



RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 2021



FONDAZIONE PTV POLICLINICO

Elenco delle modifiche

Versione	Data	Paragrafi modificati	Note
2022	_21/06/2022	TUTTI	

	Funzione	Data
Redazione	UOC Controllo direzionale UOC Gestione sviluppo risorse umane	21/06/2022
Verifica	Direttore Sanitario	21/06/2022
Verifica	Direttore Amministrativo	21/06/2022
Verifica	Direttore Generale	21/06/2022
Approvazione	Consiglio di Amministrazione	27/06/2022
Validazione	Organismo Indipendente di Valutazione	30/06/2022

1 Sommario

1.	CONTENUTI DELLA RELAZIONE ANNUALE SULLA PERFORMANCE.....	4
2.	PRINCIPALI RISULTATI RAGGIUNTI	5
2.1	Produzione	5
2.2	Esiti clinici.....	7
3.	ANALISI DEL CONTESTO E DELLE RISORSE.....	8
3.1	Analisi del contesto esterno	8
3.1.1	Emergenza epidemiologica da COVID-19.....	8
3.1.2	Ospedale ad alta specializzazione	10
3.1.3	Contesto territoriale	10
3.1.4	Il contesto epidemiologico: problema dell'invecchiamento della popolazione	10
3.1.5	Il contesto organizzativo: posizionamento del PTV nella programmazione regionale della rete ospedaliera, della rete dell'emergenza e delle reti tempo-dipendenti	11
3.1.6	Il contesto della rete integrata: l'integrazione "ospedale-territorio"	13
3.2	Analisi del contesto interno	14
3.2.1	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	14
3.2.2	Il Risk Management.....	16
3.2.3	Studi Clinici	18
3.2.4	Il Sistema di Gestione per la Qualità della Fondazione Policlinico Tor Vergata ("SGQ").....	20
3.2.5	Le risorse umane	20
3.2.6	Quadro delle risorse strumentali e finanziarie	23
4.	MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE.....	26
4.1	Albero della performance	26
4.2	Misurazione e valutazione.....	28
5.	IL PROCESSO DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE	40
6.	LE CRITICITA' E LE OPPORTUNITA'	41

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. PRINCIPALI RISULTATI RAGGIUNTI

I risultati raggiunti nell'anno 2021 sono stati in parte influenzati dagli effetti che l'emergenza epidemiologica da COVID-19 ha avuto sull'intera organizzazione.

Dall'anno 2020, 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

Nel corso del 2021 le attività del PTV non sono tornate alla normalità in termini di volumi di attività, sono state in parte riprese le attività ambulatoriali.

L'effetto "COVID" ha, in ogni caso, influenzato anche i risultati economici, il cui risultato provvisorio, registrato per l'esercizio 2021 (attualmente in fase di consolidamento), prevede un fisiologico incremento della perdita d'esercizio dovuta all'incremento dei costi indotti dallo stato di emergenza.

2.1 *Produzione*

Ai fini dell'erogazione delle attività assistenziali al PTV sono stati riconosciuti, con Determinazione 10 febbraio 2022, n. G01328 "Modifica della determinazione n. G07512 del 18 giugno 2021, limitatamente all'allegato tecnico, recante "Adozione del Documento Tecnico: "Programmazione della rete ospedaliera 2021-2023 in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015" "n. **605 posti letto** complessivi tra ordinari e day hospital.

Nel corso dell'anno 2021 in risposta all'emergenza COVID i posti letto sono stati ridotti e mediamente sono stati disponibili 435 posti letto in regime ordinario di cui circa 55 dedicati a pazienti COVID.

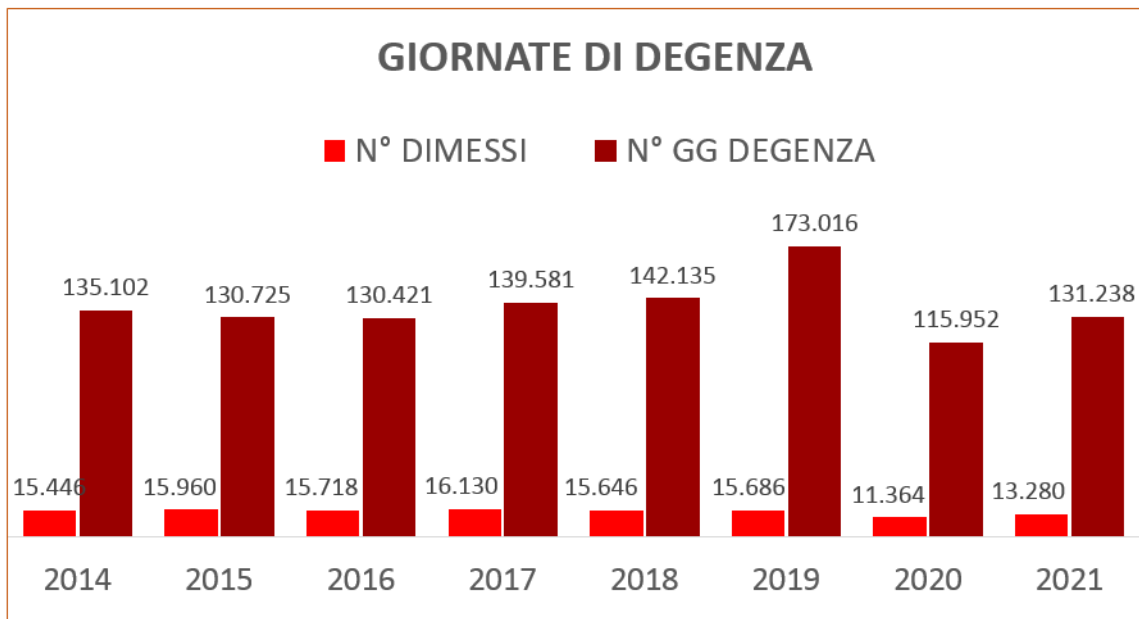
Nell'anno 2021 al PTV sono stati prodotti 19340 ricoveri di cui 13280 in regime ordinario.

Relativamente alle attività ambulatoriali, si è assistito alla ripresa delle attività dopo la fisiologica contrazione del 2020 dovuta all'effetto che la pandemia ha avuto sull'organizzazione.

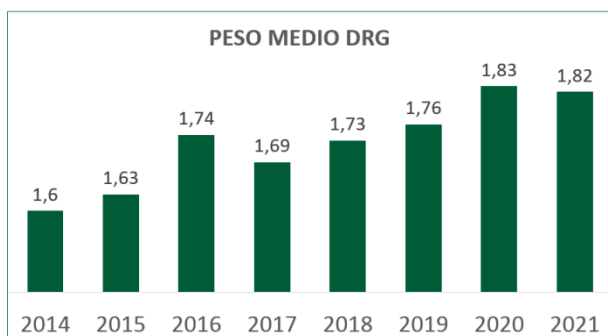
Di seguito una serie di grafici che mostrano l'andamento delle attività negli anni.

È di rilievo segnalare che l'emergenza Covid ha imposto nell'ambito delle attività di emergenza di dotare la struttura di separati percorsi clinico – diagnostici tra pazienti Covid e no – Covid, detta necessità ha avuto un importante risvolto anche dal punto di vista economico.

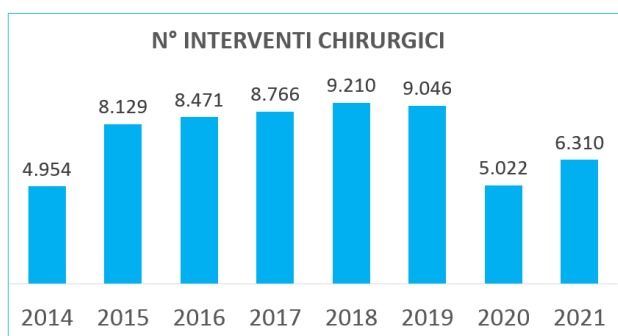
È importante rappresentare l'incremento del peso medio del DRG par a 1,82 rispetto a 1,76 del periodo pre pandemico a fronte di una riduzione delle giornate di degenza e nel contempo all'aumento dei dimessi.



