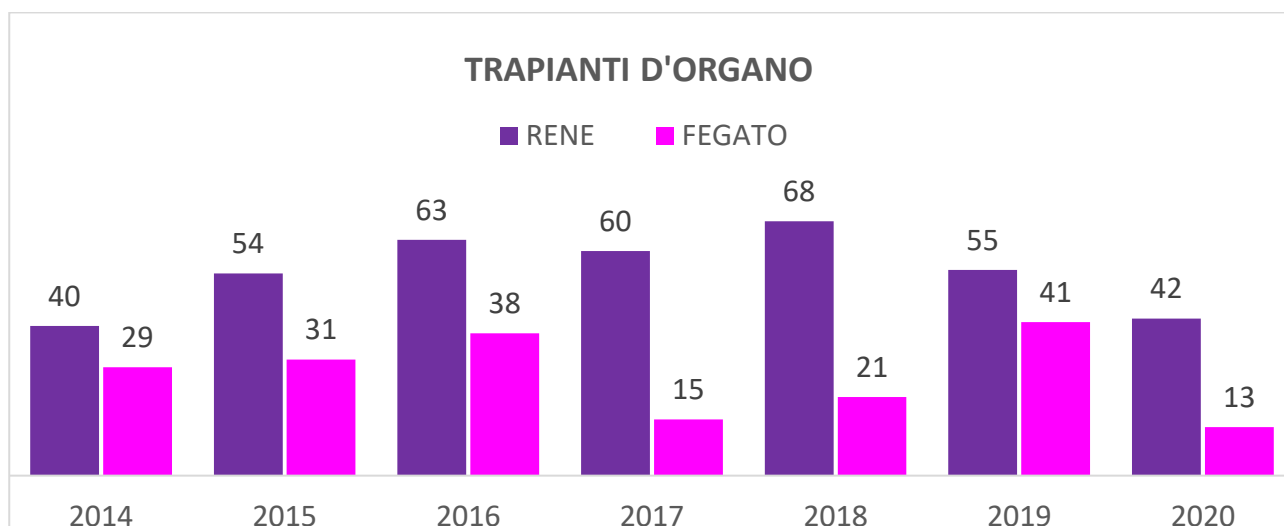
- ictus cerebrale: rete *Ictus* (con dotazione UTN di secondo livello).
- cardiologia e cardiocirurgia: rete *emergenza cardiologica e cardiocirurgica* (con dotazione di UTIC/servizio di emodinamica);
- medicina trasfusionale;

- terapia del dolore;

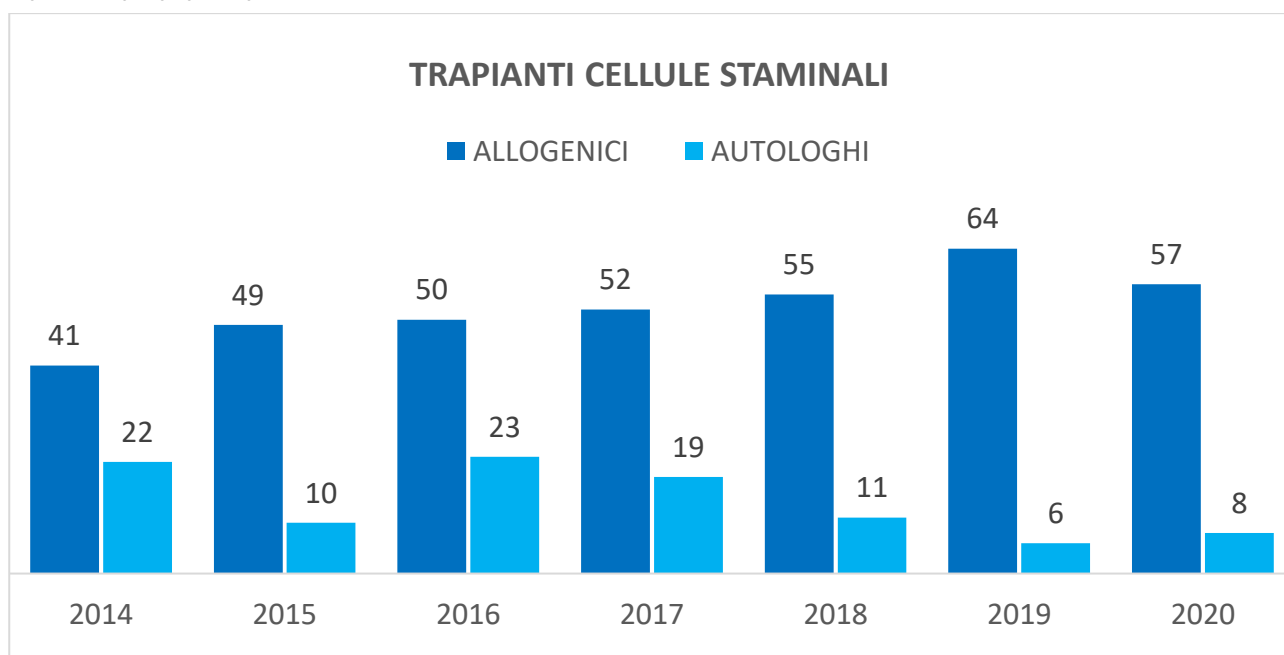
Sono inoltre presenti nel “PTV” le funzioni di CTZ (Centro Trauma di Zona) per la rete per la rete:

- trauma grave;
- malattie infettive.

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



FONTE DATI: CONTROLLO DIREZIONALE



FONTE DATI: CONTROLLO DIREZIONALE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.2 Analisi del contesto interno

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

4.2.1 Aspetti organizzativi e logistico-strutturali per la gestione del paziente con patologia sospetta o accertata COVID-19: percorsi interni e rimodulazione dei posti letto del PTV in relazione alla Pandemia

Dal 28 febbraio 2020, il PTV ha provveduto ad allestire i percorsi dei pazienti con sospetta o accertata patologia correlata al virus SARS-CoV-2 e dei pazienti non sospetti, essendo, inoltre, con Ordinanza regionale N. Z00003 del 06/03/2020, stato classificato nella categoria degli “ospedali di intervento” destinati alla “centralizzazione” della “presa in carico” dei casi confermati (COVID). Il PTV, come sede di laboratorio di virologia, viene altresì inserito nella Rete dei laboratori regionali COVID, coordinata dal Laboratorio Regionale di Riferimento. Successivamente, con Ordinanza del Presidente della Regione Lazio, n. Z00009 del 17/3/2020, “Ulteriori misure per la prevenzione e gestione dell’emergenza epidemiologica da COVID-2019”, è stato disposto “di procedere all’allestimento, a esclusiva unità COVID-19, della Torre 8 di Medicina Interna del Policlinico, funzionale ad assicurare 80 posti letto specificamente dedicati alle malattie infettive ai fini della gestione dell’emergenza sanitaria in corso”. In base a tali premesse, il PTV ha allestito aree dedicate a pazienti sospetti ed accertati COVID-19 e pazienti non sospetti ed ha emesso una serie di documenti interni con la definizione di interventi straordinari che regolamentano:

- Ridefinizione dei percorsi di accesso, della logistica e degli spazi del PS, dei corridoi di collegamento con separazione dei percorsi.
- Ridefinizione del percorso clinico/assistenziale dei casi sospetti, probabili o confermati COVID-19 presso l’Area dell’Emergenza Policlinico Tor Vergata.

- Ridefinizione del percorso pre-triage (attivo dal 02/03/2020) con l'installazione di due tende della Protezione Civile.

- Attivazione della figura dedicata "Bed manager" per la gestione dei posti letto da destinare al paziente con patologia correlata COVID-19, gestione trasferimenti interni.

- Identificazione del personale dedicato.

- Attivazione della reperibilità notturna e festiva per la seconda guardia anestesiological di emergenza.

- Regolamentazione dell'accesso in PS da parte del servizio di vigilanza.

Per il mantenimento delle reti tempo dipendenti (Stroke Unit ed Emodinamica/UTIC), considerando la eterogeneità dei pazienti che avrebbero potuto necessitare di trattamento, il PTV ha allestito aree per casi sospetti, probabili o confermati COVID-19, dedicando un modulo di degenza della Torre 8, per permettere il ricovero in isolamento in stanza singola. Per la stessa tipologia di paziente con setting assistenziale meritevole di Terapia Intensiva, sono stati previsti posti letto dedicati.

