



P.I.A.O.
PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' ED ORGANIZZAZIONE
2022-2024



FONDAZIONE PTV POLICLINICO

Sommario

0. PRESENTAZIONE NUOVO PIANO	4
1. SEZIONE 1 - SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE	6
1.1. Chi siamo	6
1.2. I risultati raggiunti	14
1.2.1. Volumi e valori di produzione	14
1.2.2. Ricovero ordinario	15
1.2.3. Complessità media della casistica per Dipartimento ed Unità.....	15
1.2.4. Ricoveri ordinari per tipologia di invio	17
1.2.5. Day Hospital.....	17
1.2.6. Attività ambulatoriali.....	17
1.2.7. Attività dell'emergenza	18
1.2.8. Pre.Val.E.....	20
1.2.9. I percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali.....	22
1.2.10. PDTA attualmente inviati alla Direzione sanitari.....	24
1.2.10.1. PDTA chirurgici	24
1.2.10.2. PDTA medici.....	25
1.2.10.3. Valutazione dei PDTA.....	27
1.3. GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA DELL'AZIENDA.....	30
1.3.1. Il risultato di Gestione dell'esercizio 2021	30
1.4. La previsione economica per l'esercizio 2022.....	32
2. SEZIONE 2 – VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	34
2.1. Sottosezione di programmazione – Valore pubblico	34
2.2. Sottosezione di programmazione – Performance.....	37
2.2.1. Mission	37
2.2.2. Processo seguito e le azioni di miglioramento del ciclo di gestione delle Performance.....	41
2.2.2.1. Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano	41
2.2.2.2. Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio	41
2.2.2.3. Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione della Performance	42
2.2.2.4. Allegato A1 alla Relazione sulla Performance	43
2.2.2.5. Allegato A2 alla Relazione sulla Performance	47
2.3. Sottosezione di programmazione – CUG.....	52
2.4. Sottosezione di programmazione – Rischi corruttivi e trasparenza.....	55
3. SEZIONE 3 – ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	58
3.1. Sottosezione di programmazione – Struttura organizzativa.....	58
3.2. Sottosezione di programmazione – Organizzazione lavoro agile.....	58
3.3. Sottosezione di programmazione – Piano triennale dei fabbisogni del personale.....	63
3.3.1. Il piano triennale.....	63
3.3.2. COVID19.....	68
3.3.3. Personale convenzionato ACN	70
3.3.4. Nuove assunzioni.....	71

3.3.5.	Area delle Professioni Sanitarie.....	74
3.3.6.	Area delle Professioni Infermieristiche	75
3.3.7.	Adeguamento delle Risorse umane in ambito amministrativo professionale e tecnico	76
3.3.8.	Adeguamento delle Risorse umane da acquisire ai sensi della L. 68/99 (Assunzioni obbligatorie).....	76
3.3.9.	Collaboratori.....	77
3.3.10.	Ulteriori politiche del personale.....	77
4.	SEZIONE 4 – MONITORAGGIO	78
4.1.	Sottosezione di monitoraggio – Valore pubblico e Performance	78
4.2.	Sottosezione di monitoraggio – Rischi corruttivi.....	79
4.3.	Sottosezione di monitoraggio – Organizzazione e capitale umano	79

0. PRESENTAZIONE NUOVO PIANO

Il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) - previsto dall'articolo 6, comma 6, del decreto legge n. 80/2021, convertito dalla legge 6 agosto 2021, n. 113 - rappresenta per tutte le amministrazioni con più di 50 dipendenti (escluse le scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative) il compimento di un percorso iniziato nel 2009 con la legge 150, per lo sviluppo e la realizzazione di *una amministrazione pubblica più snella ed efficiente, capace di misurare gli impatti delle sue azioni sui cittadini, sulle famiglie e sulle imprese.*

Il PIAO costituisce, dunque, un documento di programmazione unico, che si prefigge il duplice scopo di semplificare i vari atti di pianificazione cui sono tenute le amministrazioni e razionalizzare le scelte strategiche di sviluppo, anche rispetto agli obiettivi delineati nel Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) in termini di riqualificazione.

Il Piano, inoltre, tende a definire i presupposti volti a garantire la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa nonché migliorare la qualità dei servizi ai cittadini utenti e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi amministrativi, nel rispetto del D.lgs. 150/2009 e della Legge 190/2012.

In questa prima applicazione, il presente documento rappresenta un atto ricognitorio di tutti i piani già adottati a livello aziendale e destinati a costituire le specifiche sezioni del PIAO secondo lo schema previsto dal Decreto 30 giugno 2022 n.132, al fine di dare evidenza ed organicità di lettura all'attività di pianificazione integrata aziendale.

Nel corso del 2022, infatti, la Fondazione ha operato utilizzando gli strumenti di programmazione già previsti dalle normative nazionali e regionali vigenti, garantendo la loro integrazione in fase programmatica e attuativa.

Si ritiene che struttura e contenuti del Piano della Performance 2022-2023, redatto in conformità alle indicazioni regionali, risponda già a molti dei principi che hanno portato il legislatore nazionale ad introdurre il PIAO per tutte le pubbliche amministrazioni aventi dimensioni rilevanti.

Il Piano Integrato di Attività ed Organizzazione 2022-2024 rappresenta il primo atto, quindi, di un percorso di progressivo superamento dei Piani in vigore.

Il presente documento si suddivide in 4 macro sezioni come di seguito esposte:

- **Scheda anagrafica dell'amministrazione:** la sezione identifica l'amministrazione.
- **Valore pubblico, performance e anticorruzione:** In questa sottosezione l'amministrazione definisce i risultati attesi in termini di obiettivi generali e specifici, programmati in coerenza con i documenti di programmazione finanziaria predisposto secondo le logiche di performance management, di cui al Capo II del decreto legislativo n. 150 del 2009 e secondo le Linee Guida emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica e le strategie per la creazione di Valore Pubblico e i relativi indicatori di impatto.
- **Organizzazione e capitale umano:** nella sezione viene presentato il modello organizzativo adottato dalla Fondazione nonché gli eventuali interventi e le azioni necessarie per assicurare la sua coerenza rispetto agli obiettivi di valore pubblico identificati, la strategia e gli obiettivi legati allo sviluppo di modelli innovativi di organizzazione del lavoro, anche da remoto (es. lavoro agile e telelavoro), la rappresentazione della consistenza di personale al 31 dicembre dell'anno precedente, la consistenza in termini quantitativi è accompagnata la descrizione del personale in servizio suddiviso in relazione ai profili professionali presenti, la programmazione strategica delle risorse umane.
- **Monitoraggio:** nella sezione ove sono indicati gli strumenti e le modalità di monitoraggio, unitamente alle rilevazioni di soddisfazioni degli utenti e dei responsabili.

1. SEZIONE 1 - SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

1.1. Chi siamo

La denominazione della Fondazione è, allo stato, “*Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata*”, di seguito denominata per brevità “Fondazione”.

L'acronimo del Policlinico universitario gestito dalla Fondazione è costituito dalle tre lettere maiuscole: **PTV**. L'utilizzo dell'acronimo in luogo della denominazione per esteso ha inteso permettere il riconoscimento della struttura da parte dell'utenza in modo semplice e diretto, secondo canoni propri della comunicazione aziendale.

La sede legale è in Roma, Viale Oxford 81, 00133 Roma, C.F. 97503840585, partita IVA 10110821005.

Il logo aziendale rimane confermato in quello già in uso dall'Azienda Policlinico e di seguito raffigurato:



Il logo raffigura un uomo inginocchiato nell'azione di piantare nella terra una pianta di alloro: i colori prescelti sono quelli del verde scuro e del verde chiaro. Il logo ha inteso racchiudere in forma di icona le stesse ragioni d'essere della struttura. L'uomo è metafora del progetto del PTV: cura, rispetto e impegno al servizio esclusivo della persona. L'alloro, paradigma del sapere universitario, richiama nelle culture mediterranee la salute e la difesa delle leggi.

Attraverso l'uso del logo, negli strumenti di comunicazione interna ed esterna della Fondazione, si consolidano e riaffermano quotidianamente la cultura e i valori comuni che sono alla base del progetto di un nuovo modello di ospedale: un ospedale umano, aperto e sicuro.

Nella documentazione a valenza esterna, oltre al logo del PTV, sono altresì utilizzati quello della Regione Lazio e dell'Università degli Studi di Roma Tor Vergata.

Il sito internet aziendale, a mezzo del quale si fornisce uno strumento informativo all'utenza e si assolvono, altresì, gli obblighi di pubblicità degli atti, provvedimenti, documenti e dati, nel rispetto delle vigenti norme in tema di trasparenza e anticorruzione, è il seguente: www.ptvonline.it.

Il PTV 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.

È necessario rappresentare inoltre che il Protocollo d'intesa sottoscritto in data 24.11.2017 e tuttora vigente, prevedeva l'estinzione entro il 31 dicembre 2017 degli enti pre-esistenti, l'Azienda Ospedaliera Universitaria e la Fondazione PTV, previa costituzione della Fondazione PTV di Diritto Pubblico strumentale alla richiesta di qualificazione dell'ente quale IRCCS. La Regione e l'Università nell'art. 25 del citato Protocollo di intesa hanno definito le modalità di subentro della Fondazione PTV di Diritto Pubblico nei rapporti giuridici facenti capo alla AOU e alla Fondazione di Diritto Privato.

Successivamente e a tutt'oggi, non si è provveduto alla profilata costituzione della Fondazione di Diritto Pubblico e alla contestuale estinzione degli enti pre-esistenti che risultano pertanto ancora giuridicamente attivi.

È necessario informare che le due disposizioni normative succitate la prima di fonte regionale - la L.R. 27-2-2020 n. 1 "Misure per lo sviluppo economico, l'attrattività degli investimenti e la semplificazione." e pubblicata nel B.U. Lazio 27 febbraio 2020, n. 17, supplemento n. 2. Artt. 117 – 122 - e la seconda di fonte statale - il D.L. 162 del 30.12.2019 (c.d. "Mille proroghe") così come integrato/modificato dalla relativa Legge di conversione del 28-2-2020 n. 8 – hanno ricevuto importanti modifiche ed integrazioni e pertanto se ne riporta di seguito il testo aggiornato:

- **art. 25 del D.L. 162 del 30.12.2019 (c.d. "Mille proroghe") così come integrato/modificato dalla relativa Legge di conversione del 28-2-2020 n. 8 è stato modificato dall' [art. 4, comma 8-octies, D.L. 30 dicembre 2021, n. 228](#), convertito, con modificazioni, dalla [L. 25 febbraio 2022, n. 15](#).**

"4-novies. In relazione ai rapporti tra le università statali e il Servizio sanitario nazionale, instaurati attraverso la costituzione di aziende ospedaliero-universitarie di cui all'[articolo 2 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517](#), per ciascuno degli anni dal 2020 al 2029 è autorizzato un finanziamento di 8 milioni

di euro annui in favore delle università statali, a titolo di concorso alla copertura degli oneri connessi all'uso dei beni destinati alle attività assistenziali di cui all'[articolo 8, comma 4, del citato decreto legislativo n. 517 del 1999](#). L'attribuzione del predetto finanziamento è condizionata alla costituzione dell'azienda ospedaliero-universitaria con legge regionale, emanata successivamente alla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, nonché alla sottoscrizione, entro il 31 maggio 2022, del relativo protocollo d'intesa di cui all'[articolo 1 del medesimo decreto legislativo n. 517 del 1999](#), comprensivo della regolazione consensuale di eventuali contenziosi pregressi.”

- **Articolo 22** (“disposizioni varie”) della **Legge Regionale 27 febbraio 2020, n. 1** (Misure per lo sviluppo economico, l'attrattività degli investimenti e la semplificazione)

“117. Al fine di ricondurre la Fondazione "Policlinico Tor Vergata" al modello ordinario unico di azienda ospedaliero universitaria ai sensi dell'[articolo 2 del D.Lgs. 517/1999](#) e successive modifiche, assicurare la prosecuzione dei rapporti tra università e Servizio sanitario nazionale e realizzare la completa integrazione tra l'attività di didattica, assistenza e ricerca tra il servizio sanitario regionale e l'Università degli Studi di Roma Tor Vergata è istituita l'Azienda Ospedaliero Universitaria "Policlinico Tor Vergata", con sede in Roma.

118. L'Azienda "Policlinico Tor Vergata", dotata di personalità giuridica pubblica e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, subentra, nel rispetto di quanto previsto al comma 120 e senza soluzione di continuità, in tutti i rapporti attivi e passivi della Fondazione Policlinico Tor Vergata, iscritta al n. 189 registro regionale delle persone giuridiche private, e dell'Azienda autonoma denominata "Policlinico Tor Vergata", costituita con decreto rettorale n. 2297 del 15 ottobre 1998, secondo i tempi previsti dal protocollo d'intesa.

119. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, Regione e Università, sentite le commissioni consiliari competenti in materia di sanità e di bilancio, stipulano, ai sensi del [D.Lgs. 517/1999](#), il nuovo Protocollo d'Intesa e adottano gli atti necessari alla costituzione dell'Azienda Ospedaliero Universitaria "Policlinico Tor Vergata" e alla contestuale estinzione della Fondazione "Policlinico Tor Vergata" e dell'azienda autonoma dell'università "Policlinico Tor Vergata".

120. Regione e Università definiscono, nel Protocollo d'Intesa, l'assetto patrimoniale dell'Azienda Ospedaliero Universitaria "Policlinico Tor Vergata" e le modalità di finanziamento delle attività svolte dalla stessa, nel rispetto degli [articoli 7 e 8 del D.Lgs. 517/1999](#) e successive modifiche, senza oneri ulteriori per il servizio sanitario regionale, tenendo conto delle disposizioni di cui al comma 120-bis e di cui all'[articolo 25, comma 4-novies, del decreto-legge 30 dicembre 2019, n. 162](#) (Disposizioni urgenti in materia di proroga di termini legislativi, di organizzazione delle pubbliche amministrazioni, nonché di innovazione tecnologica) convertito, con modificazioni, dalla [legge 28 febbraio 2020, n. 8](#) e successive modifiche, finalizzate all'estinzione dei rapporti attivi e passivi tra la Fondazione e l'Università superando le disposizioni previgenti, anche statutarie, incompatibili con il richiamato [D.Lgs. 517/1999](#) e operando l'adeguamento delle relative iscrizioni contabili ⁽¹⁾.

120-bis. Per il perseguimento delle finalità di cui al comma 117, la Regione concorre alla copertura degli oneri connessi all'uso dei beni destinati alle attività assistenziali di cui all'[articolo 8, comma 4, del D.Lgs. 517/1999](#), attraverso la concessione di un finanziamento in favore dell'Università degli Studi di Roma Tor Vergata, pari a euro 15.000.000,00 per l'esercizio 2021. La concessione del predetto finanziamento è condizionata alla costituzione dell'Azienda ospedaliero-universitaria "Policlinico Tor Vergata", previa sottoscrizione del protocollo d'intesa di cui al comma 119, comprensivo della regolazione consensuale di eventuali contenziosi pregressi e dell'adeguamento delle

iscrizioni contabili previsto ai sensi del comma 120. Agli oneri derivanti dall'autorizzazione di spesa di cui al presente comma si provvede mediante l'istituzione nel programma 07 "Ulteriori spese in materia sanitaria" della missione 13 "Tutela della salute", titolo 1 "Spese correnti", della voce di spesa denominata: "Finanziamento in favore dell'Università degli Studi di Roma Tor Vergata per la copertura degli oneri connessi all'uso dei beni destinati alle attività assistenziali di cui all'[articolo 8, comma 4, del D.Lgs. 517/1999](#)", la cui autorizzazione di spesa, pari a euro 15.000.000,00, per l'anno 2021, è derivante dal versamento all'entrata della Regione di pari importo, a valere sulla medesima annualità, all'interno della tipologia 500 "Rimborsi e altre entrate correnti" del titolo 3 "Entrate extratributarie", concernente il recupero da eccedenze di copertura da disavanzi sanitari, in conseguenza dell'adeguamento delle iscrizioni contabili previsto ai sensi del comma 120 ⁽²⁾.

121. All'Azienda istituita si applicano le disposizioni di cui al [decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502](#), come integrate dalle disposizioni della [legge regionale 16 giugno 1994, n. 18](#), in quanto compatibili, e le disposizioni di cui al [D.Lgs. 517/1999](#).

122. Le disposizioni di cui ai commi da 117 a 121 si applicano a decorrere dal 1° aprile 2020. A decorrere dalla medesima data sono abrogati: [l'articolo 42 della legge 28 dicembre 2007, n. 26](#); [l'articolo 6 della legge 22 aprile 2011, n. 6](#) e [l'articolo 1, comma 126, della legge 13 agosto 2011, n. 12](#).

⁽¹⁾ Comma così modificato dall' [art. 28, comma 1, lettera a\), L.R. 11 agosto 2021, n. 14](#), a decorrere dal 13 agosto 2021 (ai sensi di quanto stabilito dall' [art. 115, comma 1](#), della medesima legge).

⁽²⁾ Comma aggiunto dall' [art. 28, comma 1, lettera b\), L.R. 11 agosto 2021, n. 14](#), a decorrere dal 13 agosto 2021 (ai sensi di quanto stabilito dall' [art. 115, comma 1](#), della medesima legge).

Si informa che In data 31 maggio 2022 è stato sottoscritto il Protocollo di Intesa tra Regione Lazio e Università degli Studi di Roma Tor Vergata.

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 quale *Azienda di riferimento dell'Università e della Regione* nell'ambito del Protocollo d'intesa – all'art. 2.

Sempre il Protocollo d'intesa – all'art.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.

Regione e Università - a mezzo dell'adozione di provvedimenti condivisi- promuovono, altresì, in attuazione dell'art. 5 del Protocollo d'intesa, la stretta interdipendenza e la sinergia fra *l'assistenza, la didattica e la ricerca*, con l'obiettivo condiviso di concorrere alla funzione di miglioramento del servizio pubblico con particolare riguardo alla tutela della salute sia nell'ambito

dell'assistenza ospedaliera che con riferimento all'attività *extra* ospedaliera, obiettivi ai quali l'Università concorre nei limiti delle garanzie istituzionali.

L'inscindibilità delle descritte tre funzioni istituzionali - sancita nel contesto normativo e regolamentare ed altresì acclarata in sede giurisprudenziale - conferisce al PTV, nella sua configurazione di Policlinico universitario, una peculiare qualificazione che lo caratterizza ed identifica prioritariamente quale:

- *Ospedale di alta specializzazione*
- *Ospedale d'insegnamento*
- *Ospedale di ricerca*

Allo stato, per quanto riguarda gli **assetti "istituzionali"**, gli **"organi"** della Fondazione di diritto privato "PTV", sono costituiti da:

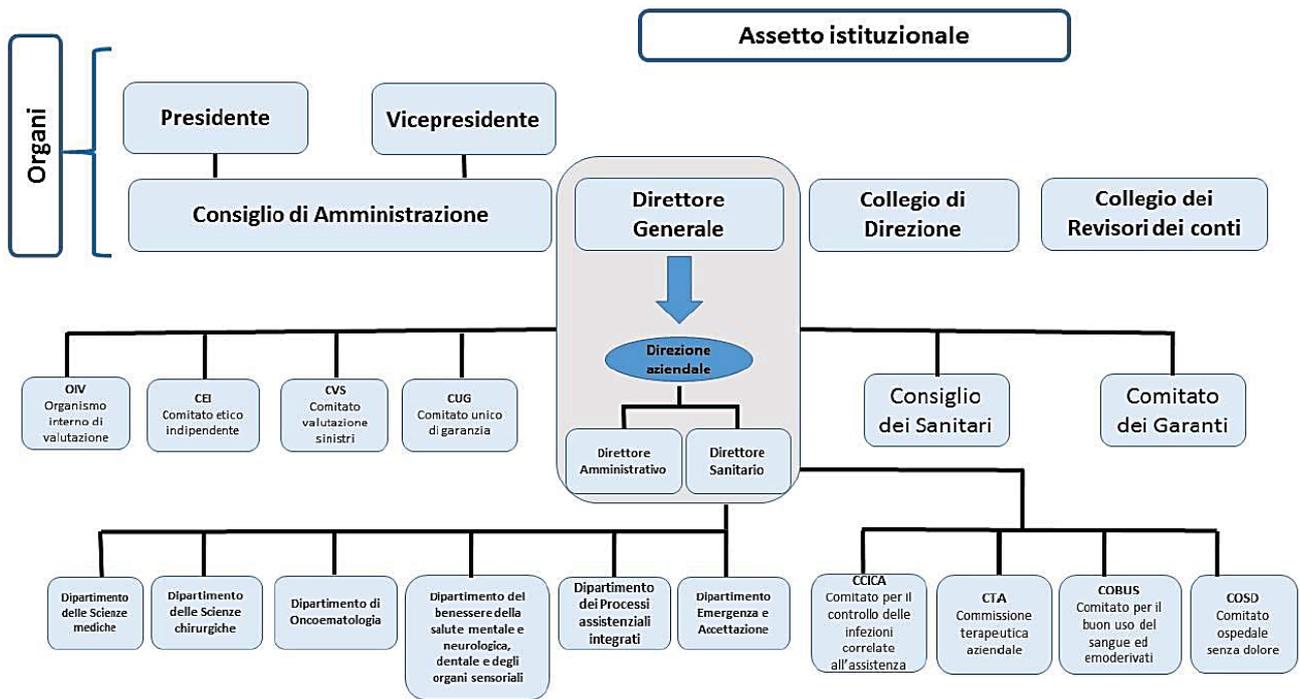
- il *Presidente della Fondazione* (articolo 3 dell'Atto aziendale), già previsto dall'articolo 16 del vigente Statuto;
- il *Vicepresidente della Fondazione* (articolo 4 dell'Atto aziendale), già previsto dall'articolo 16 *bis* del vigente Statuto;
- il *Consiglio di amministrazione* (articolo 5 dell'Atto aziendale), già previsto dall'articolo 17 del vigente Statuto;
- il *Direttore generale* (articolo 6 dell'Atto aziendale), già previsto dall'articolo 18 del vigente statuto, a cui afferiscono, altresì, le residue funzioni di gestione dell'Azienda Ospedaliera Universitaria PTV con riguardo al personale ivi afferente (articolo 7 dell'Atto aziendale) ai sensi del combinato disposto dell'articolo 24, comma 4, del vigente Statuto e degli articoli 6, comma 1, e 26, comma 2, del Protocollo d'intesa; il Direttore generale è coadiuvato dalla Direzione amministrativa e dalla Direzione sanitaria che, unitamente alle strutture/funzioni di staff della stessa Direzione generale, costituiscono complessivamente la Direzione aziendale, individuata altresì, agli effetti del presente Piano, quale *"area di governo/direzione aziendale ("DAZ")*" (cfr. paragrafo 3.3.). Con Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00167 del 1° luglio 2019 nonché con deliberazione del Consiglio di amministrazione assunta in data 1° luglio 2019, è stato nominato il Commissario straordinario della Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata e dell'Azienda ospedaliera universitaria PTV Policlinico Tor Vergata;
- il *Collegio dei revisori dei conti* (articolo 8 dell'Atto aziendale), già previsto dall'articolo 19 del vigente Statuto;
- il *Collegio di direzione* (articolo 9 dell'Atto aziendale), non previsto dal vigente Statuto ma già attivato ai sensi dell'articolo 23 *dell'Atto di organizzazione e funzionamento della*

Fondazione PTV” del 1° agosto 2008, e qualificato come “*organo*” in base al successivo D.L. n. 158/2012 convertito con modificazioni dalla L. 189/2012, ferme restando le attuali competenze generali ascritte all’*Assemblea dei soci fondatori*, Regione Lazio e Università degli Studi di Roma Tor Vergata (articolo 2 dell’Atto aziendale), già prevista dall’articolo 10 del vigente Statuto.

Agli effetti di quanto sopra riportato, con riguardo agli assetti istituzionali, le richiamate disposizioni, per la parte in cui recepiscono gli attuali assetti statutari in materia di “*organi*” della Fondazione di diritto privato e di residue funzioni di gestione dell’A.O.U. hanno, quindi, valenza provvisoria, fino alla efficacia e piena operatività dei suddetti nuovi assetti, da recepire tramite tempestivo e conforme adeguamento dell’Atto aziendale.

Con riguardo, invece, agli **assetti “organizzativi”**, vale a dire le strutture deputate allo svolgimento delle attività produttive in campo assistenziale, in integrazione con le funzioni didattico-scientifiche ascritte alla Università, gli stessi assetti fanno capo ai Dipartimenti ad attività integrata (DAI) nel cui ambito sono articolate le ulteriori strutture/funzioni assistenziali rappresentate dalla Unità Organizzativa Complessa (UOC) - al cui interno possono essere ricomprese Unità operative semplici (UOS) - dalle Unità operative semplici dipartimentali (UOSD) nonché dagli incarichi professionali, tra i quali, specificamente riportati nell’organigramma allegato all’Atto aziendale, gli incarichi di Unit.