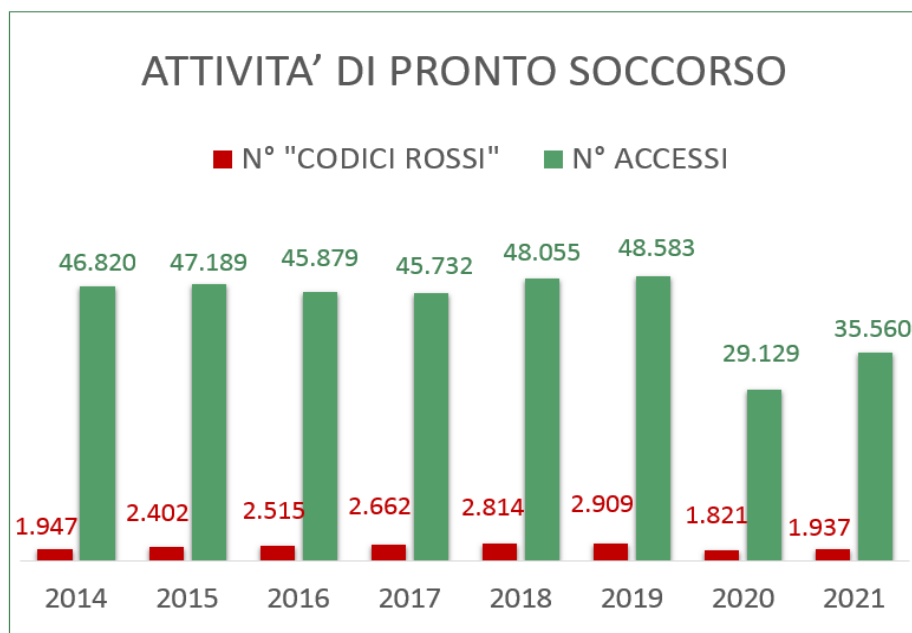
Fonte dati: CONTROLLO DIREZIONALE



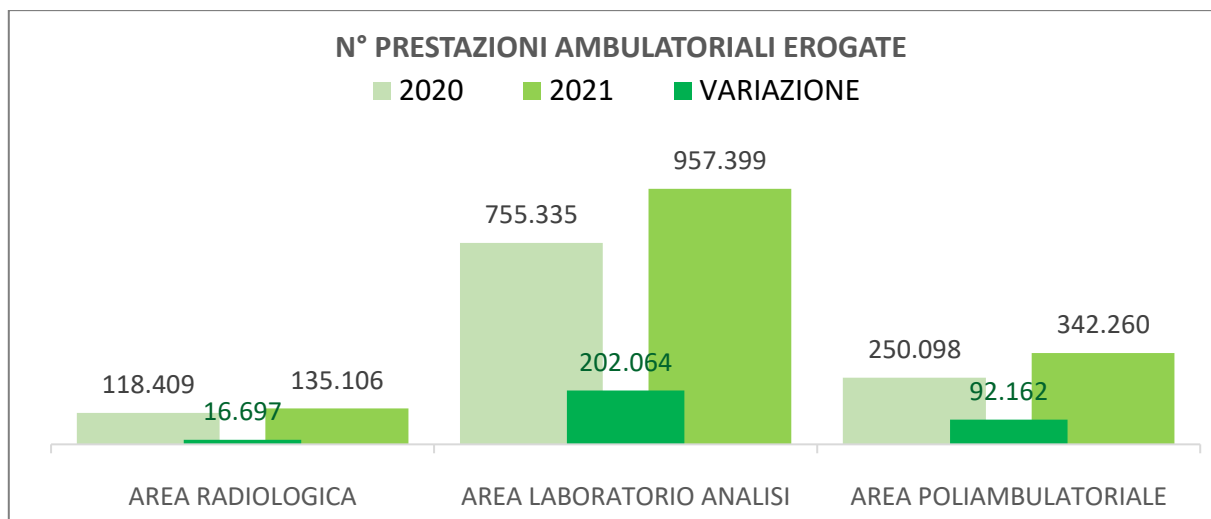
Fonte dati: CONTROLLO DIREZIONALE



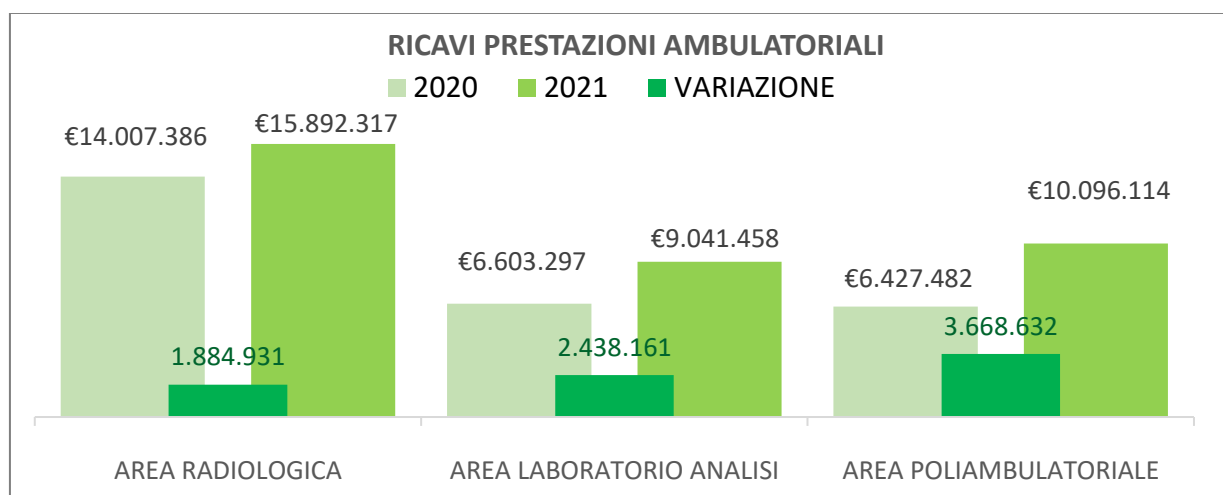
Fonte dati: CONTROLLO DIREZIONALE E OPERATION MANAGEMENT



Fonte dati: CONTROLLO DIREZIONALE



FONTE DATI: CONTROLLO DIREZIONALE



FONTE DATI: CONTROLLO DIREZIONALE

2.2 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 2020 al PTV è garantita la qualità di volumi e esiti.

Alla data di redazione del presente documento sul portale regionale non sono ancora disponibili i dati aggiornati al 2021.

3. ANALISI DEL CONTESTO E DELLE RISORSE

3.1 *Analisi del contesto esterno*

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

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

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

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

3.1.1 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 tecnostruttura 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.

3.1.2 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.

3.1.3 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.

Di rilievo è l’importante attività fatta dal PTV nel contesto territoriale di riferimento ed in particolare con le ASL Roma 2, ASL Roma 5 e ASL Roma 6.

Allo scopo di favorire la collaborazione con il territorio sono stati firmati Accordi Quadro con le ASL Roma 2, Roma 5 e Roma 6.

3.1.4 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.

3.1.5 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 Determinazione Regionale G01328/2022, n. 605 posti letto complessivi tra ordinari e *day hospital*.

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:

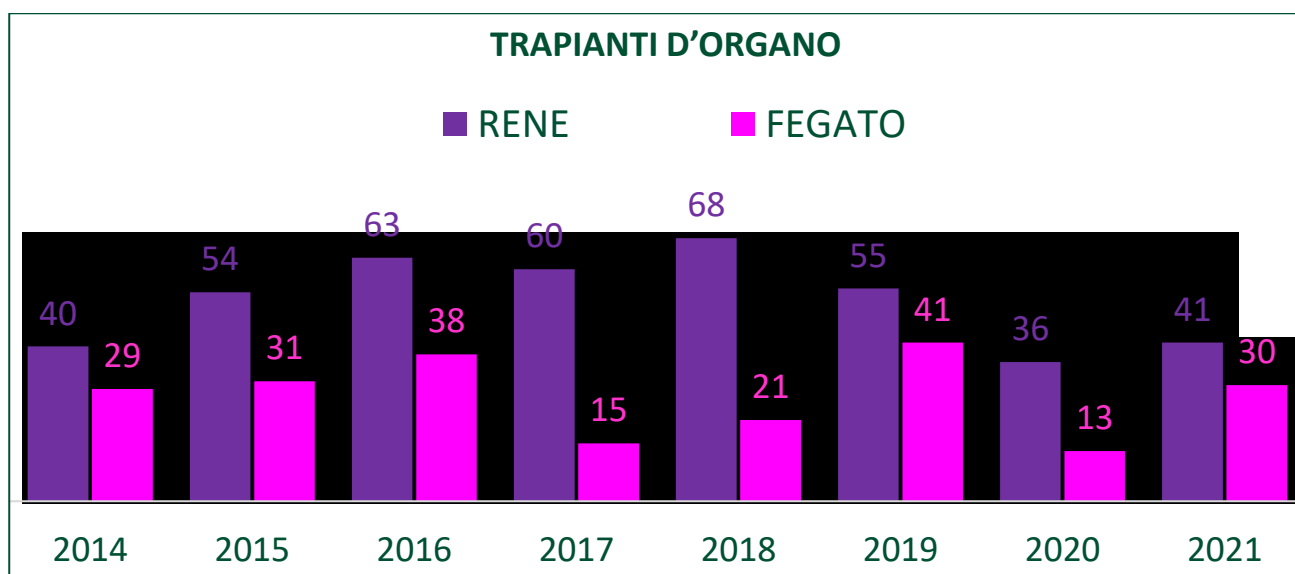
- ictus cerebrale: rete *Ictus* (con dotazione UTN di secondo livello).