Particolare attenzione è stata posta ai percorsi interni nel PTV:

- Percorso del paziente con sospetta o accertata patologia COVID-19 correlata, dalla degenza verso la Diagnostica per Immagini.

- Percorso del paziente con sospetta o accertata patologia COVID-19 correlata, dal PS verso la Diagnostica per Immagini in caso di fermo macchina della Diagnostica per Immagini del Pronto Soccorso.

- Riconversione delle Terapie Intensiva per il paziente con sospetta o accertata patologia COVID-19 correlata. La terapia intensiva DEA viene dedicata ai pazienti covid (Terapia Intensiva COVID-19) e, a seguire, vengono destinati altri 24 posti letto di terapia intensiva (TIPO e TICCH) a pazienti con diagnosi accertata COVID-19.

- Percorso di trasferimento del paziente con accertata patologia COVID-19 dalla degenza verso la Terapia Intensiva e viceversa.

- Percorso Operatorio del paziente con sospetta o accertata patologia COVID-19 e del paziente senza patologia COVID-19 con distinzione logistica e strutturale del Blocco Operatorio A e B.

- I percorsi extra ospedalieri per l'accesso di pazienti accertati COVID-19 verso il PTV.

- Identificazione di locali idonei e trasferimento dell'Osservazione Breve Intensiva (di seguito OBI).

- Incremento del numero di posti letto della UOC di Malattie Infettive (fino a raggiungere 68 posti letto) e della UOC di Malattie Apparato Respiratorio (fino a 40 posti letto).

- Attivazione di posti letto dedicati ai pazienti con patologia correlata al COVID-19 con progressivo impegno logistico strutturale della Torre 8 e parziale Torre 6 fino ad un numero complessivo di 173 posti letto, compresa la Terapia Intensiva.

Dal 6 marzo 2020 è stata rimodulata l'attività ambulatoriale, per garantire, secondo indicazioni regionali, le attività ambulatoriali con priorità indifferibile, nonché differire tutte quelle differibili. Gli specialisti hanno comunque attivato una rete telefonica con gli assistiti per garantire la continuità assistenziale per i differibili.

Il 2 aprile 2020 sono stati identificati e formalizzati anche i percorsi esterni dei pazienti guariti in fase riabilitativa verso altre strutture recettizie.

4.2.2 Il Risk Management

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

In particolare, il Sistema di gestione del rischio clinico del "PTV" prevede la presenza di figure professionali dedicate al fine di creare una struttura trasversale che aiuti costantemente ad intervenire sul rischio organizzativo. Valorizzando i "near miss", identificando metodi per la prevenzione degli "eventi avversi" e segnalando tempestivamente gli "eventi sentinella", si definisce un percorso di tutela per il paziente e gli operatori, con conseguente riduzione dell'impatto a bilancio del rischio clinico.

La struttura del Risk Management garantisce:

- l'impostazione, la promozione e la verifica delle politiche di prevenzione e gestione del rischio messa in atto dal Policlinico Tor Vergata con la funzione di pianificare e supportare le scelte di indirizzo della Direzione aziendale e il coordinamento della loro attuazione;
- il supporto e lo sviluppo, unitamente agli Affari generali, e nell'ambito delle specifiche funzioni del Comitato Valutazione Sinistri, delle strategie di riduzione del rischio aziendale e di contenimento del contenzioso relativo a reclami e richieste di risarcimento per Responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie;
- la condivisione con i risk manager delle strutture sanitarie, pubbliche e private accreditate della Regione Lazio;
- la promozione degli audit nonché l'analisi degli eventi avversi/eventi sentinella, ovvero degli eventi a valenza mediatica eventualmente occorsi, indicando azioni di miglioramento da porre in essere e procedendo al monitoraggio dell'applicazione delle stesse;
- la predisposizione annuale e la relativa pubblicazione sul sito internet del PTV, della relazione consuntiva sugli eventi avversi (PARM);
- l'applicazione ed il monitoraggio delle iniziative in tema di gestione della qualità e sicurezza delle cure;
- la gestione e il coordinamento dell'attività in tema di rischio e sicurezza del paziente definita dal Ministero della Salute, da Agenas e dai tavoli tecnici nazionali;

- l'elaborazione ed il monitoraggio dei flussi informativi sulla sicurezza del paziente (eventi sentinella, eventi avversi ed eventi evitati), in adempimento agli obblighi previsti di comunicazione dei dati in ottemperanza al comma 2, art.3 Legge n° 24/2017;
- il supporto tecnico nell'approfondimento dei dati indicati nel Programma Nazionale Esiti (P.N.E.) al fine di intercettare eventuali criticità organizzative/cliniche per adottare strategie adeguate a contenerle.

Inoltre l'attività di Risk Management, a partire da ottobre 2018 ha calendarizzato attività di riunioni strategiche (Project Office) che esalta un approccio trasversale delle criticità, migliorando il confronto, flusso informatico e comunicazione tra servizi e direzioni strategiche.

In conformità alla determinazione regionale n. G01424 del 10.02.2014, e in attuazione della deliberazione del Direttore generale n. 462 del 08/06/2021, con la quale il Risk Manager è componente del Comitato per il Controllo delle infezioni correlate all'assistenza (CCICA), prevede il coinvolgimento nelle attività di definizione di percorsi, protocolli operativi e linee guida cui aderire al fine di contenere il dilagare di eventi avversi potenzialmente riconducibili ad infezioni correlate all'assistenza.

Durante la fase pandemica il Risk management ha collaborato, per quanto di competenza, alla stesura di progetti ed attività, valutandone la fattibilità e compatibilità con il contesto sanitario.

- A. Percorsi di accesso al PTV del paziente con patologia sospetta o accertata COVID-19: aspetti organizzativi, logistici e strutturali, clinico/assistenziali dal PS verso le degenze.
- B. Sorveglianza sanitaria degli operatori PTV e attività proattiva ambientale.
- C. Gestione sicurezza degli operatori PTV: dispositivi di protezione individuale (DPI), dispositivi medici (DM), formazione degli operatori.
- D. Comunicazione e relazione di cura con il paziente, caregivers e familiari.
- E. Percorsi garantiti per pazienti fragili, con patologie non differibili, senza patologia correlata COVID-19.
- F. Partecipazione al gruppo di "Unità di Crisi" per il monitoraggio delle aree di attesa ambulatoriali e di degenza
- G. Collaborazione con AGENAS, con la raccolta di possibili soluzioni individuate in risposta all'epidemia di Covid – 19, attraverso la Call for good practice annuale.

4.2.3 Studi Clinici

Nel corso dell'anno 2020, l'ufficio studi clinici ha svolto attività finalizzata alla stipula di contratti profit che no profit, predisponendo gli atti autorizzativi all'avvio degli studi, presso le strutture del PTV, da parte del Commissario Straordinario.

L'avvio di tale attività ha comportato per l'anno 2020 quanto segue:

- fatturazione dei proventi maturati;
- aggiornamento contabile dei quadri economici a fronte della fatturazione e liquidazione dei proventi derivanti dallo svolgimento delle attività scientifiche;
- gestione delle attività legate all'utilizzo dei proventi (autorizzazioni e deliberazioni di liquidazione);
- chiusura amministrativa degli studi clinici per i quali ne è pervenuta comunicazione all'ufficio;
- calcolo dei costi aziendali.

È ancora aperta l'istruttoria volta all'adozione del nuovo regolamento degli studi clinici profit e no profit, già sottoposto all'attenzione della Direzione.

Di seguito, si indicano, anche in termini quantitativi, le principali attività svolte:

- sono stipulati e deliberati:
 - n. 49 contratti con promotore profit compresi i contratti di service
 - n. 37 contratti con promotore no-profit
- sono stati chiusi e archiviati 22 studi di cui ne è pervenuta comunicazione all'ufficio;
- Sono state fatturate le attività di studi clinici per un importo complessivo di € 1.572.384,32;
- Sono state emesse fatture per la gestione e archiviazione contratti per un importo complessivo di € 41.181,00 - Sono stati rilevati costi per € 81.099,23;
- Sono stati valutati ed evasi 84 impegni di spesa per un totale di € 1.062.858,78.

Inoltre, tutta la documentazione in entrata e in uscita inerente la materia è stata protocollata e digitalizzata per il tramite dell'Ufficio Protocollo Atti deliberativi, che ha curato l'iter di formalizzazione, adozione e pubblicazione di tutti i provvedimenti elaborati su proposta della UOC.