Tali *assetti organizzativi*, che assumono valenza stabile, sia in termini di previsione che in termini di conferimento del sottostante incarico soggettivo, costituiscono, agli effetti del presente Piano, l’“*area della produzione*” (“APr”), articolata, appunto, nei Dipartimenti ad attività integrata (“DAI”) e relative strutture/funzioni afferenti (AF/UOC/UOSD/UOS/Unit). (paragrafo 3.3ui di seguito si riporta il prospetto relativo all’assetto istituzionale, unitamente alla matrice sintetica descrittiva della Direzione aziendale di cui all’ “*area di governo/direzione aziendale* (“DAZ”)” e dell’“*area della produzione*” (“APr”), fermo restando che dette *aree* saranno ulteriormente illustrate in sede di articolazione degli obiettivi strategici e operativi:



La Fondazione PTV sorge nel quadrante sud-est della città di Roma, nel territorio della Azienda ASL Roma2, in stretta vicinanza di importanti assi viari e di collegamento rappresentati dal GRA, dalla autostrada Roma - Napoli, dalla bretella A1, e dalle vie Casilina, Tuscolana, Anagnina e Appia. Nelle vicinanze del PTV è situato anche l'aeroporto internazionale di Ciampino. Nel territorio adiacente al PTV risiedono circa 850.000 abitanti distribuiti tra alcuni dei municipi della ASL Roma2 e i distretti H1 e H3 della ASL Roma6, 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 in particolare della ASL Roma2, della ASL Roma5 e ASL Roma6.

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, relativa all'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. Al momento sono attivi 537 posti letto compresi i posti letto di 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 e confermato con la succitata determinazione 10 febbraio 2022, n. G01328, 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, Roma 2 (ex RM/B e RM/C) e Roma 6.

Quanto sopra, anche in doverosa considerazione che con i DD.CC.AA. n. 74/2010 e n. 75/2010 e da ultimo con l'ALLEGATO TECNICO "Programmazione della rete ospedaliera 2021-2023 in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015" 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:

- trauma grave;
- malattie infettive.

Il PTV riveste, inoltre, un ruolo di primo piano a livello regionale per il trapianto di organi e tessuti. È presente al suo interno una U.O.C. Chirurgia Epatobiliare e trapianti che, nell'anno 2021, ha eseguito 24 trapianti di fegato e 30 trapianti di rene totali. L'attività trapiantologica è stata fortemente influenzata dall'emergenza pandemica che ha comportato la riconversione delle sale operatorie.

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. Nell'ambito 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.

1.2. I risultati raggiunti

1.2.1. Volumi e valori di produzione

La Fondazione opera per garantire il più alto livello di soddisfazione della domanda di salute - *intesa come espressione del benessere psicofisico e sociale* - secondo gli obiettivi determinati dalla programmazione regionale, dagli accordi tra la Regione Lazio e l'Università, nonché dai propri atti di programmazione a valenza pluriennale e annuale, coerentemente con gli indirizzi definiti dal Consiglio di Amministrazione e, in sintesi, attua la propria *mission* istituzionale mediante:

- la proposta di forme di innovazione organizzativa, privilegiando il principio della diversificazione del flusso dei pazienti, favorendo lo sviluppo di “modelli aperti”, quale strumento che permetta di trattare nel modo più appropriato le patologie meno gravi e/o con minori complicanze, riservando maggiori risorse disponibili per i pazienti e le patologie più gravi e garantendo loro un trattamento qualitativamente migliore e, comunque, nel rispetto del moderno concetto della “*presa in carico*” e della “*continuità delle cure*”, che corrisponde all’attuale evoluzione dei modelli di cura che individuano le tre fasi del percorso ovvero “*high care*”, “*low care*” e “*catena della cronicità*”;
- la garanzia di un miglioramento continuo dei protocolli assistenziali con contestuale implementazione di linee guida per la diagnosi e la cura, basate sull’evidenza scientifica e sulla pratica quotidiana, a favore della *sicurezza del paziente* e di una *riduzione del rischio clinico*;
- l’assunzione dell’impegno a conformare i rapporti economici ed i risultati di gestione al principio della programmazione condivisa tra Regione e Università, adeguando l’attività di gestione a criteri di efficacia, efficienza, economicità e sostenibilità, nel pieno rispetto del vincolo di bilancio annuale teso al conseguimento dell’equilibrio di costi e ricavi, secondo quanto previsto dall’art. 17 del Protocollo d’intesa Regione-Università;
- la collaborazione con Regione e Università, al fine di promuovere la riorganizzazione e la riqualificazione della rete dell’offerta sanitaria regionale, nella prospettiva dell’implementazione e aggiornamento della rete dei centri di riferimento regionali e delle malattie rare, impegnandosi a valorizzare le strutture e i percorsi facenti capo al PTV quale struttura a più alta specializzazione assistenziale e qualificato profilo scientifico;
 - nuovi modelli organizzativi che privilegino i processi;
 - nuove modalità di utilizzo e gestione delle risorse.

Nelle successive sotto sezioni sono descritti gli elementi più significativi relativi alle attività sanitarie svolte nell’esercizio 2021.

È necessario considerare soprattutto che, per quanto attiene alla valorizzazione economica delle attività ed ai fini della presente relazione, sono stati presi quali dati di riferimento quelli disponibili presso i sistemi informativi aziendali.

1.2.2. Ricovero ordinario

Nell'anno 2021 a causa della pandemia COVID si è registrata un progressivo aumento del numero dei dimessi nell'area dell'Oncoematologia (+20%) e nel Dipartimento di Scienze Chirurgiche (+23%); Emergenza e Accettazione (+7%); dipartimento del Benessere della Salute Mentale e Neurologica, Dentale e degli Organi Sensoriali (+1%), dipartimento delle Scienze Mediche (+27%) e del dipartimento dei Processi Assistenziali Integrati (+11%).

DIPARTIMENTO	N° DIMESSI		RICAVI	
	2020	2021	2020	2021
DIPARTIMENTO DEL BENESSERE DELLA SALUTE MENTALE E NEUROLOGICA, DENTALE E DEGLI ORGANI SENSORIALI	2.162	2.193	€ 11.062.556,12	€ 11.900.846,70
DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE	1.787	1.916	€ 11.075.603,96	€ 11.777.064,00
DIPARTIMENTO DI ONCOEMATOLOGIA	664	786	€ 7.643.024,36	€ 8.491.929,74
DIPARTIMENTO DEI PROCESSI ASSISTENZIALI INTEGRATI	487	541	€ 2.307.045,92	€ 2.463.281,55
DIPARTIMENTO DI SCIENZE CHIRURGICHE	2.704	3.326	€ 20.479.752,64	€ 25.933.297,95
DIPARTIMENTO DELLE SCIENZE MEDICHE	3.560	4.518	€ 20.859.788,52	€ 25.355.021,00

Da un'analisi condotta, a livello di disciplina, si rileva che i ricoveri medici si concentrano prevalentemente sulle discipline di neurologia, medicina generale, Pneumologia, Gastroenterologia, Cardiologia e Oncoematologia che concentrano la maggior parte dei ricoveri medici.

Con riferimento ai ricoveri chirurgici si rileva una concentrazione nelle discipline di area chirurgia generale, ortopedia e traumatologia, che concentrano il 50% dei ricoveri chirurgici.

1.2.3. Complessità media della casistica per Dipartimento ed Unità

DIPARTIMENTO	PESO MEDIO DRG 2020	PESO MEDIO DRG 2021	DIFF
DIPARTIMENTO DEI PROCESSI ASSISTENZIALI INTEGRATI	1,38	1,37	-0,01
DIPARTIMENTO DEL BENESSERE DELLA SALUTE MENTALE E NEUROLOGICA, DENTALE E DEGLI ORGANI SENSORIALI	1,52	1,56	0,04
DIPARTIMENTO DELLE SCIENZE MEDICHE	1,73	1,58	-0,14
DIPARTIMENTO DI ONCOEMATOLOGIA	3,07	2,88	-0,19
DIPARTIMENTO DI SCIENZE CHIRURGICHE	1,98	2,20	0,22
DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE	1,76	1,76	0,00

DIPARTIMENTO	UNITA'	PESO MEDIO DRG ORD (2020)	PESO MEDIO DRG ORD (2021)	DELTA PESO MEDIO DRG ORD
DIPARTIMENTO DEI PROCESSI ASSISTENZIALI INTEGRATI	U.O.C. Malattie Infettive	1,36	1,34	-0,02
	U.O.S.D. Terapia Antalgica	1,72	1,91	0,19
	U.O.C. Neurochirurgia	2,71	2,55	-0,16
	U.O.C. Neurologia	1,05	1,08	0,02
	U.O.S. SPDC	0,75	0,76	0,02
	U.O.S.D. Oculistica	0,80	0,82	0,02
	U.O.S.D. Otorinolaringoiatria	1,13	1,02	-0,11
	U.O.S.D. Stroke Unit	2,54	2,60	0,07
DIPARTIMENTO DELLE SCIENZE MEDICHE	U.O.C. Attività ambulatoriale - DH-PAC-PDTA Medici	1,32	1,32	0,01
	U.O.C. Cardiologia	2,03	1,96	-0,07
	U.O.C. Endocrinologia e Diabetologia	1,59	1,62	0,03
	U.O.C. Medicina Interna - Centro Medico dell'Obesità	1,39	1,31	-0,08
	U.O.C. Medicina Interna - Centro per l'Ipertensione	1,26	1,24	-0,02
	U.O.C. Reumatologia	1,18	1,02	-0,16
	U.O.S. UTIC	4,38	3,11	-1,27
DIPARTIMENTO DI ONCOEMATOLOGIA	U.O.C. Trapianto cellule staminali	8,25	8,37	0,12
	U.O.S.D. Oncologia	1,43	1,45	0,02
	U.O.C. Patologie Linfoproliferative	1,74	1,98	0,23
	U.O.S.D. Patologie Mieloproliferative	3,92	3,63	-0,29
DIPARTIMENTO DI SCIENZE CHIRURGICHE	U.O.C. Cardiochirurgia	4,71	4,65	-0,06
	U.O.C. Chirurgia Epatobiliare e trapianti	2,55	3,49	0,94
	U.O.C. Chirurgia Generale	1,17	-	-
	U.O.C. Chirurgia Toracica	1,89	1,91	0,02
	U.O.C. Chirurgia Vascolare	1,93	1,88	-0,05
	U.O.C. Epatologia	1,49	1,54	0,05
	U.O.C. Gastroenterologia	1,31	1,31	0,00
	U.O.C. Ginecologia	1,10	1,30	0,21
	U.O.C. Ortopedia	1,54	1,52	-0,02
	U.O.S.D. Breast Unit	1,01	1,02	0,01
	U.O.S.D. Cardio Toraco Anestesia	6,20	7,66	1,46
	U.O.S.D. Chirurgia Mininvasiva e dell'apparato digerente	1,82	1,73	-0,09
	U.O.S.D. Terapia intensiva post operatoria	4,58	4,97	0,39
	U.O.S.D. Urologia	0,95	0,97	0,03
DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE	U.O.C. Malattie dell'apparato Respiratorio	1,66	1,54	-0,12
	U.O.C. Ortopedia e Traumatologia	1,77	1,63	-0,14
	U.O.S.D. Chirurgia d' Urgenza	1,83	1,72	-0,11
	U.O.S.D. Maxillo Facciale	1,19	1,21	0,02
	U.O.S.D. OBI e Medicina d' urgenza	1,22	1,29	0,08
	U.O.S.D. Terapia Intensiva	4,07	5,55	1,49

Rispetto al 2020, dove si è registrato un decremento sostanziale sia del numero dei ricoveri che dei ricavi rispetto al 2019, nel 2021 si assiste ad un iniziale incremento della produttività con ulteriore implemento nella seconda metà dell'anno.

1.2.4. Ricoveri ordinari per tipologia di invio

TIPO DI PROVENIENZA	2020		2021		DIFFERENZA
P.S. PTV	7.513	66%	8.425	63%	-3%
ELEZIONE	3.380	30%	4.448	33%	4%
DA P.S. DI ALTRO ISTITUTO	118	1%	102	1%	0%
TRASFERIMENTO DA ALTRO ISTITUTO	353	3%	305	2%	-1%
TOTALE	11.364		13.280		

1.2.5. Day Hospital

Nel 2021 si è registrato anche un incremento delle attività in regime di Day hospital medico/chirurgico (+16%) dovuto prevalentemente all'aumento del numero delle sale operatorie. Anche il Day Hospital medico ha ripreso gradualmente la sua attività che era stata interrotta durante i mesi del lock down.

DESCRIZIONE	2020	2021
N° RICOVERI	5.188	6.060
RICAVI	€ 5.984.989	€ 6.660.970

DIPARTIMENTO	N° RICOVERI		RICAVI		VARIAZIONE %	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021
PROCESSI ASSISTENZIALI INTEGRATI	381	396	€ 371.166,76	€ 359.895,35	4%	-3%
BENESSERE DELLA SALUTE MENTALE E NEUROLOGICA, DENTALE E DEGLI ORGANI SENSORIALI	1.658	2.323	€ 1.165.150,56	€ 1.707.885,85	40%	47%
SCIENZE MEDICHE	761	1132	€ 240.450,52	€ 440.057,60	49%	83%
ONCOEMATOLOGIA	1135	1176	€ 2.902.422,52	€ 2.982.462,15	4%	3%
SCIENZE CHIRURGICHE	973	745	€ 1.094.474,96	€ 974.851,95	-23%	-11%
EMERGENZA E ACCETTAZIONE	280	288	€ 211.323,60	€ 195.816,85	3%	-7%

1.2.6. Attività ambulatoriali

All'inizio del 2021 a causa della Pandemia da COVID-19, l'attività ambulatoriale erogata si è limitata alle classi di priorità Urgente e Breve, creando una lista di pazienti "sospesi". Tali pazienti

sono stati poi visitati successivamente recuperando così il numero totale annuale delle prestazioni che erano state prenotate. Per svolgere il recupero dei pazienti sospesi è stato attivato un progetto inviato alla Direzione della Regione Lazio che l'ha autorizzato. L'attività ambulatoriale rispetto il 2020 ha comunque avuto un aumento delle prestazioni (+28%) con il relativo incremento dei ricavi (+29,5%).

ATTIVITA' AMBULATORIALI		
ANNO	N° PRESTAZIONI	RICAVI
2020	1.123.842	€ 27.038.165,00
2021	1.434.765	€ 35.029.890,01

N° PRESTAZIONI EROGATE			
AREA DI ATTIVITA'	2020	2021	Variazione
AREA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	118.409	135.106	14%
AREA MEDICINA DI LABORATORIO	754.380	957.399	27%
AREA POLIAMBULATORIALE	251.053	342.260	36%
TOTALE	1.123.842	1.434.765	28%

RICAVI PRESTAZIONI AMBULATORIALI			
AREA DI ATTIVITA'	2020	2021	Variazione
AREA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	€ 14.007.386,00	€ 15.892.317,35	13%
AREA MEDICINA DI LABORATORIO	€ 6.123.873,00	€ 9.041.458,52	48%
AREA POLIAMBULATORIALE	€ 6.906.906,00	€ 10.096.114,14	46%
TOTALE	€ 27.038.165,00	€ 35.029.890,01	30%

1.2.7. Attività dell'emergenza

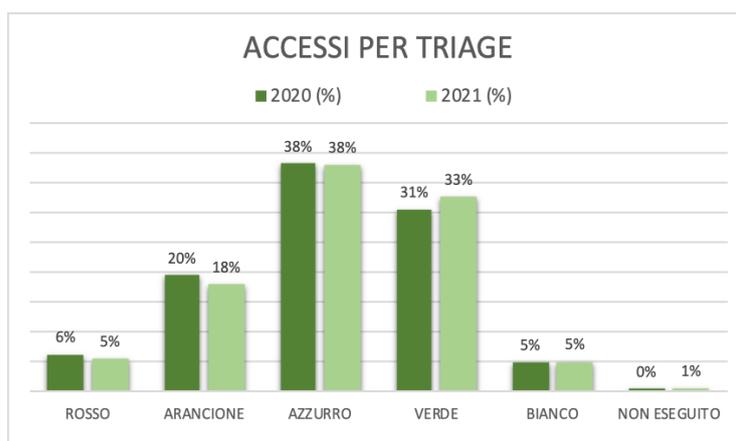
I dati dell'anno 2021 evidenziano un sostanziale incremento rispetto all'anno 2020 dovuto principalmente al miglioramento del quadro pandemico da Sars-Cov 2 e alle conseguenti riaperture delle attività lavorative, scolastiche, ricreati culturali etc., che nel 2020 erano state ridotte o in alcuni periodi dell'anno completamente chiuse.

Inoltre, nel corso del 2020 erano state deviate su altra struttura alcune delle reti tempo-dipendenti in quanto il Policlinico di Tor Vergata era stato individuato dalla Regione Lazio Ospedale Covid.

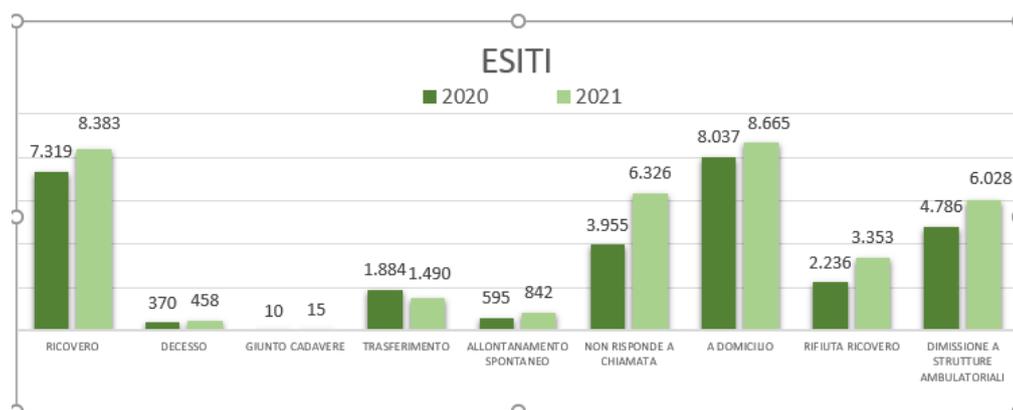
Pertanto nel 2021, con il ripristino delle reti tempo dipendenti e dei percorsi per pazienti No Covid, si è registrato un aumento degli accessi totali di Pronto soccorso del 20%, ed in particolare un incremento del 6% degli accessi in codice rosso, del 13% degli accessi in codice arancione e del 21% degli accessi dei codici azzurri. L'incremento di una elevata percentuale dei codici rossi ed arancioni giunti in Pronto Soccorso nel 2021 testimonia per gli accessi ad alta complessità il ruolo svolto dal PTV nell'ambito della rete delle emergenze nonché degli HUB regionali.

PRONTO SOCCORSO GENERALE				
TRIAGE	ACCESSI 2020	ACCESSI 2021	2020 (%)	2021 (%)
ROSSO	1.821	1.937	6%	5%
ARANCIONE	5.700	6.419	20%	18%
AZZURRO	11.191	13.576	38%	38%
VERDE	8.943	11.627	31%	33%
BIANCO	1.416	1.782	5%	5%
NON ESEGUITO	121	219	0%	1%
TOTALE	29.192	35.560		

Di seguito viene data rappresentazione dei suddetti trend.



Di seguito viene data rappresentazione grafica degli esiti degli accessi di PS relativamente all'esercizio 2020 e 2021.

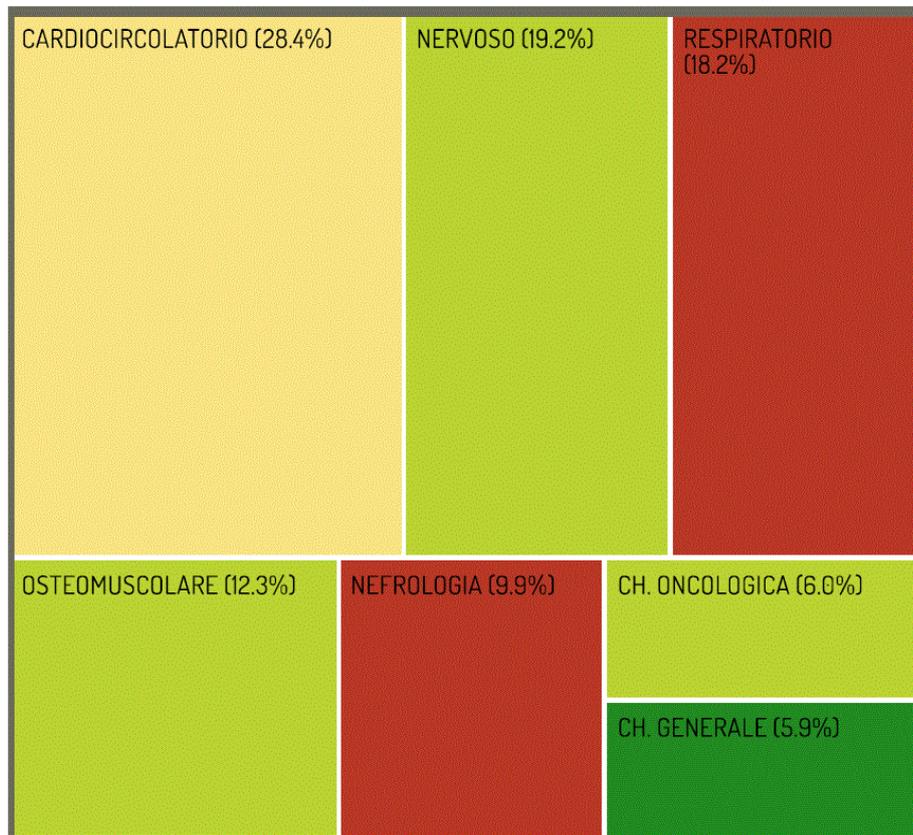


Il Pronto Soccorso Odontoiatrico ha subito un ulteriore decremento nel corso dell'anno 2021 a causa della chiusura da marzo 2020 a causa della pandemia COVID al 15 luglio del 2021.

PRONTO SOCCORSO ODONTOIATRICO				
TRIAGE	ACCESSI 2020 (chiuso per covid da marzo 2020)	ACCESSI 2021 (chiuso per covid fino al 15/07/2021)	2020 (%)	2021 (%)
ROSSO	/	/	/	/
ARANCIONE	1	0	/	/
AZZURRO	1	8	0%	1%
VERDE	836	765	92%	89%
BIANCO	65	85	7%	10%
NON ESEGUITO	2	0	0%	0%
TOTALE	905	858		

1.2.8. Pre.Val.E.

Di seguito si dà evidenza del treemap elaborato dal Dipartimento di Epidemiologia della Regione Lazio per l'anno 2021.



La rappresentazione conferma un generale buon livello di aderenza agli standard di qualità con eccezione dell'Area denominata "Respiratorio" fortemente penalizzata dagli esiti rilevati per il periodo pandemico con riguardo alla mortalità per BPCO riacutizzata a 30 giorni dal primo accesso e per Area denominata "Nefrologia" con riguardo alla mortalità per Insufficienza renale cronica a 30 giorni dal ricovero.

Di seguito il treemap di dettaglio:

Area clinica	Indicatore	N	% ADJ	% Lazi
CARDIOCIRCOLATORIO	STEMI: % trattati con PTCA entro 90 minuti (struttura di ricovero)	225	85.15	55.48
	Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni dal primo accesso (struttura di ricovero)	392	6.46	7.55
	Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni	122	4.19	2.31
	Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni dal primo accesso	242	8.94	11.81
NERVOSO	Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni dal primo accesso	379	9.41	11.63
RESPIRATORIO	BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni dal primo accesso	102	20.78	13.85
CH. GENERALE	% colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria < a 3 giorni	128	97.38	83.56
	% colecistectomie eseguite in reparti con volume di attività superiore a 90 interventi annui	199	80.40	66.39
CH. ONCOLOGICA	Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a 30 giorni	214	0.38	1.47
	Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni	99	7.48	4.96
	% interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135	180	95.56	78.88
OSTEOMUSCOLARE	nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno	77	3.31	5.12
	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore (struttura di ricovero)	194	66.72	52.24
NEFROLOGIA	Insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni dal ricovero	258	19.73	16.17

1.2.9. I percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali

I percorsi diagnostico terapeutici assistenziali, (PDTA) sono strumenti finalizzati all'implementazione delle linee guida che, in relazione al contesto locale richiedono un adattamento delle raccomandazioni e si realizzano definendo professionisti, setting, tempistiche, procedure. I PDTA sono strumenti di governo clinico, necessari per definire gli standard assistenziali e verificare l'appropriatezza dell'assistenza erogata. Obiettivo primario dei PDTA è migliorare l'appropriatezza dei processi clinici e organizzativi e, possibilmente, gli outcome clinici, economici e umanistici. I PDTA rappresentano il superamento delle logiche di centralità di singoli servizi e professionisti, valorizzando la multicentricità, il coinvolgimento di diverse discipline in un'ottica di rete, di continuità assistenziale, modulata per ciascun paziente in relazione allo stadio evolutivo, al grado di complessità della patologia e ai relativi bisogni socio-assistenziali. La maggiore flessibilità dei modelli organizzativi e operativi, favorisce forte integrazione tra cure primarie e specialistiche e tra ospedale e territorio, con servizi strutturati e organizzati, reti specialistiche multidisciplinari, team professionali dedicati e modelli di integrazione socio-sanitaria.