- cardiologia e cardiocirurgia: rete *emergenza cardiologica e cardiocirurgica* (con dotazione di UTIC/servizio di emodinamica);
- medicina trasfusionale;
- terapia del dolore;

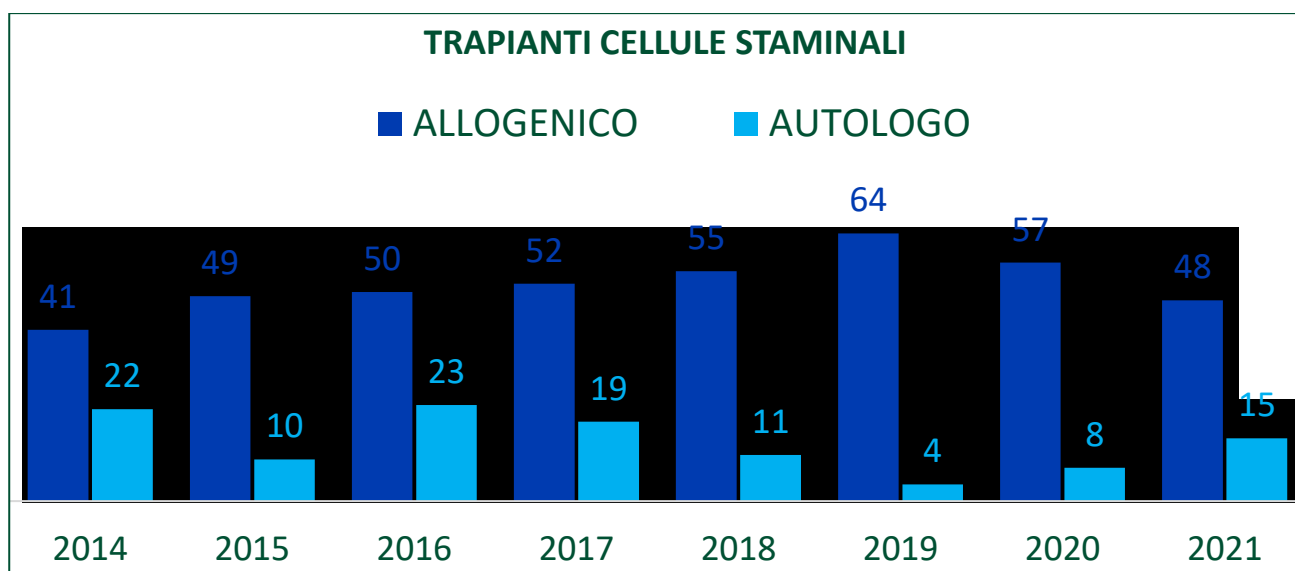
Sono inoltre presenti nel “PTV” le funzioni di CTZ (Centro Trauma di Zona) per la rete per la rete:

- 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 2021 ha eseguito 30 trapianti di fegato e 41 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

3.1.6 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.

Nel corso del 2021 oltre al rafforzamento del già attivo protocollo di collaborazione tra MMG e team multidisciplinare del PDTA di riferimento interno, al PTV sono state attivate importanti collaborazioni sfociate in accordi quadro con la ASL RM2, la ASL RM5 e la ASL RM6 su linee di attività in conformità al documento tecnico regionale "Programmazione della rete ospedaliera 2021-2023". Tali collaborazioni prevedono 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.

3.2 Analisi del contesto interno

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

3.2.1 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 anestesiologicala 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.

Tutte le citate azioni sono proseguite per buona parte dell'anno 2021, ed hanno pertanto notevolmente influito sull'andamento delle attività.

A partire dalla seconda metà del 2021 ma soprattutto dal 2022, con la cessazione dello stato di emergenza, l'organizzazione tornerà agli standard pre-covid.

3.2.2 Il Risk Management

Sempre nell'ambito del "PTV" è da tempo attivo un processo di implementazione delle attività di *Clinical Risk Management*. 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.;
- 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.;
- 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 del piano annuale per la gestione del Rischio Sanitario della relazione consuntiva sugli eventi avversi (PARS);
- 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;

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), è previsto il coinvolgimento nelle attività di definizione di percorsi, protocolli operativi e linee guida cui aderire al fine di contenere la numerosità degli 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. Gestione sicurezza degli operatori PTV in condivisione con SPP: dispositivi di protezione individuale (DPI), dispositivi medici (DM), formazione degli operatori.
- C. Partecipazione al gruppo di "Unità di Crisi" per il monitoraggio delle aree di attesa ambulatoriali e di degenza

Collaborazione con AGENAS, con la raccolta di possibili soluzioni individuate in risposta all'epidemia di Covid – 19, attraverso la Call for good practice annuale.

3.2.3 Studi Clinici

Nel corso dell'anno 2021, 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 Direttore Generale.

L'avvio di tale attività ha comportato per l'anno 2021 quanto segue:

- fatturazione dei proventi maturati dalle attività svolte nell'ambito degli studi clinici;
- aggiornamento contabile dei quadri economici;
- gestione delle attività legate all'utilizzo dei proventi:
 - impegni di spesa per acquisto o noleggio di materiale/attrezzature, per pagamento di pubblicazioni scientifiche e per l'attivazione di rapporti libero professionali;
 - impegni di spesa e deliberazioni per la liquidazione al PI e personale direttamente coinvolto;
 - impegni di spesa e deliberazioni per il rimborso spese per la partecipazione a congressi;
- chiusura amministrativa degli studi clinici.

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

- sono stipulati e deliberati:
 - n. 67 contratti con promotore profit compresi i contratti di service
 - n. 24 contratti con promotore no-profit
- Sono state fatturate le attività di studi clinici per un importo complessivo di € 1.358.049;
- Sono state gestite ed autorizzate 76 richieste di utilizzo per un totale di € 822.691,47.
- Sono state predisposte 22 delibere di utilizzo successivamente pubblicate.

Tabella A - FONDI IMPEGNATI PER UTILIZZI NEL 2021

ATTIVAZIONE RAPPORTO LIB/PROF.	479.777,43
LIQUIDAZIONE AL PI E PERSONALE MEDICO DIRETTO	138.846,64
ACQUISTO /NOLEGGIO MATERIALE/ATTREZZATURE – PAG. PUBBLIC. SCIENT.	167.193,19
LIQUIDAZIONE PERSONALE DIRETTO INFERMIERISTICO/TECNICO/AMMINISTRATIVO	36.471,30
RIMBORSO SPESE PER PARTECIPAZIONE A CONGRESSI	402,91
Totale	822.691,47



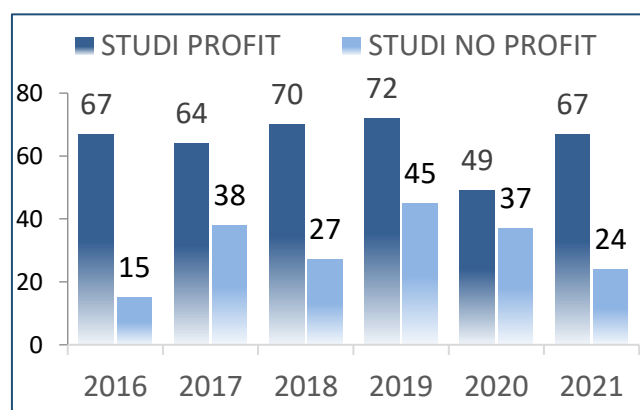
Tabella B

	2019	2020	2021
Studi Profit	72	49	67
Studi no-Profit	45	37	24
Fatturato	1.474.124,39	1.572.384,32	1.358.049
Fondi utilizzati	890.276,65	1.062.319,99	822.691,47

Risultano attualmente in gestione **427 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
2021	67	24	€ 1.358.049,00
ALLO STATO ATTUALE RISULTANO IN GESTIONE N° 427 CONTRATTI DI STUDI CLINICI			



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

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

Il primo certificato è stato rilasciato dal KIWA-CERMET, Ente certificatore accreditato Accredia il quale, a sua volta, è membro di organismi internazionali ed è entrato a far parte di accordi di mutuo riconoscimento per l'accreditamento delle certificazioni di Sistemi di Gestione per la Qualità sul mercato europeo ed internazionale. Nel 2019 il certificato è stato rinnovato da Bureau Veritas, ente certificatore accreditato Accredia. Anche nel 2021 e nel 2022 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.

La realizzazione del progetto di certificazione del Policlinico Tor Vergata, ente sanitario con una struttura molto complessa, ha portato alla certificazione unica del Policlinico.

A seguito del graduale e continuo percorso di certificazione, nel luglio 2019 la certificazione del “PTV” è stata confermata, contestualmente all'adeguamento della stessa alla nuova versione della UNI EN ISO 9001:2015. Nel 2020 e 2021 sono state superati gli Audit di Ente Terzo per il mantenimento della Certificazione.

Ad aprile 2022 è stato effettuato da Bureau Veritas un nuovo audit che ha confermato il rinnovo del Certificato ISO 9001:2015 valido fino al 22 aprile 2025.