FONDI UTILIZZATI NEL 2020

Tabella A

ATTIVAZIONE RAPPORTO LIB/PROF.	653.522,88
LIQUIDAZIONE AL PI	146.168,00
LIQUIDAZIONE PERSONALE MEDICO DIRETTO	112.860,34
ACQUISTO MATERIALE E/O PUBBLICAZIONE SCIENT.	112.909,99
LIQUIDAZIONE PERSONALE DIRETTO INF/AMM	36.858,78
Totale	1.062.858,78

Si evidenzia che a causa della pandemia gli studi sia profit che no profit sono diminuiti Tabella B, mentre la fatturazione e la richiesta di utilizzo fondi è incrementata come si evince nella tabella A

Tabella B

	2019	2020
Studi Profit	72	49
Studi no-Profit	45	37
Fatturato	1.474.124,39	1.572.384,32
Costi aziendali recuperati	87.463,09	81.099,23
Fondi utilizzati	890.276,65	1.062.319,99

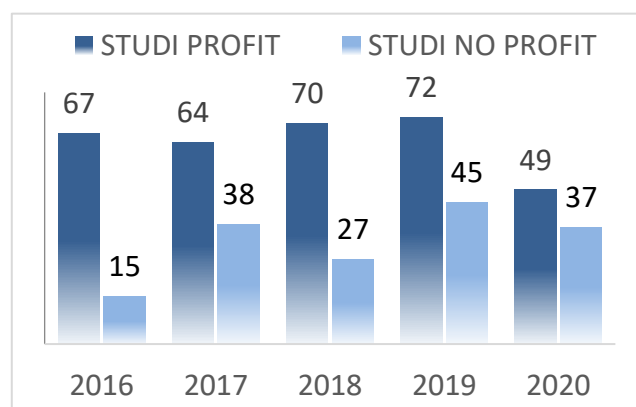
Chiusura e Archiviazione studi

Nel corso dell'anno 2020 sono stati chiusi e archiviati 22 studi clinici

Risultano attualmente in gestione **413 studi ancora aperti**.

PROTOCOLLI STUDI CLINICI PROFIT E NO-PROFIT

ANNO	STUDI PROFIT	STUDI NO-PROFIT	FATTURATO
2016	67	15	€ 1.348.705,94
2017	64	38	€ 1.332.345,10
2018	70	27	€ 1.392.089,00
2019	72	45	€ 1.474.124,39
2020	49	37	€ 1.572.384,32
ALLO STATO ATTUALE RISULTANO IN GESTIONE N° 349 CONTRATTI DI STUDI CLINICI			



4.2.4 Il Sistema di Gestione per la Qualità della Fondazione Policlinico Tor Vergata ("SGQ")

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

Il primo certificato è stato rilasciato dal KIWA-CERMET, Ente certificatore accreditato Accredia il quale, a sua volta, è membro di organismi internazionali ed è entrato a far parte di accordi di mutuo riconoscimento per l'accreditamento delle certificazioni di Sistemi di Gestione per la Qualità sul mercato europeo ed internazionale. Nel 2019 il certificato è stato rinnovato da Bureau Veritas, ente certificatore accreditato Accredia. Nel 2020 si è provveduto alla necessaria attività per il mantenimento della certificazione.

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

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

Il Sistema di Gestione per la Qualità del Policlinico Tor Vergata ha raggiunto una maturità che consente di utilizzare un nuovo approccio all'implementazione del sistema stesso. Il sistema è stato alimentato da singole certificazioni di Unità Operative, quindi con un approccio dal basso verso l'alto; con il coinvolgimento dell'alta Direzione e con la certificazione delle strutture trasversali, viene utilizzato anche un approccio dall'alto verso il basso, che consentirà una sempre maggiore diffusione dei principi della qualità in tutto il Policlinico. Inoltre, con l'entrata in vigore della versione aggiornata della UNI EN ISO 9001:2015, il Sistema di Gestione per la Qualità del Policlinico Tor Vergata utilizza un ulteriore nuovo approccio all'implementazione del sistema stesso basato sul risk-based thinking che permette all'organizzazione di determinare i fattori che potrebbero fare deviare i suoi processi e il suo sistema di gestione per la qualità dai risultati pianificati, di mettere in atto controlli preventivi per minimizzare gli effetti negativi e massimizzare le opportunità, quando esse si presentano.

4.2.5 Le risorse umane

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

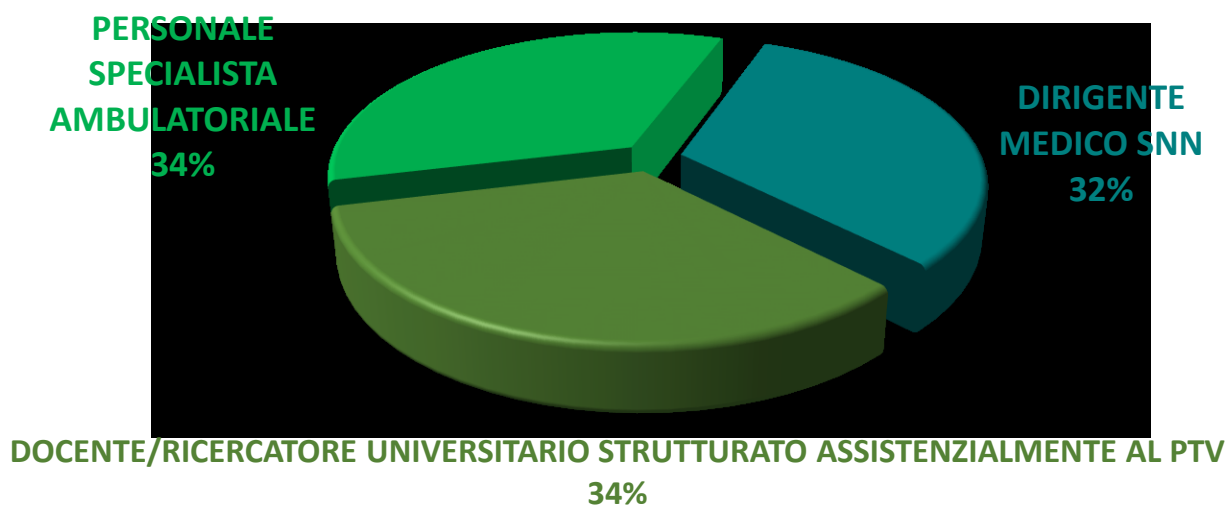
Le **funzioni** sono descritte nel Funzionigramma Aziendale, allegato al citato "Atto aziendale" a cui, parimenti, si rinvia.

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

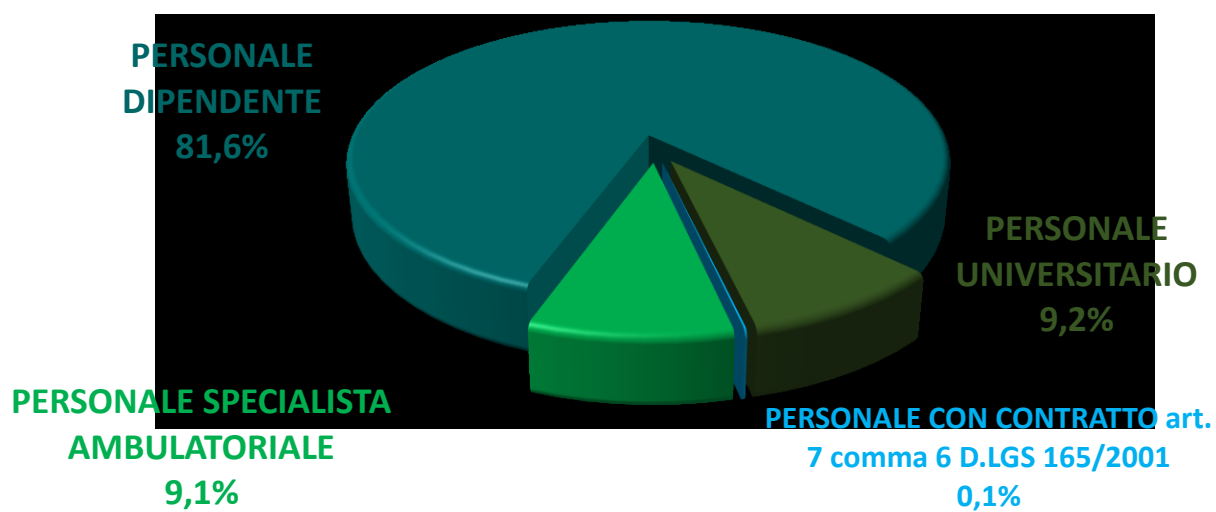
PERSONALE AL 31/12/2020		
TIPO DIPENDENTE	RUOLO	N°
PERSONALE DIPENDENTE	RUOLI NON DIRIGENZIALI	1.591
	DIRIGENTE DEI RUOLI STPA	19
	DIRIGENTE MEDICO	182
PERSONALE UNIVERSITARIO	DOCENTE / RICERCATORE STRUTTURATO ASSISTENZIALMENTE AL PTV	191
	RUOLI NON DIRIGENZIALI	10
PERSONALE CON CONTRATTO art. 7 comma 6 D.lgs 165/2001		2
PERSONALE SPECIALISTA AMBULATORIALE		200
TOTALE PERSONALE PTV		2.195

