



# RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 2022



FONDAZIONE PTV POLICLINICO

## Elenco delle modifiche

<b>Versione</b>	<b>Data</b>	<b>Paragrafi modificati</b>	<b>Note</b>
2023	21/06/2023	TUTTI	

	<b>Funzione</b>	<b>Data</b>
<b>Redazione</b>	UOC Controllo direzionale UOC Gestione sviluppo risorse umane	21/06/2023
<b>Verifica</b>	Direttore Sanitario	21/06/2023
<b>Verifica</b>	Direttore Amministrativo	21/06/2023
<b>Verifica</b>	Direttore Generale	21/06/2023
<b>Approvazione</b>	Consiglio di Amministrazione	26/06/2023
<b>Validazione</b>	Organismo Indipendente di Valutazione	27/06/2023

## 1 Sommario

<b>1.</b>	<b>CONTENUTI DELLA RELAZIONE ANNUALE SULLA PERFORMANCE.....</b>	<b>4</b>
<b>2.</b>	<b>PRINCIPALI RISULTATI RAGGIUNTI .....</b>	<b>5</b>
2.1	Produzione .....	5
2.2	Esiti clinici.....	9
<b>3.</b>	<b>ANALISI DEL CONTESTO E DELLE RISORSE.....</b>	<b>11</b>
3.1	Analisi del contesto esterno .....	11
3.1.1	Ospedale ad alta specializzazione .....	11
3.1.2	Contesto territoriale .....	12
3.1.3	Il contesto epidemiologico: problema dell'invecchiamento della popolazione .....	12
3.1.4	Il contesto organizzativo: posizionamento del PTV nella programmazione regionale della rete ospedaliera, della rete dell'emergenza e delle reti tempo-dipendenti .....	13
3.1.5	Il contesto della rete integrata: l'integrazione "ospedale-territorio" .....	14
3.2	Analisi del contesto interno .....	16
3.2.1	Il Risk Management.....	16
3.2.2	Studi Clinici .....	18
3.2.3	Il Sistema di Gestione per la Qualità della Fondazione Policlinico Tor Vergata ("SGQ") .....	20
3.2.4	Le risorse umane .....	20
3.2.5	Quadro delle risorse strumentali e finanziarie .....	23
<b>4.</b>	<b>MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE.....</b>	<b>27</b>
4.1	Albero della performance .....	27
4.2	Misurazione e valutazione .....	29
<b>5.</b>	<b>IL PROCESSO DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE .....</b>	<b>41</b>
<b>6.</b>	<b>VALUTAZIONE DEGLI STAKEHOLDER.....</b>	<b>43</b>
<b>7.</b>	<b>LE CRITICITA' E LE OPPORTUNITA' .....</b>	<b>45</b>

# 1. CONTENUTI DELLA RELAZIONE ANNUALE SULLA PERFORMANCE

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

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

Al fine di migliorare la qualità dei servizi e di rendere trasparenti i risultati e le risorse impiegate, le amministrazioni pubbliche sono tenute a dare piena attuazione al ciclo di gestione della performance, prevedendo la redazione di specifici documenti, tra cui si cita in particolare il "Piano della Performance" (confluito nel PIAO – Piano Integrato di attività e organizzazione, ai sensi dell'art. 6 del Decreto Legge n.80 del 9 giugno 2021), in cui le amministrazioni pubbliche evidenziano gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e, quindi, i relativi indicatori e valori programmati per la misurazione e la valutazione dei risultati da conseguire.

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

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

## 2. PRINCIPALI RISULTATI RAGGIUNTI

I risultati raggiunti nell'anno 2022 risentono ancora in parte degli effetti che l'emergenza epidemiologica da COVID-19 ha avuto sull'intera organizzazione.

Dall'anno 2020, a seguito della riconversione disposta dalla Regione Lazio del Policlinico a COVID Hospital e alla riorganizzazione dei percorsi assistenziali le attività di ricovero si sono concentrate su quelle indifferibili, garantendo e preservando i percorsi assistenziali di pazienti fragili o con patologie di cui il PTV è centro di riferimento e di eccellenza

Nel corso del 2022 I, con la fine dello stato di emergenza, le attività del PTV sono tornate quasi alla normalità, sia in termini di volumi che in termini di "tipologia" di assistenza.

Gli effetti della recente pandemia, ma anche le contingenze internazionali dovute al conflitto in Ucraina rimangono evidenti se si analizzano gli impatti economici sul bilancio di esercizio. Anche il risultato economico dell'esercizio 2022, come lo sono stati quelli dal 2020 in poi, risulta fortemente influenzato dal trascinarsi degli costi generati dalla pandemia sull'organizzazione e dal rialzo dei costi di alcune materie prime. A supporto di quanto detto basti pensare all'impennata del costo dei vettori energetici che ha registrato rispetto all'esercizio precedente un incremento di € 8.969.679,80 oltre iva.