3.2.5 Le risorse umane

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

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

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

PERSONALE AL 31/12/2021		
TIPO DIPENDENTE	RUOLO	N°
PERSONALE DIPENDENTE	RUOLI NON DIRIGENZIALI	1.643
	DIRIGENTE DEI RUOLI STPA	10
	DIRIGENTE SANITARIO	20
	DIRIGENTE MEDICO	219
PERSONALE UNIVERSITARIO	DOCENTE / RICERCATORE STRUTTURATO ASSISTENZIALMENTE AL PTV	220
	RUOLI NON DIRIGENZIALI	12
PERSONALE CON CONTRATTO art. 7 comma 6 D.lgs 165/2001		68
PERSONALE SPECIALISTA AMBULATORIALE		182
TOTALE PERSONALE PTV		2.374

INCREMENTO DEL PERSONALE			
PERSONALE	PRESENTI AL 31/12/2020	PRESENTI AL 31/12/2021	DIFFERENZA
DIRIGENTE MEDICO	182	219	37
DIRIGENTE STPA	19	10	-9
PERSONALE non dirigente	1.591	1.643	+52

COMPOSIZIONE PERSONALE MEDICO

PERSONALE SPECIALISTA

AMBULATORIALE

29%

**DIRIGENTE
MEDICO SNN**
35%

DOCENTE/RICERCATORE UNIVERSITARIO STRUTTURATO ASSISTENZIALMENTE AL PTV
36%

TIPOLOGIA DI PERSONALE

**PERSONALE
DIPENDENTE**
79,7%

**PERSONALE
UNIVERSITARIO**
9,8%

**PERSONALE SPECIALISTA
AMBULATORIALE**
7,7%

**PERSONALE CON CONTRATTO art. 7
comma 6 D.LGS 165/2001**
2,9%

Con riferimento alle Risorse Umane è importante significare le acquisizioni effettuate nel corso del 2021, indispensabili a far fronte all'emergenza pandemica e anche al riavvio delle complessive ordinarie attività sanitarie che hanno portato ad un incremento delle attività di ricovero per il 2021 rispetto al 2020.

3.2.6 Quadro delle risorse strumentali e finanziarie

Di seguito nel prospetto sinottico sono rappresentati, per aggregato gestionale, i proventi e gli oneri che hanno caratterizzato la gestione degli esercizi 2017 – 2021.

Occorre precisare che i dati riportati per il 2021, rappresentano il valore tendenziale di chiusura basato su dati provvisori al IV trimestre 2021.

CE	CONTO ECONOMICO	CONSUNTIVO 2017	CONSUNTIVO 2018	CONSUNTIVO 2019	CONSUNTIVO 2020	CONSUNTIVO PROVVISORIO 2021
A1	Contributi F.S.R.	38.946.914	40.210.873	40.880.611	57.708.386	52.614.948
A2	Saldo Mobilità	190.330.609	197.714.012	202.896.897	164.715.400	185.152.523
A3	Entrate Proprie	14.785.018	12.930.105	12.356.692	15.092.981	6.793.077
A4	Saldo Intramoenia	16.842	579.843	981.578	511.832	1.223.388
A5	Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investim.	-51.925	-145.896	-81.419	- 651.456	- 228.597
A6	Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati	353.913	-204.605	-48.320	- 2.775.935	2.407.683
A	Totale Ricavi Netti	244.381.371	251.084.332	256.986.039	234.601.207	247.963.022
B1	Personale	71.238.979	73.260.767	76.724.426	83.292.235	90.915.562
B2	Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	59.427.507	64.020.060	64.428.187	65.529.550	66.406.861
B3	Altri Beni E Servizi	97.381.863	98.072.176	100.287.667	95.660.776	106.896.717
B4	Ammortamenti E Costi Capitalizzati	2.619.141	1.415.950	967.147	769.863	1.339.966
B5	Accantonamenti	5.666.224	4.808.851	3.847.394	1.517.019	8.669.796
B6	Variazione Rimanenze	440.845	630.745	-1.985.530	2.882.589	2.777.808
B	Totale Costi Interni	236.774.559	240.947.060	244.269.291	249.652.032	277.006.710
C1	Medicina Di Base	-	-	-	-	-
C2	Farmaceutica Convenzionata	-	-	-	-	-
C3	Prestazioni Da Privato	15.444.852	14.842.258	14.880.037	15.029.619	13.314.567
C	Totale Costi Esterni	15.444.852	14.842.258	14.880.037	15.029.619	13.314.567
D	Totale Costi Operativi (B+C)	252.219.412	255.789.318	259.149.328	264.681.651	290.321.277
E	Margine Operativo (A-D)	- 7.838.041	-4.704.985	-2.163.289	- 30.080.444	- 42.358.255
F1	Svalutazione Immobilizzazioni, Crediti, Rivalutazioni e Svalutazioni Finanziarie	308.150	0	0	0	0
F2	Saldo Gestione Finanziaria	10.889.572	10.318.031	10.859.147	3.103.856	3.038.954
F3	Oneri Fiscali	5.502.453	5.800.633	5.943.324	6.290.026	6.853.813
F4	Saldo Gestione Straordinaria	139.265	-1.318.042	623.589	- 2.270.324	- 178.585
F	Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie	16.560.910	14.800.622	17.426.060	7.123.558	9.714.181
G	Risultato Economico (E-F)	- 24.398.952	-19.505.608	-19.589.348	- 37.204.002	- 52.072.436

Allo stato, sulla base dei valori indicati nel CE al IV trimestre iscritti seguendo le indicazioni regionali, risulta un sensibile peggioramento del risultato economico. Detto risultato è fortemente

influenzato, anche per il 2021, dalle dinamiche gestionali che hanno caratterizzato la gestione delle attività sanitarie nel periodo COVID, che hanno visto il PTV quale punto di riferimento per l'assistenza ai malati affetti dall'infezione.

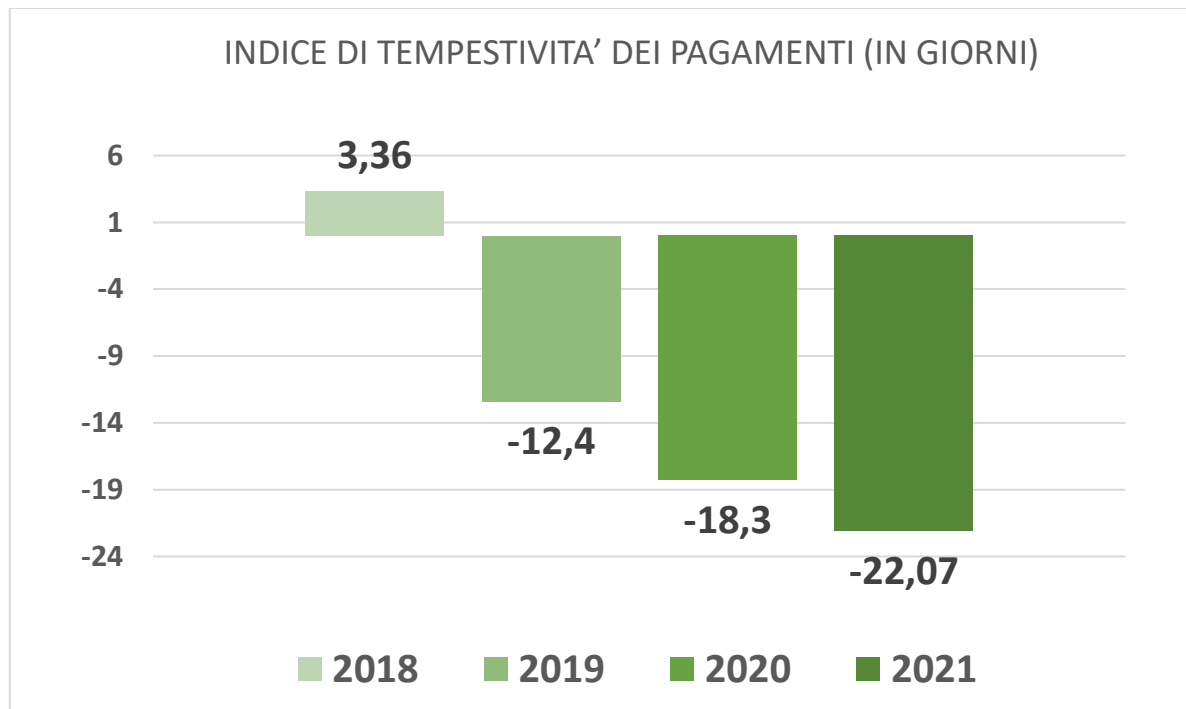
Di seguito viene riportato il CE Covid per l'esercizio 2021.