INCREMENTO DEL PERSONALE			
PERSONALE	PRESENTI AL 31/12/2019	PRESENTI AL 31/12/2020	INCREMENTO 2020
DIRIGENTE MEDICO	154	182	28
DIRIGENTE STPA	21	19	-2
PERSONALE non dirigente	1.304	1591	287

COMPOSIZIONE PERSONALE MEDICO



TIPOLOGIA DI PERSONALE



4.2.6 Quadro delle risorse strumentali e finanziarie

Di seguito nel prospetto sinottico sono rappresentati, per aggregato gestionale, i proventi e gli oneri che hanno caratterizzato la gestione degli esercizi 2017 – 2020.

Occorre precisare che i dati riportati per il 2020, rappresentano un valore tendenziale di chiusura basato su dati provvisori.

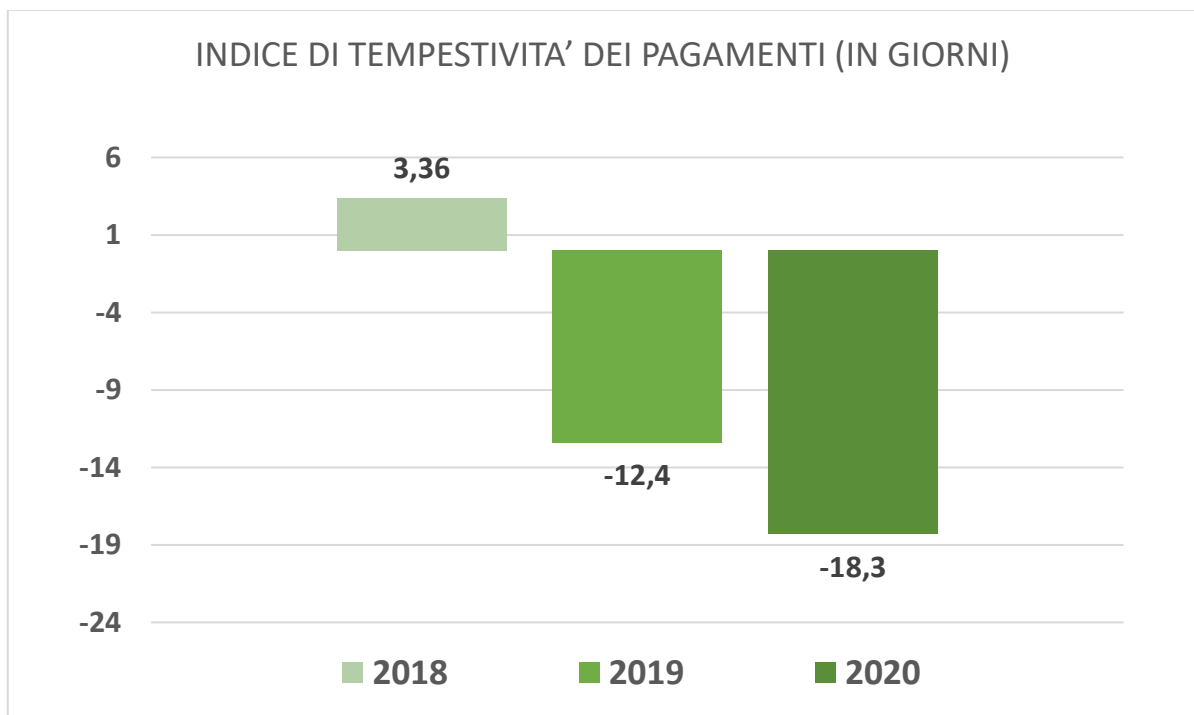
CE	CONTO ECONOMICO	CONSUNTIVO 2017	CONCUNTIVO 2018	CONCUNTIVO 2019	CONSUNTIVO PROVVISORIO 2020
A1	Contributi F.S.R.	38.946.913	40.210.873	40.880.611	47.795.186
A2	Saldo Mobilità	190.330.608	197.714.012	202.896.897	164.551.319
A3	Entrate Proprie	14.785.017	12.930.105	12.356.692	10.271.982
A4	Saldo Intramoenia	16.842	579.843	981.578	511.832
A5	Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-51.924	-145.896	-81.419	-651.456
A6	Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati	353.913	-204.605	-48.320	-2.775.935
A	Totale Ricavi Netti	244.381.370	251.084.332	256.986.039	219.702.927
B1	Personale	71.238.978	73.260.767	76.724.426	83.292.235
B2	Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	59.427.507	64.020.060	64.428.187	65.529.616
B3	Altri Beni E Servizi	97.381.863	98.072.176	100.287.667	95.739.700
B4	Ammortamenti E Costi Capitalizzati	2.619.140	1.415.950	967.147	769.863
B5	Accantonamenti	5.666.224	4.808.851	3.847.394	5.035.419
B6	Variazione Rimanenze	440.845	630.745	-1.985.530	-3.626.838
B	Totale Costi Interni	236.774.559	240.947.060	244.269.291	246.739.996
C1	Medicina Di Base	0	0	0	0,00
C2	Farmaceutica Convenzionata	0	0	0	0,00
C3	Prestazioni Da Privato	15.444.852	14.842.258	14.880.037	14.369.025
C	Totale Costi Esterni	15.444.852	14.842.258	14.880.037	14.369.025
D	Totale Costi Operativi (B+C)	252.219.411	255.789.318	259.149.328	261.109.020
E	Margine Operativo (A-D)	-7.838.041	-4.704.985	-2.163.289	-41.406.093
F1	Svalutazione Immobilizzazioni, Crediti, Rivalutazioni e Svalutazioni Finanziarie	308.149	0	0	0,00
F2	Saldo Gestione Finanziaria	10.889.572	10.318.031	10.859.147	3.103.856
F3	Oneri Fiscali	5.502.452	5.800.633	5.943.324	6.290.026
F4	Saldo Gestione Straordinaria	-139.264	-1.318.042	623.589	-2.270.324
F	Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie	16.560.910	14.800.622	17.426.060	7.123.558
G	Risultato Economico (E-F)	-24.398.951	-19.505.608	-19.589.348	-48.529.651

Con riferimento ai risultati economici consuntivati si osserva un incremento della perdita d'esercizio che passa da 19,5 ml/€ del 2019 a 48,5 ml/€ del 2020, come già detto in premessa, il risultato economico è pertanto influenzato dalle dinamiche di costo indotte dalla pandemia Covid (vedi incremento B1) e dai minori ricavi della gestione (vedi A2).

Il risultato è altresì influenzato dalla contribuzione in conto esercizio che per l'anno 2020 sconta l'erogazione di una contribuzione a sostegno della pandemia.

Un risultato significativo, è stato rilevato in ambito di tempi di pagamento fatture. Nella tabella e nel grafico sottostante è rappresentato il trend dell'ultimo triennio relativo all'indice di tempestività di pagamenti calcolato in giorni (obblighi di pubblicità di cui all'art. 8, comma 3 bis, del Decreto Legge 24 aprile 2014, n.66, convertito con modificazioni, dalla Legge 23 giugno 2014, n. 89).