Rispetto all'esercizio 2021, va segnalato un incremento della produzione di circa 16 milioni e una riduzione della contribuzione di circa 3 milioni che invece aveva fortemente sostenuto la gestione degli esercizi precedenti.

Si segnala un utilizzo di circa 6 milioni di contributi destinati alla copertura di investimenti non coperti dalle relative fonti di finanziamento. Questo utilizzo autorizzato dalla Regione in sede di concordamento ha permesso al PTV di effettuare una serie di interventi improcrastinabili ed urgenti a livello impiantistico e relativamente all'acquisto di piccole attrezzature ormai vetuste e non riparabili ma essenziali per le attività sanitarie.

A fronte della maggior produzione realizzata si registrano maggiori costi per oltre 15 milioni per beni, servizi e personale. Come già rappresentato dei 15 milioni di incremento oltre 9 milioni sono relativi all'incremento dei vettori energetici.

Nei paragrafi successivi 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 2022.

### 2.1 *Produzione*

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. Come risultante da modello NSIS HSP12 al 31.12.2022 risultano attivi 511 posti letto, di cui 448 ordinari e 63 diurni.

Nell'anno 2022 al PTV sono stati prodotti 21.731 ricoveri di cui 14.451 in regime ordinario e 7.283 in regime di day hospital.

#### Tab. Ricovero ordinario

DIPARTIMENTO	N° DIMESSI		RICAVI	
	2021	2022	2021	2022
DIPARTIMENTO DEL BENESSERE DELLA SALUTE MENTALE E NEUROLOGICA, DENTALE E DEGLI ORGANI SENSORIALI	2.193	2.306	€ 11.900.846,70	€ 12.656.799,75
DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE	1.916	2.063	€ 11.777.064,00	€ 12.931.965,40
DIPARTIMENTO DI ONCOEMATOLOGIA	786	988	€ 8.491.929,74	€ 9.385.888,00
DIPARTIMENTO DEI PROCESSI ASSISTENZIALI INTEGRATI	541	553	€ 2.463.281,55	€ 3.544.074,30
DIPARTIMENTO DI SCIENZE CHIRURGICHE	3.326	3.880	€ 25.933.297,95	€ 26.971.461,95
DIPARTIMENTO DELLE SCIENZE MEDICHE	4.518	4.661	€ 25.355.021,00	€ 27.676.972,90

#### Tab. Day hospital

DESCRIZIONE	2021	2022
N° RICOVERI	6.060	7.283
RICAVO	€ 6.660.970	€ 7.591.992

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

#### Tab. Ambulatorio

ATTIVITA' AMBULATORIALI		
ANNO	N° PRESTAZIONI	RICAVI
2021	1.434.977	€ 35.034.647,19
2022	1.873.688	€ 43.190.285,98

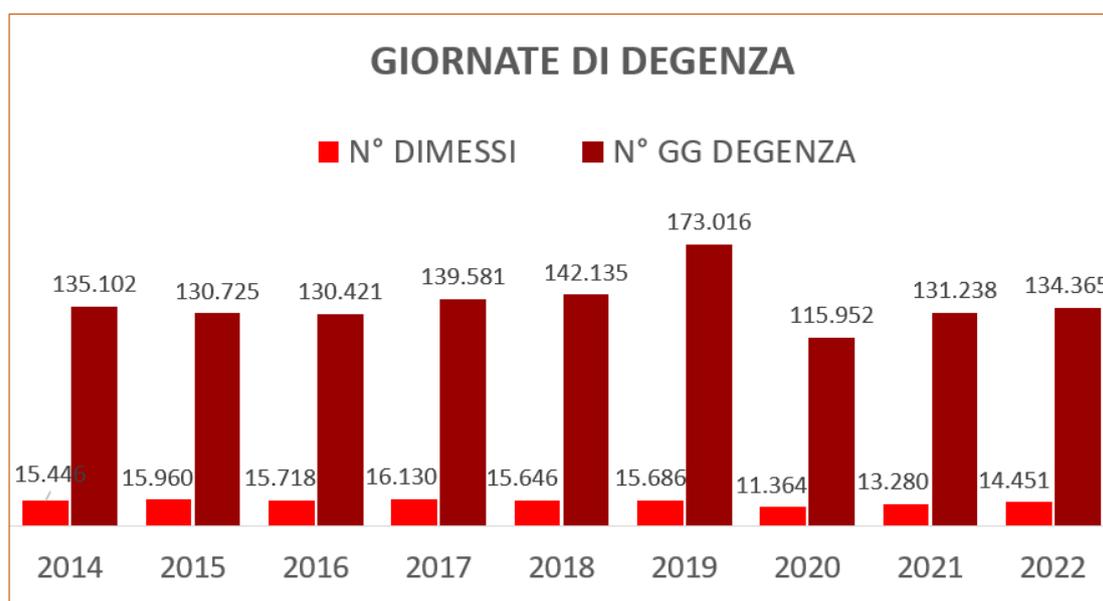
Di seguito una serie di grafici che mostrano l'andamento delle attività negli anni.