CODICE	DESCRIZIONE	CE CONSUNTIVO 2021 - Codice "COVID"
	A) Valore della produzione	
AA0010	A.1) Contributi in c/esercizio	1.960.495,86
AA0270	A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi finalizzati e vincolati di esercizi precedenti	2.568.683,32
AZ9999	Totale valore della produzione (A)	4.529.179,18
	B) Costi della produzione	-
BA0010	B.1) Acquisti di beni	11.370.142,46
BA0390	B.2) Acquisti di servizi	9.795.197,59
BA1910	B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	160.048,22
BA1990	B.4) Godimento di beni di terzi	41.418,86
<u>BA2080</u>	<u>Totale Costo del personale</u>	5.978.734,22
BA2090	B.5) Personale del ruolo sanitario	5.946.336,98
BA2230	B.6) Personale del ruolo professionale	-
BA2320	B.7) Personale del ruolo tecnico	3.798,53
BA2410	B.8) Personale del ruolo amministrativo	28.598,71
BA2500	B.9) Oneri diversi di gestione	-
<u>BA2560</u>	<u>Totale Ammortamenti</u>	-
BA2570	B.10) Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali	-
BA2580	B.11) Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali	-
BA2630	B.12) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	-
BA2660	B.13) Variazione delle rimanenze	-
BA2690	B.14) Accantonamenti dell'esercizio	-
BZ9999	Totale costi della produzione (B)	27.345.541,34
	C) Proventi e oneri finanziari	-
CA0010	C.1) Interessi attivi	-
CA0050	C.2) Altri proventi	-
CA0110	C.3) Interessi passivi	-
CA0150	C.4) Altri oneri	-
CZ9999	Totale proventi e oneri finanziari (C)	-
	D) Rettifiche di valore di attività finanziarie	-
DA0010	D.1) Rivalutazioni	-
DA0020	D.2) Svalutazioni	-
DZ9999	Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	-
	E) Proventi e oneri straordinari	-
EA0010	E.1) Proventi straordinari	-
EA0260	E.2) Oneri straordinari	-
EZ9999	Totale proventi e oneri straordinari (E)	-
XA0000	Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	- 22.816.362,16
	Y) Imposte e tasse	-
YA0010	Y.1) IRAP	764.109,67
ZZ9999	RISULTATO DI ESERCIZIO	- 23.580.471,83

Alla data della presente relazione non risulta ancora approvato il bilancio consuntivo per l'esercizio 2021 e pertanto i valori indicati subiranno delle variazioni.

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 quadriennio 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	2021
INDICE DI TEMPESTIVITA' DEI PAGAMENTI (IN GIORNI)	3,36 gg	-12,4 gg	-18,3 gg	-22,07 gg



4. MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

4.1 *Albero della performance*

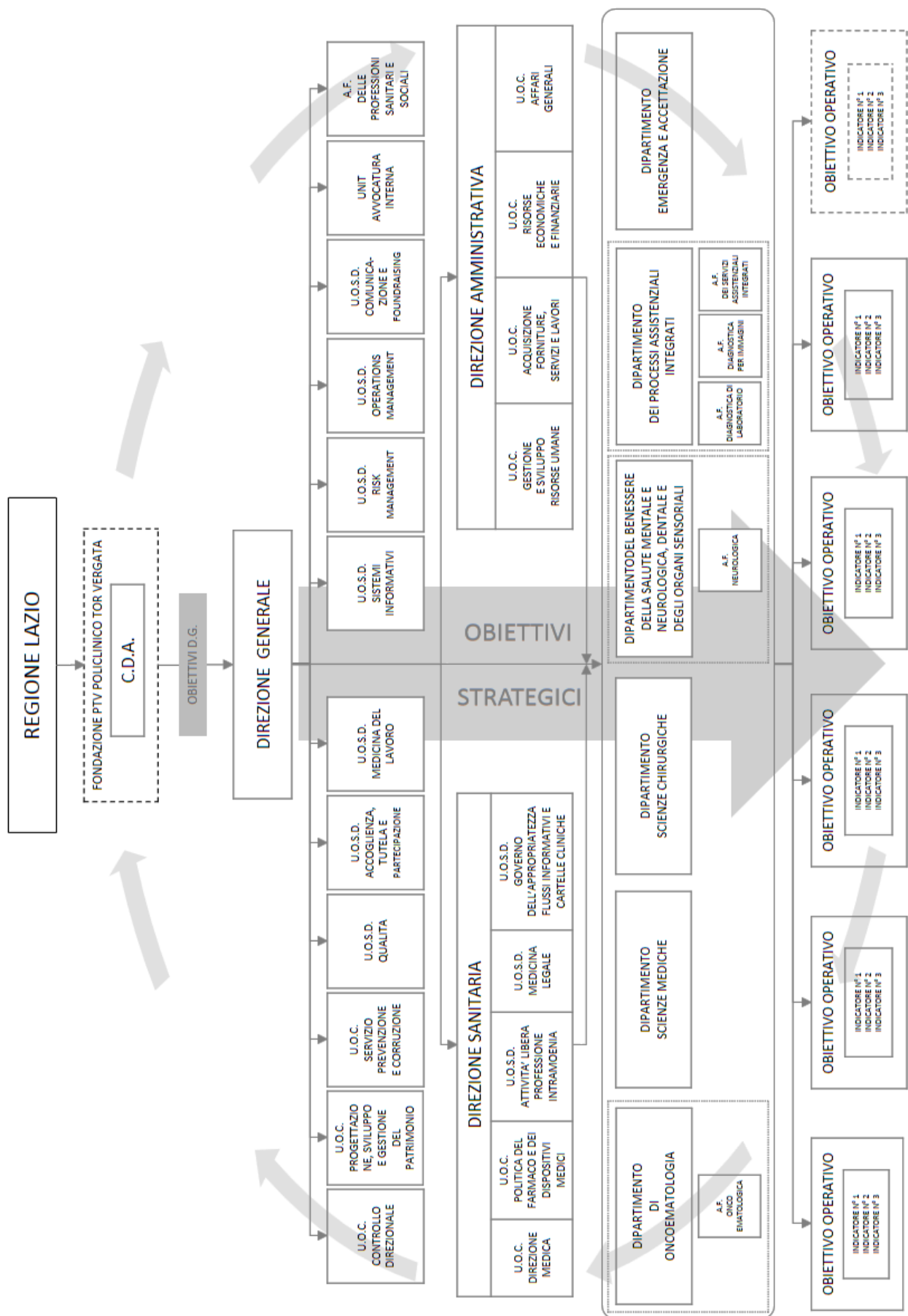
Il “PTV”, in considerazione dei soggetti istituzionali con cui si relaziona (UTV e Regione, quali enti di indirizzo strategico), degli attuali vincoli di bilancio in termini di risorse, della propria *mission*, del contesto esterno e interno in cui opera e delle relative criticità/opportunità, della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

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

La strategia Aziendale è dettata dal rispetto dei vincoli imposti dalla Regione Lazio, attraverso il piano di rientro, dal protocollo di intesa cui è scaturito l'atto aziendale approvato nel dicembre 2017 (diventato operativo a luglio 2018) e dagli obiettivi assegnati dalla Regione Lazio al Commissario straordinario che per l'anno 2021 sono stati notificati il 16/11/2021.

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

- Obiettivi trasversali (a tutte le Unità)
- Efficienza
- (ottimizzazione dei) Processi
- Qualità e appropriatezza



4.2 Misurazione e valutazione

Nelle tabelle e nei grafici seguenti vengono riportati i risultati raggiunti nell'anno 2021, 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.

UNITA' di AREA CLINICA	
TIPO OBIETTIVO	% RAGGIUNGIMENTO
OBIETTIVI TRASVERSALI	82%
QUALITA' e APPROPRIATEZZA	79%
EFFICIENZA	82%
PROCESSI	64%
TOTALE	78%

UNITA' di AREA CLINICA			
FASCE DI PUNTEGGIO	UU.OO.	Inc %	Inc % cum
90% - 100%	13	21,3%	21,3%
70% - 89%	36	59,0%	80,3%
40% - 69%	12	19,7%	100,0%
0% - 39%	-	-	-
<i>Non valutato</i>	-	-	-
TOTALE	61	-	-

UNITA' di AREE AMMINISTRATIVA e SANITARIA NON CLINICA			
FASCE DI PUNTEGGIO	UU.OO.	Inc %	Inc % cum
90% - 100%	15	100,0%	100,0%
70% - 89%	-	-	-
40% - 69%	-	-	-
0% - 39%	-	-	-
<i>Non valutato</i>	-	-	-
TOTALE	15	-	-

POSIZIONI ORGANIZZATIVE AREA SANITARIA			
FASCE DI PUNTEGGIO	P.O.	Inc %	Inc % cum
90% - 100%	5	100,0%	100,0%
70% - 89%	-	-	-
40% - 69%	-	-	-
0% - 39%	-	-	-
<i>Non valutato</i>	-	-	-
TOTALE	5	-	-

POSIZIONI ORGANIZZATIVE AREA AMMINISTRATIVA			
FASCE DI PUNTEGGIO	P.O.	Inc %	Inc % cum
90% - 100%	4	100,0%	100,0%
70% - 89%	-	-	-
40% - 69%	-	-	-
0% - 39%	-	-	-
<i>Non valutato</i>	-	-	-
TOTALE	4	-	-

PERSONALE COMPARTO AZIENDA OSPEDALIERA			
FASCE DI PUNTEGGIO	N° DIP.	Inc %	Inc % cum
90% - 100%	887	96,7%	96,7%
70% - 89%	1	0,1%	96,8%
40% - 69%	0	0,0%	96,8%
0% - 39%	2	0,2%	97,1%
<i>Non valutato</i>	27	2,9%	100,0%
TOTALE	917	-	-