	2018	2019	2020
INDICE DI TEMPESTIVITA' DEI PAGAMENTI (IN GIORNI)	3,36 gg	-12,4 gg	-18,3 gg



5. MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

5.1 *Albero della performance*

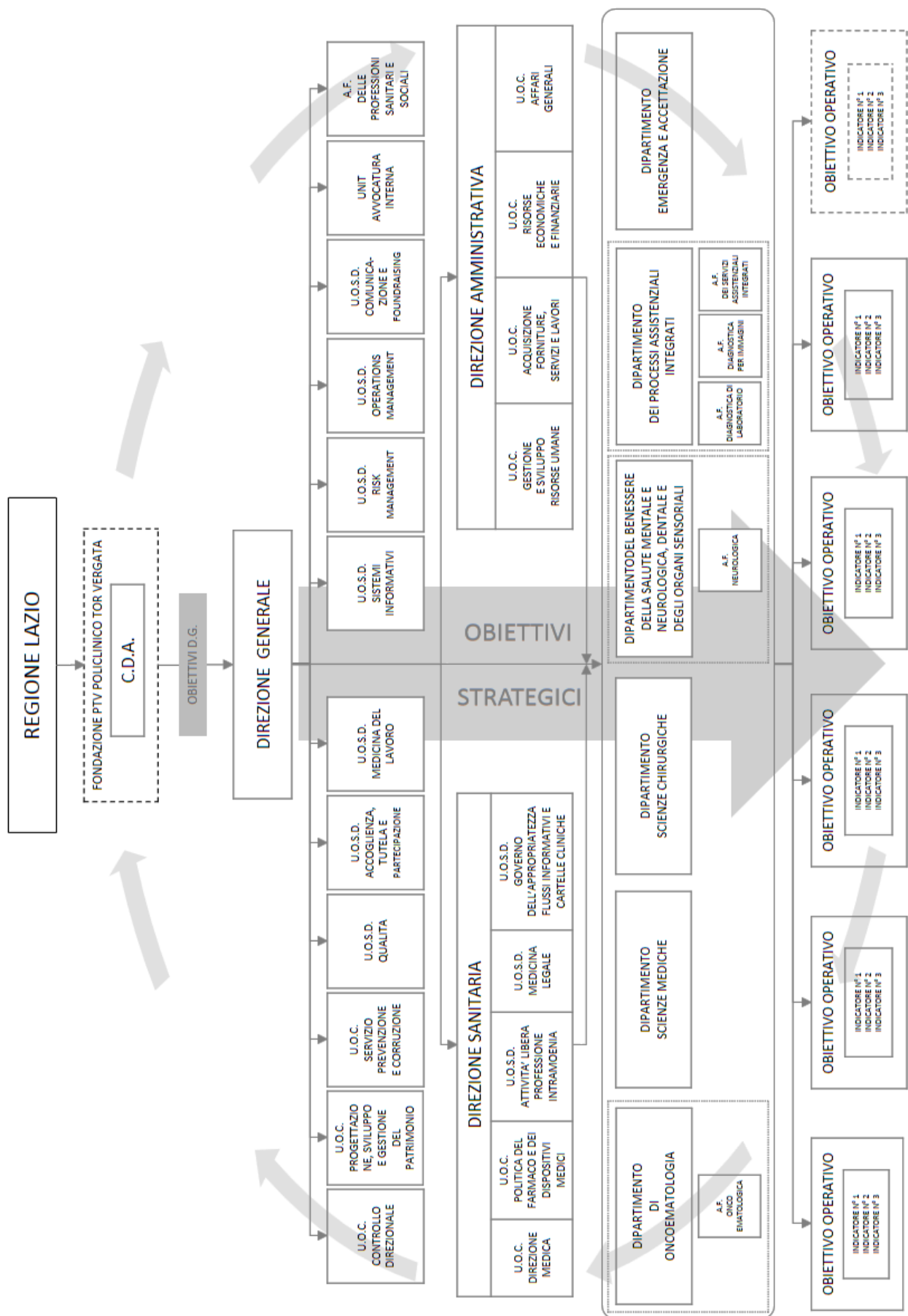
Il “PTV”, in considerazione dei soggetti istituzionali con cui si relaziona (UTV e Regione, quali enti di indirizzo strategico), degli attuali vincoli di bilancio in termini di risorse, della propria *mission*, del contesto esterno e interno in cui opera e delle relative criticità/opportunità, della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

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

La strategia Aziendale è dettata dal rispetto dei vincoli imposti dalla Regione Lazio, attraverso il piano di rientro, dal protocollo di intesa cui è scaturito l'atto aziendale approvato nel dicembre 2017 (diventato operativo a luglio 2018) e dagli obiettivi assegnati dalla Regione Lazio al Commissario straordinario che per l'anno 2020 sono stati notificati il 22/12/2020.

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

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



5.2 Misurazione e valutazione

Analizzando il raggiungimento dei risultati raggiunti nel corso del 2020 non si può prescindere dal valutare l'impatto che l'emergenza epidemiologica e la conseguente riorganizzazione delle attività ha avuto sugli stessi. Alcuni degli obiettivi proposti in sede di Piano della Performance, con particolare riferimento agli obiettivi assegnati alle UU.OO. di area clinica, sono stati necessariamente "sterilizzati" e pertanto non valorizzati, in quanto ritenuti non più aderenti alla nuova organizzazione. Nelle tabelle e nei grafici seguenti vengono riportati i risultati raggiunti nell'anno 2020, aggregati secondo diversi livelli:

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

UU.OO. DI AREA CLINICA	
TIPO OBIETTIVO	% RAGGIUNGIMENTO
EFFICIENZA	86%
PROCESSI	91%
QUALITA' e APPROPRIATEZZA	78%
TOTALE	87%

UU.OO. DI AREA CLINICA			
FASCE DI PUNTEGGIO	UU.OO.	Inc %	Inc % cum
90% - 100%	36	55%	55,0%
70% - 89%	30	45%	100,0%
40% - 69%	-	-	-
0% - 39%	-	-	-
Non valutato	-	-	-
TOTALE	66	-	-

UU.OO. DI AREE AMMINISTRATIVA E SANITARIA NON CLINICA			
FASCE DI PUNTEGGIO	UU.OO.	Inc %	Inc % cum
90% - 100%	11	85%	85,00%
70% - 89%	2	15%	100,0%
40% - 69%	-	-	-
0% - 39%	-	-	-
Non valutato	-	-	-
TOTALE	13	-	-

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

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

PERSONALE COMPARTO AZIENDA OSPEDALIERA			
FASCE DI PUNTEGGIO	N° DIP.	Inc %	Inc % cum
90% - 100%	907	99,7%	99,7%
70% - 89%	3	0,3%	100,0%
40% - 69%	0	-	-
0% - 39%	0	-	-
<i>Non valutato</i>	27	-	-
TOTALE	937	-	-

PERSONALE COMPARTO FONDAZIONE			
FASCE DI PUNTEGGIO	N° DIP.	Inc %	Inc % cum
90% - 100%	454	91,7%	91,7%
70% - 89%	41	8,3%	100,0%
40% - 69%	0	-	-
0% - 39%	0	-	-
<i>Non valutato</i>	27	-	-
TOTALE	522	-	-

Nelle tabelle seguenti il dettaglio delle UU.OO. cliniche a cui sono state assegnati obiettivi nell'anno 2020 con la relativa percentuale di raggiungimento suddivisa per tipologia di obiettivo. Il dato riportato relativo alla percentuale di raggiungimento è parziale e non definitivo in quanto alla data di redazione del presente piano non sono ancora disponibili i monitoraggi degli indicatori presenti nel sistema P.RE.VAL.E. e non monitorabili dagli uffici aziendali (es. mortalità post-dimissione).