Il PTV ponendosi come MISSION l'assistenza alla persona nei diversi livelli di complessità e l'integrazione delle attività di assistenza con un approccio centrato sulla persona, ha deciso di migliorare l'utilizzo di tale strumento di governo clinico, favorendo un'organizzazione a rete, flessibile e aderente ai principi di appropriatezza, efficacia, adeguatezza e qualità dei servizi non solo intraziendali, ma aperta anche ai servizi territoriali attraverso una interazione con la rete delle cure primarie, la sanità d'iniziativa, le cure domiciliari, le cure intermedie e l'appropriatezza delle attività specialistica per una presa in carico globale dell'assistito in tutti i momenti del percorso di cura. Allo scopo di favorire la collaborazione con il territorio sono stati firmati Accordi Quadro con le ASL Roma 2, Roma 5 e Roma 6.

Gli obiettivi dei PDTA sono:

- qualificare il governo della domanda e dell'offerta, ampliare le reti di assistenza aziendali, interaziendali
- migliorare la qualità dell'assistenza ospedaliera e la sicurezza dei percorsi di cura, attraverso standard strutturali e qualitativi e attraverso l'individuazione di misure che ne rendano effettivo il monitoraggio
- migliorare qualitativamente la continuità assistenziale al cittadino, in termini di sviluppo di integrazione multidisciplinare e multi professionale, tra diverse forme assistenziali all'interno

dell'ospedale e tra ospedale e territorio per migliorare la capacità di presa in carico globale e personalizzata

- migliorare tutte le procedure che assicurano le connessioni funzionali nell'ambito dell'attività delle reti HUB e SPOKE in cui il PTV è coinvolto secondo quanto indicato nel documento “programmazione della rete ospedaliera 2021-2023, in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015” Determina Regionale G01328 del 10/02/2022 attraverso percorsi formativi per i professionisti coinvolti allo scopo di migliorare la capacità di identificare e gestire il bisogno di salute del paziente nell'immediatezza per guidarlo nel percorso di cura fino all'HUB e al suo ritorno.

Le modalità operative che hanno portato alla realizzazione dei PDTA sia intraziendali che interaziendali si sono basate sulle indicazioni riportate nella determina Regione Lazio G15691 del 18-12-2020” Linee di indirizzo per la stesura dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali - PDTA nella cronicità”.

Le fasi di attività per la definizione dei PDTA Policlinico Tor Vergata:

- costituzione dei gruppi di Lavoro (GDL) interdisciplinari;
- stesura di PDTA intraziendali alcuni attualmente attivi e altri in via di definizione. Tutte le Unità operative MEDICHE E CHIRURGICHE hanno ricevuto come obiettivi di Budget la predisposizione o l'implementazione di PDTA intraziendali per la cui realizzazione si sono organizzati dei gruppi di lavoro multiprofessionali e multidisciplinari e tra le diverse Unità Operative. La Direzione Sanitaria Aziendale, ha predisposto un gruppo di Direzione allo scopo di supportare la definizione dei PDTA. Tutti i PDTA inviati sono stati esaminati relativamente al rispetto delle indicazioni Regionali e rispetto ai contenuti per garantire l'allineamento con gli obiettivi strategici aziendali. Fig 1

PDTA	FORMAT	OBIETTIVI	PROFESSIONALITÀ COINVOLTE	CRITERI DI INCLUSIONE/ESCLUSIONE	FLOW-CHART CON RAPPRESENTAZIONE PDTA	MATRICE RESPONSABILITÀ (CHI FA-COSA)	INDICATORI	RESPONSABILE DEL PERCORSO	
------	--------	-----------	---------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	------------	---------------------------	--

Fig .1 Esempio criteri di valutazione dei PDTA

1.2.10. PDTA attualmente inviati alla Direzione sanitari

1.2.10.1. PDTA chirurgici

CHIRURGIA VASCOLARE

- Stenosi carotide interna asintomatica
- Aneurisma aorta addominale sottorenale
- Arteriopatia cronica ostruttiva degli arti inferiori

EPATOLOGIA/CHIRURGIA EPATOBILIARE ETAPIANTI/RADIOLOGIA PS

- Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per immissione in lista Trapianto di pazienti con Patologie Epatiche Primitive e Secondarie eleggibili a tale trattamento
- Percorso Territorio-Ospedale per il trattamento dell'infezione cronica da HCV presso l'UOC di Epatologia del Policlinico di Tor Vergata
- Percorso Territorio-Ospedale per il trattamento dei Tumori Epatici Primitivi presso il Policlinico di Tor Vergata

UROLOGIA

- Percorso Diagnostico terapeutico assistenziale per incontinenza urinaria maschile dopo prostatectomia radicale (post radioterapia, post chirurgia per patologia prostatica benigna o dopo cistectomia radicale con neovescica ortotopica)
- Percorso Diagnostico terapeutico assistenziale per pazienti affetti da tumore della vescica
-

CARDIOCHIRURGIA /ORTOPEDIA

- Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale delle patologie valvolari
- Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale sindrome di Marfan

CHIRURGIA TORACICA

- Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Multidisciplinare del paziente con neoplasia polmonare: percorso per la prevenzione della fragilità presso il Policlinico Tor Vergata

DERMATOLOGIA/CH MINIINVASIVA

- PDTA del paziente con melanoma cutaneo (ospedale/territorio con ASL Roma2)
- PDTA del paziente con cSCC e/o cBCC localmente avanzato e/o metastatico

ENDOCRINOLOGIA E MALATTIE DEL METABOLISMO

- Percorso Diagnostico Terapeutico della patologia tiroidea

BREAST UNIT

- Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale della Patologia mammaria

ONCOLOGIA/CH MININVASIVA e DELL'APPARATO DIGERENTE

- Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente con tumore del Colon Retto

GINECOLOGIA

- Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente con carcinoma dell'endometrio

CHIRURGIA EPATOBILIARE E DEI TRAPIANTI

- Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del Paziente Candidato a Trapianto di Rene e del Donatore Vivente di Rene

REUMATOLOGIA

- PDTA pazienti con IMID (malattie infiammatorie croniche immuno mediate)

OBESITY UNIT

- Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Chirurgia dell'Obesità Patologica

OCULISTICA

- Percorso clinico per intervento di cataratta in regime APA

1.2.10.2. PDTA medici

EMATOLOGIA

- Percorso diagnostico terapeutico assistenziale Leucemia Acuta

DIAGNOSTICA AVANZATA ONCO-EMATOLOGICA E UNIT SINDROMI MIELODISPLASTICHE

- Percorso diagnostico terapeutico assistenziale per i pazienti con sindromi mielodisplastiche

TERAPIA ANTALGICA

- Percorso diagnostico terapeutico assistenziale del paziente con dolore cronico non oncologico (ospedale/territorio)

PIEDE DIABETICO

- Percorso diagnostico terapeutico assistenziale piede diabetico

NEFROLOGIA E DIALISI

- Percorso diagnostico terapeutico assistenziale
 - scompenso cardiaco e malattie renali
 - Sindrome cardio-renale
 - Paziente con iperossaluria primitiva
 - Post dimissione reparto Nefrologia
 - Gestione danno renale acuto su malattia renale cronica nel paziente ospedalizzato
 - Gestione della malattia renale e proteinuria

MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- Percorso diagnostico terapeutico assistenziale per diagnosi e terapia della carenza congenita di alfa 1 antitripsina
- Percorso diagnostico terapeutico assistenziale per diagnosi e terapia della fibrosi polmonare idiopatica

IMMUNOPATOLOGIA E ALLERGOLOGIA PEDIATRICA

- Percorso diagnostico terapeutico assistenziale immunodeficienze primitive e immunodeficienza comune variabile

GASTROENTEROLOGIA

- Percorso Diagnostico-Terapeutico Assistenziale per la presa in carico dei pazienti affetti da anemia sideropenica Coordinatori: Prof. Giovanni Monteleone Dott.ssa Giovanna Del Vecchio Blanco
- Percorso Diagnostico-Terapeutico Assistenziale per paziente che necessita di nutrizione enterale tramite gastrostomia o digiunostomia (PDTA PEG/PEJ) Coordinatori: Prof. Giovanni Monteleone Dott.ssa Giovanna Del Vecchio Blanco

MEDICINA INTERNA – CENTRO PER L'ATEROSCLEROSI

- Ipercolesterolemia familiare (Familial Hypercolesterolemia, FH)

MALATTIE INFETTIVE

- Percorso diagnostico terapeutico assistenziale per il paziente con hiv

ONCOLOGIA

- Pronto soccorso
- Percorso diagnostico terapeutico assistenziale
- Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente con Tumore del Colon Retto

MEDICINA INTERNA – CENTRO MEDICO PER L’OBESITA’

- PDTA del paziente con obesità grave ed elevato livello di disabilità

DERMATOLOGIA

- PDTA del paziente con cSCC e/o cBCC localmente avanzato e/o metastatico

OBESITY UNIT

- Percorso diagnostico terapeutico assistenziale chirurgia dell’obesità patologica

1.2.10.3. Valutazione dei PDTA

Tutti i PDTA verranno valutati secondo i criteri indicati nella fig. 1. I risultati della valutazione sono stati condivisi con i proponenti dei PDTA durante riunioni formative con il gruppo di supporto di Direzione Sanitaria.

Con la collaborazione della segreteria CUP verranno predisposte le agende delle discipline coinvolte dedicate di percorsi interni per una adeguata presa in carico del paziente all’interno del PTV per ogni PDTA verrà individuato un case manager che assicura la fluidità dei percorsi.

Per ogni PDTA verranno descritti gli indicatori specifici che verranno monitorati dal responsabile del PDTA e comunicati alla Direzione Sanitaria. I PDTA definitivi verranno deliberati progressivamente una volta valutati.

Le fasi di attività per la definizione dei PDTA ospedale territorio – PTV-ASL ROMA 2:

- compilazione SWOT ANALYSIS. Le priorità sulle quali basare la collaborazione tra le Aziende sono state valutate con l’utilizzo della SWOT che ha permesso di identificare i bisogni e programmare la stesura dei PDTA correlati ai bisogni assistenziali identificati;
- costituzione gruppi di lavoro. Sono stati costituiti Gruppi di lavoro multidisciplinari e multiprofessionali che nel caso di PDTA Ospedale-Territorio sono composti da operatori delle Aziende coinvolte: Specialisti di UU.OO., Professionisti del territorio: MMG, PLS,

Professioni sanitarie non mediche, Direzione Sanitaria. Sono stati individuati 2 medici di Direzione, uno per il PTV e uno per la ASL Roma 2 con funzione di regia e coordinamento e monitoraggio delle attività dei gruppi.

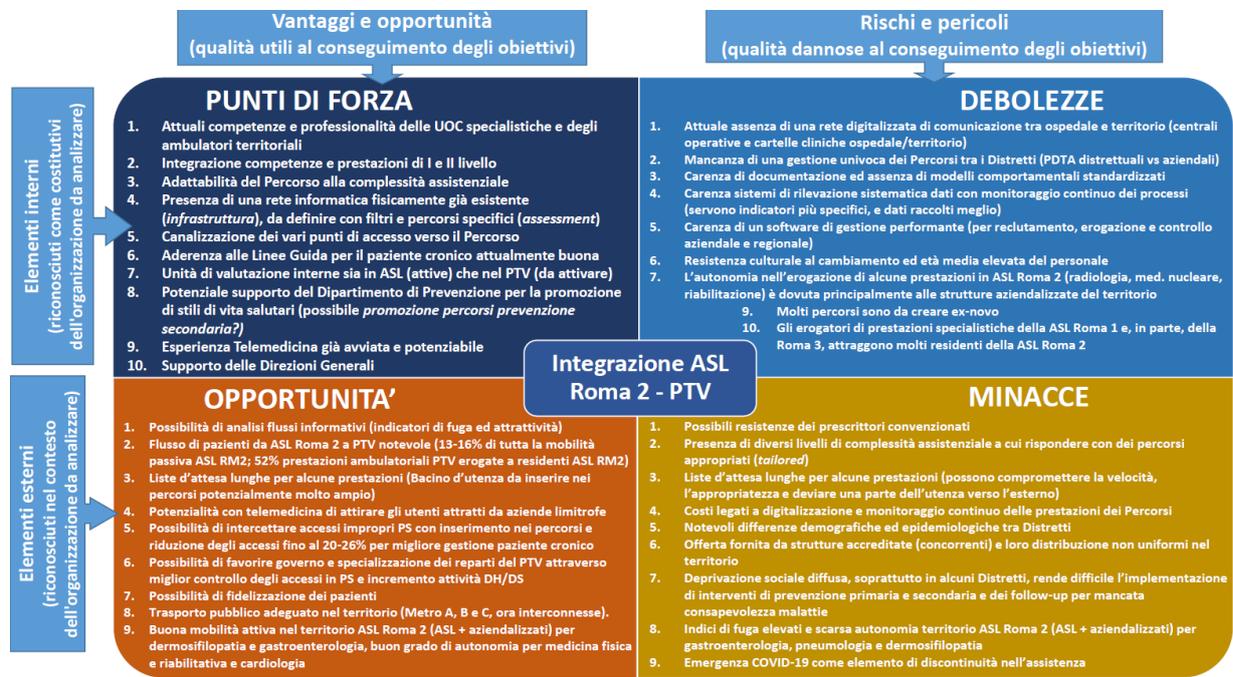


Fig 2. SWOT Analysis PTV ASL ROMA 2

I gruppi di lavoro per la «presa in carico dei pazienti affetti da patologia cronica - Ospedale-Territorio» PTV-Roma 2 attualmente attivi sono i seguenti:

- Informatizzazione dei Percorsi
- PDTA per la presa in carico dei pazienti affetti da Anemia Cronica
- PDTA per la presa in carico dei pazienti che necessitano di Trasfusioni domiciliari
- Assistenza radioterapica per il paziente oncologico con malattia avanzata, tumori genito-urinari, gastroenterici e testa-collo
- Neuropsichiatria infantile
- PDTA per la presa in carico di pazienti affetti da Patologia Mammaria
- PDTA per la presa in carico dei pazienti per posizionamento presso il PTV di T.A.V.I.
- Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale condiviso PTV – ASL Roma 2 per il paziente con Glaucoma Tumori cutanei
- PDTA per la presa in carico dei pazienti affetti da malattia di Parkinson
- PDTA per la presa in carico dei pazienti affetti da Sclerosi Multipla

Redazione PDTA. I PDTA sono stati descritti secondo le indicazioni Regionali riportate nella determina Regione Lazio G15691 del 18-12-2020” Linee di indirizzo per la stesura dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali - PDTA nella cronicità”, e secondo i tempi indicati dai coordinatori e condivisi con i componenti dei gruppi. Fig 3

CRONOPROGRAMMA	2021							
	set-21	ott-21	nov-21		dic-21	gen-22	feb-22	
	16-set	31-ott	15-nov	30-nov	23-dic	28-dic	15-gen	15-feb
AZIONI								
Presentazione dei Gdl e idee progettuali								
Elaborazione progetto								
Presentazione bozza progetti								
Presentazione progetto definitivo								
Certificazione dei progetti								

Fig.3 Esempio cronoprogramma per i GDL

Predisposizione con le rispettive segreterie CUP delle agende per la prenotazione delle attività descritte nel PDTA nelle due Aziende

Condivisione della documentazione clinica con la condivisione sul sistema AREAS Fig 4

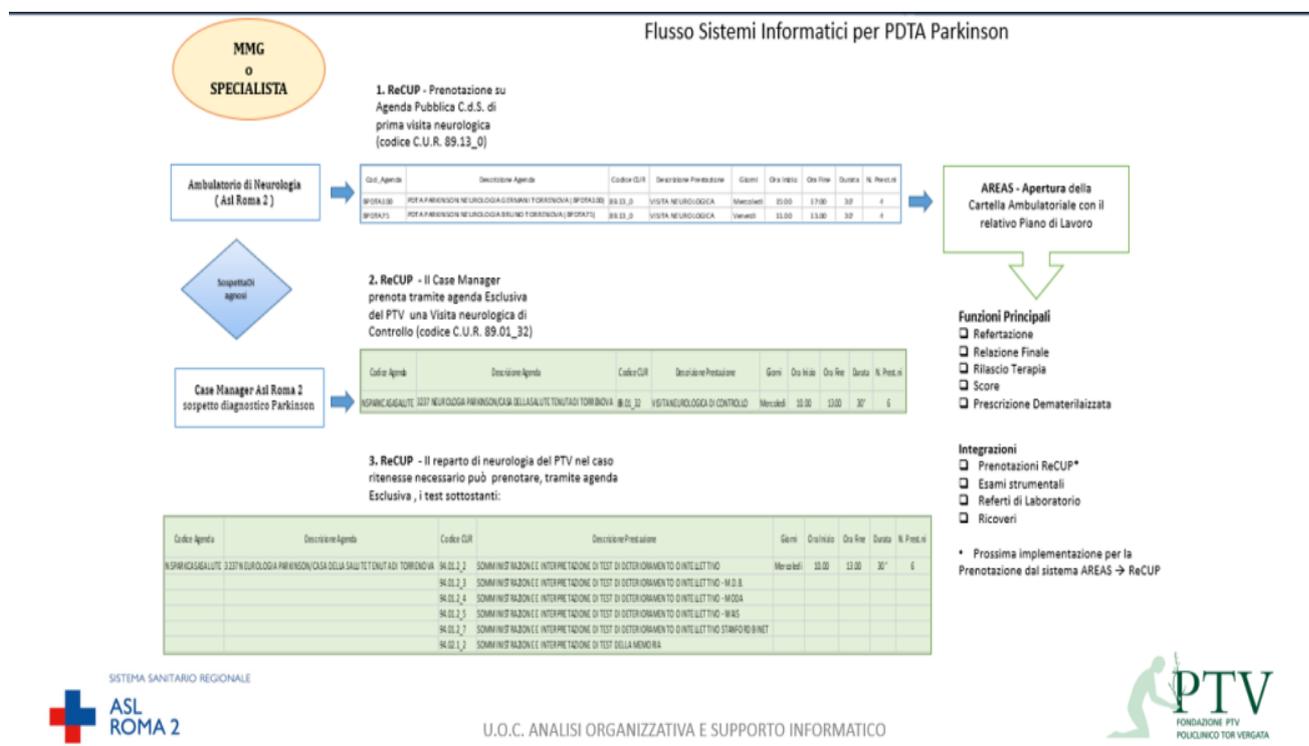


Fig. 4 schema rappresentativo della condivisione agende e documentazione clinica tra le 2 Aziende.

Al momento sono stati integrati in quanto definitivi e attivi i seguenti PDTA:

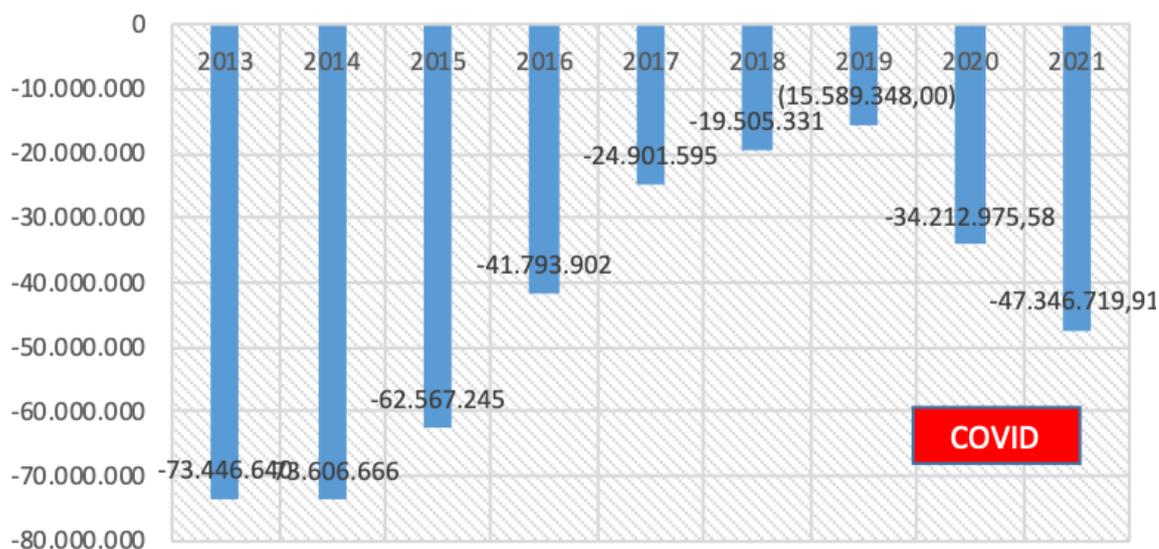
- PDTA per la presa in carico dei pazienti che necessitano di Trasfusioni domiciliari
- Assistenza radioterapica per il paziente oncologico con malattia avanzata, tumori genito-urinari, gastroenterici e testa-collo
- PDTA per la presa in carico dei pazienti affetti da malattia di Parkinson

I PDTA approvati dalle due Direzioni Sanitarie sono pubblicati sulla pagina Aziendale del Policlinico Tor Vergata.

1.3.GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA DELL'AZIENDA

1.3.1. Il risultato di Gestione dell'esercizio 2021

Il risultato di gestione per l'esercizio 2021 è pari a € - 47.346.719,91



Anche il risultato economico dell'esercizio 2021 è fortemente influenzato dagli effetti della pandemia, registra infatti un risultato assoluto di - 47 milioni/euro.

Va segnalato un incremento della produzione di circa 26 milioni e una riduzione della contribuzione di circa 7 milioni che invece aveva fortemente sostenuto la gestione dell'esercizio 2020, dove i costi sostenuti per l'emergenza pandemica per l'esercizio 2021 superano i 20 milioni di euro.

A fronte della maggior produzione realizzata si registrano maggiori costi per oltre 30 milioni per beni, servizi e personale indispensabili per far fronte alle necessità della pandemia ma soprattutto per permettere alla struttura il ritorno ad attività sanitarie “normali”.

Di seguito si rappresenta un’analisi del risultato economico raggiunto analizzando le diverse componenti che hanno contribuito al suo raggiungimento, anche mediante un confronto tra i valori economici dei bilanci consuntivi 2021 e 2020.

CODICE MIN	VOCE	2021	2020	2021-2020	Diff(%)
A)	Valore della produzione				
A.1)	Contributi in c/esercizio	56.041.543,51	62.997.411,33	-6.955.867,82	-11%
A.2)	Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-280.889,86	-651.456,19	370.566,33	-57%
A.3)	Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	2.772.538,71	3.151,26	2.769.387,45	87.882%
A.4)	Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	197.005.932,92	171.893.843,19	25.112.089,73	15%
A.5)	Concorsi, recuperi e rimborsi	3.140.729,19	3.593.207,23	-452.478,04	-13%
A.6)	Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	2.299.243,21	1.953.078,24	346.164,97	18%
A.7)	Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio	2.354.316,22	1.523.229,00	831.087,22	55%
A.8)	Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	0,00	0,00	0,00	
A.9)	Altri ricavi e proventi	1.900.998,63	1.681.421,65	219.576,98	13%
	TOTALE A)	265.234.412,53	242.993.885,71	22.240.526,82	9%
B)	Costi della produzione				
B.1)	Acquisti di beni	107.047.415,02	100.705.837,37	6.341.577,65	6%
B.2)	Acquisti di servizi sanitari	48.818.279,22	41.651.862,01	7.166.417,21	17%
B.3)	Acquisti di servizi non sanitari	36.866.353,43	34.279.486,88	2.586.866,55	8%
B.4)	Manutenzione e riparazione	10.862.974,12	11.676.885,68	-813.911,56	-7%
B.5)	Godimento di beni di terzi	3.063.234,30	2.568.411,51	494.822,79	19%
B.6)	Costi del personale	78.299.349,67	71.237.125,47	7.062.224,20	10%
B.7)	Oneri diversi di gestione	1.861.993,06	1.938.774,49	-76.781,43	-4%
B.8)	Ammortamenti	3.702.714,97	2.293.091,76	1.409.623,21	61%
B.9)	Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	0,00	0,00	0,00	
B.10)	Variazione delle rimanenze	3.392.194,15	-3.626.837,84	7.019.031,99	-194%
B.11)	Accantonamenti	9.257.139,73	7.814.505,64	1.442.634,09	18%
	TOTALE B)	303.171.647,67	270.539.142,97	32.632.504,70	12%
	Differenza tra valore e costi della produzione	-37.937.235,14	-27.545.257,26	-10.391.977,88	38%
C)	Proventi e oneri finanziari				
C.1)	Interessi attivi e altri proventi finanziari	0,93	111,03	-110,10	-99%
C.2)	Interessi passivi e altri oneri finanziari	3.038.924,92	3.103.966,63	-65.041,71	-2%
	TOTALE C)	-3.038.923,99	-3.103.855,60	64.931,61	-2%
D)	Rettifiche di valore di attività finanziarie				
D.1)	Rivalutazioni	0,00	0,00	0,00	
D.2)	Svalutazioni	0,00	0,00	0,00	

CODICE MIN	VOCE	2021	2020	2021-2020	Diff(%)
	TOTALE D)	0,00	0,00	0,00	
E)	Proventi e oneri straordinari				
E.1)	Proventi straordinari	661.799,00	3.605.248,59	-2.943.449,59	-82%
E.2)	Oneri straordinari	552.475,28	1.211.080,90	-658.605,62	-54%
	TOTALE E)	109.323,72	2.394.167,69	-2.284.843,97	-95%
	Risultato prima delle imposte	-40.866.835,41	-28.254.945,17	-12.611.890,24	45%
Y)	Imposte sul reddito dell'esercizio				
Y.1)	IRAP	6.479.884,50	5.958.030,41	521.854,09	9%
Y.2)	IRES	0,00	0,00	0,00	
Y.3)	Accantonamento a F.do Imposte (Accertamenti, condoni, ecc.)	0,00	0,00	0,00	
	Totale Y)	6.479.884,50	5.958.030,41	521.854,09	9%
	Utile (perdita) dell'esercizio	-47.346.719,91	-34.212.975,58	-13.133.744,33	38%

1.4. La previsione economica per l'esercizio 2022.

Con nota regionale prot. n. 1038055 del 14 dicembre 2021 sono state fornite alle aziende sanitarie rientranti nel perimetro di consolidamento le linee guida ai fini della predisposizione del Bilancio Economico Preventivo 2022. il PTV con propria delibera n. 1128 del 27.12.2021 ad oggetto "Proposta di Bilancio di Previsione per l'esercizio 2022 ai sensi dell'art. 25 del D.lgs. n° 118/2011 e ss.mm.ii." ha formulato le previsioni economiche per l'esercizio 2022 come indicato nella su richiamata nota regionale.