PERSONALE COMPARTO FONDAZIONE			
FASCE DI PUNTEGGIO	N° DIP.	Inc %	Inc % cum
90% - 100%	468	93,4%	93,4%
70% - 89%	0	0,0%	93,4%
40% - 69%	0	0,0%	93,4%
0% - 39%	2	0,4%	93,8%
<i>Non valutato</i>	31	6,2%	100,0%
TOTALE	501	-	-

Nelle tabelle seguenti il dettaglio delle UU.OO. cliniche a cui sono state assegnati obiettivi nell'anno 2021 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	STRUTTURA	TIPO OBIETTIVO	% RAGGIUNGIMENTO	% RISULTATO PESATO
DIPARTIMENTO DEL BENESSERE DELLA SALUTE MENTALE E NEUROLOGICA, DENTALE E DEGLI ORGANI SENSORIALI	U.O.C. Neurochirurgia	OBIETTIVI TRASVERSALI	71%	68%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	89%	
		EFFICIENZA	73%	
		PROCESSI	38%	
	U.O.C. Neurologia	OBIETTIVI TRASVERSALI	67%	75%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	83%	
		EFFICIENZA	93%	
		PROCESSI	25%	
	U.O.C. Psichiatria e Psicologia Clinica	OBIETTIVI TRASVERSALI	77%	80%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%	
		EFFICIENZA	90%	
		PROCESSI	70%	
	U.O.S.D. Demenze	OBIETTIVI TRASVERSALI	71%	76%
		EFFICIENZA	71%	
		PROCESSI	88%	
	U.O.S.D. Neuropsichiatria Infantile	OBIETTIVI TRASVERSALI	100%	93%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%	
		EFFICIENZA	83%	
		PROCESSI	57%	
	U.O.S.D. Oculistica	OBIETTIVI TRASVERSALI	100%	90%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%	
		EFFICIENZA	63%	
		PROCESSI	67%	
	U.O.S.D. Odontoiatria con percorsi protetti - Centro diagnosi, igiene e prevenzione orale	OBIETTIVI TRASVERSALI	100%	86%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	n.v.	
		EFFICIENZA	0%	
		PROCESSI	88%	
	U.O.S.D. Ortognatodonzia	OBIETTIVI TRASVERSALI	100%	61%
		EFFICIENZA	20%	
		PROCESSI	17%	
	U.O.S.D. Otorinolaringoiatria	OBIETTIVI TRASVERSALI	78%	72%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	58%	
		EFFICIENZA	58%	
		PROCESSI	78%	
	U.O.S.D. Parkinson	OBIETTIVI TRASVERSALI	67%	67%
		EFFICIENZA	20%	
		PROCESSI	90%	
	U.O.S.D. PS odontoiatrico e trattamento pazienti vulnerabili sociali	OBIETTIVI TRASVERSALI	67%	60%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%	
		EFFICIENZA	90%	
		PROCESSI	10%	
	U.O.S.D. Sclerosi Multipla	OBIETTIVI TRASVERSALI	76%	75%
		EFFICIENZA	83%	
		PROCESSI	50%	
	U.O.S.D. Stroke Unit	OBIETTIVI TRASVERSALI	100%	93%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	75%	
		EFFICIENZA	100%	
		PROCESSI	40%	
TOTALE DIPARTIMENTO				76%

DIPARTIMENTO	STRUTTURA	TIPO OBIETTIVO	% RAGGIUNGIMENTO	% RISULTATO PESATO
DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE	Coordinamento aziendale per la donazione di organi e tessuti	EFFICIENZA	93%	
		PROCESSI	0%	
	U.O.C. Anestesia e Rianimazione	OBIETTIVI TRASVERSALI	83%	80%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%	
		EFFICIENZA	80%	
		PROCESSI	50%	
	U.O.C. Malattie dell'apparato Respiratorio	OBIETTIVI TRASVERSALI	78%	80%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	88%	
		EFFICIENZA	81%	
		PROCESSI	88%	
	U.O.C. Ortopedia e Traumatologia	OBIETTIVI TRASVERSALI	100%	76%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	50%	
		EFFICIENZA	60%	
		PROCESSI	13%	
	U.O.C. Pronto Soccorso	OBIETTIVI TRASVERSALI	67%	69%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	74%	
		EFFICIENZA	63%	
		PROCESSI	67%	
	U.O.S.D. Chirurgia d'Urgenza	OBIETTIVI TRASVERSALI	83%	75%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	83%	
		EFFICIENZA	87%	
		PROCESSI	55%	
	U.O.S.D. Chirurgia Maxillo Facciale	OBIETTIVI TRASVERSALI	73%	64%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	67%	
		EFFICIENZA	50%	
		PROCESSI	33%	
	U.O.S.D. OBI e Medicina d'urgenza	OBIETTIVI TRASVERSALI	33%	58%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	96%	
		EFFICIENZA	63%	
		PROCESSI	100%	
	U.O.S.D. Radiologia PS	OBIETTIVI TRASVERSALI	100%	100%
		EFFICIENZA	100%	
		PROCESSI	100%	
	U.O.S.D. Terapia Intensiva	OBIETTIVI TRASVERSALI	83%	80%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	77%	
		EFFICIENZA	73%	
TOTALE DIPARTIMENTO				75%

DIPARTIMENTO	STRUTTURA	TIPO OBIETTIVO	% RAGGIUNGIMENTO	% RISULTATO PESATO	
DIPARTIMENTO DI ONCOEMATOLOGIA	U.O.C. Laboratorio di Genetica Medica	OBIETTIVI TRASVERSALI	100%	92%	
		EFFICIENZA	100%		
		PROCESSI	40%		
		U.O.C. Medicina Nucleare	OBIETTIVI TRASVERSALI	100%	88%
			EFFICIENZA	70%	
	PROCESSI		50%		
		U.O.C. Patologie Linfoproliferative	OBIETTIVI TRASVERSALI	83%	80%
			QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%	
	EFFICIENZA		74%		
	PROCESSI		50%		
		U.O.C. Radioterapia	OBIETTIVI TRASVERSALI	100%	84%
			EFFICIENZA	90%	
	PROCESSI		0%		
		U.O.C. Trapianto cellule staminali	OBIETTIVI TRASVERSALI	40%	53%
			QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%	
	EFFICIENZA		80%		
	PROCESSI		0%		
		U.O.S.D. Diagnostica Avanzata Oncoematologica	OBIETTIVI TRASVERSALI	100%	100%
			EFFICIENZA	100%	
	PROCESSI		n.v.		
		U.O.S.D. Oncologia	OBIETTIVI TRASVERSALI	100%	88%
			QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%	
EFFICIENZA	50%				
PROCESSI	88%				
	U.O.S.D. Patologie Mieloproliferative	OBIETTIVI TRASVERSALI	76%	70%	
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%		
EFFICIENZA		57%			
PROCESSI		0%			
TOTALE DIPARTIMENTO				82%	

DIPARTIMENTO	STRUTTURA	TIPO OBIETTIVO	% RAGGIUNGIMENTO	% RISULTATO PESATO
DIPARTIMENTO DEI PROCESSI ASSISTENZIALI INTEGRATI	U.O.C. Diagnostica per Immagini	OBIETTIVI TRASVERSALI	89%	79%
		EFFICIENZA	83%	
		PROCESSI	47%	
	U.O.C. Malattie Infettive	OBIETTIVI TRASVERSALI	89%	80%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	58%	
		EFFICIENZA	81%	
		PROCESSI	33%	
	U.O.C. Medicina di Laboratorio	OBIETTIVI TRASVERSALI	100%	91%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	60%	
		EFFICIENZA	100%	
		PROCESSI	100%	
	U.O.S.D. Anatomia Patologica ad indirizzo Citopatologico	OBIETTIVI TRASVERSALI	100%	100%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%	
		EFFICIENZA	100%	
	U.O.S.D. Anatomia Patologica ad indirizzo Istopatologico	OBIETTIVI TRASVERSALI	100%	100%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%	
		EFFICIENZA	100%	
	U.O.S.D. Counseling psichiatrico e psicologico di supporto al benessere organizzativo e alle attività cliniche	OBIETTIVI TRASVERSALI	100%	58%
		EFFICIENZA	50%	
		PROCESSI	0%	
	U.O.S.D. Medicina Trasfusionale	OBIETTIVI TRASVERSALI	83%	60%
		EFFICIENZA	13%	
		PROCESSI	10%	
	U.O.S.D. Neuroradiologia	OBIETTIVI TRASVERSALI	100%	81%
		EFFICIENZA	56%	
		PROCESSI	50%	
	U.O.S.D. Terapia Antalgica	OBIETTIVI TRASVERSALI	76%	70%
QUALITA' e APPROPRIATEZZA		n.v.		
EFFICIENZA		75%		
PROCESSI		21%		
TOTALE DIPARTIMENTO				80%