DIPARTIMENTO	UNITA'	TIPO OBIETTIVO	% RAGGIUNGIMENTO
DBM	U.O.C. Gastroenterologia	EFFICIENZA	88%
	Totale		88%
	U.O.C. Neurochirurgia	EFFICIENZA	95%
		PROCESSI	93%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	99%
	Totale		95%
	U.O.C. Neurologia	EFFICIENZA	100%
		PROCESSI	82%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	60%
	Totale		81%
	U.O.C. Neuropsichiatria Infantile	EFFICIENZA	100%
		PROCESSI	95%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%
	Totale		96%
	U.O.C. Psichiatria e Psicologia Clinica	EFFICIENZA	82%
		PROCESSI	78%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%
	Totale		82%
	U.O.S.D. Demenze	PROCESSI	86%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%
	Totale		88%
	U.O.S.D. Dermatologia	EFFICIENZA	100%
	Totale		100%
	U.O.S.D. Oculistica	EFFICIENZA	100%
		PROCESSI	89%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	80%
	Totale		88%
	U.O.S.D. Odontoiatria con percorsi protetti - Centro diagnosi, igiene e prevenzione orale	EFFICIENZA	100%
		PROCESSI	96%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%
	Totale		97%
	U.O.S.D. Ortognatodonzia	PROCESSI	97%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%
	Totale		97%

	U.O.S.D. Otorinolaringoiatria	EFFICIENZA	100%
		PROCESSI	97%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	75%
	Totale		91%
	U.O.S.D. Parkinson	PROCESSI	97%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%
	Totale		97%
	U.O.S.D. PS odontoiatrico e trattamento pazienti vulnerabili sociali	PROCESSI	99%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%
	Totale		99%
	U.O.S.D. Sclerosi Multipla	EFFICIENZA	89%
		PROCESSI	93%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%
	Totale		93%
	U.O.S.D. Stroke Unit	EFFICIENZA	100%
		PROCESSI	98%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%
	Totale		99%
	UNIT Patologie Retiniche	EFFICIENZA	0%
		PROCESSI	97%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%
	Totale		87%
	Programma Aziendale Trattamento del Glaucoma	PROCESSI	89%
	Totale		89%
	DBM Totale		91%
DEM	U.O.C. Anestesia e Rianimazione	EFFICIENZA	50%
		PROCESSI	73%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%
	Totale		73%
	U.O.C. Malattie dell'apparato Respiratorio	EFFICIENZA	88%
		PROCESSI	83%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	91%
	Totale		86%
	U.O.C. Ortopedia e Traumatologia	EFFICIENZA	75%
		PROCESSI	83%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	92%

DEM Totale	Totale		84%
	U.O.C. Pronto Soccorso	EFFICIENZA	43%
		PROCESSI	85%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	75%
	Totale		71%
	U.O.S.D. Chirurgia d'Urgenza	EFFICIENZA	93%
		PROCESSI	88%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%
	Totale		91%
	U.O.S.D. Maxillo Facciale	EFFICIENZA	100%
		PROCESSI	93%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	83%
	Totale		91%
	U.O.S.D. OBI e Medicina d' urgenza	EFFICIENZA	89%
		PROCESSI	100%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	75%
	Totale		91%
	U.O.S.D. Radiologia PS	EFFICIENZA	99%
		PROCESSI	100%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%
	Totale		100%
U.O.S.D. Terapia Intensiva - Coordinamento aziendale per la donazione di organi e tessuti	EFFICIENZA	98%	
	PROCESSI	93%	
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%	
Totale		96%	
DEM Totale 87%			
DON	U.O.C. Laboratorio di Genetica Medica	PROCESSI	91%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%
	Totale		93%
	U.O.C. Medicina Nucleare	EFFICIENZA	99%
		PROCESSI	89%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%
	Totale		94%
	U.O.C. Patologie Linfoproliferative	EFFICIENZA	68%
		PROCESSI	86%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	80%

	Totale		79%
	U.O.C. Radioterapia	PROCESSI	100%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%
	Totale		100%
	U.O.C. Trapianto cellule staminali	EFFICIENZA	90%
		PROCESSI	84%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	97%
	Totale		88%
	U.O.S.D. Diagnostica Avanzata Oncoematologica	PROCESSI	100%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%
	Totale		100%
	U.O.S.D. Oncologia	EFFICIENZA	81%
		PROCESSI	100%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%
	Totale		94%
	U.O.S.D. Patologie Mieloproliferative	EFFICIENZA	93%
		PROCESSI	96%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	67%
	Totale		87%
	DON Totale		90%
DPA	U.O.C. Diagnostica per Immagini	EFFICIENZA	79%
		PROCESSI	100%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%
	Totale		92%
	U.O.C. Malattie Infettive	EFFICIENZA	80%
		PROCESSI	94%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	60%
	Totale		81%
	U.O.C. Medicina di Laboratorio	PROCESSI	100%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	89%
	Totale		96%
	U.O.C. Microbiologia e Virologia	EFFICIENZA	100%
		PROCESSI	100%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%
	Totale		100%

	U.O.S.D. Anatomia Patologica ad indirizzo Citopatologico	EFFICIENZA	100%
		PROCESSI	100%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%
	Totale		100%
	U.O.S.D. Anatomia Patologica ad indirizzo Istopatologico	EFFICIENZA	100%
		PROCESSI	100%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%
	Totale		100%
	U.O.S.D. Counseling psichiatrico e psicologico di supporto al benessere organizzativo e alle attività cliniche	PROCESSI	77%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%
	Totale		79%
	U.O.S.D. Medicina Trasfusionale	PROCESSI	86%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%
	Totale		88%
	U.O.S.D. Neuroradiologia	EFFICIENZA	66%
		PROCESSI	99%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%
	Totale		87%
	U.O.S.D. Terapia Antalgica	EFFICIENZA	100%
		PROCESSI	94%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%
	Totale		95%
DPA Totale			90%
DSC	U.O.C. Cardiocirurgia	EFFICIENZA	86%
		PROCESSI	87%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%
	Totale		90%
	U.O.C. Chirurgia Epatobiliare e Trapianti	EFFICIENZA	100%
		PROCESSI	86%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	97%
	Totale		91%
	U.O.C. Chirurgia Generale	EFFICIENZA	100%
		PROCESSI	94%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%
	Totale		97%

	U.O.C. Chirurgia Toracica	EFFICIENZA	95%
		PROCESSI	90%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	96%
		Totale	93%
	U.O.C. Chirurgia Vascolare	EFFICIENZA	89%
		PROCESSI	91%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%
		Totale	93%
	U.O.C. Ginecologia	EFFICIENZA	100%
		PROCESSI	89%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%
		Totale	93%
	U.O.C. Ortopedia	EFFICIENZA	75%
		PROCESSI	84%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	83%
		Totale	82%
	U.O.S.D. Breast Unit	EFFICIENZA	94%
		PROCESSI	71%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	95%
		Totale	83%
	U.O.S.D. Cardio Toraco Anestesia	EFFICIENZA	75%
		PROCESSI	88%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%
		Totale	89%
	U.O.S.D. Chirurgia Mininvasiva e dell'apparato digerente	EFFICIENZA	100%
		PROCESSI	81%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	84%
		Totale	85%
	U.O.S.D. Urologia	EFFICIENZA	100%
		PROCESSI	88%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	82%
		Totale	88%
	DSC Totale		89%
	DSM	EFFICIENZA	85%
		PROCESSI	98%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	63%
		Totale	87%

U.O.C. Cardiologia	EFFICIENZA	75%
	PROCESSI	97%
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	67%
	Totale	85%
U.O.C. Endocrinologia e Diabetologia	EFFICIENZA	82%
	PROCESSI	98%
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%
	Totale	95%
U.O.C. Epatologia	EFFICIENZA	100%
	PROCESSI	95%
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	70%
	Totale	87%
U.O.C. Gastroenterologia	EFFICIENZA	61%
	PROCESSI	95%
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	80%
	Totale	83%
U.O.C. Medicina Interna - Centro Medico dell'Obesità	EFFICIENZA	93%
	PROCESSI	100%
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	60%
	Totale	87%
U.O.C. Medicina Interna - Centro per l'Ipertensione	EFFICIENZA	78%
	PROCESSI	85%
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	60%
	Totale	76%
U.O.C. Reumatologia	EFFICIENZA	74%
	PROCESSI	91%
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%
	Totale	89%
U.O.S.D. Dermatologia	PROCESSI	96%
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%
	Totale	96%
U.O.S.D. Immunopatologia e Allergologia Pediatrica	PROCESSI	86%
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	50%
	Totale	78%
Programma Aziendale Fisiatria	PROCESSI	99%
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%

	Totale	99%
	Programma Aziendale Nutrizione Clinica	EFFICIENZA 100%
		PROCESSI 95%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA 100%
	Totale	97%
DSM Totale		87%
	Totale complessivo	89%