Il Consiglio di Amministrazione del PTV ha approvato in data 30.12.2021 la proposta formulata dal Direttore Generale con DDG n. 1128 del 27.12.2021.

Con successiva nota prot. 223316 del 4 marzo 2022, la Regione Lazio ha programmato incontri con le Aziende Sanitarie al fine di valutare le iniziative proposte contenute nei documenti programmatici redatti dai medesimi enti.

A seguito degli incontri e degli approfondimenti avuti, le Aziende hanno inviato una ulteriore proposta di BEP 2022; che la Direzione Regionale "Salute ed Integrazione socio sanitaria" ha esaminato, accogliendole, nel limite del rispetto della programmazione economico finanziaria del 2022, e nell'intenzione di salvaguardare l'equilibrio economico finanziario conseguito dal SSR.

Con DGR n. 589 del 19.07.2022 ad oggetto: "Approvazione del Bilancio Economico Preventivo (BEP) per l'esercizio 2022 degli Enti del S.S.R. rientranti nel perimetro di consolidamento e del Consolidato S.S.R. ai sensi dell'art. 32, c. 5 del D.Lgs 118/2011" la Regione Lazio ha definitivamente stabilito i valori di previsione economica per l'esercizio 2022, per gli enti del SSR tra cui il PTV, di seguito si riportano i valori di previsione così definiti:

CE NEW	CONTO ECONOMICO	BEP 2022 DGR 589/2022
A1	Contributi F.S.R.	38.717.284
A2	Saldo Mobilità	164.717.433
A3	Entrate Proprie	9.028.717
A4	Saldo Intramoenia	556.198
A5	Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	- 5.959.206
A6	Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati	-
A	Totale Ricavi Netti	207.060.427
B1	Personale	94.286.828
B2	Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	68.500.000
B3	Altri Beni E Servizi	117.000.000
B4	Ammortamenti E Costi Capitalizzati	1.361.574
B5	Accantonamenti	8.258.312
B6	Variazione Rimanenze	
B	Totale Costi Interni	289.406.714
C1	Medicina Di Base	
C2	Farmaceutica Convenzionata	
C3	Prestazioni Da Privato	13.381.957
C	Totale Costi Esterni	13.381.957
D	Totale Costi Operativi (B+C)	302.788.671
E	Margine Operativo (A-D)	- 95.728.244
F1	Svalutazione Immobilizzazioni, Crediti, Rivalutazioni E Svalutazioni Finanziarie	
F2	Saldo Gestione Finanziaria	100.000
F3	Oneri Fiscali	7.068.904
F4	Saldo Gestione Straordinaria	
F	Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie	7.168.904
G	Risultato Economico (E-F)	- 102.897.148

Nella su richiamata DGR la Regione Lazio ha considerato:

- i ricavi contenuti nelle schede di cui all'Allegato A sono allo stato ancora non del tutto stabilizzati, e pertanto i soli costi di cui agli aggregati B, C e F costituiranno vincolo e pertanto oggetto di valutazione, singolarmente e nel loro complesso;
- di valutare la realizzazione dell'obiettivo di concordamento del BEP 2022, così come assestato, esclusivamente sulle componenti delle voci di costo di cui all'aggregato B, C ed F, singolarmente e nel loro complesso nonché alla voce di rettifica di ricavo A5 "rettifica contributo in c/esercizio per destinazione ad investimento";
- che eventuali variazioni che dovessero manifestarsi in conseguenza di specifiche indicazioni di programmazione sanitaria regionale e nazionale, intervenute successivamente alla adozione della DGR n. 589 del 19.07.2022 saranno opportunamente considerate in sede di consuntivo ai fini della verifica del conseguimento degli obiettivi programmati.

2. SEZIONE 2 – VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.1. Sottosezione di programmazione – Valore pubblico

La Fondazione è un luogo di cura che opera secondo le finalità pubbliche del Servizio Sanitario Regionale e che impiega le risorse disponibili nel modo più appropriato, efficiente ed efficace garantendo, al tempo stesso, un servizio di elevata qualità.

Rappresenta un riferimento per i cittadini, si ispira ai principi di innovazione, appropriatezza clinica e organizzativa, integrazione multidisciplinare, equità e trasparenza ed opera sinergicamente nell'ambito di svariate discipline mediche e chirurgiche.

Le leve strategiche presenti nel contesto aziendale mirano a diffondere nell'organizzazione principi generali e condotte comportamentali volti a:

- garantire la sicurezza, la riservatezza, la lealtà, la trasparenza e la qualità, mantenendo condotte integre, equilibrate e rispettose dell'individualità altrui ispirate a principi di etica professionale, onestà, correttezza e responsabilità verso tutti i portatori di interesse;
- sviluppare il senso di appartenenza ed il lavoro di squadra condividendo gli obiettivi e partecipando con professionalità e massima collaborazione alle iniziative aziendali volte al miglioramento dell'immagine;
- aumentare l'eccellenza di tutte le aree garantendo l'applicazione di procedure mirate allo svolgimento dell'attività con appropriatezza, professionalità, dinamismo, precisione, rapidità di decisione, immediata esecuzione;
- sostenere lo sviluppo di modelli di umanizzazione delle cure volti a garantire livelli elevati di soddisfazione degli utenti, attraverso l'utilizzo di strumenti di ascolto e di monitoraggio delle aspettative degli stakeholder e dei livelli di soddisfazione da loro espressi;
- favorire procedure gestionali innovative e tecnologiche che consentano di coniugare l'eccellenza delle prestazioni ad un più razionale ed efficace uso delle risorse economiche, strumentali e professionali.

Di seguito si rappresenta la mappa logica in base alla quale partendo dalla missione aziendale, sopra sintetizzata, vengono identificate le aree strategiche tenendo conto degli indirizzi nazionali e regionali e delle risorse disponibili.

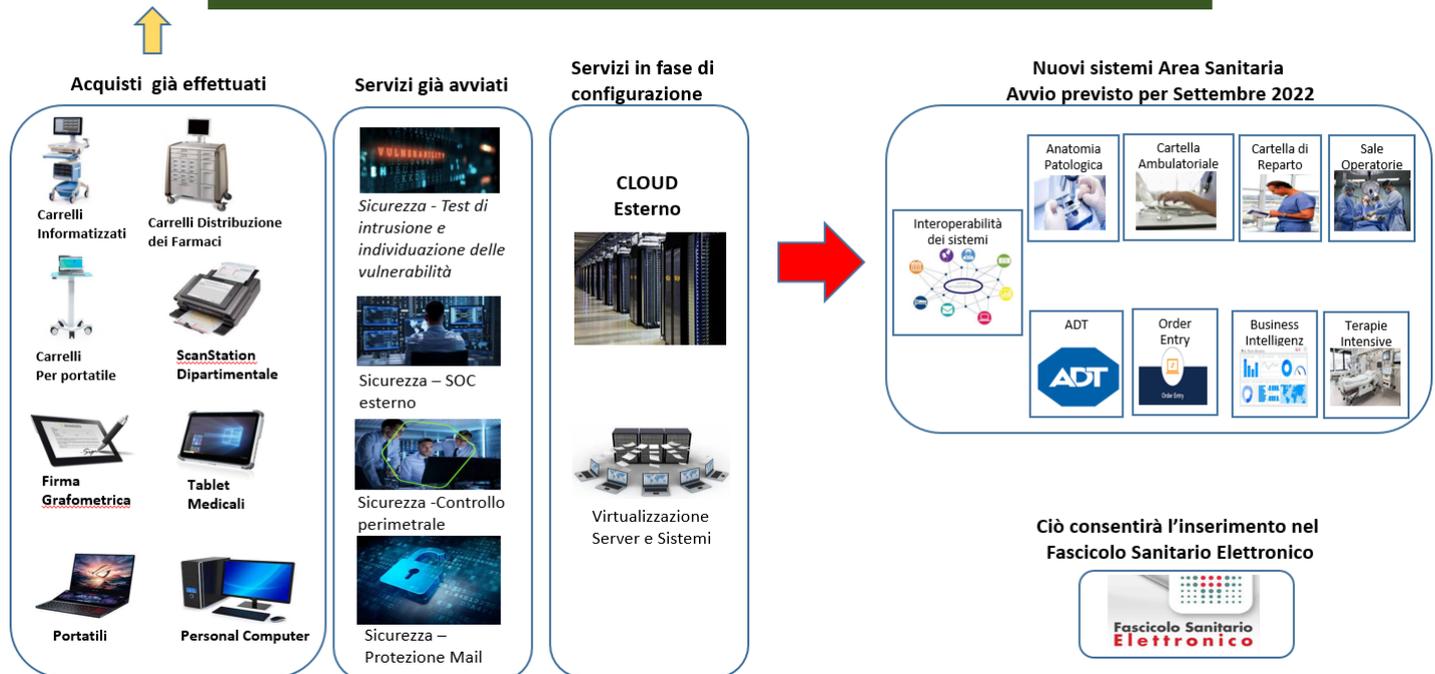
Si tratta fondamentalmente di almeno 4 aree che sono trasversali a più unità operative le cui azioni specifiche sono rappresentate nel successivo paragrafo 4:



La programmazione strategica si concretizza in un orizzonte temporale pluriennale e mira al conseguimento degli obiettivi di politica sanitaria regionali e nazionali.

Il punto di partenza, quindi, è costituito dagli obiettivi strategici di indirizzo definiti dalle indicazioni e dalla programmazione regionale sanitaria, attraverso i documenti che individuano le linee politiche, organizzative ed amministrative per lo sviluppo e l'adeguamento del sistema sanitario regionale e la promozione della salute dei cittadini siciliani.

In particolare la struttura di base prevede la definizione di obiettivi generali, obiettivi di salute e funzionamento dei servizi ed obiettivi specifici definiti come di seguito in base agli atti di programmazione regionale. Il risultato finale si presenta attraverso un articolato processo volto ad identificare il piano di azioni in funzione dei bisogni, delle risorse disponibili concretizzato tramite obiettivi specifici, all'attuazione di procedure volte a semplificare e reingegnerizzare il sistema anche mediante l'ausilio di appositi strumenti digitali, meglio dettagliati nel Piano triennale della Performance consultabile al seguente link: <https://www.ptvonline.it/index.php/mnu-azienda/column-1-azienda/amministrazione-trasparente/77-performance/2165-piano-delle-performanceee>



In merito alla tematica della digitalizzazione del Policlinico Tor Vergata sono state effettuate una serie di acquisti e attività mirati che hanno consentito di dotarsi di strumenti, hardware e software, necessari per un proficuo processo di evoluzione. Di seguito in sintesi gli elementi principali che sono stati rappresentati anche graficamente:

1. hardware

- carrelli informatizzati per il giro visita
- carrelli per la distribuzione dei farmaci
- carrelli semplici di supporto postazioni di lavoro
- postazioni di scannerizzazione dipartimentali
- sistema di firma grafometrica e software
- tablet e portatili e postazioni di lavoro

2. Sicurezza informatica

- SOC per il controllo dei sistemi
- Sistema di protezione della posta aziendale

3. Cloud

- Utilizzo del Cloud di Telecom
- Virtualizzazione delle postazioni di lavoro

4. Piattaforme software

- ADT per la gestione dei ricoveri
- Order Entry per la gestione delle richieste e flussi
- Sistema di Anatomia Patologica
- Sistema di Cartella di Reparto
- Sistema di Cartella di Ambulatorio
- Sistema di Cartella di Terapia Intensiva
- Sistema per la gestione delle sale operatorie
- Business Intelligence.

2.2.Sottosezione di programmazione – Performance

2.2.1. Mission

Il PTV attua la propria *mission* istituzionale mediante:

- lo sviluppo di metodi e strumenti di collaborazione tra il sistema sanitario e il sistema formativo tali da perseguire, in modo congiunto con il sistema universitario, obiettivi di qualità, efficienza e competitività del servizio sanitario pubblico, qualità e congruità rispetto alle esigenze assistenziali della formazione del personale medico e sanitario, e potenziamento della ricerca biomedica e medico-clinica;
- la garanzia per la collettività dei più qualificati livelli assistenziali, erogando in modo efficace, appropriato, efficiente ed economico prestazioni sanitarie fruibili in ambiente ospedaliero ed in particolare quello di alta complessità;
- la garanzia, per gli studenti dei corsi di laurea specialistica della Facoltà di Medicina e Chirurgia, per gli studenti dei corsi di laurea triennali e per i medici in formazione specialistica, di una offerta di sede e strumenti per lo sviluppo di un'attività didattica professionalizzante altamente qualificata e coerente con gli indici di validità comunitari;
- lo sviluppo di un percorso assistenziale basato sul principio della “continuità delle cure” e su una modalità innovativa che tende a “prendersi cura del paziente”, dal momento dell'accesso in ospedale al momento della dimissione e, in tale ottica, con l'obiettivo di proiettare le finalità assistenziali ospedaliere anche verso il territorio, adeguando, in tale prospettiva, anche l'offerta formativa non più limitata al solo settore dell'ospedalizzazione, ma anche a quello territoriale e, più in generale, al complesso di tutti gli interventi assistenziali riferibili sia alla prevenzione delle situazioni patologiche, che alla cura delle malattie ed al recupero dello stato di benessere psicofisico dei cittadini-utenti;
- la proposizione di forme di innovazione organizzativa, privilegiando il principio della diversificazione del flusso dei pazienti, favorendo lo sviluppo di “modelli aperti”, quale strumento che permetta di trattare nel modo più appropriato le patologie meno gravi e/o con minori complicanze, riservando maggiori risorse disponibili per i pazienti e le patologie più gravi e garantendo loro un trattamento qualitativamente migliore e, comunque, nel rispetto del sopra richiamato concetto della “presa in carico” e della “continuità delle cure”, che corrisponde all'attuale evoluzione dei modelli di cura che individuano le tre fasi del percorso ovvero “high care”, “low care” e “catena della cronicità”;
- la garanzia di un miglioramento continuo dei protocolli assistenziali con contestuale implementazione di linee guida per la diagnosi e la cura, basate sull'evidenza scientifica e

sulla pratica quotidiana, a favore della sicurezza del paziente e di una riduzione del rischio clinico;

- l'assunzione dell'impegno a conformare i rapporti economici ed i risultati di gestione al principio della programmazione condivisa tra Regione e Università, adeguando l'attività di gestione a criteri di efficacia, efficienza, economicità e sostenibilità, nel pieno rispetto delle compatibilità di bilancio così come declinate dagli atti di programmazione;
- la collaborazione con Regione e Università, al fine di promuovere la riorganizzazione e la riqualificazione della rete dell'offerta sanitaria regionale, nella prospettiva dell'implementazione e aggiornamento della rete dei centri di riferimento regionali e delle malattie rare, impegnandosi a valorizzare le strutture e i percorsi facenti capo al "PTV" quale struttura a più alta specializzazione assistenziale e qualificato profilo scientifico;
- nuovi modelli organizzativi che privilegino i processi;
- nuove modalità di utilizzo e gestione delle risorse. Carattere distinto e peculiare nel percorso culturale promosso dal PTV, sin dalla sua attivazione, in perfetta coerenza con la mission nel tempo perseguita e pienamente attuale, assume il principio valore dell'umanizzazione. L'umanizzazione è prioritariamente legata al suddetto concetto del "prendersi cura", che individua l'ospedale come una organizzazione di servizio alla persona, ed il "prodotto" di tale servizio si concretizza in una composizione di prestazioni sanitarie e rete di relazioni fra i suoi utenti e la struttura.

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 la prospettata trasformazione dell'assetto istituzionale del PTV.

In tale prospettiva, sono stati razionalizzati e consolidati gli obiettivi strategici relativi a:

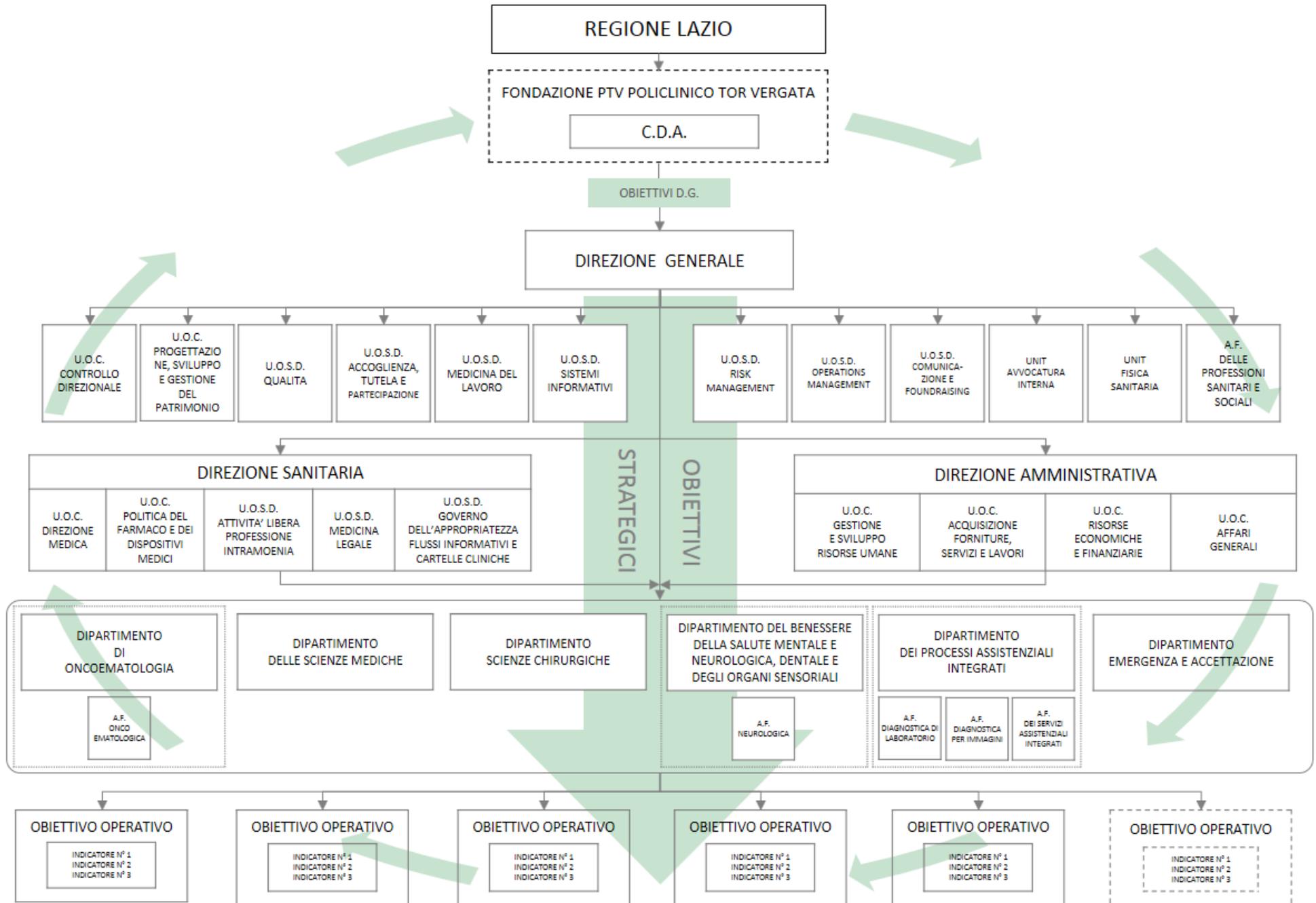
- Rispetto del Budget assegnato
- Efficientamento organizzativo, dando, innovativamente, specifico rilievo all'efficientamento dei percorsi chirurgici e di emergenza
- Efficientamento acquisizione e gestione risorse
- Appropriatelyzza e monitoraggio consumi

- Piano esiti e qualità
- Produzione e governo della casistica dando, altresì, specifico rilievo e, al contempo, rafforzando gli obiettivi strategici concernenti:
 - sicurezza delle cure, sicurezza del lavoratore e gestione sinistri
 - adesione percorsi, ciclo performance e qualità.

La valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni è uno degli obiettivi per i quali la Fondazione ha e continua a investire risorse e progettualità.

Tali obiettivi strategici - alimentati, come accennato, dalla Regione d'intesa con la UTV e approvati, secondo Statuto, dal Consiglio di amministrazione della Fondazione e meglio descritti nel paragrafo n. 5 - vengono ulteriormente declinati, secondo il rationale di cui alla figura seguente, in "obiettivi operativi" (con relativi indicatori) imputati alle articolazioni strutturali/funzioni dell'area di governo/direzione aziendale ("DAZ") - comprendente la Direzione generale, la Direzione sanitaria e la Direzione amministrativa - e dell'area della produzione ("APr"), articolata nei Dipartimenti ad attività integrata ("DAP") e relative strutture/funzioni afferenti (AF/UOC/UOSD/UOS/Unit).

Come meglio precisato nel citato paragrafo n. 5 "obiettivi strategici", si rappresenta, altresì, che la configurazione del complesso dei suddetti obiettivi strategici del "PTV", così come riportati nel presente Piano, ricomprende comunque, necessariamente, la tipologia degli obiettivi generali e specifici che la Regione, di norma, sviluppa, annualmente e in prospettiva triennale, in sede di assegnazione degli obiettivi ai direttori generali delle aziende ospedaliere, tra cui il "PTV", fermo restando che, nella configurazione dei propri obiettivi strategici e nella declinazione degli stessi in obiettivi operativi, il "PTV" sviluppa autonomamente tutte le ulteriori linee di budget ritenute congrue per una complessiva *governance* aziendale improntata alla efficienza, alla efficacia e all'attenzione per gli *outcome*.



2.2.2. Processo seguito e le azioni di miglioramento del ciclo di gestione delle Performance

2.2.2.1. Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano

Il presente Piano è stato redatto in linea con la già citata delibera C.i.v.i.t. n. 112/2010 “*Struttura e modalità di redazione del Piano della performance*”

	FASE DEL PROCESSO	SOGGETTI COINVOLTI	ARCO TEMPORALE (MESI) 2021/2022												
			N	D	G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	
1	Definizione degli obiettivi strategici e delle strategie	Direttore Generale													
2	Definizione degli obiettivi e dei piani operativi	Direttore Generale													
3	Redazione del Piano	UOC Gestione e Sviluppo Risorse Umane, Struttura tecnica di supporto all'OIV e UOC Controllo direzionale													
4	Approvazione del Piano	Consiglio di Amministrazione in condivisione con il Direttore Generale													
5	Comunicazione del Piano	Direttore Generale													

2.2.2.2. Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio

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

1. coerenza dei contenuti;
2. coerenza del calendario con cui si sviluppano i due processi;
3. coordinamento degli attori e delle funzioni organizzative rispettivamente coinvolte;
4. integrazione degli strumenti di reportistica e dei sistemi informativi a supporto dei due processi.

L'attività di contrattazione del budget, per i Direttori/Responsabili delle unità operative sanitarie e amministrative, si svolge incontrando i singoli responsabili delle unità operative individuate; la calendarizzazione delle riunioni viene articolata su diversi giorni e durante le riunioni sono distribuite, analizzate ed eventualmente integrate le singole schede contenenti obiettivi, indicatori e target.

2.2.2.3. Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione della Performance

Si ritiene che i percorsi idonei a promuovere un miglioramento continuo del ciclo di gestione della performance risiedano:

- come in parte già accennato, nella sinergia e integrazione tra il *sistema di gestione per la qualità della Fondazione PTV* (“SGQ”) con gli ulteriori sistemi di gestione dei rischi specifici (sistema del governo dell’anticorruzione; sistema del governo dei rischi economico-patrimoniale di cui alle procedure PAC; sistema del governo della sicurezza dei lavoratori; sistema del governo della sicurezza della cure) facendo leva proprio sul ciclo della performance (vedi obiettivo strategico in tela di “*adesione percorsi, ciclo performance e qualità*”): la Politica per la Qualità della Fondazione Policlinico Tor Vergata è infatti orientata all’integrazione del Sistema di Gestione per la Qualità con i processi aziendali..
- nella piena integrazione tra il Piano della *performance* e la pianificazione economico-finanziaria e di bilancio
- nel più strutturato e sistematico coinvolgimento degli *stakeholder* sia interni che esterni alla organizzazione sicuramente tale processo deve essere reso più ampio e sistematico.