DIPARTIMENTO	STRUTTURA	TIPO OBIETTIVO	% RAGGIUNGIMENTO	% RISULTATO PESATO
DIPARTIMENTO SCIENZE CHIRURGICHE	U.O.C. Cardiocirurgia	OBIETTIVI TRASVERSALI	71%	72%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%	
		EFFICIENZA	75%	
		PROCESSI	63%	
	U.O.C. Chirurgia Epatobiliare e Trapianti	OBIETTIVI TRASVERSALI	100%	86%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	83%	
		EFFICIENZA	44%	
		PROCESSI	56%	
	U.O.C. Chirurgia Toracica	OBIETTIVI TRASVERSALI	71%	67%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	67%	
		EFFICIENZA	53%	
		PROCESSI	72%	
	U.O.C. Chirurgia Vascolare	OBIETTIVI TRASVERSALI	67%	60%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%	
		EFFICIENZA	21%	
		PROCESSI	58%	
	U.O.C. Ginecologia	OBIETTIVI TRASVERSALI	100%	93%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%	
		EFFICIENZA	75%	
		PROCESSI	76%	
	U.O.C. Ortopedia	OBIETTIVI TRASVERSALI	100%	88%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	63%	
		EFFICIENZA	100%	
		PROCESSI	33%	
	U.O.S.D. Breast Unit	OBIETTIVI TRASVERSALI	73%	75%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	92%	
		EFFICIENZA	72%	
		PROCESSI	64%	
	U.O.S.D. Cardio Toraco Anestesia	OBIETTIVI TRASVERSALI	60%	74%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	90%	
		EFFICIENZA	97%	
	U.O.S.D. Chirurgia Mininvasiva e dell'apparato digerente	OBIETTIVI TRASVERSALI	100%	92%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	88%	
		EFFICIENZA	61%	
		PROCESSI	88%	
	U.O.S.D. Urologia	OBIETTIVI TRASVERSALI	100%	91%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	78%	
		EFFICIENZA	77%	
		PROCESSI	72%	
TOTALE DIPARTIMENTO				80%

DIPARTIMENTO	STRUTTURA	TIPO OBIETTIVO	% RAGGIUNGIMENTO	% RISULTATO PESATO	
DIPARTIMENTO SCIENZE MEDICHE	U.O.C. Attività ambulatoriale - DH- PAC-PDTA Medici	OBIETTIVI TRASVERSALI	71%	70%	
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	50%		
		EFFICIENZA	78%		
		PROCESSI	75%		
	U.O.C. Cardiologia	OBIETTIVI TRASVERSALI	100%	82%	
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	67%		
		EFFICIENZA	54%		
		PROCESSI	75%		
	U.O.C. Endocrinologia e Diabetologia	OBIETTIVI TRASVERSALI	76%	70%	
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	78%		
		EFFICIENZA	25%		
		PROCESSI	88%		
	U.O.C. Epatologia	OBIETTIVI TRASVERSALI	100%	78%	
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	97%		
		EFFICIENZA	17%		
		PROCESSI	0%		
	U.O.C. Gastroenterologia	OBIETTIVI TRASVERSALI	100%	86%	
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	67%		
		EFFICIENZA	64%		
		PROCESSI	75%		
	U.O.C. Medicina Interna - Centro Medico dell'Obesità	OBIETTIVI TRASVERSALI	71%	71%	
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	58%		
		EFFICIENZA	68%		
PROCESSI		100%			
U.O.C. Medicina Interna - Centro per l'Ipertensione	OBIETTIVI TRASVERSALI	83%	80%		
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	67%			
	EFFICIENZA	85%			
	PROCESSI	67%			
U.O.C. Reumatologia	OBIETTIVI TRASVERSALI	78%	75%		
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	90%			
	EFFICIENZA	70%			
	PROCESSI	60%			
U.O.S.D. Dermatologia	OBIETTIVI TRASVERSALI	100%	91%		
	EFFICIENZA	73%			
	PROCESSI	89%			
U.O.S.D. Immunopatologia e Allergologia Pediatrica	OBIETTIVI TRASVERSALI	73%	75%		
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%			
	EFFICIENZA	89%			
	PROCESSI	25%			
U.O.S.D. Nefrologia e Dialisi	OBIETTIVI TRASVERSALI	78%	75%		
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	90%			
	EFFICIENZA	50%			
	PROCESSI	50%			
TOTALE DIPARTIMENTO				78%	
TOTALE COMPLESSIVO			78%		

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

TIPOLOGIA OBIETTIVO	OBIETTIVO	% RAGGIUNGIMENTO	
OBIETTIVI TRASVERSALI	Adesione al progetto aziendale sulla realizzazione PDTA ospedale - territorio	93%	85%
	Incremento utilizzo prescrizione dematerializzata	n.v.	
	Ospedale digitale: fornire contributo tecnico-scientifico alle richieste aziendali per progettazione	100%	
	Rispetto del budget	62%	

QUALITA' e APPROPRIATEZZA	Accessi con esito ricovero/trasferimento e tempo di permanenza >24 ore	0%	79%
	Accessi con tempo di permanenza in PS/DEA inferiore alle 12 ore	67%	
	Adeguatezza tempo risposta TAT (tempo di refertazione)	100%	
	Appropriatezza prescrittiva antibiotici	72%	
	Appropriatezza Triage	83%	
	Aumento del numero di pazienti di PS con esito "a domicilio"	100%	
	Miglioramento esiti e qualità delle cure	n.v.	
	Migliorare la qualità delle cure	89%	
	Migliorare la tempestività dell'intervento per frattura collo/femore negli anziani	100%	
	Migliorare l'appropriatezza	87%	
	Qualità servizio PS	100%	
	Ridurre il ricorso ad interventi a rischio di inappropriately	100%	
	Ridurre la durata della degenza media post-operatoria	100%	
	Riduzione campioni non pervenuti, mancanti o insufficienti	100%	
	Riduzione ricoveri in DH medico con finalità diagnostica	68%	
	Riduzione tempi di risposta	20%	
	Tempestività trattamento	n.v.	

EFFICIENZA	Contenimento spesa farmaceutica ospedaliera nel rispetto del Budget assegnato	68%	82%
	Contenimento spesa farmaci in FILE F nel rispetto del Budget assegnato	85%	
	Contenimento spesa per dispositivi medici	71%	
	Corretta rendicontazione attività Convenzione PTV/UTV per sorveglianza sanitaria e promozione salute	100%	
	Efficientamento utilizzo apparecchiature Area Medicina di Laboratorio	100%	
	Incremento accertamenti morte cerebrale	100%	
	Incremento delle donazioni dei tessuti	100%	
	Incremento delle donazioni di organi e tessuti	80%	
	Incremento volumi di attività (area chirurgica)	63%	
	Incremento volumi di attività area ricoveri diurni	90%	
	Incremento volumi di attività area ricoveri ordinari	71%	
	Miglioramento performance	94%	
	Misurazione volumi di attività area ambulatoriale	45%	
	Ottimizzazione delle attività di identificazione dei potenziali donatori d'organo	100%	
	Ottimizzazione livello degenza media	72%	
	Razionalizzazione spesa farmaci (nel rispetto delle note AIFA e regionali)	93%	
	Riduzione del sovraffollamento in PS	56%	

	Segnalazioni alle Autorità Giudiziarie nei casi ove previsto	63%	
	Tempestività refertazione	98%	
	Tempo di refertazioni per prelievi biotipici estemporanei max 30 minuti dall'invio della richiesta	100%	
PROCESSI	Adesione al progetto aziendale di teleassistenza/teleconsulto	n.v.	64%
	Compliance percorsi urgenza	50%	
	Integrazione ospedale territorio	100%	
	Miglioramento percorsi interni	64%	
	Miglioramento performance	0%	
	Migliorare l'efficienza organizzativa	50%	
	Migliorare l'efficienza organizzativa attraverso la riduzione delle degenza media preoperatoria	0%	
	Monitoraggio attività di sala operatoria	47%	
	Percorso con la U.O.C. Cardiocirurgia per studio pre intervento cardiocirurgico e per trattamento pazienti Marfan (attraverso coronarografia)	100%	
	Percorso con la U.O.C. Cardiologia per studio pre intervento cardiocirurgico e per trattamento pazienti Marfan (attraverso coronarografia)	100%	
	Rispetto delle disposizioni regionali in merito al recupero delle prestazioni specialistiche non erogate nella fase di lockdown attraverso l'invio di specifici Progetti aziendali di ripresa dell'attività ambulatoriale ed il recupero delle prestazioni specialistiche entro i tempi individuati	100%	
	Rispetto delle procedure in accettazione	100%	
	Rispetto percorso di elezione	n.v.	
	Trasparenza liste attese	52%	
PERCENTUALE COMPLESSIVA DI RAGGIUNGIMENTO		78%	

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	97,6
Direttore U.O.C. Affari Generali	98,2
Direttore U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	100
Direttore U.O.C. Risorse Economiche e Finanziarie	100
Direttore U.O.C. Progettazione, Sviluppo e Gestione del Patrimonio	100
Direttore U.O.C. Farmacia	97,4
Direttore U.O.S.D. Accoglienza, Tutela e Partecipazione	98,9
Direttore U.O.S.D. Operations Management	100
Direttore U.O.S.D. Medicina Legale	100
Direttore U.O.S.D. Attività Libero Professionale Intramoenia	94,5
Dirigente Area Professioni Sanitarie e Sociali e Comfort Ospedaliero	99,8
Dirigente afferente alla Direzione Generale - Coordinamento tecnico della gestione dei contratti	98,7
Dirigente afferente alla Direzione Generale - U.O.S.D. Sistemi Informativi	97
Dirigente afferente all'Area funzionale delle Professioni sanitarie e sociali	100
Dirigente afferente all'Area funzionale delle Professioni sanitarie e sociali	100
TOTALE COMPLESSIVO	98,8%