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

TIPO OBIETTIVO	OBIETTIVO	% RAGGIUNGIMENTO
A QUALITA' e APPROPRIATEZZA	Accessi con esito ricovero/trasferimento e tempo di permanenza >24 ore	25%
	Accessi con tempo di permanenza in PS/DEA inferiore alle 12 ore	100%
	Adeguatezza tempo risposta TAT (tempo di refertazione)	100%
	Analisi mortalità	n.a.
	Aumento del numero di pazienti di PS con esito "a domicilio"	100%
	Aumento dimissioni protette	23%
	Controllo infezioni ospedaliere	n.a.
	Esito	66%
	Mantenimento certificazione ISO 9001:2015	100%
	Migliorare la qualità delle cure	90%
	Migliorare la tempestività dell'intervento per frattura collo/femore negli anziani	100%
	Migliorare l'appropriatezza	85%
	Monitoraggio trasfusioni	0%
	Presenza di relazioni scritte per visite e/o consulenze	100%
	Qualità e completezza documentazione sanitaria	100%
	Qualità servizio PS	n.a.
	Ridurre il ricorso ad interventi a rischio di inappropriatezza	50%
	Ridurre la durata della degenza media post-operatoria	100%
	Riduzione campioni non pervenuti, mancanti o insufficienti	100%
	Riduzione della mortalità	n.a.
	Riduzione ricoveri in DH medico con finalità diagnostica	51%
	Riduzione tempi di risposta	68%
	Tempestività trattamento	n.a.
QUALITA' e APPROPRIATEZZA Totale		87%

B		
EFFICIENZA	Appropriatezza	100%
	Aumento / mantenimento complessità	100%
	Contenimento spesa farmaceutica ospedaliera	85%
	Contenimento spesa farmaci in FILE F	68%
	Contenimento spesa per dispositivi medici	42%
	Corretta rendicontazione attività Convenzione PTV/UTV per sorveglianza sanitaria e promozione salute	100%
	Efficientamento percorsi operatori	n.a.
	Efficientamento percorso chirurgico	100%
	Incremento accertamenti morte cerebrale	92%
	Incremento delle donazione dei tessuti	100%
	Miglioramento performance	79%
	Monitoraggio percorso dimissione da PS verso ambulatorio/DH	0%
	Ottimizzazione case-mix	52%
	Ottimizzazione consumo sangue in Sala Operatoria	n.a.
	Ottimizzazione dei percorsi con PS	46%
	Ottimizzazione delle attività di identificazione dei potenziali donatori d'organo	100%
	Ottimizzazione livello degenza media	82%
	Ottimizzazione percorsi	0%
	Ottimizzazione procedure per dimissioni	n.a.
	Razionalizzazione spesa	100%
	Razionalizzazione spesa farmaci	88%
	Riduzione del sovraffollamento in PS	81%
	Segnalazioni alle Autorità Giudiziarie nei casi ove previsto	63%
	Studio Paziente U.O.C. Cardiochirurgia	n.a.
	Tempestività chiusura cartelle cliniche	100%
	Tempestività refertazione	99%
	Tempo di refertazioni per prelievi biotici estemporanei max 30 minuti dall'invio della richiesta	100%
EFFICIENZA Totale		86%

C		
PROCESSI	Adeguate formazione del personale sulla vigente normativa in materia di Privacy e sugli obblighi da essa derivanti per garantire il rispetto del principio di accountability	100%
	Adempimenti previsti dalla normativa sulla Anticorruzione e Trasparenza secondo le tempistiche ivi previste.	100%
	Analisi risultati del sistema di ALERT per la vigilanza delle infezioni ospedaliere	n.a.
	Attuazione ed aderenza attività inerenti la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori	100%
	Completare il processo di consolidamento del Laboratorio di Citofluorimetria	n.a.

Compliance percorsi urgenza	4%
Corretta compilazione del modulo di scarico dei Dispositivi Medici utilizzati in sala operatoria con controllo e firma da parte del medico	n.a.
Corretta compilazione STU	100%
Erogazione consulenze	100%
Erogazione delle consulenze interne richieste non urgenti entro 24h	72%
Garantire l'applicazione delle raccomandazioni ministeriali in ambito di rischio clinico	100%
Monitoraggio attività di sala operatoria	57%
Partecipazione alle attività del Centro Marfan (malattie rare)	100%
Presa in carico pazienti che necessitano di riabilitazione (Cod. 56 per le medicine e 75)	n.a.
Riduzione degenza preoperatoria interventi chirurgici programmati (elezione e pre-ospedalizzazione)	100%
Rispetto delle procedure in accettazione	n.a.
Rispetto percorso di elezione	86%
Supporto attività CVS	81%
Trasparenza liste attesa	67%
PROCESSI Totale	91%

PERCENTUALE COMPLESSIVA DI RAGGIUNGIMENTO	89%
--	------------

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

STRUTTURA	% RAGGIUNGIMENTO
Direttore U.O.C. Acquisizione Forniture, Servizi e Lavori	96
Direttore U.O.C. Affari Generali	99
Direttore U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	93
Direttore U.O.C. Risorse Economiche e Finanziarie	100
Direttore U.O.C. Progettazione, Sviluppo e Gestione del Patrimonio	97
Direttore U.O.C. Farmacia	99
Direttore U.O.S.D. Accoglienza, Tutela e Partecipazione	99
Direttore U.O.S.D. Operations Management	100
Direttore U.O.S.D. Medicina Legale	85
Direttore U.O.S.D. Attività Libero Professionale Intramoenia	81
Dirigente Area Professioni Sanitarie e Sociali e Comfort Ospedaliero	99
Dirigente afferente alla U.S.O.D. Risk Management	93
Dirigente afferente alla Direzione Generale - Coordinamento tecnico della gestione dei contratti	94
Dirigente afferente alla Direzione Generale - Sistemi Informativi	89
Dirigente afferente all'Area funzionale delle Professioni sanitarie e sociali	87
Dirigente afferente all'Area funzionale delle Professioni sanitarie e sociali	79
Dirigente afferente alla Direzione Sanitaria	88
TOTALE COMPLESSIVO	93%

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

OBIETTIVI	RISULTATO RAGGIUNTO
"Coordinamento di tutte le attività - anche se di diretta competenza del DPO, del servizio informatico, dei referenti privacy e dei responsabili esterni - volte al puntuale adempimento degli obblighi introdotti dalla normativa in materia di protezione dei dati personali, con particolare riguardo alla implementazione del registro dei trattamenti, valutazione dei rischi, valutazione di impatto, programmazione degli audit interni e formazione"	100%
Adeguamento normativa antincendio del PTV	100%
Adeguamento sistema di verifica del rispetto del debito orario per personale di comparto, specialisti ambulatoriali e personale universitario (docente e non docente)	70%
Adeguate formazione del personale sulla vigente normativa in materia di Privacy e sugli obblighi da essa derivanti per garantire il rispetto del principio di accountability	100%
Adempimenti previsti dalla normativa sulla Anticorruzione e Trasparenza secondo le tempistiche ivi previste	100%
Aderenza al piano di sicurezza informatica attraverso interfaccia con AGID e Regione	70%
Adozione di misure stringenti (per il tramite dei DEC di riferimento e in coordinamento con il Dirigente incaricato del coordinamento tecnico della gestione dei contratti) di controllo dei contratti di lavanolo, pulizie, ausiliari/oss	100%
Adozione strutturata procedura per la gestione delle richieste di acquisto con individuazione degli standard per la definizione delle priorità e regolazione del trattamento delle richieste(in coordinamento con DS e Direzione professioni sanitarie) da sottoporre preventivamente alla Direzione Aziendale	100%
Aggiornamento/revisione sito internet aziendale	100%
Allineamento contabilità di magazzino sull'applicativo gestionale di contabilità	100%
Ammodernamento infrastruttura software PTV attraverso affidamento appalto nell'ambito dell'accordo quadro Consip "Sistema Pubblico di Connettività - Lotto 4" e avvio attività di implementazione/sviluppo software per tutte le tipologie di attività previste nel contratto	100%
Analisi dettagliata di tutto l'articolato (parte normativa ed economica) dei CCNL dirigenza, comparto, ACN e correlate dettagliate proposte applicative nell'ambito del PTV	100%
Attuazione ed aderenza attività inerenti la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori	100%
Attuazione ed aderenza attività inerenti la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori.	100%
Attuazione misure emergenza Covid19	100%
Avvio Cloud Università Tor Vergata	100%
Avvio delle procedure di gara ed indizione, almeno 6 mesi prima della scadenza, del precedente affidamento (obiettivo legato alle Strutture che devono trasmettere il Capitolato)	100%
Avvio dell'offerta di sponsorizzazione da parte del PTV	100%
Coinvolgimento e responsabilizzazione nel miglioramento continuo delle condizioni di lavoro. Segnalazione al SPP di Infortuni, Incidenti, Near Miss, su eventi riguardanti pericoli e fattori di rischio	100%
Coinvolgimento e responsabilizzazione nel miglioramento continuo delle condizioni di lavoro. Segnalazione al SPP di Infortuni, Incidenti, Near Miss, su eventi riguardanti pericoli e fattori di rischio.	100%
Collaborazione con il dirigente competente del Coordinamento tecnico della gestione dei contratti delle attività di verifica del rispetto dei tempi di liquidazione delle fatture	100%
Collaborazione con il Risk manager per l'individuazione di linee preventive dei rischi clinici partendo dall'analisi dei risarcimenti richiesti.	100%
Controllo giacenze di magazzino nei reparti	100%
Coordinamento attività inventario	100%
coordinamento delle attività correlate alla elaborazione delle check list finalizzate alla valutazione dei rischi di ciascuna attività di trattamento dati costituenti, in particolare: • individuazione delle sezioni delle check list relative al settore informatico, • partecipazione agli audit interni con verifica e valutazione dei risultati ottenuti a seguito della somministrazione delle check list, • individuazione e messa in atto delle necessarie misure di sicurezza da adottare per ridurre i livelli di rischio e collaborazione alla valutazione di impatto	100%
Coordinamento e supporto dei RUP e DEC per la corretta gestione di tutti i contratti/convenzioni appalto/concessioni forniture, servizi e lavori di rispettivo riferimento, ferme restando le competenze agli stessi ascritte dalla normativa	100%
Corretta tenuta delle Contabilità separate	100%
Definizione conclusiva dei capitolati/documentazione tecnica, in diretto raccordo con il dirigente responsabile della funzione di coordinamento tecnico della gestione dei contratti, relativamente ai lavori e ai servizi e/o forniture di competenza della Farmacia	100%
Definizione conclusiva dei capitolati/documentazione tecnica, in diretto raccordo con il dirigente responsabile della funzione di coordinamento tecnico della gestione dei contratti, relativamente ai lavori e ai servizi e/o forniture di competenza dell'area Comfort Ospedaliero.	100%