Quale tappa fondamentale per il miglioramento del ciclo della Performance appare la recente revisione del Sistema di misurazione e valutazione della performance sottoposto al parere vincolante dell’OIV. In tale sede l’OIV ha valutato con esito positivo la proposta di revisione del Sistema di misurazione e valutazione della performance del Policlinico,

Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP) descrive come il Policlinico Tor Vergata misura e valuta la propria performance, quella delle strutture in cui è articolata e la performance del personale, al fine di assicurare elevati standard qualitativi e gestionali, la valorizzazione e la trasparenza dei risultati e l’utilizzo corretto delle risorse impiegate per il loro conseguimento.

Il SMVP si inserisce nell’ambito del ciclo di gestione della performance e dei risultati, di seguito “Ciclo della performance”, così articolato:

- a) definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori, formulati in termini misurabili tenendo conto anche dei risultati conseguiti nell'anno precedente, come documentati e validati nella relazione annuale sulla performance;

- b) collegamento tra gli obiettivi e l’allocazione delle risorse;
- c) monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi e migliorativi;
- d) misurazione e valutazione della performance e dei risultati organizzativi e individuali;
- e) utilizzo dei sistemi premianti secondo criteri di valorizzazione del merito;
- f) rendicontazione dei risultati al Consiglio di amministrazione e al direttore generale, nonché ai competenti organi di controllo interni ed esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

L’assegnazione degli obiettivi costituisce il risultato dell’attività di programmazione di cui al presente Piano. La fase di assegnazione degli obiettivi si concretizza con la compilazione della scheda obiettivi (Scheda di Budget) e con la condivisione con i singoli dirigenti.

La Direzione aziendale, i direttori di Dipartimento, i direttori di UOC, i responsabili di UOSD e i titolari di Programma A, effettuano il monitoraggio costante dell’andamento degli indicatori legati agli obiettivi assegnati, anche attraverso le informazioni fornite dal sistema di reporting aziendale, al fine di attivare le azioni finalizzate al miglioramento della performance.

2.2.2.4. Allegato A1 alla Relazione sulla Performance

“Collegamento tra obiettivi strategici e obiettivi operativi - area di governo/direzione aziendale - anno 2022”

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	UNITA' OPERATIVA
ADESIONE PERCORSI, CICLO PERFORMANCE E QUALITA'	Adempimenti previsti dalla normativa sulla Anticorruzione e Trasparenza secondo le tempistiche ivi previste	Regolamentazione con definizione procedure e competenze interne al PTV in materia di Anticorruzione e Trasparenza	U.O.S.D. Accoglienza, Tutela e Partecipazione
	Adempimenti previsti dalla normativa sulla Privacy secondo le tempistiche ivi previste	Regolamentazione con definizione procedure e competenze interne al PTV in materia di Privacy	U.O.C. Affari Generali
	PAC - Assicurare lo sviluppo del Piano Attuativo per la certificazione del Bilancio del PTV secondo le tempistiche e linee guida della Regione Lazio	Rispetto dei contenuti e scadenze attività di sostanza per quanto di competenza nel rispetto delle scadenze stabilite dal Piano Regionale	U.O.C. Risorse Economiche e Finanziarie
	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	Informazioni pubblicate sul sito internet aziendale	Tutte le UU.OO.
	Rispetto Tempistica Sistema di misurazione e valutazione della performance e dei risultati del personale dirigente di comparto afferente	1. Assegnazione obiettivi al personale dirigente e del comparto entro marzo 2020 2. Trasmissione esiti valutazione raggiungimento obiettivi assegnati al personale del comparto per l'anno 2019 entro febbraio 2020 e trasmissione monitoraggio infra-annuale degli obiettivi anno 2020 entro il giugno 2020	Tutte le UU.OO.
	Mantenimento certificazione ISO 9001:2015	N° NC rilevate da ente certificatore	

	Rispetto Tempistica Sistema di misurazione e valutazione della performance e dei risultati (del personale dirigente)	3. Consegna relazione attestante il raggiungimento degli obiettivi assegnati ai dirigenti per l'anno 2019 entro il aprile 2020	
	Gestione Emergenza COVID-19	Aggiornamento del Piano Operativo per la preparazione e risposta a COVID-19, sulla base di quanto previsto nelle Linee di indirizzo regionali per la predisposizione dei piani territoriali e risposta all'emergenza COVID-19, e sulla base del documento del Ministero della Salute "Elementi di preparazione e risposta a COVID-19 nella stagione autunno-invernale" dell'11 agosto 2020.	Tutte le UU.OO
	Gestione Emergenza COVID-19	Rispetto adempimenti previsti nelle Linee di indirizzo regionali e ministeriali in ambito di acquisizioni, rendicontazione e bilancio	Tutte le UU.OO
APPROPRIATEZZA E MONITORAGGIO CONSUMI	Razionalizzazione spesa farmaci	Incidenza di consumo per farmaci biosimilari sul totale del consumo della molecola (biosimilare + originator)	U.O.C. Farmacia
	Rispetto LEA farmaceutica in relazione a nuovo DPCM e al prontuario terapeutico regionale	Aggiornamento del PTA	U.O.C. Farmacia
	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	Redazione capitolati/documentazione tecnica: a) entro 7 mesi (nel caso di procedure ad evidenza pubblica)/4 mesi (nel caso di motivate procedure di affidamento diretto) prima della scadenza degli omologhi rapporti contrattuali in corso riferiti a detti servizi e/o forniture per procedure; b) non oltre trenta giorni DOPO la decisione di acquisizione di detti servizi e/o forniture, nel caso di acquisizione ex novo	Direzione Generale - Sistemi Informativi Direzione Generale - Area Professioni Sanitarie e Sociali e Comfort Ospedaliero Programma Aziendale Servizio di Ingegneria Medica U.O.C. Farmacia U.O.C. Progettazione, Sviluppo e Gestione del Patrimonio
	Emissione certificati di regolare esecuzione (devono prevenire in tempo utile per l'emissione fattura da parte del fornitore)	Certificati emessi sul totale delle fatture = 100%	Tutte le UU.OO.
	Gestione dello scadenario degli appalti di lavori di servizi e forniture	Tenuta/aggiornamento scadenario di tutti i contratti di appalto/concessioni forniture, servizi e lavori con definizione procedure per il tempestivo alert di scadenza da parte dello stesso coordinatore vs le aree competenti alla definizione tecnica dei capitolati	Direzione Generale - Coordinamento tecnico della gestione dei contratti
	Invio dati per CE mensile entro il 5 del mese successivo a quello oggetto di analisi	Presenza dati mensili	Tutte le UU.OO.
APPROPRIATEZZA E MONITORAGGIO CONSUMI	Monitoraggio andamento tempi liquidazione fatture attraverso incontri mensili con i RUP e i DEC	Report mensili con l'indicazione di eventuali criticità riscontrate anche nelle riunioni con il dirigente della UOC Acquisizione forniture servizi e lavori	U.O.C. Risorse Economiche e Finanziarie
	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	Redazione capitolati/documentazione tecnica: a) entro 7 mesi (nel caso di procedure ad evidenza pubblica)/4 mesi (nel caso di motivate procedure di affidamento diretto) prima della scadenza degli omologhi rapporti contrattuali in corso riferiti a detti servizi e/o forniture per procedure; b) non oltre trenta giorni DOPO la decisione di acquisizione di detti servizi e/o forniture, nel caso di acquisizione ex novo	Direzione Generale - Coordinamento tecnico della gestione dei contratti
	Rispetto del budget assegnato per i farmaci	1. Spesa anno 2021 <= budget assegnato.	U.O.C. Farmacia
EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Aggiornamento mensile dell'organico presente per Centro di Costo con Dipendenti, Universitari, SSN e Sumai, con la specifica delle ore	Elaborazione Report mensile per DG e CDG	U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane
	Attendibilità del flusso R, flusso FARMED e flusso Dispositivi Medici di competenza della Farmacia	Trasmissione trimestrale flusso R e Flusso FARMED nei termini previsti da norme	U.O.C. Farmacia

		regionali; trasmissione mensile flusso consumi DM	
	Controllo rapporto attività istituzionale su attività intramoenia per prestazioni omogenee	Rispetto del rapporto previsto dalla normativa	U.O.S.D. ALPI
	Corretta tenuta delle Contabilità separate	Elaborazione linee operative in condivisione con il CD per la contabilità analitica di ALPI e sperimentazioni cliniche, con verifica periodica della correttezza delle suddette contabilità	U.O.C. Risorse economiche e finanziarie
	Definizione, gestione e monitoraggio delle procedure per la riscossione delle somme relative alle attività non regolarmente incassate (codici bianchi giorni festivi, prestazioni prenotate e non disdetto, preospedalizzazione non seguita da ricovero ecc.)	Monitoraggio mensile attraverso la produzione di report	U.O.S.D. Accoglienza, Tutela e Partecipazione
	Elaborazione capitolati servizi con importi superiori a € 300.000	Proposta costituzione gruppi di lavoro interdisciplinari per predisposizione capitolati servizi, 8 mesi prima della scadenza dei contratti	Direzione Generale - Coordinamento tecnico della gestione dei contratti
	Elaborazione report di sintesi su andamento contratti di servizio con evidenza del dato contabile	Presenza report mensile da inoltrare ai DEC	Direzione Generale - Coordinamento tecnico della gestione dei contratti
	Gestione dei reclami	Analisi dei reclami ricorrenti effettuata durante gli incontri del Project Office attraverso al produzione di report mensili	U.O.S.D. Accoglienza, tutela e partecipazione
	Implementazione contabilità separata relativa a tutte le tipologie di ALPI	Predisposizione strutturato documento per la conclusiva definizione delle procedure di contabilità separata in coordinamento con la contabilità generale e la contabilità analitica	U.O.S.D. Attività Libero Professionale Intramoenia
	Implementazione sistema che consenta di identificare i pazienti trattati dalla radiologia interventistica nell'applicativo per la gestione delle SO, indipendentemente dallo stato del ricovero paziente	Implementazione software	Direzione Generale - Sistemi Informativi
	Implementazione sistema di tracciamento materiali utilizzati nei blocchi operatori e nella radiologia interventistica, con campo strutturato per l'identificazione del paziente.	Modifica software e disponibilità reportistica	Direzione Generale - Sistemi Informativi
	Monitoraggio attività convenzioni passive	Comunicare al CD semestralmente il costo delle convenzioni passive con l'indicazione del CdC su cui far gravare la spesa	U.O.C. Affari generali
	Monitoraggio scadenze contratti	Produzione report trimestrale al 30° giorno dopo il trimestre	U.O.C. Acquisizione Forniture, Servizi e Lavori
	Progetto definizione quartiere operatorio	Definizione delle attività	U.O.C. Progettazione, Sviluppo e Gestione del Patrimonio
	Realizzazione contabilità separata ALPI	Corretta tenuta della contabilità come da indicazioni fornite dal Direttore della U.O.C. Risorse economiche e finanziarie	U.O.S.D. ALPI
	Redazione procedura aziendale cartella clinica integrata con cartella infermieristica	Messa a regime software	Direzione Sanitaria Direzione Generale - Sistemi informativi
	Risoluzione problematiche Hardware e software in aree critiche (Blocchi operatori, PS, CUP) entro 1 giorno lavorativo	Interventi evasi entro 1 giorno lavorativo sul totale richieste di intervento	Direzione Generale - Sistemi Informativi
EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Rispetto dei tempi di liquidazione delle fatture	Liquidazione fatture entro 25 giorni dalla registrazione per contratti/convenzioni di cui si assumono le funzioni di RUP/DEC in via diretta o tramite personale di afferenza	Tutte le UU.OO.
	Rispetto dei volumi di attività istituzione e attività ALPI in tutte le sue forme	Rispetto dei volumi come da normativa	U.O.S.D. Attività Libero Professionale Intramoenia
	Tempestività degli invii dei flussi informativi di competenza definiti dalla Regione e dai Ministeri vigilanti	Flussi informativi inviati	U.O.C. Risorse Economiche e Finanziarie

	Tempestività e completezza flussi informativi	Trasmissione flusso "XML" senza errori bloccanti entro 2 gg lavorativi antecedenti la data di invio al MEF	Direzione Generale - Sistemi Informativi U.O.S.D. Accoglienza, tutela e partecipazione
	Tracciabilità richieste manutenzione apparecchiature (solo richieste "bloccanti")	Tracciabilità delle richieste on-line e risposta anche interlocutoria entro 7 giorni dalla richiesta con previsione tempi di ripristino	Programma Aziendale Servizio di Ingegneria Medica
EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO DEI PERCORSI CHIRURGICI E DI EMERGENZA	Monitoraggio del percorso di razionalizzazione delle sale operatorie con produzione report differenziati per chirurghi/anestesiisti e con monitoraggio attività infermieristica (cambio paziente e fine turno)	Relazione bimestrale con indici di valutazione del percorso	U.O.S.D. Operations Management
	Produzione di reportistica dal BOA e allocazione di tutti i dispositivi specialistici e di quelli più costosi dei generici sul centro di responsabilità utilizzatore insieme alla UOC Controllo Direzionale	Report	U.O.S.D. Operations Management
SICUREZZA DELLE CURE E DEI LAVORATORI E GESTIONE SINISTRI	Attuazione ed aderenza attività inerenti la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori	Numero partecipazioni alle riunioni / iniziative in tema di sicurezza sul totale di quelle proposte	Tutte le UU.OO.
		Tempo trascorso su tempo programmato rispetto alla trasmissione di documentazione in tema di sicurezza sul lavoro richiesta dagli uffici competenti	Tutte le UU.OO.
	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	Segnalazioni rilevanti inviate a fronte del totale di eventi noti	Tutte le UU.OO.
	Collaborazione con il Risk manager per l'individuazione di linee preventive dei rischi clinici partendo dall'analisi dei risarcimenti richiesti	Presenza di una "mappa degli interventi" su rischi clinici	U.O.S.D. Medicina Legale
	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.	Pareri conclusivi pervenuti entro 60 giorni dalla conclusione della fase istruttoria sul totale dei pareri	U.O.S.D. Medicina Legale
	Gestione / revisione consensi informati per i trattamenti sanitari entro marzo 2020	N° consensi revisionati sul n° dei consensi previsti	U.O.S.D. Medicina Legale Direzione Sanitaria
	Partecipazione in qualità di Consulente Tecnico di Parte per PTV nel contenzioso da malpractice, eventualmente delegando, in caso di impossibilità oggettiva, altra unità di personale docente afferente alla UOSD Medicina Legale	Partecipazione in qualità di consulente di parte (personale o tramite delegato) nel contenzioso da malpractice sul totale dei contenziosi	U.O.S.D. Medicina Legale
	Gestione del Rischio Clinico	Approvazione e trasmissione del Piano Annuale di Risk Management (PARM) al Centro Regionale Rischio Clinico (CRRC) entro i termini previsti dalla Determinazione n. G00164 dell'11/01/2019. Pubblicazione sulla pagina dell'amministrazione trasparente di: 1) relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi (art. 2 c. 5 della L. 24/2017); 2) dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (art. 4 c. 3 della L. 24/2017).	Approvazione e trasmissione del Piano Annuale per le Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA) al Centro Regionale Rischio Clinico (CRRC) entro i termini previsti dalla Determinazione n. G00163 dell'11/01/2019.

2.2.2.5. Allegato A2 alla Relazione sulla Performance

“Collegamento tra obiettivi strategici e obiettivi operativi - area della produzione - anno 2022”

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	UNITA' OPERATIVA
ADESIONE PERCORSI, CICLO PERFORMANCE E QUALITA'	Adempimenti previsti dalla normativa sulla Anticorruzione e Trasparenza secondo le tempistiche ivi previste.	Rispetto adempimenti previsti	Tutte le UU.OO.
	Adempimenti previsti dalla normativa sulla Privacy secondo le tempistiche ivi previste.	Rispetto adempimenti previsti	Tutte le UU.OO.
	Mantenimento certificazione ISO 9001:2015	N° NC rilevate da ente certificatore	Tutte le UU.OO.
	Gestione Emergenza COVID-19	Rispetto delle indicazioni relative alla rimodulazione delle attività, ai percorsi e all'organizzazione.	Tutte le UU.OO.
APPROPRIATEZZA E MONITORAGGIO CONSUMI	Contenimento spesa farmaceutica ospedaliera	Analisi consumo anestetici	U.O.C. Anestesia e Rianimazione U.O.C. Cardiocirurgia
		Rapporto farmaci ospedalieri su ricavi	U.O.C. Anestesia e Rianimazione U.O.C. Cardiocirurgia U.O.C. Diagnostica per immagini U.O.C. Gastroenterologia U.O.C. Malattie Infettive U.O.C. Patologie Linfoproliferative U.O.C. Trapianto cellule staminali U.O.S.D. Oncologia U.O.S.D. Patologie Mieloproliferative
	Contenimento spesa farmaci in FILE F	(Spesa farmaci File F 2021-spesa farmaci file f 2020)/spesa farmaci file F 2020	U.O.C. Gastroenterologia U.O.C. Malattie Infettive U.O.C. Neurologia U.O.C. Patologie Linfoproliferative U.O.C. Reumatologia U.O.C. Trapianto cellule staminali U.O.S.D. Dermatologia U.O.S.D. Oncologia U.O.S.D. Patologie Mieloproliferative U.O.S.D. Sclerosi multipla
	Contenimento spesa per dispositivi medici	Incidenza costi dispositivi medici su ricavi da produzione	U.O.C. Anestesia e Rianimazione U.O.C. Cardiocirurgia U.O.C. Cardiologia U.O.C. Chirurgia Toracica U.O.C. Chirurgia Vascolare U.O.C. Neurochirurgia U.O.C. Ortopedia U.O.C. Ortopedia e Traumatologia
	Ottimizzazione consumo sangue in Camera operatoria	Rapporti trimestrali su consumo e recupero sangue intraoperatorio	Tutte le UU.OO. Chirurgiche

<p>APPROPRIATEZZA E MONITORAGGIO CONSUMI FARMACI E DISPOSITIVI</p>	<p>Razionalizzazione spesa farmaci</p>	<p>Incidenza di consumo per farmaci biosimilari sul totale del consumo della molecola (biosimilare + originator)</p>	<p>U.O.C. Gastroenterologia U.O.C. Medicina interna - Centro medico dell'obesità U.O.C. Medicina interna - Centro per l'ipertensione U.O.C. Neurologia U.O.C. Patologie Linfoproliferative U.O.C. Reumatologia U.O.C. Trapianto cellule staminali U.O.S.D. Dermatologia U.O.S.D. Oncologia U.O.S.D. Nefrologia e dialisi U.O.S.D. Patologie Mieloproliferative U.O.S.D. Sclerosi multipla</p>
<p>EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO</p>	<p>Aumento / mantenimento complessità</p>	<p>PM anno 2020 rispetto anno precedente</p>	<p>Tutte le UU.OO. Chirurgiche</p>
	<p>Ottimizzazione livello degenza media</p>	<p>Durata degenza media</p>	<p>Tutte le UU.OO.</p>
	<p>Rispetto delle procedure in accettazione</p>	<p>Numero di pazienti richiamati per prelievi errati/su pazienti tot</p>	<p>Tutte le UU.OO. di Medicina di Laboratorio</p>
	<p>Erogazione delle consulenze interne richieste non urgenti entro 24h</p>	<p>Consulenze interne erogate entro 24h sul totale consulenze erogate</p>	<p>Tutte le UU.OO.</p>
	<p>Erogazione consulenze</p>	<p>Percentuale di consulenze collegate al test su totale pazienti che affluiscono al laboratorio per i test</p>	<p>U.O.C. Laboratorio di Genetica Medica</p>
	<p>Migliorare l'appropriatezza</p>	<p>Limitatamente ai pazienti trasferiti in strutture di riabilitazione (data trasferimento-data ricovero <= 20gg)</p>	<p>U.O.C. Neurochirurgia U.O.C. Neurologia</p>
		<p>N° DRG Chirurgici sul totale dei dimessi</p>	<p>Tutte le UU.OO. Chirurgiche</p>
		<p>Percentuale ricoveri DS scartati da Regione sul totale dei ricoveri DS</p>	<p>Tutte le UU.OO. Chirurgiche</p>
		<p>Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario</p>	<p>Tutte le UU.OO.</p>
		<p>% ricoveri in DH medico con finalità diagnostica sul totale dei DH medici</p>	<p>Tutte le UU.OO. Mediche</p>
	<p>Incremento accertamenti morte cerebrale</p>	<p>Numero di accertamenti morte cerebrale in Terapia intensiva DEA su totale decessi per lesioni cerebrali in Terapia intensiva</p>	
	<p>Riduzione campioni non pervenuti, mancanti o insufficienti</p>	<p>Campioni non pervenuti, mancanti o insufficienti su totale campioni prelevati dal centro prelievo</p>	<p>Tutte le UU.OO. di Medicina di Laboratorio</p>
	<p>Riduzione rientri non pianificati</p>	<p>Rientri non pianificati in rianimazione dopo il trasferimento in reparto sul totale dei pazienti dimessi</p>	<p>Terapie Intensive</p>
	<p>Raccordo funzionale tra le UO dell'Area assicurando l'utilizzo condiviso delle risorse umane e tecnologiche.</p>	<p>Brevi verbali con indicazioni proposte</p>	<p>Tutti i Dipartimenti e le Aree Funzionali</p>
<p>Raccordo funzionale tra le UO dell'Area assicurando una gestione per processi rispetto alle patologie trattate che preveda la condivisione dei diversi setting assistenziali (Degenza, DH, ambulatorio) e l'utilizzo condiviso delle risorse umane</p>	<p>ammissioni a UOC Neurologia da PS/Stroke Unit</p>	<p>Tutti i Dipartimenti e le Aree Funzionali</p>	
	<p>Ammissioni al DH/PAC di area neurologica da PS o OBI</p>		
<p>Raccordo tra le strutture del dipartimento per favorire l'avvio della cartella clinica informatizzata, a partire dalle strutture ambulatoriali del dipartimento, e la prescrizione on line dei medici</p>	<p>Relazione attestante le azioni intraprese con dimostrazione dell'utilizzo della cartella clinica informatizzata e degli incrementi delle prescrizioni elettroniche</p>	<p>Tutti i Dipartimenti e le Aree Funzionali</p>	

	Riunioni mensili con le strutture del dipartimento, all'esito dei report mensili inviati dalla direzione, per valutare analisi degli andamenti e individuare eventuali proposte per la fluidificazione dei processi trasversali alle strutture e ai dipartimenti	Brevi verbali con indicazioni proposte	Tutti i Dipartimenti e le Aree Funzionali
EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO DEI PERCORSI CHIRURGICI E DI EMERGENZA	Compliance percorsi urgenza	Moduli di urgenza non correttamente compilati sul totale dei moduli di urgenza compilati dai chirurghi	Tutte le UU.OO. Chirurgiche
	Miglioramento dei processi	Percentuale ricoveri programmati con preospedalizzazione	Tutte le UU.OO. Chirurgiche
	Riduzione degenza preoperatoria interventi chirurgici programmati (elezione e pre-ospedalizzazione)	Valore degenza media preoperatoria interventi chirurgici programmati	Tutte le UU.OO. Chirurgiche
	Rispetto percorso di elezione	Interventi effettuati "fuori lista" senza modulo di urgenza su totale interventi effettuati	Tutte le UU.OO. Chirurgiche
EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO DEI PERCORSI CHIRURGICI E DI EMERGENZA	Riorganizzare l'attività medico-chirurgica in modo tale che il volume di attività per Unità operativa sia non inferiore al valore soglia definito sulla base delle conoscenze scientifiche	Volume di interventi di colecistectomia laparoscopica	U.O.C. Chirurgia Epatobiliare e dei trapianti U.O.S.D. Chirurgia Mininvasiva e dell'apparato digerente
	Accessi con esito ricovero/trasferimento e tempo di permanenza >24 ore	Accessi con esito ricovero/trasferimento e tempo di permanenza superiore alle 24 ore sul totale pazienti con esito ricovero/trasferimento	U.O.C. Pronto Soccorso
	Accessi con tempo di permanenza in PS/DEA inferiore alle 12 ore	Numero di accessi con tempo di permanenza in PS/DEA inferiore alle 12 ore sul totale degli accessi	U.O.C. Pronto Soccorso
	Accessi con triage rosso, esito ricovero/trasferimento e tempo di permanenza >24 ore	Accessi con triage rosso, esito ricovero/trasferimento e tempo di permanenza >24 ore sul totale pazienti con triage rosso ed esito ricovero/trasferimento	U.O.C. Pronto Soccorso
	Aumento del numero di pazienti di PS con esito "a domicilio"	Numero di pazienti di pronto soccorso con esito "a domicilio" sul totale degli accessi di PS	U.O.C. Pronto Soccorso
EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO DEI PERCORSI CHIRURGICI E DI EMERGENZA	Qualità servizio PS	Pazienti con esito "non risponde a chiamata o si allontana spontaneamente" sul totale dei pazienti (esito 6 e 8)	U.O.C. Pronto Soccorso
	Rapporto tra pazienti in destinazione e pazienti in PS/DEA alle ore 14	Rapporto tra pazienti in destinazione di ricovero/trasferimento e pazienti in PS/DEA alle ore 14	U.O.C. Pronto Soccorso
	Ottimizzazione dei percorsi con PS	Tempo permanenza paziente psichiatrico in PS inferiore a 3 ore	U.O.C. Pronto Soccorso
PIANO ESITI E QUALITA'	Adeguatezza tempo risposta TAT (tempo di refertazione)	Referti consegnati nel rispetto del tempo di refertazione sul totale dei referti	U.O.S.D. Anatomia Patologica ad indirizzo Istopatologico U.O.S.D. Anatomia Patologica ad indirizzo Citopatologico
	Coordinamento delle diverse UO attraverso incontri e monitoraggio dei vari obiettivi legati alla prevenzione delle infezioni ospedaliere, alle attività dell'HUB ospedale senza dolore, al buon uso del sangue, alla diffusione di pratiche organizzative a tutela del personale e ai percorsi di preospedalizzazione	Brevi verbali con indicazioni proposte	Area Funzionale dei servizi assistenziali integrati
	Incremento del numero delle donazioni di sangue per il raggiungimento dell'autosufficienza regionale attraverso la definizione dei piani operativi, anche in collaborazione con le Associazioni di volontariato, finalizzati ad incrementare il numero delle donazioni con particolare riferimento ai periodi di maggiore carenza	Incremento delle donazioni	U.O.S.D. Medicina Trasfusionale
	Migliorare la qualità delle cure	Esami in urgenza refertati entro 60 minuti dalla richiesta sul totale esami urgenti N° gg di attesa per esami in regime dh < 7	