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

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	% RISULTATO RAGGIUNTO
ADESIONE PERCORSI, CICLO PERFORMANCE E QUALITA'	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	78%
	Aderenza al piano di sicurezza informatica attraverso interfaccia con AGID e Regione	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%
	In base al Piano di risposta all'evoluzione dell'epidemia da SARS-COV2, le Aziende pubbliche (e private) adeguano l'offerta di posti letto dedicati in area di degenza ordinaria/terapia semintensiva e terapia intensiva. L'adempimento ha cadenza settimanale.	100%
	Miglioramento esposizione debitoria ciclo attivo	100%
	Monitoraggio e verifica versamenti di competenza aziendale tramite POS da parte dei professionisti	100%
	Monitoraggio proporzione di ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro due giorni in pazienti ultrasessantacinquenni.	100%
	PAC - Assicurare lo sviluppo del Piano Attuativo per la certificazione del Bilancio del PTV secondo le tempistiche e linee guida della Regione Lazio	100%
	Promozione valutazione partecipativa	n.v.
	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%
	Recupero Crediti pregressi liberi professionisti in collaborazione con UOC Affari Generali	100%
	Rispetto dei tempi di liquidazione delle fatture	87%
	Rispetto tempistica Sistema di misurazione e valutazione della performance e dei risultati del personale di comparto afferente e del personale dirigente	100%
	Rispetto tempistica sistema di misurazione e valutazione delle performance e dei risultati del personale di comparto afferente	100%
APPROPRIATEZZA E MONITORAGGIO CONSUMI	Monitoraggio magazzino reagenti su areas	100%
	Monitoraggio magazzino reagenti su modulab	100%
APPROPRIATEZZA E MONITORAGGIO CONSUMI (FARMACI E DISPOSITIVI)	Invio dati per CE mensile entro il 5 del mese successivo a quello oggetto di analisi	85%
	Monitoraggio consumi farmaci	100%
EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Acquisto beni e servizi infungibili	100%
	Adeguamento normativa antincendio del PTV	100%
	Adempimenti previsti dalla normativa sulla Anticorruzione e Trasparenza secondo le tempistiche ivi previste	100%
	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, sterilizzazione	100%
	Aggiornamento/revisione sito internet aziendale	100%
	Avvio Cloud	100%
	Avvio delle procedure di gara ed indizione nei tempi previsti	100%
	Completamento ed esecuzione dell'accordo integrativo legato alle progressioni Orizzontali; completamento ed esecuzione accordo integrativo all'art. 113 del D.lgs.vo 50/2016 "Lavori" e "Forniture e Servizi"; avvio procedure per conferimento incarichi professionali personale medico SSN	100%
	Controllo giacenze di magazzino nei reparti	100%
	Corretta gestione contratti di manutenzione	100%
	Definizione conclusiva dei capitolati/documentazione tecnica relativamente ai servizi e/o forniture di competenza dell'Area Elettromedicali	100%
	Elaborazione di brochure per pazienti nell'area Nutrizione clinica e audometria	100%
	Elaborazione soluzioni organizzative per il pieno utilizzo attrezzature, con ottimizzazione del personale tecnico dell'area	100%
	Garantire idoneo affiancamento con risorsa interna dei neoassunti o per riorganizzazione dei servizi	100%
	Gestione banca dati CORONET	100%
	Gestione e monitoraggio delle attività ambulatoriali svolte presso il Drive in PTV	100%
	Gestione e monitoraggio delle attività ambulatoriali svolte presso il PTV	100%
	Gestione e monitoraggio delle attività vaccinali svolte presso il Drive in PTV	100%
	Gestione e monitoraggio delle attività vaccinali svolte presso il PTV	100%
	Gestione reclami e ritorni da parte dell'utenza	100%

	Inserimento dati nel sistema informatico sale operatorie.	100%
	Mantenimento elevati standard di umanizzazione intesi come miglioramento livelli di comunicazione con il paziente	100%
	Miglioramento dei percorsi interni	100%
	Miglioramento esposizione debitoria ciclo attivo	100%
	Monitoraggio andamento tempi liquidazione stock di debito	100%
	Monitoraggio dello stato di attuazione dei processi di miglioramento delle strutture edili e impiantistiche	100%
	Pianificazione e monitoraggio della formazione dell'area tecnica	100%
	Predisposizione atti di programmazione	100%
	Predisposizione della programmazione biennale degli acquisti per beni e servizi	100%
	Predisposizione Regolamenti/Procedure aziendali	100%
	Progetti PNRR	100%
	Promozione di iniziative inerenti la donazione del sangue in collaborazione con la UOSD Medicina Trasfusionale	100%
	Proposta progetto CUP	100%
	Ripetto adempimenti	100%
	Risoluzione problematiche Hardware e software in aree critiche (Blocchi operatori, PS, CUP) entro 1 giorno lavorativo	100%
	Rispetto adempimenti in ambito Privacy	100%
	Rispetto dei tempi di liquidazione delle fatture	70%
	Rispetto dei tempi di liquidazione delle fatture.	98%
	Rispetto tempi capitolati tecnici	100%
	Rispetto tempi certificazione SAL	100%
	Supervisione e monitoraggio attività di manutenzione apparecchiature dell'area	100%
	Tempestività degli invii dei flussi informativi di competenza definiti dalla Regione e dai Ministeri vigilanti	100%
EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO DEI PERCORSI CHIRURGICI E DI EMERGENZA	Adeguamento delle procedure di gestione organizzativa del percorso chirurgico	100%
	Monitoraggio delle performance del percorso chirurgico	100%
	Organizzazione del tracciamento dei materiali all'interno dei blocchi operatori	100%
PATRIMONIO EDILIZIO E TECNOLOGICO	Avvio degli interventi di cui al DGR 861/2017	100%
	Avvio degli interventi di cui al DL 34/2020	100%
PATRIMONIO EDILIZIO E TECNOLOGICO E GESTIONE DELLA SICUREZZA INFORMATICA	Avvio degli interventi di cui al DGR 861/2017	100%
	Interventi PNRR.	100%
	Invio progetti e avvio degli interventi al fine di innalzare il livello di resilienza in tema di sicurezza informatica e migliorare le capacità di risposta nei casi di attacchi informatici.	100%
SICUREZZA DELLE CURE E DEI LAVORATORI E GESTIONE SINISTRI	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%
	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%
	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 Risk manager per l'individuazione di linee preventive dei rischi clinici partendo dall'analisi dei risarcimenti richiesti.	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%
TOTALE		97%

5. IL PROCESSO DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE

Il processo di misurazione della performance così come previsto nel Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance in vigore 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. La Direzione procede all'assegnazione degli obiettivi ai Direttori dei Dipartimenti, delle UOC, ai Responsabili delle UOSD, ai titolari di Programma Aziendale e ai dirigenti direttamente afferenti alla Direzione 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.

Limitatamente all'anno 2021, in deroga a quanto previsto dal SMVP vigente, gli obiettivi assegnati e i relativi risultati raggiunti dai dirigenti medici non apicali, saranno considerati coincidenti con quelli del dirigente apicale di diretta afferenza.

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 l'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 per le valutazioni e le verifiche di competenza.

Inoltre il sistema consente di stilare una graduatoria delle performance, distinta per i dirigenti e per i dipendenti, ai fini dell'attribuzione degli incentivi previsti.

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

6. LE CRITICITA' E LE OPPORTUNITA'

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

Le azioni di miglioramento che erano state individuate negli anni precedenti sono state parzialmente rinviate anche a seguito dell'emergenza epidemiologica, emergenza che, come più volte accennato, ha avuto notevole impatto sull'intera organizzazione.

Dal 2022, con l'auspicabile fine dello stato di emergenza e ritorno alla normalità si intende perseguire le seguenti azioni di miglioramento:

- Maggiore coinvolgimento degli stakeholder. Sicuramente tale processo deve essere reso più ampio e sistematico;
- Informatizzazione del sistema per la gestione del ciclo della performance sia per quanto riguarda la performance organizzativa che individuale;
- Progressivo processo di informatizzazione delle attività sanitarie anche tramite l'adozione della cartella informatizzata clinica ed ambulatoriale nonché la nuova piattaforma per la gestione del quartiere operatorio il cui avvio è previsto per il prossimo mese di settembre.

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.

In prospettiva si segnala un importante e significativo incremento delle complessive attività sanitarie nel corso del 2021 confermato nel corso dei primi mesi della gestione 2022 cui ha contribuito senza dubbio una attività di impulso dell'intera comunità medica e sanitaria e della direzione strategica.