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

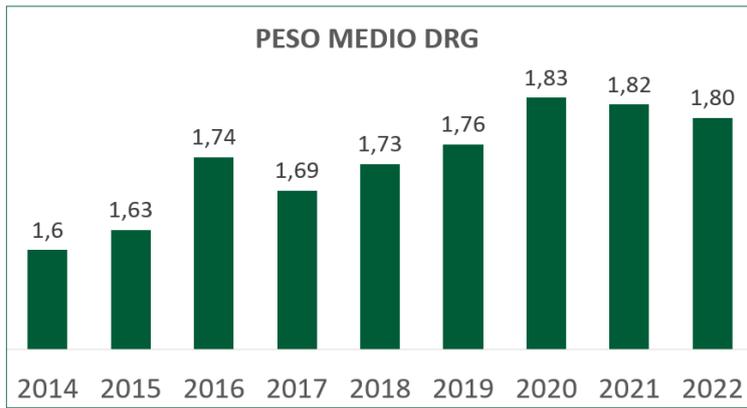
Nell'anno 2022 sono state prodotte 134365 giornate di degenza, valore superiore ai due anni precedenti ma ancora molto distante rispetto all'anno 2019 (ultimo anno pre-covid). Al contrario la complessità dei casi trattati, misurabile attraverso il Peso dei DRG prodotti risulta superiore al periodo pre-covid, seppure in diminuzione rispetto all'anno 2021.

Come evidente dal grafico relativo al numero degli interventi chirurgici, la riorganizzazione delle attività resasi necessaria per fronteggiare la recente pandemia ha fortemente inciso sulle attività chirurgiche, in particolare sulla chirurgia di elezione. Nell'anno 2022 al PTV sono stati effettuati 7191 interventi chirurgici, circa 800 in più rispetto al 2021 ma quasi 2000 in meno rispetto al 2019.

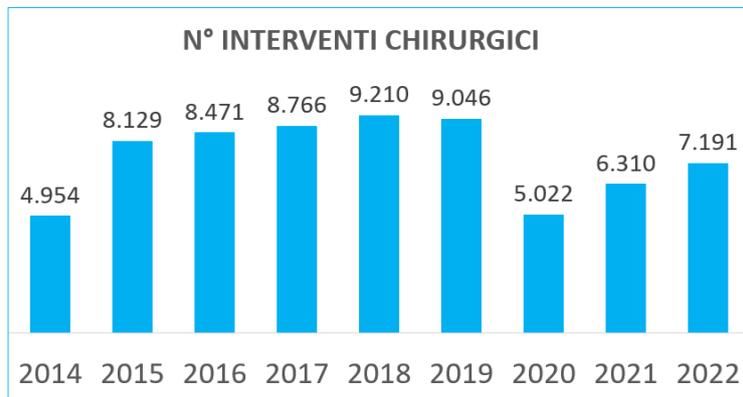
Importante la ripresa delle attività ambulatoriali, anch'esse fortemente penalizzate dalle restrizioni e dalle riduzioni registrate durante il 2020 e il 2021.