		Tempo di attesa per esecuzione e refertazione esame in regime ord <=2 giorni	
		Tempo di attesa per la refertazione di esami in regime ordinario entro 1 gg dall'esecuzione	
		% di donne operate per K mammella che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella	U.O.S.D. Breast Unit
		% di prostatectomie transuretrali rispetto al totale delle prostatectomie	U.O.S.D. Urologia
		% di resezione del colon in ricovero ordinario in laparoscopia sul totale degli interventi di resezione del colon	U.O.C. Chirurgia Generale U.O.S.D. Chirurgia Mininvasiva e dell'apparato digerente
		% interventi conservativi e nipple-skin sparing ricostruttivi alla mammella per tumore maligno	U.O.S.D. Breast Unit
		Aneurisma addominale non rotto: Mortalità a 30 giorni confronto con valore Lazio	U.O.C. Chirurgia Vascolare
		BPCO (Bronco-Pneumopatia Cronica Ostruttiva) : mortalità a 30 giorni (riferimento Regione Lazio)	U.O.C. Cardiocirurgia
PIANO ESITI E QUALITA'	Migliorare la qualità delle cure	Frattura del collo del femore: mortalità a 30 giorni dal primo accesso	U.O.C. Ortopedia U.O.C. Ortopedia e Traumatologia
		IC per K cerebrale: Mortalità a 30 giorni confronto con valore Lazio	U.O.C. Neurochirurgia
		IC per K maligno Colon : Mortalità a 30 giorni confronto con valore Lazio	U.O.C. Chirurgia Generale
		ICTUS: Mortalità a 30 giorni confronto valore Lazio	U.O.C. Stroke Unit U.O.C. Neurologia
		Intervento Chirurgico per K rene: Mortalità a 30 giorni confronto con valore Lazio	U.O.S.D. Urologia
		Intervento Chirurgico per tumore al polmone: Mortalità a 30 giorni confronto con valore Lazio	U.O.C. Chirurgia Toracica
		Percentuale pazienti con ICTUS ammessi, transitati o dimessi dalla neurologia sul totale dei dimessi	U.O.S.D. Stroke Unit
		Riduzione del numero di nuovi interventi di resezione successivi ad un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella e riorganizzazione dell'attività chirurgica	U.O.S.D. Breast Unit
		Valvuloplastica: mortalità a 30 giorni (riferimento Regione Lazio)	U.O.C. Cardiocirurgia
PIANO ESITI E QUALITA'	Migliorare la qualità delle cure	Volume BPAC (By pass aorto-coronarico) isolato	U.O.C. Cardiocirurgia
		Volume interventi per K prostata	U.O.S.D. Urologia
		Volume intervento chirurgico tumore maligno mammella	U.O.S.D. Breast Unit
		Volumi interventi maligno polmone	U.O.C. Chirurgia Toracica
		Volumi interventi per tumore maligno colon	U.O.C. Chirurgia Generale U.O.S.D. Chirurgia Mininvasiva e dell'apparato digerente
	Migliorare la tempestività dell'intervento per frattura collo/femore negli anziani	Proporzione di interventi chirurgici per frattura del collo del femore dell'anziano eseguiti entro 2 giorni dall'accesso nella struttura di ricovero	U.O.C. Ortopedia U.O.C. Ortopedia e Traumatologia
	Tempestività refertazione	Interventi refertati entro 24 ore sul totale degli interventi	Tutte le UU.OO. Chirurgiche
	Tempo di refertazioni per prelievi biotipici estemporanei max 30 minuti dall'invio della richiesta	Referti consegnati nei 30 minuti sul totale delle richieste	Tutte le UU.OO. Chirurgiche
	Riduzione del sovraccollamento in PS	N° dimissioni sabato e domenica 2019 su Tot pazienti dimessi	Tutte le UU.OO. Mediche

	Riduzione tempi di risposta	Valutazione del TAT (Turn around time) richieste urgenti	U.O.C. Medicina di Laboratorio
	Riduzione tempi permanenza in PS	Chiusura Fast-track entro 3 ore	U.O.C. Gastroenterologia U.O.C. Malattie dell'apparato Respiratorio U.O.C. Malattie Infettive U.O.S.D. Dermatologia U.O.S.D. Oculistica U.O.S.D. Otorinolaringoiatria
	Rispetto delle procedure in accettazione	Differenza in minuti tra accettazione amministrativa ed esecuzione prelievo inferiore o uguale a 30 minuti	Tutte le UU.OO. di Medicina di Laboratorio
	Tempestività chiusura cartelle cliniche	Data arrivo cartella in archivio - data dimissione max 4 giorni	Tutte le UU.OO. di ricovero
	Tempestività Trattamento	Ima stemi trattati con PTCA entro 90 minuti dall'accesso alla struttura	U.O.C. Cardiologia
	Trasparenza liste attese	Rapporto accettati/prenotati	Tutte le UU.OO.
	Riduzione della mortalità	BPCO (Bronco-Pneumopatia Cronica Ostruttiva) riacutizzata: mortalità o riammissioni a 30 giorni (confronto con media Regionale)	U.O.C. Malattie dell'apparato Respiratorio
		Stemi: mortalità a 30 giorni	U.O.C. Cardiologia
	Ridurre il ricorso ad interventi a rischio di inapproprietezza	Proporzione di interventi di colecistectomia in pazienti con calcolosi semplice senza complicanze sul totale delle colecistectomie	U.O.C. Chirurgia Epatobiliare e dei trapianti U.O.S.D. Chirurgia Mininvasiva e dell'apparato digerente
	Ridurre la durata della degenza media post-operatoria	Colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni in regime ordinario/day-surgery/ Totale delle colecistectomie laparoscopiche	U.O.C. Chirurgia Epatobiliare e dei trapianti U.O.S.D. Chirurgia Mininvasiva e dell'apparato digerente
PRODUZIONE E GOVERNO DELLA CASISTICA	Ottimizzazione case-mix	Incremento interventi chirurgici sulle carotidi (Endoarterectomia e PTA)	U.O.C. Chirurgia Vascolare
		Rapporto tra trapianti autologhi e totale trapianti	U.O.C. Trapianto cellule staminali
SICUREZZA DELLE CURE, SICUREZZA DEI LAVORATORI E GESTIONE SINISTRI	Analisi risultati del sistema di ALERT per la vigilanza delle infezioni ospedaliere	Invio relazioni alla DS	U.O.C. Microbiologia e Virologia
	Attuazione ed aderenza attività inerenti la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori	Completamento di azioni a correzione di non conformità del sistema di gestione della sicurezza sul lavoro riferite alla propria UO, secondo i termini programmati (entro 20 gg)	Tutte le UU.OO.
		Tempo trascorso su tempo programmato rispetto alla trasmissione di documentazione in tema di sicurezza sul lavoro richiesta dagli uffici di competenza (max 7 giorni)	
	Garantire l'applicazione delle raccomandazioni ministeriali in ambito di rischio clinico	% Checklist peri-operatorie compilate sul numero di interventi chirurgici	Tutte le UU.OO. Chirurgiche
		Compilazione della scheda di riconciliazione farmacologica	Tutte le UU.OO.
	Supporto attività CVS	Elaborazione e trasmissione, su richiesta della Direzione Generale e su proposta del CVS, delle relazioni cliniche a seguito di richiesta risarcitoria per presunta responsabilità professionale sanitaria, con indicazione degli operatori sanitari coinvolti	Tutte le UU.OO.
	Acquisizione consenso	Percentuale di campioni esaminati con consenso all'esecuzione del test sul totale dei campioni esaminati	U.O.C. Laboratorio di Genetica Medica
	Implementazione sistema monitoraggio infezioni ospedaliere	Messa a regime di un sistema di monitoraggio infezioni ospedaliere con sistema di reporting trimestrale per risk management e DS	U.O.C. Malattie infettive
	Presenza di relazioni scritte	Percentuale di relazioni scritte relative alle visite e/o consulenze di genetica clinica	U.O.C. Laboratorio di Genetica Medica

Promozione presso le strutture del dipartimento delle nuove modalità del consenso informato e degli obiettivi trasversali aziendali in ambito di Privacy, Trasparenza e Qualità	Relazione attestante le azioni intraprese relativamente alle seguenti tematiche: Consenso informato, Privacy, Trasparenza, Qualità	Tutti i Dipartimenti e le Aree Funzionali
Segnalazioni alle Autorità Giudiziarie nei casi ove previsto	N° RAG su totale pazienti con incidente stradale Rag su totale pazienti con riferite aggressioni	U.O.C. Pronto Soccorso
Coordinamento delle diverse UO attraverso incontri e monitoraggio dei vari obiettivi legati alla prevenzione delle infezioni ospedaliere, alle attività dell'HUB ospedale senza dolore, al buon uso del sangue, alla diffusione di pratiche organizzative a tutela del personale e ai percorsi di preospedalizzazione	Brevi verbali con indicazioni proposte	Area Funzionale dei servizi assistenziali integrati

2.3.Sottosezione di programmazione – CUG

La promozione delle pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e il contrasto di qualsiasi forma di discriminazione è uno degli obiettivi per i quali la Fondazione ha investito e continua a investire risorse e progettualità.

Con deliberazione del Direttore Generale n. 1261 del 29.11.2022 è stato ricostituito il Comitato Unico di Garanzia (istituito con deliberazione n. 290 del 29.05.2022) ai sensi dell' art. 21 della legge 183/2010 organismo che ha assorbito le competenze che precedentemente erano assolte dal Comitato per le Pari Opportunità e dal Comitato paritetico sul fenomeno del mobbing, dei quali ha assunto tutte le funzioni previste dalla legge, dai contratti collettivi relativi al personale delle amministrazioni pubbliche o da altre disposizioni.

Gli obiettivi del CUG sono definiti nella Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 4 marzo 2011, emanata di concerto dal Dipartimento della Funzione Pubblica e dal Dipartimento per le Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri, "Linee guida sulle modalità di funzionamento dei "Comitati Unici di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni" (art. 21, legge 4 novembre 2010, n. 183)".

Nel processo di realizzazione di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di parità, di pari opportunità e di benessere organizzativo, il ruolo del comitato è quello di:

- sviluppare proposte nelle materie di competenza;
- rappresentare l'organo di riferimento e di consultazione della Fondazione per tutte le problematiche attinenti alle materie di competenza;

- verificare l'attuazione delle azioni e delle misure proposte;
- predisposizione di piani di azioni positive, per favorire l'uguaglianza sostanziale sul lavoro delle lavoratrici e dei lavoratori ed elaborazione dei relativi piani di attuazione;
- promozione e/o potenziamento di ogni iniziativa diretta ad attuare politiche di conciliazione vita privata/lavoro;
- promozione della cultura della parità e delle pari opportunità e del rispetto della dignità della persona nel contesto lavorativo, anche attraverso la proposta di piani formativi per i lavoratori e le lavoratrici;
- proporre temi che rientrano nella propria competenza ai fini della contrattazione integrativa;
- proporre analisi, studi e programmazione di genere;
- proporre iniziative volte ad attuare le direttive comunitarie per l'affermazione sul lavoro della pari dignità delle persone nonché azioni positive al riguardo;
- promuovere la diffusione delle conoscenze ed esperienze, nonché di altri elementi informativi, documentali, tecnici e statistici sui problemi della parità e delle pari opportunità e sulle possibili soluzioni adottate da altre amministrazioni o enti;
- promuovere azioni atte a favorire condizioni di benessere lavorativo;
- proporre azioni positive, interventi e progetti, quali indagini di clima lavorativo, codici etici e di condotta, idonei a prevenire o rimuovere situazioni di discriminazioni o violenze sessuali, morali o psicologiche.
- formulare pareri su progetti di riorganizzazione della Fondazione nell'ambito delle competenze ad esso demandate;
- formulare pareri sui piani di formazione del personale;
- formulare pareri su orari di lavoro, forme di flessibilità lavorativa e interventi di conciliazione;
- formulare pareri sui criteri di valutazione del personale nell'ambito delle competenze ad esso demandate;
- verificare i risultati delle azioni positive, dei progetti e delle buone pratiche in materia di pari opportunità;
- verificare gli esiti delle azioni di promozione del benessere organizzativo e prevenzione del disagio lavorativo;
- verificare gli esiti delle azioni di contrasto alle violenze morali e psicologiche nei luoghi di lavoro;
- verificare l'assenza di ogni forma di discriminazione, diretta e indiretta, relativa al genere, all'età, all'orientamento sessuale, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione o alla lingua,

nell'accesso, nel trattamento e nelle condizioni di lavoro, nella formazione professionale, negli avanzamenti di carriera, nella sicurezza sul lavoro.

La piena valorizzazione dei processi volti a migliorare il benessere organizzativo ha portato la Fondazione a individuare, a seguito una procedura di selezione pubblica, la figura del Consigliere di fiducia, che possa, coerentemente con quanto disposto dalla Risoluzione A5-0283/2001 del Consiglio Europeo, in posizione di terzietà, autonomia di giudizio e riservatezza, gestire con tecniche di prevenzione e di risoluzione eventuali vicende di discriminazione, molestie sessuali e morali, mobbing, oltre che supportare il Datore di Lavoro per ogni attività relativa ai processi di benessere organizzativo.

Il Consigliere di fiducia è attivo dall'1.12.2022.

Nella sua prima convocazione il CUG, nella seduta del 16.12. 2022 ha esaminato la proposta di "Regolamento per il funzionamento del Comitato Unico di Garanzia"; aggiornando i lavori per l'approvazione del medesimo regolamento alla seduta programmata per il mese di gennaio 2023, nell'ambito della quale verranno discusse le prime proposte di azioni positive che la Fondazione attuerà per il prossimo triennio.

Gli obiettivi strategici sopra declinati- alimentati dalla Regione d'intesa con la UTV e approvati, secondo Statuto, dal Consiglio di amministrazione della Fondazione - vengono ulteriormente declinati in "obiettivi operativi" (con relativi indicatori) imputati alle articolazioni strutturali/funzioni dell'area di governo/direzione aziendale ("DAz") - comprendente la Direzione generale, la Direzione sanitaria e la Direzione amministrativa - e dell'area della produzione ("APr"), articolata nei Dipartimenti ad attività integrata ("DAI") e relative strutture/funzioni afferenti (AF/UOC/UOSD/UOS/Unit).

La configurazione del complesso dei suddetti obiettivi strategici del "PTV" ricomprende comunque, necessariamente, la tipologia degli obiettivi generali e specifici che la Regione, di norma, sviluppa, annualmente e in prospettiva triennale, in sede di assegnazione degli obiettivi ai Direttori generali delle aziende ospedaliere, tra cui il "PTV", fermo restando che, nella configurazione dei propri obiettivi strategici e nella declinazione degli stessi in obiettivi operativi, il "PTV" sviluppa

autonomamente tutte le ulteriori linee di budget ritenute congrue per una complessiva governance aziendale improntata alla efficienza, alla efficacia e all'attenzione per gli outcome.

2.4.Sottosezione di programmazione – Rischi corruttivi e trasparenza

La normativa e le indicazioni periodicamente offerte dagli enti preposti sui temi della prevenzione della corruzione, della trasparenza e dell'integrità introduce periodicamente importanti innovazioni nel trattamento della corruzione e prevede una serie articolata di azioni e di interventi operativi.

La Fondazione ha avviato a partire dall'Atto Aziendale (2018) un'azione di prevenzione del fenomeno della corruzione:

- perseguendo un'efficiente gestione delle risorse;
- individuando le attività con più alto rischio di corruzione;
- promuovendo una maggiore sensibilizzazione del personale sui temi della legalità e un soddisfacente livello di economicità, intesa come riorganizzazione delle attività lavorative di fronte alla necessità di assimilare concetti, procedure e culture lavorative nuovi;
- rafforzando, inoltre, nell'agire amministrativo l'etica pubblica, intesa come tutela dell'interesse generale;
- applicando la nuova nozione di trasparenza intesa come: *“accessibilità totale delle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione, degli indicatori relativi agli andamenti gestionali e all'utilizzo delle risorse per il perseguimento delle funzioni istituzionali, dei risultati dell'attività di misurazione e valutazione”*.

In tal senso ha costituito un sistema organizzativo articolato su vari livelli e ruoli, con lo scopo di assicurare azioni strategiche adeguate, al fine di privilegiare una prospettiva capace di garantire una concreta e reale promozione della legalità e dell'etica pubblica.

Lo sforzo è quello di superare la logica del mero adempimento burocratico, orientando le misure di prevenzione della corruzione anche al miglioramento delle performance aziendali e quindi alla risposta data ai cittadini strutturando il percorso specifico dedicato.

La finalità di questa programmazione è quella di consentire l'identificazione delle aree e dei processi a rischio che devono essere presidiati mediante l'implementazione di misure di prevenzione.

L'epidemia COVID – 19 ha, infatti, delineato uno scenario caratterizzato da incertezza e imprevedibilità per il quale è stato necessario rivedere modelli organizzativi e modalità di lavoro.

Nella prima fase pandemica è stato pertanto indispensabile non solo rimodulare strutture e risorse verso l'assistenza ai pazienti con infezione da COVID-19, ma anche mettere in atto misure di contenimento dell'epidemia stessa riducendo o sospendendo gli accessi ospedalieri di utenti prenotati per prestazioni differibili o programmabili, su indicazione regionale.

Nel corso del periodo emergenziale anche gli interventi chirurgici sono stati ridotti e limitati a categorie prioritarie e improcrastinabili quali i pazienti oncologici e i traumi. Per far fronte alla significativa riduzione di posti letto di chirurgia sono state messe in campo una serie di azioni volte a riorganizzare ed efficientare l'attività chirurgica fino a ricollocarla in altri ospedali della rete pubblica e accreditati, in una ottica di appropriatezza e qualificazione delle attività di cura.

La programmazione delle attività di prevenzione della corruzione e trasparenza si pone l'obiettivo di ripianificare l'azione della lotta alla corruzione considerando come punto di partenza l'esperienza della pandemia, che ha determinato la necessità di adottare criteri interpretativi nuovi, inserendo ad esempio nella mappatura del rischio corruttivo anche la gestione dei processi nei contesti emergenziali ma, traghettando, contestualmente, la gestione del rischio corruttivo dalla fase pre-covid a quella successiva, tenendo conto, analizzando e valorizzando l'esperienza maturata in costanza di quest'ultima.

L'implementazione dell'attività di mappatura e gestione del rischio ha subito una temporanea sospensione. L'individuazione e la gestione del rischio così come espresse nell'All. 1 del PNA 2019 avrebbe dovuto trovare una ulteriore e più intensa applicazione nel corso dell'anno 2021, considerando altresì il grado già obiettivamente penetrante di analisi che la mappatura svolta, con proficuo impegno dei Dirigenti delle aree interessate, rappresenta e garantisce.

Tale attività sarà completata nel corso nel prossimo triennio definendo una mappatura dei processi per fasi e sotto fasi.

La valutazione del rischio, già attuata, sarà gradualmente implementata con criteri che possano definire la ponderazione del rischio in termini qualitativi, utilizzando ulteriori indicatori che faranno riferimento ai seguenti criteri:

- presenza di procedure interne

- eventuale certificazione delle stesse
- tenuta sotto controllo dei processi sotto il profilo della tutela dei dati personali
- percentuale di contenzioso registrato
- numero di segnalazioni pervenute a RPCT.

Per la consultazione della mappatura dei processi e rischi e degli obblighi ex D.Lgs 33/2013 si rinvia al Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza consultabile al seguente link:

<https://www.ptvonline.it/index.php/mnu-azienda/column-1-azienda/amministrazione-trasparente/53-disposizioni-general/1910-piano-triennale-per-la-prevenzione-della-corruzione-e-della-trasparenza>

3. SEZIONE 3 – ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1.Sottosezione di programmazione – Struttura organizzativa

Nella sua globalità la struttura organizzativa è improntata a criteri di massima flessibilità volti a garantire il tempestivo ed idoneo adeguamento al mutare delle funzioni, dei programmi e degli obiettivi. Essa si articola in:

- a) Dipartimenti strutturali / funzionali;
- b) Strutture complesse;
- c) Strutture semplici dipartimentali;
- d) Strutture semplici;
- e) Articolazioni in Staff e alle dirette dipendenze della Direzione Strategica;

in base all'organigramma consultabile al seguente link:

<https://www.ptvonline.it/index.php/mnu-azienda/column-1-azienda/struttura-aziendale/2013-03-01-09-29-51>

3.2.Sottosezione di programmazione – Organizzazione lavoro agile

In base a quanto previsto dalle Linee guida sul piano organizzativo del lavoro agile e indicatori di performance ed in applicazione all'art. 14, comma 1, legge 7 agosto 2015, n. 124, come modificato dall'articolo 263, comma 4-bis, del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77, l'impatto sulla performance organizzativa ed individuale sarà misurato, coerentemente, non soltanto in base allo stato di implementazione dello stesso ma anche rispetto ad altre variabili produttive volte a migliorare la produttività, la riduzione dei costi, ed il miglioramento del livello di stress.

In particolare, si delinea sinteticamente il livello attuale di implementazione e di sviluppo del lavoro agile e la sua evoluzione triennale.

L'anno 2020 è stato caratterizzato dall'importante sforzo organizzativo di introduzione e massiccio ricorso al lavoro agile emergenziale nella sua massima estensione al fine di contemperare l'esigenza di contrasto alla pandemia con la necessità di continuità nell'erogazione dei servizi che la Fondazione è chiamata a garantire.

Lo svolgimento del lavoro agile è proseguito anche nell'anno 2021 in funzione dell'andamento pandemico, fino all'emanazione del DPCM 23.09.2021, ai sensi del quale, dal 15.10.2021, presso le Pubbliche Amministrazioni, il lavoro in presenza è tornato ad essere la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa, secondo le modalità e i criteri stabiliti dal Decreto del Ministro per la pubblica amministrazione 08.10.2021 e dalle Linee Guida sul lavoro agile del 22.10.2021.

In questo periodo la Fondazione ha provveduto alla progettazione e realizzazione di diversi interventi per il proseguimento “a regime” del lavoro agile al termine dell'emergenza sanitaria.

Tali interventi si inseriscono nel più ampio processo di innovazione della Fondazione allo scopo di stimolare il cambiamento con particolare riferimento alla produttività del lavoro e all'orientamento ai risultati, agevolando al contempo la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti, in un contesto amministrativo indirizzato a favorire il miglioramento del benessere organizzativo.

Con l'approvazione del Piano del lavoro agile si è inteso pertanto realizzare uno tra i diversi obiettivi del processo di innovazione attivato, con la finalità di definire una strategia di sviluppo organizzativo per la transizione dal tipo di lavoro agile avvenuto nella fase emergenziale a quella ordinaria e sintetizzare le scelte che l'Amministrazione si propone di mettere in atto ai fini della programmazione e della gestione del lavoro agile.

Tale processo ha richiesto la preventiva fotografia della condizione di partenza: l'individuazione delle attività che possono essere svolte in modalità agile; l'indicazione di un percorso di progressivo miglioramento, individuando obiettivi specifici da raggiungere nell'arco del triennio 2022-2024.

Nell'individuazione della condizione di partenza, specifica attenzione è stata prestata alla salute organizzativa con riferimento in particolare alla mappatura dei processi, all'analisi della organizzazione reale, professionale, digitale ed economico finanziaria.