Definizione regolamentare, gestione e monitoraggio delle procedure, in collaborazione con la UOC Affari Generali, per la riscossione delle somme relative alle attività non regolarmente incassate (codici bianchi giorni festivi, esenti, prestazioni prenotate e non disdetto, mancato ritiro referti, preospedalizzazione non seguita da ricovero ecc.) e verifica funzionamento procedure con attivazione di azioni ad hoc finalizzate	70%
Definizione standard di monitoraggio sulla contabilità relativa agli studi clinici	100%
Elaborazione del conclusivo parere medico legale sulle richieste risarcitorie da malpractice entro 60 giorni decorrenti dalla conclusione della fase istruttoria, come da Regolamento del CVS approvato con DDG 287/2016: a) per i sinistri in SIR, all'esito della visita medico legale del danneggiato; b) per i sinistri denunciati alla Compagnia, dalla disamina della documentazione clinica	100%
Elaborazione report di sintesi su andamento maggiori contratti di servizio con evidenza del dato contabile	100%
Elaborazione soluzioni organizzative per il pieno utilizzo attrezzature radiologiche, con ottimizzazione del personale tecnico	100%
Garantire idoneo affiancamento con risorsa interna nella prospettiva della cessazione dell'attuale rapporto di collaborazione	100%
Gestione / revisione consensi informati per i trattamenti sanitari	50%
Gestione banca dati CORONET	100%
Gestione dello scadenziario degli appalti di lavori di servizi e forniture	100%
Gestione flussi informativi COVID	100%
Gestione reclami e ritorni da parte dell'utenza	100%
Governo approvvigionamenti e gestione magazzini	20%
Implementazione contabilità separata relativa a tutte le tipologie di ALPI	100%
Implementazione tempestiva programmazione di legge per appalti (servizi, forniture e lavori) in raccordo con i RUP fornendo evidenza del monitoraggio della relativa attuazione da riportare anche negli atti deliberativi	100%
Incremento utilizzo ricette dematerializzate	100%
Informatizzazione Cartella clinica	100%
Inserimento dati nel sistema informatico sale operatorie.	100%
Inventariazione beni	100%
Invio dati per CE mensile entro il 5 del mese successivo a quello oggetto di analisi	63%
Mantenimento certificazione ISO 9001:2015	100%
Mappatura dotazione organica infermieristica standard suddivisa per degenze, ambulatori e servizi, con raffronto analitico rispetto dotazione attuale per una corretta allocazione di personale che consenta l'ottimizzazione dello stesso senza riduzione della produttività	100%
Mappatura dotazione organica OSS e personale ausiliario suddivisa per degenze, ambulatori e servizi, per una corretta allocazione di personale che consenta l'ottimizzazione dello stesso senza riduzione della produttività	100%
Monitoraggio a campione del servizio pulizie	100%
Monitoraggio andamento tempi liquidazione stock di debito	100%
Monitoraggio appropriatezza attività chirurgica finalizzato all'assegnazione di spazi secondo setting appropriati	100%
Monitoraggio e verifica versamenti di competenza aziendale tramite POS da parte dei professionisti	100%
Monitoraggio processo infection control	85%
PAC - Assicurare lo sviluppo del Piano Attuativo per la certificazione del Bilancio del PTV secondo le tempistiche e linee guida della Regione Lazio	100%
Partecipazione proattiva dell'area project office coordinato dal risk management	100%
Predisposizione contratto integrativo aziendale per il personale di comparto, per progressioni verticali, orizzontali, funzioni	100%
Progettazione distribuzione spazi Torre 9	100%
Promozione di iniziative inerenti la donazione del sangue in collaborazione con la UOSD Medicina Trasfusionale	100%
Promozione valutazione partecipativa	100%
Proposta avvio ALPI attività chirurgiche	100%
Pubblicazione e aggiornamento delle informazioni, dei dati e degli atti secondo le prescrizioni del D.LGS. N. 33 del 14/03/2013 relative alla Trasparenza	100%
Raccordo con la UOSD Medicina Trasfusionale per il monitoraggio pratiche buon uso del sangue	100%
Raccordo con SIO per miglioramento attività di codifica	100%
Raccordo diretto con l'area degli elettromedicali in sede di definizione conclusiva dei capitolati/documentazione tecnica relativamente ai servizi e/o forniture di competenza dell'Area Elettromedicali	100%
Rafforzamento governo dell'attività ambulatoriale chirurgica	100%
Realizzazione piattaforma gestione posizioni debitorie	100%
Recupero Crediti pregressi liberi professionisti in collaborazione con UOC Affari Generali	70%
Ricognizione dettagliata su stato acquisizione crediti ECM per tutto il personale interessato all'obbligo con dettagliate proposte operative per allineamento all'obbligo anche alla luce dei nuovi CCNL	80%
Ricognizione presenza attestati manageriali e proposte operative di allineamento	100%
Riconduzione ai CDC di degenza (ad emipiano) del personale sanitario di comparto	100%
Risoluzione problematiche Hardware e software in aree critiche (Blocchi operatori, PS, CUP) entro 1 giorno lavorativo	100%
Rispetto Budget dispositivi specialistici attraverso misure individuate dalla UOC garantendo la disponibilità degli atessi lungo l'anno in corso	100%
Rispetto dei tempi di liquidazione delle fatture (entro 20 gg)	82%

Rispetto del budget assegnato per i farmaci attraverso misure individuate dalla UOC garantendo la disponibilità degli atessi lungo l'anno in corso	100%
Sensibilizzazione degli operatori all'igiene delle mani come misura di prevenzione delle infezioni ospedaliere.	100%
Supervisione e monitoraggio attività di manutenzione apparecchiature area radiologia	100%
Sviluppo attività di televisita	100%
Sviluppo attività project office	100%
Tempestività degli invii dei flussi informativi di competenza definiti dalla Regione e dai Ministeri vigilanti	100%
Tempestività e completezza flussi informativi	100%
Rispetto tempistica Sistema di misurazione e valutazione della performance e dei risultati del personale di comparto afferente e del personale dirigente	100%
Totale complessivo	95%

6. IL PROCESSO DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7. LE CRITICITA' E LE OPPORTUNITA'

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

In particolare alcune possibili azioni di miglioramento sono le seguenti:

- Realizzare una piena integrazione tra il Piano della performance e la pianificazione economico-finanziaria e di bilancio;
- Il coinvolgimento degli stakeholder. Sicuramente tale processo deve essere reso più ampio e sistematico;
- Implementazione del Sistema relativamente alla performance organizzativa nonché della performance individuale riferita alla parte comportamentale;
- Informatizzazione del sistema per la gestione del ciclo della performance.

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.