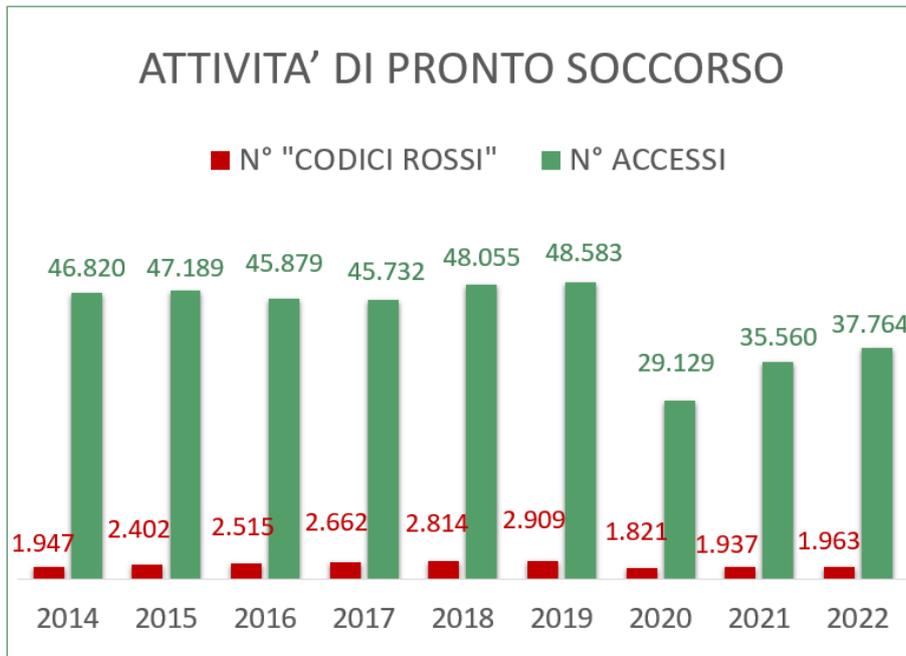
FONTE DATI: CONTROLLO DIREZIONALE



FONTE DATI: CONTROLLO DIREZIONALE



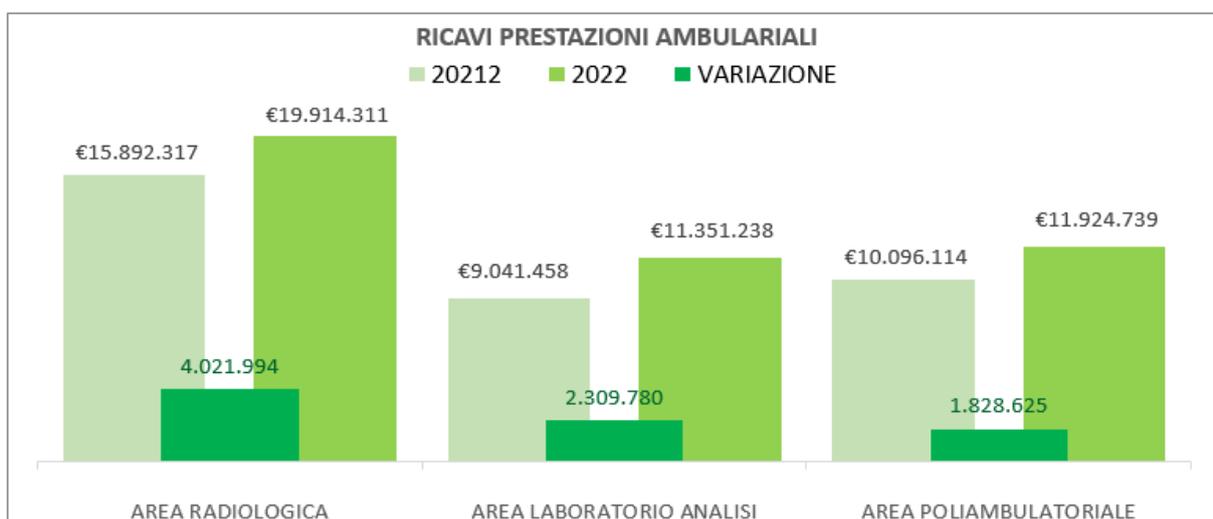
FONTE DATI: CONTROLLO DIREZIONALE E OPERATION MANAGEMENT



FONTE DATI: CONTROLLO DIREZIONALE



FONTE DATI: CONTROLLO DIREZIONALE



FONTE DATI: CONTROLLO DIREZIONALE

## 2.2 *Esiti clinici*

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

Alla data di redazione del presente documento sul portale regionale non sono ancora disponibili i dati aggiornati al 2022.

Il treemap relativo all'anno 2022 non è ancora stato pubblicato dal Dipartimento di Epidemiologia della Regione Lazio; tuttavia, il PTV, al fine di misurare e migliorare la propria performance, ha attivato un monitoraggio interno mensile degli indicatori inclusi nel treemap; in particolare vengono monitorati mensilmente tutti gli indicatori che possono essere misurati internamente; gli indicatori di mortalità e lo STEMI non vengono monitorati in quanto sono computabili solo dalla Regione Lazio in base ai dati provenienti anche da altre aziende sanitarie.

Il monitoraggio interno relativo all'anno 2022 evidenzia il miglioramento di tutti gli indicatori dell'area chirurgica inseriti nel treemap e misurabili dagli uffici aziendali, come mostrato di seguito:

INDICATORE	2019	2020	2021	2022
% COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE CON DEGENZA POST-OPERATORIA < A 3 GIORNI	91%	93%	98%	<b>98%</b>
COLECISTECTOMIE ESEGUITE IN REPARTI CON VOLUME DI ATTIVITÀ SUPERIORE A 90 INTERVENTI ANNUI	Non misurato	Non misurato	82%	<b>94%</b>
INTERVENTI PER TUMORE MALIGNO DELLA MAMMELLA ESEGUITI IN REPARTI CON VOLUME DI ATTIVITÀ SUPERIORE A 135	Non misurato	98%	99,4%	<b>99,6%</b>
FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE: INTERVENTO CHIRURGICO ENTRO 48 ORE (STRUTTURA DI RICOVERO)	53%	50%	64%	<b>83%</b>

Per tutti gli indicatori il monitoraggio mostra il raggiungimento di elevati standard di qualità, con il pieno raggiungimento dei valori traguardo fissati nell'ambito del PNE.