Il Lavoro agile è definito dalla legge come una modalità flessibile di esecuzione della prestazione lavorativa finalizzata a “incrementare la competitività” e ad “agevolare la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro” che si realizza mediante “accordo tra le parti”.

L'esigenza di bilanciamento tra due interessi che trova composizione nell'accordo mediante il quale le parti - datore di lavoro e lavoratore – regolano la possibilità di eseguire la prestazione

“anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi, senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro”.

È dunque nel lavoro per obiettivi che va identificata la causa di questo negozio giuridico e, se vogliamo, la vera rivoluzione del lavoro agile: la possibilità per il lavoratore subordinato di lavorare “per obiettivi”.

Con il lavoro agile si perseguono i seguenti obiettivi:

- diffondere modalità di lavoro e stili manageriali orientati a una maggiore autonomia e responsabilità delle persone e sviluppo di una cultura orientata ai risultati;
- rafforzare la cultura della misurazione e della valutazione della performance;
- valorizzare le competenze delle persone e migliorare il loro benessere organizzativo, anche attraverso la facilitazione della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro;
- promuovere l’inclusione lavorativa di persone in situazione di fragilità permanente o temporanea;
- promuovere e diffondere le tecnologie digitali;
- razionalizzare le risorse strumentali;
- razionalizzare e riprogettare gli spazi di lavoro.

Come di seguito evidenziato dalla attuale distribuzione dei dipendenti autorizzati al lavoro agile, è già stato verificato che potenzialmente tutto il personale amministrativo, tecnico e professionale che lavora presso la Fondazione svolge attività che, anche a rotazione, possono essere erogate in modalità agile qualora ricorrano le seguenti condizioni minime:

- è possibile svolgere da remoto almeno parte della attività a cui è assegnata/o il/la lavoratore/lavoratrice, senza la necessità di costante presenza fisica nella sede di lavoro;
- è possibile utilizzare strumentazioni tecnologiche idonee allo svolgimento della prestazione lavorativa al di fuori della sede di lavoro;
- è possibile monitorare la prestazione e valutare i risultati conseguiti;
- è fornita dall’Azienda (nei limiti della disponibilità), la strumentazione informatica, tecnica e di comunicazione idonea e necessaria all’espletamento della prestazione in modalità agile, in alternativa, previo accordo con il datore di lavoro, possono essere utilizzate anche dotazioni tecnologiche del lavoratore che rispettino i requisiti minimi di sicurezza;

- non è pregiudicata l'erogazione dei servizi rivolti a cittadini ed imprese che deve avvenire con regolarità, continuità ed efficienza, nonché nel rigoroso rispetto dei tempi previsti dalla normativa vigente.

Non rientrano nelle attività che possono essere svolte in remoto, neppure a rotazione, quelle relative al personale dell'area socio-sanitaria, impegnato nei servizi da rendere necessariamente in presenza.

La Fondazione provvederà ad assicurare, per le attività che possono essere svolte in modalità agile, che almeno il 15 % dei dipendenti possa avvalersene, prevedendo come obiettivo da raggiungere nel triennio di riferimento il superamento di detta soglia entro il limite massimo del 20%.

Tale processo di innovazione nell'ambito dello sviluppo del lavoro agile sarà consentito anche grazie all'implementazione, per il triennio 2022-2024 degli strumenti digitali e tecnologici.

Per il triennio 2022-2024 si prevede un approvvigionamento di strumentazioni tecnologiche e un investimento formativo, tra l'altro, in ambito di:

- soft skill e nuove metodologie (facilitazione e influenza, principi di change management);
- autoconsapevolezza cognitiva per l'innovazione ed elementi di design thinking;
- laboratori su competenze digitali tecniche (gestione documentale digitale, strumenti collaborativi);
- competenze direzionali organizzative in materia di lavoro agile.

Il modello organizzativo garantisce che:

- tutte le attività svolte sono individuate all'interno del Sistema di misurazione e valutazione della performance in un sistema gerarchico di obiettivi;
- tutti i dipendenti sono attribuiti a tali attività, e pertanto lavorano per obiettivi.

Le attività che potranno essere svolte in modalità agile, sono riportate nella seguente mappatura; le attività individuate non devono intendersi non vincolanti e possono essere modificate e integrate e concordate con il Direttore della Struttura di appartenenza, a seconda delle esigenze aziendali rilevate.

MAPPATURA ATTIVITA' REMOTIZZABILI					
UOC / UOS / UOSD	CODICE ATTIVITÀ	DESCRIZIONE SINTETICA DEL PROCESSO REMOTIZZABILE	MODALITÀ DI VERIFICA	NECESSARI O UTILIZZO "VPN" O "CLOUD" - SI O NO	DISPOSITIVI NECESSARI PER LO SVOLGIMENTO DEL PROCESSO (PC, STAMPANTE, TELEFONO, AURICOLARI, VIDEOCAMERA, SCANNER O ALTRI DISPOSITIVI).
AFFARI GENERALI	AAGG-1	PROTOCOLLAZIONE PEC IN INGRESSO	REPORT	SI	PC
	AAGG-2	PREDISPOSIZIONE ATTI DELIBERATIVI	DOC.	SI	PC
	AAGG-3	PREDISPOSIZIONE CONTRATTI/CONVENZIONI	DOC.	SI	PC
	AAGG-4	PREDISPOSIZIONE REGOLAMENTI	DOC.	SI	PC
	AAGG-5	LIQUIDAZIONE/RICHIESTA EMISSIONE FATTURE	REPORT	SI	PC
	AAGG-6	ELABORAZIONE CE/BILANCIO	DOC.	SI	PC
	AAGG-7	PREDISPOSIZIONE FLUSSI/REPORT	DOC.	SI	PC
	AAGG-8	PREDISPOSIZIONE NOTE ISTRUTTORIE	DOC.	SI	PC
	AAGG-9	PREDISPOSIZIONE ATTI DELIBERATIVI	DOC.	SI	PC
	AAGG-10	PREDISPOSIZIONE CONTRATTI	DOC.	SI	PC
	AAGG-11	RICHIESTA EMISSIONE FATTURE	DOC.	SI	PC
	AAGG-12	PREDISPOSIZIONE NOTE ISTRUTTORIE	DOC.	SI	PC
	AAGG-13	PREDISPOSIZIONE DELIBERE	DOC.	SI	PC
	AAGG-14	PREDISPOSIZIONE CORRISPONDENZA CON LEGALI/COMPAGNIE DI ASSICURAZIONE	DOC.	SI	PC
	AAGG-15	PREDISPOSIZIONE ATTI/REGOLAMENTI	DOC.	SI	PC
	AAGG-16	LIQUIDAZIONE FATTURE	REPORT	SI	PC
	AAGG-17	ELABORAZIONE CE/BILANCIO	DOC.	SI	PC
	AAGG-18	PREDISPOSIZIONE NOTE ISTRUTTORIE	DOC.	SI	PC
	AAGG-19	PREDISPOSIZIONE NOTE ISTRUTTORIE	DOC.	SI	PC
	AAGG-20	PREDISPOSIZIONE VERBALE	DOC.	SI	PC
RISORSE ECONOMICO FINANZIARIE	REF-1	REGISTRAZIONE FATTURE PASSIVE	VERIFICA SU APPLICATIVO DELLE ATTIVITÀ EFFETTUATE	SI	PC
	REF-2	LIQUIDAZIONE FATTURE PASSIVE	VERIFICA SU APPLICATIVO DELLE ATTIVITÀ EFFETTUATE	SI	PC
	REF-3	VERIFICA E/C	VERIFICA SU APPLICATIVO DELLE ATTIVITÀ EFFETTUATE	SI	PC
	REF-4	REGISTRAZIONE FATTURE ATTIVE	VERIFICA SU APPLICATIVO DELLE ATTIVITÀ EFFETTUATE	SI	PC
	REF-5	SOLLECITO INCASSO	VERIFICA SU APPLICATIVO DELLE ATTIVITÀ EFFETTUATE	SI	PC
	REF-6	REGOLARIZZAZIONE INCASSI	VERIFICA SU APPLICATIVO DELLE ATTIVITÀ EFFETTUATE	SI	PC
	REF-7	EFFETTUAZIONE MANDATI PAGAMENTO	VERIFICA SU APPLICATIVO DELLE ATTIVITÀ EFFETTUATE	SI	PC
	REF-8	EMISSIONE ORDINI	VERIFICA SU APPLICATIVO DELLE ATTIVITÀ EFFETTUATE	SI	PC
	REF-9	PCC	VERIFICA SU APPLICATIVO DELLE ATTIVITÀ EFFETTUATE	SI	PC
	REF-10	VERIFICA DEI PAGAMENTI REGIONALI	VERIFICA SU APPLICATIVO DELLE ATTIVITÀ EFFETTUATE	SI	PC

Per la consultazione del Piano Operativo Lavoro Agile e del Regolamento si rinvia ai seguenti links:

<https://www.ptvonline.it/index.php/mnu-azienda/column-1-azienda/amministrazione-trasparente/77-performance/2165-piano-delle-performance>

<https://www.ptvonline.it/index.php/mnu-azienda/column-1-azienda/amministrazione-trasparente/53-disposizioni-general/2071-atti-general>

3.3.Sottosezione di programmazione – Piano triennale dei fabbisogni del personale

3.3.1. Il piano triennale

Il piano triennale dei fabbisogni del personale 2021-2023, redatto in aderenza alle disposizioni di cui agli artt. 6 e 6-ter del D. Lgs. 30/03/2001, n. 165 e ss.mm.ii., delle linee di indirizzo dettate con Decreto del Ministro per la Semplificazione e la P.A. dell'8 maggio 2018 e delle Linee guida regionali, ha tenuto conto, oltre alla diversa natura delle tipologie contrattuali attivate (personale dipendente, personale universitario strutturato, personale a convenzione, CO.CO.CO., con rapporto libero professionale) delle priorità di intervento, degli obiettivi, delle competenze rilevate e del consolidamento dei rapporti di lavoro del personale operante presso lo stesso Policlinico.

In tale ambito è stato necessario definire i fabbisogni prioritari e individuare le professionalità infungibili, non concepite solamente a titolo di mera sostituzione del personale cessato, ma in funzione dell'aderenza delle stesse al fabbisogno rilevato a garanzia delle politiche di sviluppo del Policlinico.

In tal senso si deve rilevare che la compatibilità economica di tale piano risulta coerente con il cronoprogramma di complessiva riorganizzazione delle attività cliniche del PTV che hanno investito, nello specifico:

- il potenziamento dell'Area chirurgica;
- l'implementazione dei percorsi diagnostici funzionali alla riduzione delle giornate di degenza;
- le problematiche legate al sovraffollamento del P.S. con il potenziamento dell'offerta assistenziale sia nell'ambito dell'Area Medica del P.S. sia nell'ambito dell'Area Chirurgica dello stesso.

Nella definizione del fabbisogno di personale del PTV per il triennio preso a riferimento si è tenuto conto, in relazione alle diverse strutture operative ed alle specifiche tipologie di attività che devono essere sviluppate nelle varie UOC/UOSD, del personale presente, considerato in base alle diverse tipologie contrattuali ed ai differenti regimi di impegno orario correlati (personale dipendente, personale universitario strutturato, personale medico a convenzione, personale con rapporto “flessibile” chiamato a rispondere a infungibili esigenze non rispondenti a competenze esistenti), del fabbisogno teorico, in funzione anche del consolidamento dell’evoluzione organizzativa del PTV, nel rispetto dei parametri dettati a livello regionale e delle disposizioni normative in materia di orario di lavoro.

In funzione evolutiva, considerate le attività assistenziali che devono essere consolidate e implementate nell’ottica di una politica di sviluppo del PTV nelle varie UU.OO. , tenendo conto del personale presente e operativo, considerato in base alle varie tipologie contrattuali, assume particolare rilevanza il processo di riorganizzazione delle attività cliniche e chirurgiche funzionale all’implementazione dei percorsi diagnostici e strumentali finalizzati allo smaltimento delle liste d’attesa, alla risoluzione del sovraffollamento del P.S. con il potenziamento dell’offerta assistenziale sia in Area Medica che Chirurgica del P.S., al recupero di efficienza operativa e funzionale delle strutture operative, sia riferite all’Area medica sia riferite all’Area chirurgica, per troppo tempo compromesse da scelte non aderenti ai fabbisogni effettivi di offerta sanitaria.

L’anno 2022 si è caratterizzato come anno di consolidamento dei percorsi già avviati negli anni precedenti in ragione dell’avvenuta stabile acquisizione di personale già titolare di contratto di natura precaria ovvero già in servizio in forza di rapporti in regime convenzionale in esito a procedure di opzione ex DCA n. U00464 del 27/11/2018 ed ex D.D. n. G06240/2021, come modificata con successiva D.D. n. G12112 del 06/10/2021, in esito ad accordi convenzionali, ai sensi delle disposizioni legislative in materia, con le Aziende titolari della relativa graduatoria nonché in esito ad applicazioni della disciplina di cui all’art. 20, commi 1 e 2 del D.Lgs. n. 75/17 e s.m.i. (cd. Legge Madia), nonché dalle apposite procedure previste ai sensi dell’art. 1 – comma 268 – lettera b) Legge n. 234/2021, con conseguente rafforzamento degli organici per effetto della trasformazione del personale con rapporto a tempo determinato in personale in servizio di ruolo.

Detti processi di consolidamento, che hanno interessato in via prioritaria, ma non esclusiva, personale afferente all’Area della Dirigenza Medica impegnato in servizi connotati da rilevante

strategicità, si sono realizzati ad invarianza di costi, atteso che i soggetti interessati già prestavano, a vario titolo, la loro attività lavorativa in favore del Policlinico.

La dinamica di governo delle risorse umane, anche per l'anno 2022, è stata finora fortemente influenzata dall'emergenza Covid 19, che ha comportato uno sforzo assunzionale per far fronte alle necessità derivanti dalla stessa emergenza, sia sotto l'aspetto propriamente assistenziale, sia per le attività di supporto (si ipotizza che nei mesi futuri vi sia un andamento epidemiologico sostanzialmente sovrapponibile a quello attuale).

Inoltre nel contesto delle misure organizzativa discendenti dal contrasto alla pandemia è proseguita e proseguirà l'attività per la gestione dei tamponi COVID (controlli dipendenti e utenti ricoverati), e dei punti di pre-triage e checkpoint già attivati nel 2020.

A consuntivo si riepilogano nella tabella di seguito riportata tutte le procedure avviate e concluse nel corso dell'anno 2022.

STABILIZZAZIONI A TEMPO INDETERMINATO:

- 12 unità di personale di comparto (5 INF-3 TSLB-1 TRM-1 PERF-1 AUDIO-1 ORTO)
- 27 Dirigenti Medici
- 6 stabilizzazioni in itinere (6 Dirigenza Medica)
- 1 Dirigenti Amministrativo
- 8 assunzioni programmate in corso STABILIZZAZIONE ex art. 20 c. 1 D. Lgs n. 75/2017 (Madia)
- 28 assunzioni programmate in corso STABILIZZAZIONE ex art.1, c. 268, lett. b) L. 234/2021 (precari Covid 18 mesi)

TOTALE: 82 UNITÀ

ACQUISIZIONE PERSONALE A TEMPO DETERMINATO COVID:

- 83 Collaboratori Professionali sanitari Infermieri
- 89 Dirigenti Medici

TOTALE: 172 UNITÀ

ACQUISIZIONE PERSONALE A TEMPO DETERMINATO NO-COVID:

- 4 Dirigenti Medici;
- 4 Farmacisti
- 9 unità Comparto (5 inf. - 2 ass.tec. - 1 ass.amm. - 1 tec. perf.)

TOTALE: 17 UNITÀ

ACQUISIZIONE IN COMANDO:

- 3 Dirigenti Medici – Successivamente acquisiti in mobilità ex art.30 comma 2 bis D. Lgs. 165/01;
- 3 Dirigenti Amministrativi - Successivamente acquisiti in mobilità ex art.30 comma 2 bis D. Lgs. 165/01;
- 1 Comparto ruolo amministrativo (Coll. Amm.vo Prof.le)
- 1 Comparto ruolo tecnico (Coll. Tec. Prof.le)

TOTALE: 8 UNITÀ**ACQUISIZIONI A TEMPO INDETERMINATO:**

- 3 Dirigenti Medici;
- 2 Dirigenti PTA;
- 21 CPS Infermiere;
- 1 CPS TRM ctg. protette;
- 4 Coll. Amm.vo prof.;
- 4 Assistente amm.vo;
- 15 Strutturazioni Docenti/Ricercatori Universitari.
- 19 assunzioni in itinere (3 Dir. PTA-13 INF-3 Coll. Amm.vo)
- 9 assunzioni programmate Dirigenti Medici da procedure concorsuali pubblicate
- 9 assunzioni programmate Dirigenti Medici da procedure di mobilità pubblicate
- 5 assunzioni programmate Comparto sanitario da procedure concorsuali pubblicate

TOTALE: 92 UNITÀ**TOTALE personale 1/01/2022-31/12/2022: 371 unità**

Tutte le procedure di acquisizione di personale a tempo determinato e indeterminato intervenute nel corso dell'anno 2022 hanno consentito lo svolgimento delle seguenti prestazioni/attività assistenziali:

- è stata formalizzata la richiesta al Coordinamento Regionale per le malattie rare l'inserimento di altre due malattie rare (sclerosi laterale Amiotrofica e S. Lennox –Gastaut) al fine di implementare la rete del PTV;
- il 7 dicembre il PTV è stato riconosciuto quale Centro di Riferimento Europeo per le malattie reumatologiche e che dal 1 gennaio 2022 il PTV è stato inserito nella rete Reconnet;
- da novembre 2021 sono state incrementate le “Visite dietologiche di controllo” (10 visite giornaliere in aggiunta alla LISTA 1911 già esistente) prenotabili tramite percorso interno. La “Visita dietologica di controllo” viene svolta dal medico e dalla dietista, ognuno per il proprio ambito di competenza. L'incremento del numero delle visite ha permesso dei controlli più

- ravvicinati per i pazienti in cura presso il Centro obesità, in particolare per i pazienti sottoposti a regimi dietetici speciali e per i pazienti sottoposti a chirurgia bariatrica;
- apertura dei nuovi posti letto del Modulo di Degenza di Geriatria al Policlinico Tor Vergata. Si tratta di 12 posti letto dei 20 previsti per la Geriatria nell'ambito della UOC di Medicina Interna–Centro per l'ipertensione, come previsto nella programmazione della Rete Ospedaliera 2021-2023;
 - aumento da 6 a 10 posti letto di Oncologia;
 - aumento da 14 a 20 posti letto di chirurgia d'urgenza;
 - attivazione dell'Ambulatorio Infermieristico delle cronicità è il primo esempio nel Lazio e l'unico in Italia a nascere in una azienda ospedaliera universitaria. Ha l'obiettivo di garantire la continuità delle cure per quei pazienti cronici che, dimessi dal pronto soccorso o dai reparti, hanno concluso il percorso clinico diagnostico ma necessitano ancora di cure assistenziali;
 - apertura della BREAST UNIT: La Breast Unit rappresenta un innovativo modello organizzativo che unisce trasversalmente vari professionisti, strutture e servizi con l'obiettivo di rendere più efficace, omogeneo e snello il percorso clinico della paziente, dalla diagnosi alla pianificazione individualizzata della cura, tenendo in considerazione anche gli aspetti di tipo riabilitativo, sia fisici sia psicologici, della donna nella sua globalità. Le pazienti sono al centro di un sistema digitalizzato ed integrato con il territorio in un nuovo spazio fisico e virtuale che non è solo un ambiente confortevole e curato. I principali obiettivi del progetto sono la continuità delle cure in sinergia con la rete territoriale e i medici di MMG, in una dimensione di costante attenzione alla persona che facilita la presa in carico;
 - attivazione Sportello Antiviolenza nella rete dell'Emergenza: Progetto in collaborazione con l'Associazione Differenza Donna. (delibera 1038 del 07/12/21). È un importante obiettivo per la salvaguardia della salute delle donne e dei minori che hanno subito una qualsiasi forma di violenza. La previsione di un percorso di accoglienza personalizzato rappresenta un'imprescindibile garanzia di cura e di tutela che consente a chi ha subito un abuso di sentirsi realmente inserito all'interno di un percorso protetto e sicuro di assistenza e di presa in carico globale. Redatta la nuova procedura nell'area di emergenza per la gestione delle donne vittime di violenza. In attivazione i corsi di formazione per tutti gli operatori dell'area della Emergenza;
 - adeguamento tecnologico e conseguente incremento delle prestazioni radioterapiche
 - attivazione laboratorio di elettrofisiologia dedicato H12, completamente autonomo rispetto alle attività di emodinamica (efficientamento rete HUB);

- incremento attività ambulatoria e di DH pediatriche (neuropsichiatria infantile e diabetologia), da luglio 2022
- attivazione H24, da giugno 2022, della sezione di radiologia presso il DEA che ha previsto l'installazione di 2 TAC, una sezione ecografica e una sezione RX
- incremento delle attività di preospedalizzazione (da 4120 di gennaio u.s. a 5080 di ottobre u.s.) con conseguente aumento delle sedute operatorie (attivata una guardia aggiuntiva per l'HUB di cardiocirurgia e 2 sale operatorie H12)
- attivazione 18 p.l. di DaySurgery
- attivazione di ulteriori 2 p.l. (da 6 a 8) di terapia intensiva cardiocirurgica da giugno 2022
- attivazione di ulteriori 4 p.l. (da 6 a 10) di terapia intensiva DEA, covid e non covid
- attivazione di 4 p.l. di sub intensiva respiratoria, da novembre 2022
- ricollocazione della medicina d'urgenza presso il DEA con conseguente attivazione, da febbraio 2022, di 4 letti di sub intensiva presso la medesima area e di 20 letti di area medica
- incremento delle attività di laboratorio – sala prelievi (da 6 a 10 postazioni) da maggio 2022

3.3.2. COVID19

Come noto il PTV era stato individuato, nell'ambito della programmazione regionale, sin dalle prime fasi dell'emergenza pandemica.

In tale veste al fine di far fronte ai gravosi compiti di assicurare un'adeguata tutela della salute pubblica in termini di offerta assistenziale dedicata, specialmente nell'ambito delle discipline direttamente coinvolte, nel corso del 2022 il Policlinico ha consolidato e potenziato la sua azione di contrasto alla pandemia sanitaria mediante l'adeguamento delle risorse umane dedicate, alle esigenze mutevoli imposte dall'evoluzione dell'infezione da SARS-CoV-2.

In ragione di quanto sopra, come risposta immediata alle necessità imposte, sono stati indetti ed espletati avvisi per manifestazione d'interesse finalizzati all'acquisizione di personale medico nelle discipline di Medicina Interna, Anestesia e Rianimazione, MCAU, e Malattie Infettive, nonché di personale del Comparto con particolare riferimento al personale infermieristico da impiegare a supporto delle attività aziendali espressamente dedicati all'emergenza da Covid-19, nonché per la sostituzione del personale sospeso per inosservanza degli obblighi vaccinali imposti dalle normative intervenute nel corso dell'anno 2022.

Facendo un raffronto tra i dati rilevati a consuntivo per l'anno 2021 e la progressione dell'evoluzione della minaccia sulla salute pubblica rappresentata dal COVID-19 sul corrente anno emerge un'evidente sovrapposizione di risultanze tra l'anno 2021 e l'anno 2022.

Infatti, successivamente ad una prima fase, in cui parte del personale sanitario assegnato a servizi assistenziale sospesi o ridotti (ad esempio le attività chirurgiche e le attività ambulatoriali) è stato prontamente ricollocato a garanzia dei nuovi percorsi legati alla pandemia si è resa necessaria, per la gestione delle fasi successive, una decisa revisione incrementale del fabbisogno di personale per l'anno 2022 (della dirigenza sanitaria e del comparto) comunque correlata alla emergenza Covid:

- sia per far fronte alle prime dirette esigenze emergenziali, anche in considerazione, da un lato, della riconversione del PTV in Ospedale COVID-4, con implementazione delle discipline specialistiche più strettamente collegate alle caratteristiche della epidemia, e, dall'altro, del riconoscimento del PTV quale Laboratorio della Rete Coronet;
- sia per far fronte, ulteriormente, in un secondo momento, alla esigenza di coniugare dette esigenze emergenziali con la contestuale ripresa delle altre linee di attività specialistiche "ordinarie" (in regime ambulatoriale, di ricovero, di pronto soccorso e di rete tempo-dipendenti), con la conseguente esigenza - in termini di più generale estensione del fabbisogno - di garantire, all'interno di dette linee di attività, la necessaria suddivisione/distinzione in sicurezza dei percorsi (sospetti/puliti/Covid);
- sia per avviare la copertura - in termini e prospettiva di stabile fabbisogno - degli incrementi di posti letto della rete ospedaliera programmati a regime dalla Regione nelle discipline più interessate alla emergenza Covid;
- sia, da ultimo, per far fronte ad una recrudescenza della pandemia che ha indotto la Regione ad ulteriori, urgenti incrementi delle dotazioni di posti letto in tali discipline;
- sia, infine, per far fronte alle nuove attività correlate alla recente attivazione del Drive-in a gestione PTV.