## **3. ANALISI DEL CONTESTO E DELLE RISORSE**

### **3.1 *Analisi del contesto esterno***

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

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

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

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

#### **3.1.1 *Ospedale ad alta specializzazione***

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

La qualificazione del "PTV" quale "Azienda di più elevata complessità" è confermata, conseguentemente, sia nello specifico ambito del Protocollo d'Intesa Regione/Università, propriamente all'art. 2, sia nel quadro dei provvedimenti di programmazione regionale, all'interno dei

quali si riafferma la caratterizzazione di Ospedale di alta specializzazione, che si distingue per gli elementi propri di multidisciplinarietà e per il potenziale altamente specialistico emergente dai risultati prestazionali realizzati.

### **3.1.2 Contesto territoriale**

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

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

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

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

### **3.1.3 Il contesto epidemiologico: problema dell'invecchiamento della popolazione**

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

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

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

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

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

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

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

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

Al "PTV" sono stati riconosciuti, con Determinazione Regionale G01328/2022, n. 605 posti letto complessivi tra ordinari e *day hospital*.

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

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

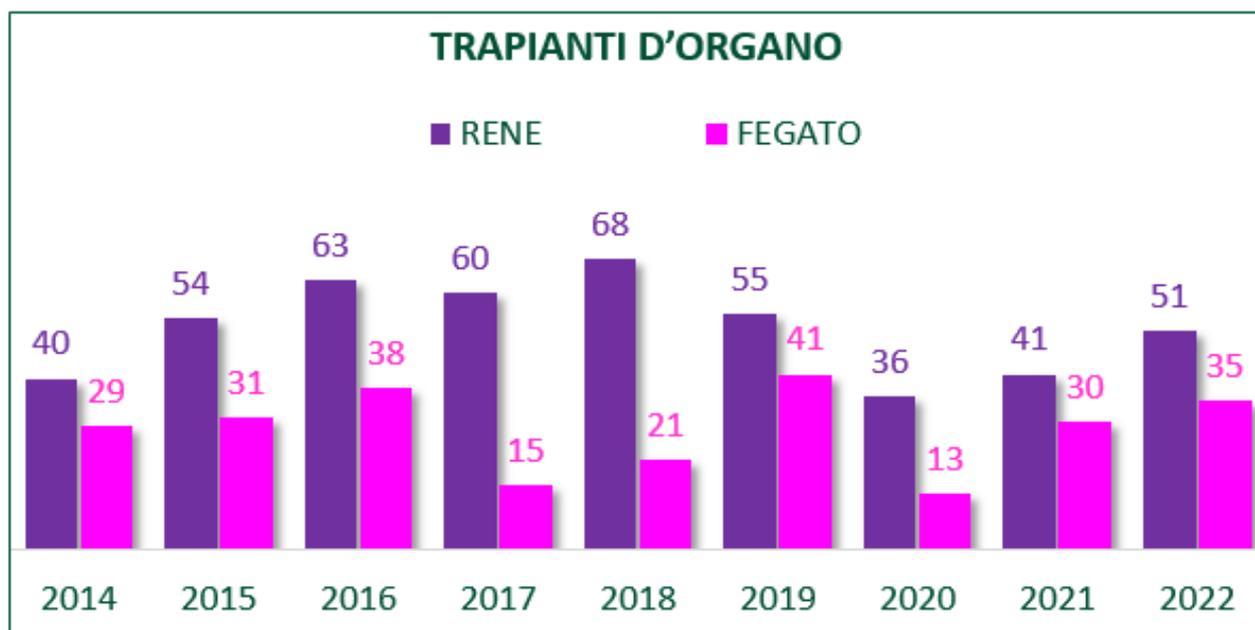
Quanto sopra, anche in doverosa considerazione che con i DD.CC.AA. n. 74/2010 e n. 75/2010 sono state attribuite al "PTV" le funzioni di *Hub* per le alte specialità:

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

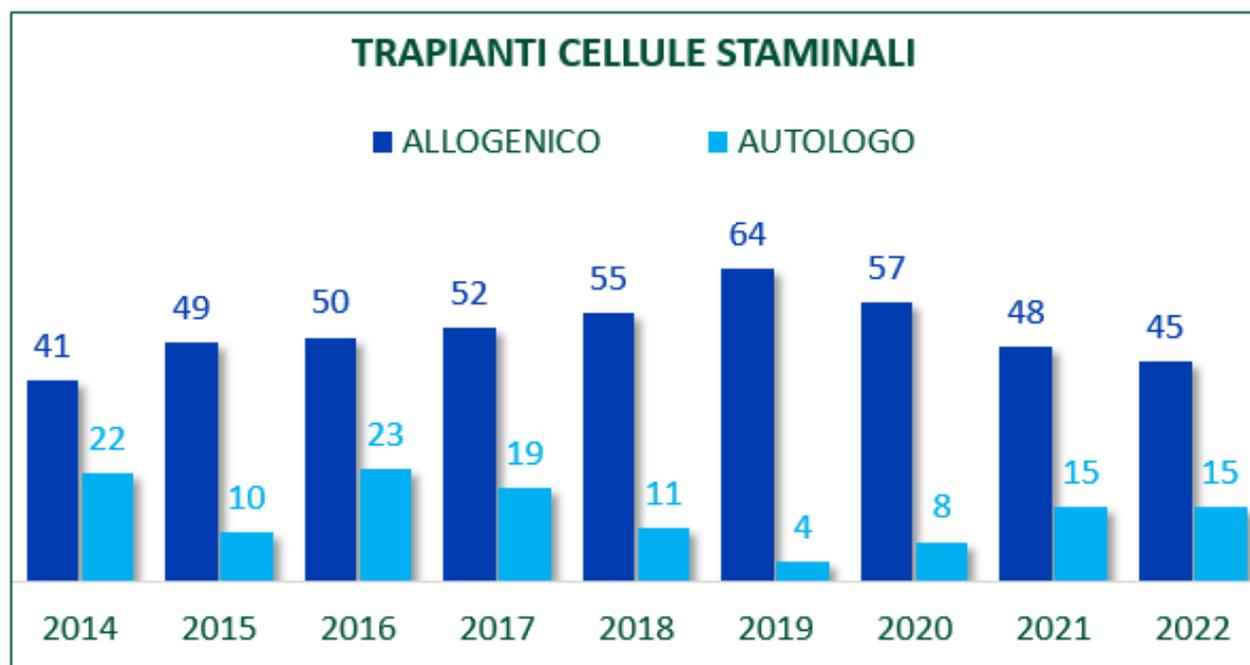
Sono inoltre presenti nel "PTV" le funzioni di CTZ (Centro Trauma di Zona) per la rete per la rete:

- trauma grave;
- malattie infettive.

Il PTV riveste, inoltre, un ruolo di primo piano a livello regionale per il trapianto di organi e tessuti. È presente al suo interno una U.O.C. Chirurgia Epatobiliare e trapianti che, nell'anno 2022, ha eseguito 31 trapianti di fegato e 51 trapianti di rene totali. Dall'anno 2022 l'attività trapiantologica è stata fortemente influenzata dall'emergenza pandemica che ha comportato la riconversione delle sale operatorie. Durante l'ultimo anno si registra l'incremento degli interventi la cui numerosità sta lentamente tornando ai livelli pre-covid.



FORNITE DATI: CONTROLLO DIREZIONALE



FORNITE DATI: CONTROLLO DIREZIONALE

### **3.1.5 Il contesto della rete integrata: l'integrazione "ospedale-territorio"**

Punto di partenza per definire il ruolo che il "PTV" può utilemente svolgere nella implementazione dell'assistenza territoriale, in collaborazione con le Aziende territoriali che

costituiscono il suo naturale bacino di utenza, è rappresentato dall'analisi della domanda e dai bisogni di salute espressi dalla popolazione interessata.

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

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

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

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

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

Nel corso del 2022 oltre al rafforzamento del già attivo protocollo di collaborazione tra MMG e team multidisciplinare del PDTA di riferimento interno, al PTV sono state attivate importanti collaborazioni sfociate in accordi quadro con la ASL RM2, la ASL RM5 e la ASL RM6 su linee di

attività in conformità al documento tecnico regionale “Programmazione della rete ospedaliera 2021-2023”. Tali collaborazioni prevedono una integrazione e una ottimizzazione delle risorse e la attivazione di percorsi concertati per la messa in comune, fra ospedale e territorio, delle risorse umane e tecnologiche necessarie al raggiungimento dell’obiettivo salute.

Di seguito i PDTA attivi e deliberati all’interno del PTV:

1	DDG 407	19.04.2022	Percorsi Diagnostici Terapeutici e Assistenziali (PDTA) della Patologia Tiroidea
2	DDG 491	12.05.2022	Percorso Diagnostico Terapeutico e Assistenziale (PDTA) della Cataratta
3	DDG 498	12.05.2022	Percorso Diagnostico Terapeutico e Assistenziale (PDTA) delle Malattie infiammatorie croniche immuno-mediate (IMIDs)
4	DDG 514	18.05.2022	Percorso Diagnostico Terapeutico e Assistenziale (PDTA) dell’incontinenza urinaria maschile post chirurgia e radioterapia
5	DDG 593	06.06.2022	Percorso Diagnostico Terapeutico e Assistenziale (PDTA) del paziente con melanoma cutaneo
6	DDG 955	16.09.2022	Percorso Diagnostico Terapeutico e Assistenziale (PDTA) Carenza congenita di Alfa 1 Antitripsina (AAT)
7	DDG 956	16.09.2022	Percorso Diagnostico Terapeutico e Assistenziale (PDTA) Fibrosi polmonare idiopatica (IPF)
8	DDG 954	16.09.2022	Procedura per presa in carico del paziente con piede diabetico da Pronto Soccorso
9	DDG 1312	12.12.2022	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) delle patologie valvolari
10	DDG 1314	12.12.2022	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) della U.O.S.D. Breast Unit
11	DDG 1310	12.12.2022	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) Paziente con lesione polmonare
12	DDG 1311	12.12.2022	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) Presa in carico del paziente oncologico in Pronto Soccorso
13	DDG 1444	28.12.2022	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) Paziente candidato al trapianto di rene