In tale complessa e articolata prospettiva, riconducibile alla emergenza Covid, è stato prioritariamente necessario acquisire personale sanitario a supporto delle unità operative direttamente coinvolte nel COVID e, in particolar modo per le suddette aree, che sono state e sono tuttora direttamente coinvolte nella gestione della pandemia, è stato necessario integrare fortemente il personale dedicato.

consentito di riassorbire quota parte delle ore di plus orario garantite da tale personale con notevoli risparmi a bilancio.

3.3.4. Nuove assunzioni

La pianificazione dei fabbisogni di risorse umane, quale strumento di programmazione pluriennale, deve conciliare le finalità istituzionali dell'Azienda con il rispetto della sostenibilità economica delle scelte organizzative adottate, nonché dei vincoli posti dalla legge in materia di assunzioni, ispirandosi ai principi di efficienza, economicità, trasparenza ed imparzialità, indispensabili per una corretta pianificazione delle politiche del personale e di reclutamento di nuove risorse.

In funzione evolutiva, considerate le attività assistenziali che devono essere consolidate e implementate nell'ottica di una politica di sviluppo del PTV nelle varie UU.OO. , tenendo conto del personale presente e operativo, considerato in base alle varie tipologie contrattuali, assume particolare rilevanza il processo di riorganizzazione delle attività cliniche e chirurgiche funzionale all'implementazione dei percorsi diagnostici e strumentali finalizzati allo smaltimento delle liste d'attesa, alla risoluzione del sovraffollamento del P.S. con il potenziamento dell'offerta assistenziale sia in Area Medica che Chirurgica del P.S., al recupero di efficienza operativa e funzionale delle strutture operative, sia riferite all'Area medica sia riferite all'Area chirurgica, per troppo tempo compromesse da scelte non aderenti ai fabbisogni effettivi di offerta sanitaria.

Al fine di dare attuazione al progetto abbozzato si è inteso agire per l'anno 2023, in primis, mediante assunzioni di personale già previste nel Piano Occupazionale 2022, autorizzate dalla Regione Lazio, ma non realizzate, e attraverso una ulteriore strategica integrazione di personale nel senso di seguito prospettato:

DIRIGENTI MEDICI	MEDICO	ANESTESIA, RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA	2
DIRIGENTI MEDICI	MEDICO	CARDIOLOGIA/ARITMOLOGIA	5
DIRIGENTI MEDICI	MEDICO	CHIRURGIA GENERALE	2
DIRIGENTI MEDICI	MEDICO	GERIATRIA	1
DIRIGENTI MEDICI	MEDICO	GINECOLOGIA E OSTETRICIA	3
DIRIGENTI MEDICI	MEDICO	MALATTIE INFETTIVE	1
DIRIGENTI MEDICI	MEDICO	MEDICINA INTERNA	1
DIRIGENTI MEDICI	MEDICO	MEDICINA NUCLEARE	3
DIRIGENTI MEDICI	MEDICO	NEUROLOGIA	1
DIRIGENTI MEDICI	MEDICO	PSICHIATRIA	3
DIRIGENTI MEDICI	MEDICO	RADIODIAGNOSTICA	3
DIRIGENTI MEDICI	MEDICO	MCAU	1
DIRIGENTI SANITARI		FARMACISTA	5
DIRIGENTI SANITARI		PSICOLOGO	1

PERSONALE INFERMIERISTICO	INFERMIERE	12
PERSONALE INFERMIERISTICO	OSTETRICA	30
PERSONALE TECNICO SANITARIO	TECNICO SANITARIO DI LABORATORIO BIOMEDICO	4
PERSONALE TECNICO SANITARIO	TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA	5
PERSONALE TECNICO	OPERATORE SOCIO SANITARIO	140
PERSONALE TECNICO	COLLABORATORE TECNICO PROFESSIONALE	2
DIRIGENTI AMMINISTRATIVI	DIRIGENTI AMMINISTRATIVI	1
PERSONALE AMMINISTRATIVO	COADIUTORE AMMINISTRATIVO	4
PERSONALE AMMINISTRATIVO	COADIUTORE AMMINISTRATIVO SENIOR	1
PERSONALE AMMINISTRATIVO	COLLABORATORE AMMINISTRATIVO	3
TOTALE		234

Planning Procedure da concludere anno 2023

PROCEDURA	CONCORSO	CONCORSO	CONCORSO	CONCORSO	CONCORSO	CONCORSO	CONCORSO	CONCORSO	CONCORSO	CONCORSO	MOBILITA'	MOBILITA'	MOBILITA'	MOBILITA'	MOBILITA'	MOBILITA'
PROFILO	DM M.A. RESP.	DIR. SPP	DM CH. GEN. Trapianti	DM RADIOD.	CPSTEC. RAD. MED. D	DS FARM. OSP.	DM NEUROL.	DMM. INFETTIVE	DMM. INTERNA	OSS Bs	MCAU	ANESTESIA	CARDIOLOGIA	PSICHIATRIA	GINECOLOGIA	M. NUCLEAR E
stato	CHIUSO	CHIUSO	in itinere	in itinere	in itinere	in itinere	in attesa pubblicazione	in attesa indizione	in attesa indizione	in attesa indizione	SOSPESO	SOSPESO	in attesa pubblicazione	in attesa pubblicazione	in attesa pubblicazione	in attesa pubblicazione
ANNO	2020	2021	2021	2021	2021	2021	2021	2021	2021	2021	2021	2021	2022	2022	2022	2022
CODICE	2020 DM01	2021 - ns	2021 - DM01	2021 - DM02	2021 - CS01	2021 - DM07	2021 - DM03	2021 - DM04	2021 - DM05	2022 - CS02	NO	NO	NO	NO	NO	NO
AUT. RL	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
INDIZIONE	916/20-401/21	346/21	488/21	851/21	933-971/21	1039/21	933/21				955/20-1087/21	955/20-1087/21	1039/22	1039/22	1039/22	1039/22
RICH. PUBBL. BURL. GU	11926/21	10504/21	13568/21	23121/21	24787/21	26974/21					291/21	291/21	24209/22	24209/22	24209/22	24209/22
SCADENZA	70/21	52/21	88/21	13/22	37/22	56/22					08/21	08/21	94/22	94/22	94/22	94/22
DOMANDE	63/21	47/21	78/21	17/22	40/22	60/22					12/21	12/21				
COMMISSIONE	SI	SI	SI	SI	SI	SI					1	3				
AMMISSIONE	244/22	15/22	1085/22													
APPROVAZIONE	339/22	316/22	1085/22													
	696/22	686/22														
TIPO	CAPOFILA	esclusivo	esclusivo	esclusivo	CAPOFILA	CAPOFILA	CAPOFILA	CAPOFILA	CAPOFILA	CAPOFILA	esclusivo	esclusivo	esclusivo	esclusivo	esclusivo	esclusivo
AGGREGAZIONI	posti	no	no	no	posti	posti	posti	posti	posti	posti	no	no	no	no	no	no
PTV	1	1	1	3	5	5	1	1	1	120	1	1	2	3	3	1
ASL RM 1	2					5	1			30						
ASL RM 2						2				25						
ASL RM 3						3		1	6	25						
ASL RM 4										50						
ASL RM 5						5			3	40						
ASL RM 6									3	15						
AOU SA										2						
AO SCF						1	2			45						
AO SGA					5					30						
IFO					6					15						
INMI						3			3							
ASL FR						4			3	7	50					
ASL LT						2			2							
ASL RI									2	4	13					
PUI*									2	4	13					
TOT Posti (per profilo)	3	1	1	3	16	30	4	12	24	510	1	1	2	3	3	1
note					NB. 5 posti SGA revocati					piano aggregazioni approvato (atti 15589/22)						

- acquisizione di almeno 1 Dirigente Medico di Anestesia e Rianimazione per implementazione organico necessario per n. 13 sale operatorie, di cui n. 4 in regime di DaySurgery, in aggiunta alle attuali, ma con orario di servizio pomeridiano, in modo da garantire un'attività chirurgica di bassa e media intensità, con orario 8-20, al fine di fronte dello smaltimento delle liste d'attesa e di rispondere ai requisiti minimi richiesti DCA 8/2011 e s.m.i. In aggiunta si impone l'implementazione di tale personale specialistico per il programmato adeguamento del PTV a DEA di II° livello, così da garantire un servizio di guardia anestesiológica H. 24 in Pronto

Soccorso e la figura specialistica di un anestesista dedicato alla sala operatoria di Ostetricia H. 24;

- acquisizione di Dirigenti Medici di Cardiologia, funzionale allo sviluppo delle attività della Rete HUB del PTV e all'implementazione delle attività della cardiologia interventistica, dell'interventistica strutturale e dell'elettrofisiologia, in modo da poter rispondere all'aumentato volume delle richieste correlate alle esistenti convenzioni con le A.S.L. della Regione Lazio ed alle necessità dei pazienti del territorio delle ASL confinanti;
- acquisizione di Dirigenti Medici di Cardiologia/Aritmologia perché nella rete ospedaliera il pvt è stato individuato quale HUB per l'aritmologia e l'attuale organico risulta completamente sprovvisto di specialisti nell'area dell'Aritmologia;
- acquisizione di Dirigenti Medici di Chirurgia Generale: necessari per lo sviluppo della BREST UNIT, eletta a centro di riferimento regionale, con previsione di incremento degli interventi chirurgici da 200 a 400; necessari per l'attivazione dell'unità operativa di Chirurgia Bariatrica; necessari a potenziare la U.O.S.D. Chirurgia d'Urgenza, ai fini dell'osservanza dei requisiti minimi richiesti dal DCA 8/2011 e s.m.i. e per l'attivazione di n. 1 guardia chirurgica attiva interdivisionale H. 24 e di n. 1 guardia chirurgica attiva presso il Box chirurgico in P.S.;
- acquisizione di Dirigenti Medici specialisti in Geriatria, nel corso dell'anno 2023, per il potenziamento dell'unità operativa dedicata con 20 p.l., come da Det. Reg. n. G07512 del 8 giugno 2021 - Adozione del Documento Tecnico recante la "Programmazione della rete ospedaliera 2021-2023 in conformità agli standard previsti nel D.M. 70/2015";
- acquisizione di Dirigenti Medici specialisti in Ginecologia e Ostetricia, personale di comparto ostetriche, per l'attivazione ex-novo di un'unità operativa di Ostetricia e Ginecologia con n. 15 p.l. e l'avvio di un percorso dedicato in P.S. H. 24, con l'apertura di n. 1 sala operatoria per parto cesareo e di n. 4 sale parto, in virtù dell'adeguamento del PTV a DEA di II livello, come da Det. Reg. n. G07512 del 8 giugno 2021 - Adozione del Documento Tecnico recante la "Programmazione della rete ospedaliera 2021-2023 in conformità agli standard previsti nel D.M. 70/2015";
- acquisizione Dirigenti Farmacisti in Farmacia Ospedaliera, per l'attivazione del Laboratorio Galenico all'interno del Policlinico, in funzione delle necessità del PTV e delle A.S.L. territorialmente confinanti; per l'attività ordinaria della Farmacia clinica interessata da recenti dimissioni di Farmacisti in possesso di specifica esperienza maturata nell'ambito di una struttura ospedaliera, mai sostituiti;

- acquisizione Dirigenti Medici – disciplina di Malattie Infettive, per la stabilizzazione del percorso dedicato alle Malattie Infettive presso il P.S., Box Malattie Infettive attivo H. 24, avviato nel corso dell'emergenza sanitaria da pandemia da SARS-CoV-2 e per l'incremento della dotazione di posti letto dedicati;
- acquisizione di Dirigenti Medici – disciplina di Medicina Interna per adeguare l'organico in esito all'attivazione ex novo di n. 40 p.l., ex DCA 8/2011 e s.m.i. in ordine ai requisiti minimi di assistenza ospedaliera;
- acquisizione di Dirigenti Medici specialisti in Medicina Nucleare, per la re-internalizzazione del servizio di PET-TC, attualmente affidato a servizio esternalizzato, con conseguente risparmio economico ed efficientamento organizzativo;
- acquisizione di Dirigenti Medici specialisti in Radiodiagnostica, per l'attivazione di una seconda TC in P.S., in funzione delle maggiori richieste conseguenza dell'adeguamento del P.S. del PTV a DEA di II livello e per soddisfare le aumentate necessità di assistenza e supporto ai degenti ed agli utenti esterni;
- acquisizione di Dirigenti Medici specialisti nella Medicina e Chirurgia d'accettazione e d'urgenza al fine di garantire e migliorare l'assistenza richiesta all'interno del pronto soccorso e della medicina d'urgenza.

3.3.5. Area delle Professioni Sanitarie

Professione TSLB:

La pianta organica del 2012, anno in cui sono state effettuate le ultime assunzioni, era composta da 87 unità TSLB, tale fabbisogno comprendeva tutte le strutture complesse afferenti al Dipartimento di Medicina di Laboratorio: U.O.C Biochimica ed emergenza, U.O.C Microbiologia, U.O.C Virologia Molecolare, U.O.C Oncoematologia, U.O.C Anatomia Patologia, U.O.C Genetica e U.O.S.D. SIMT, U.O.C Biologia Molecolare Clinica.

Il numero di prestazioni rese complessivamente dall'Area tecnico laboratoristica sono aumentate dal 2012 al 2022, periodo pre-Covid, di oltre il 30%.

Nonostante le numerose attivazioni di linee analitiche, compreso l'HUB Trasfusionale, detto aumento percentuale è stato sostenuto con iso-risorse, nonostante le numerose criticità, le riorganizzazioni continue e l'adozione di nuove tecnologie che hanno permesso il consolidamento di alcuni analiti.

La pianta organica pre-Covid era costituita da 76 unità di TSLB, non conformi al fabbisogno teorico dell'Area della Medicina di Laboratorio ai sensi delle linee guida regionali.

In via generale si fa presente che nell'attuale situazione molti dipendenti godono, nell'ambito della complessiva dotazione organica, di benefici legati alla L.n. 104/92 mentre n. 3 unità, con ridotte capacità lavorative, sono adibite alle ordinarie attività con le limitazioni imposte.

In via generale le unità attualmente in organico risultano insufficienti al fabbisogno teorico dell'Area della Medicina di Laboratorio ai sensi delle linee guida regionali, viene pertanto programmata nel corso dell'anno 2023 l'acquisizione di almeno 4 nuove unità.

Professione TSRM:

Nel corso dell'anno 2019, la dotazione organica costituita dalle 48 unità contrattualizzate con il PTV, non sufficiente alla copertura dei servizi, è stata integrata con l'acquisizione, in via stabile, di altre unità in modo da raggiungere un contingente di 52 tecnici strutturati, a cui si sono aggiunti per specifiche emergenti esigenze n. 9 TSRM a "contratto a tempo determinato".

Il numero attuale di personale tecnico radiologi costituisce la pianta organica minima per la copertura di tutti i servizi di diagnostica strumentale, alle quali vanno aggiunte n. 3 unità necessarie per le esigenze della U.O.C. Medicina Nucleare da acquisire, nell'immediato, al fine coprire le esigenze di detta U.O.C., rimasta sguarnita di personale tecnico dedicato all'atto della cessazione del rapporto con la Ditta Alliance e del venir meno dell'apporto prestazionale reso dai n. 3 tecnici forniti in outsourcing.

Il fabbisogno minimo necessario per la copertura di tutti i servizi di diagnostica strumentale, comprese le attività assistenziali di pertinenza della U.O.C. Medicina Nucleare, è pari quindi a n. 65 unità di TRM, con previsione di ulteriori 2 unità in funzione del previsto incremento di attività, stimabile nella misura del 20%, presso la U.O.C. di Radioterapia.

In via generale le unità attualmente in organico risultano insufficienti al fabbisogno teorico dell'Area della Diagnostica per Immagini ai sensi delle linee guida regionali con contestuale necessità di acquisire nel corso dell'anno 2023 almeno ulteriori 5 unità.

3.3.6. Area delle Professioni Infermieristiche

Per l'anno 2023 le attivazioni programmate, di seguito rappresentate, assorbiranno un totale di n. 12 unità di C.P.S. Infermiere, in aggiunta al personale a tempo determinato acquisito nel corso dell'anno 2022 e oggetto di proroga fino al 31/12/2023 (per quello rimasto in servizio), al fine di soddisfare i fabbisogni legati ad attivazioni avviate nel corso dell'anno 2022 e da attivare nell'anno 2023:

- attivazione 22 posti letto per le esigenze dell'area dell'emergenza;
- mantenimento e consolidamento attività di holding area;
- attivazione Ostetricia, come previsto dalla programmazione regionale, includente 14 posti letto, sala operatoria dedicata, blocco parto, neonatologia e pronto soccorso ostetrico.

Si rileva, infine, che il costo del personale per l'anno 2023 tiene conto dei 140 operatori sociosanitari per i quali il PTV ha richiesto e ottenuto dalla Regione Lazio l'autorizzazione di attivare, anche per conto delle altre Aziende/Enti del servizio sanitario regionale interessate, la relativa procedura concorsuale per l'internalizzazione delle attività svolte dal personale con qualifica di Operatore sociosanitario, ad oggi ancora non avviata. mediante concorso pubblico da indire dal PTV quale azienda Capofila anche per conto delle altre Aziende/Enti del servizio sanitario regionale interessati. Procedura che dovrebbe consentire l'inserimento in organico del suddetto personale nel corso del secondo semestre del 2023. Gli eventuali maggiori costi derivanti dall'esito di detta procedura assunzionale saranno, comunque, compensati dalla cessazione, in parte qua, dell'appalto di servizio in corso di esecuzione per le attività di supporto ospedaliero.

3.3.7. Adeguamento delle Risorse umane in ambito amministrativo professionale e tecnico

Il nuovo piano assunzionale 2022/2024, prevede un rafforzamento della direzione aziendale in particolare e di tutta l'area amministrativa in generale, nonché un significativo incremento delle unità di personale amministrativo di comparto categoria D per adeguare le nuove risorse alle esigenze di supporto amministrativo professionale e tecnico del PTV.

3.3.8. Adeguamento delle Risorse umane da acquisire ai sensi della L. 68/99 (Assunzioni obbligatorie)

Nel corso dell'anno 2023 nel rispetto di specifiche convenzioni si provvederà a regolarizzare nel rispetto dei vincoli imposti dalla L. 68/99, mediante inserimento in organico di 4 unità in ambito amministrativo con qualifica di coadiutore amministrativo cat. B, nonché di ulteriori 4 unità di personale in ambito sanitario.

3.3.9. Collaboratori

In considerazione del perdurare dell'emergenza COVID-19 è stato previsto un costo di circa € 1.488.237,00 mln dovuto al consolidamento delle acquisizioni di collaboratori coordinati e continuativi (co.co.co.) con medici in formazione specialistica e/o con specialisti, inseriti nei percorsi assistenziali del PTV coinvolti nel contrasto alla suddetta emergenza sanitaria, attivati nel corso del 2021, come precedentemente meglio specificato, a norma di quanto previsto dall'art. 2 bis del D.L. 17 marzo 2020 n. 18, convertito con Legge n. 27 del 24 aprile 2020, sul presupposto che il termine del 31/12/2021 ivi indicato venga verosimilmente prorogato per l'intero anno 2022, come previsto nella bozza di manovra finanziaria, allo stato, in discussione al Parlamento.

3.3.10. Ulteriori politiche del personale

Si evidenzia, inoltre, che il PTV proseguirà le attività di riorganizzazione e di revisione dei percorsi, sia dal punto di vista strutturale sia dal punto di vista degli assetti organizzativi nel loro complesso. Tutte le azioni saranno quindi rivolte ad una ottimizzazione organizzativa in termini di risposta di salute e di razionalizzazione gestionale delle risorse già presenti.

In tale prospettiva, nel corso dell'anno 2023, saranno avviati i percorsi finalizzati all'attribuzione degli incarichi di funzione destinati al personale di Comparto, nel rispetto delle nuove disposizioni contenute nel CCNL Comparto Sanità sottoscritto in data 02/11/2022 – triennio 2019/2021. Sarà completata la procedura di assegnazione degli incarichi al personale medico e sanitario dipendente.

La realizzazione delle assunzioni di cui trattasi si rende possibile oltre i vincoli previsti dalla legislazione vigente in materia di spesa di personale con adeguamento del limite definito dall'art. 23, comma 2, del decreto legislativo 25 maggio 2017, n.75, al fine di garantire l'invarianza del valore medio pro-capite, riferito all'anno 2018, del trattamento accessorio coerentemente con quanto disposto dall'art. 2 del DL.34/2020 come convertito con Legge n.77 del 17/07/2020.

4. SEZIONE 4 – MONITORAGGIO

4.1. Sottosezione di monitoraggio – Valore pubblico e Performance

Secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b) del decreto legislativo n. 150 del 2009, a consolidamento del processo formale con cui periodicamente i diversi organi aziendali raggiungono un accordo sull'impiego e sull'allocazione delle risorse disponibili, viene attivato un costante monitoraggio prevalentemente supportato da reportistica differenziata prodotta a livello centrale e locale attraverso il quale viene di volta in volta esaminato il valore assunto dagli indicatori identificati per la misurazione e la valutazione della performance.

Qualora dall'analisi dell'andamento dei risultati intermedi emergano evidenti scostamenti rispetto agli obiettivi assegnati generati da chiari elementi ostativi è possibile applicare revisioni del valore atteso e/o rimodulazione degli obiettivi.

In ogni caso al termine dell'anno le varie articolazioni sono tenute a relazionare sulle azioni intraprese per il raggiungimento degli obiettivi assegnati commentando i risultati raggiunti ed entro il 30 giugno, e conseguentemente alla fine del ciclo viene approvata la cosiddetta «Relazione sulla performance» che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse impiegate, con rilevazione degli eventuali scostamenti.

Per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi l'O.I.V. basa le sue determinazioni sulle relazioni conclusive predisposte dai Responsabili dei C.d.R. e sull'esame delle singole schede di budget negoziate, nelle quali vengono di norma esposti sinteticamente i passaggi progettuali concordati e i corrispondenti indicatori di risultato.

L'esito delle verifiche annuali di performance effettuate dall'Azienda sotto il monitoraggio e la supervisione dell'OIV, concorre alla valorizzazione/valutazione del capitale umano secondo quanto previsto dal regolamento aziendale "Valutazione della performance e sistema incentivante" adottato con dall'azienda con delibera 870 dell'01/07/2020 così come modificato con delibera 1672 del 29/11/2021.

4.2. Sottosezione di monitoraggio – Rischi corruttivi

La gestione del rischio si completa con l'azione di monitoraggio e valutazione, finalizzata alla verifica dell'efficacia dei sistemi di prevenzione adottati e alla successiva messa in atto di ulteriori strategie di prevenzione. Il monitoraggio avviene semestralmente, anche attraverso una attività di audit con i singoli servizi coinvolti.

In particolare per ciascuna area vengono indicate le misure di prevenzione già esistenti e quelle nuove da implementare per ridurre la probabilità che il rischio si verifichi, la tempistica per l'introduzione e implementazione e le responsabilità della stessa tenendo conto che il principio legato all'applicazione di nuove misure o il mantenimento delle misure di prevenzione del rischio già esistenti.

Gli obiettivi strategici riportati nell'allegato tecnico sono sviluppati in una serie di azioni di intervento e indicatori di misurazione, con relative indicazioni dei responsabili della loro attuazione.

4.3. Sottosezione di monitoraggio – Organizzazione e capitale umano

Il sistema di valutazione del personale aziendale è:

- riferito agli obiettivi dell'Azienda e alla sua mission;
- basato su criteri partecipativi poiché il dipendente deve essere adeguatamente informato e reso partecipe del processo di valutazione che lo riguarda;
- caratterizzato dal confronto periodico tra valutatore e valutato anche attraverso specifica formalizzazione di tale confronto;
- contestualizzato rispetto agli obiettivi aziendali o di UO, alla tipologia di incarico e alle attività svolte, sempre in maniera condivisa e partecipata.
- In particolare il personale della Fondazione Azienda è sottoposto alle seguenti valutazioni:
- valutazione delle competenze manageriali/gestionali dei titolari delle strutture dotate di budget autonomo (UOC/UOSD), attribuite in prima istanza al diretto superiore del valutato ed in seconda istanza all'OIV;
- valutazione dei comportamenti e delle competenze professionali di tutti i dirigenti, attribuite in prima istanza al diretto superiore ed in seconda istanza al Collegio Tecnico competente (di Area omogenea)

- valutazione in prima istanza del diretto superiore ed in seconda istanza dall'OIV per il personale del comparto, se titolare di incarichi di funzione;
- valutazione del dirigente sovraordinato, sentito il parere non vincolante del coordinatore/coordinatrice, per il restante personale del comparto.

L'esito delle verifiche annuali di performance effettuate dall'Azienda, sotto il monitoraggio e la successiva proposta dell'OIV, relativamente alla misurazione della performance organizzativa, concorre, assieme agli altri elementi di tipo disciplinare o documentale, alla formazione della valutazione/valorizzazione finale del personale della dirigenza e/o incarichi di funzione/comparto.