### **3.2 Analisi del contesto interno**

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

#### **3.2.1 Il Risk Management**

Nell’ambito del “PTV” è da tempo attivo un processo di implementazione delle attività di *Clinical Risk Management*. In particolare, il Sistema di gestione del rischio clinico del “PTV” prevede la presenza di figure professionali dedicate al fine di creare una struttura trasversale che aiuti

costantemente ad intervenire sul rischio organizzativo. Valorizzando i “near miss”, identificando metodi per la prevenzione degli “eventi avversi” e segnalando tempestivamente gli “eventi sentinella”, si definisce un percorso di tutela per il paziente e gli operatori, con conseguente riduzione dell’impatto a bilancio del rischio clinico.

La struttura del Risk Management garantisce:

- l’impostazione, la promozione e la verifica delle politiche di prevenzione e gestione del rischio messa in atto dal Policlinico Tor Vergata.;
- il supporto e lo sviluppo, unitamente agli Affari generali, e nell’ambito delle specifiche funzioni del Comitato Valutazione Sinistri, delle strategie di riduzione del rischio aziendale e di contenimento del contenzioso relativo a reclami e richieste di risarcimento.;
- la condivisione con i Risk Manager delle strutture sanitarie, pubbliche e private accreditate della Regione Lazio;
- la promozione degli audit nonché l’analisi degli eventi avversi/eventi sentinella, ovvero degli eventi a valenza mediatica eventualmente occorsi, indicando azioni di miglioramento da porre in essere e procedendo al monitoraggio dell’applicazione delle stesse;
- la predisposizione annuale e la relativa pubblicazione sul sito internet del PTV del piano annuale per la gestione del Rischio Sanitario della relazione consuntiva sugli eventi avversi (PARS);
- l’applicazione ed il monitoraggio delle iniziative in tema di gestione della qualità e sicurezza delle cure;
- la gestione e il coordinamento dell’attività in tema di rischio e sicurezza del paziente definita dal Ministero della Salute, da Agenas e dai tavoli tecnici nazionali;
- l’elaborazione ed il monitoraggio dei flussi informativi sulla sicurezza del paziente (eventi sentinella, eventi avversi ed eventi evitati), in adempimento agli obblighi previsti di comunicazione dei dati in ottemperanza al comma 2, art.3 Legge n° 24/2017;

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

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

- A. Percorsi di accesso al PTV del paziente con patologia sospetta o accertata COVID-19: aspetti organizzativi, logistici e strutturali, clinico/assistenziali dal PS verso le degenze.
- B. Gestione sicurezza degli operatori PTV in condivisione con SPP: dispositivi di protezione individuale (DPI), dispositivi medici (DM), formazione degli operatori.

- C. Partecipazione al gruppo di “Unità di Crisi” per il monitoraggio delle aree di attesa ambulatoriali e di degenza
- D. Collaborazione con AGENAS, con la raccolta di possibili soluzioni individuate in risposta all’epidemia di Covid-19, attraverso la “Call for good practice” annuale.

### **3.2.2 Studi Clinici**

Nel corso dell’anno 2022, l’ufficio studi clinici ha svolto attività finalizzata alla stipula di contratti sia profit che no profit, predisponendo gli atti autorizzativi all’avvio degli studi, presso le strutture del PTV, da parte del Direttore Generale.

Tale attività ha comportato per l’anno 2022 quanto segue:

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

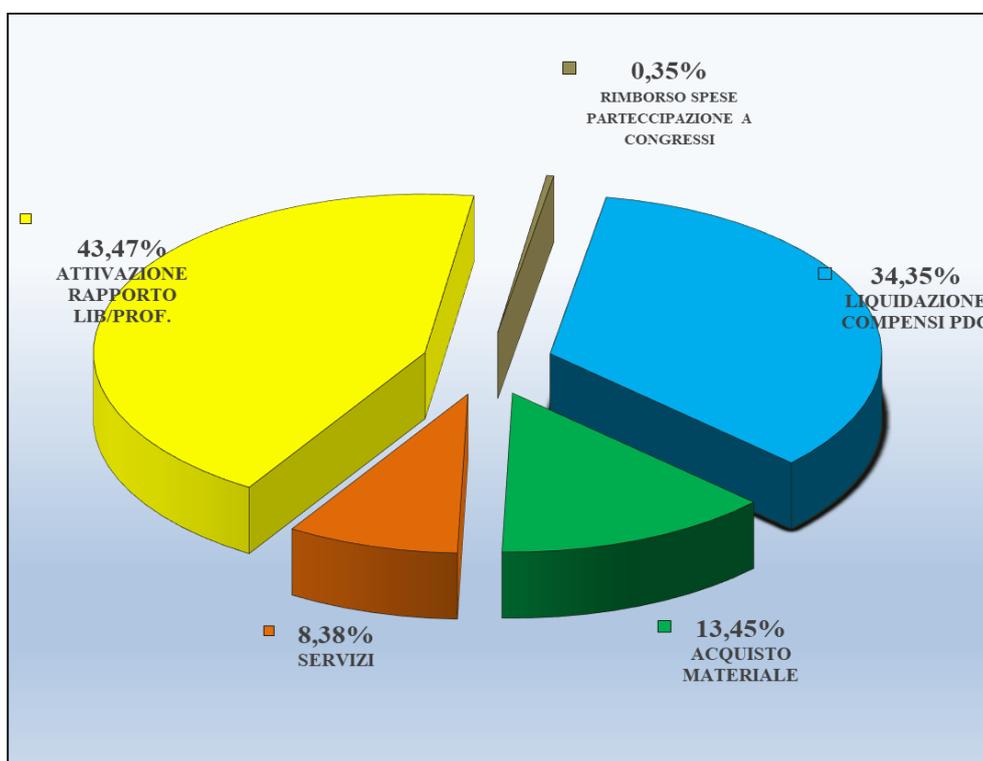
Di seguito, si indicano, anche in termini quantitativi, le principali attività svolte:

- sono stipulati e deliberati:
  - n. 49 contratti con promotore profit compresi i contratti di service
  - n. 28 contratti con promotore no-profit
- Sono state fatturate le attività di studi clinici per un importo complessivo di € 1.894.667;
- Sono state gestite ed autorizzate 80 richieste di utilizzo per un totale di € 1.176.641.
- Sono state predisposte 26 delibere di utilizzo successivamente pubblicate.

**Tabella A - FONDI IMPEGNATI PER UTILIZZI NEL 2022**

ATTIVAZIONE RAPPORTO LIB/PROF.	511.500,74
LIQUIDAZIONE COMPENSI AL PERSONALE DIRETTO	404.150,24
ACQUISTO O NOLEGGIO MATERIALE/ATTREZZATURE – PAG. PUBBLICAZIONI SCIENT.	158.270,02
RIMBORSO SPESE PER PARTECIPAZIONE A CONGRESSI	4.076,77
SERVIZI	98.643,62
<b>Totale</b>	<b>1.176.641,39</b>

A vario titolo sono state gestite e autorizzate **80** richieste di utilizzo per un ammontare di € **1.176.641,39**.



**Tabella B**

STUDI AVVIATI	2022
Studi Profit	49
Studi no-Profit	28
<b>TOTALE</b>	<b>77</b>

**Tabella C**

<b>TOTALE STUDI IN GESTIONE/APERTI</b>
494
<b>FATTURATO 2022</b>
1.894.667

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

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

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

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

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

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

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

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

### **3.2.4 Le risorse umane**

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

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

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

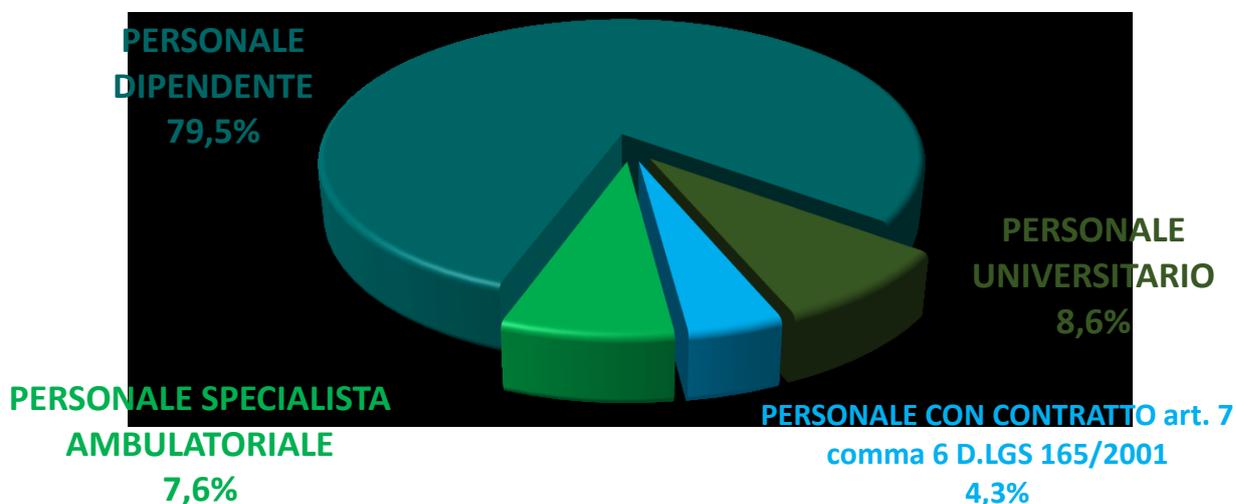
<b>PERSONALE AL 31/12/2022</b>		
TIPO DIPENDENTE	RUOLO	N°
PERSONALE DIPENDENTE	RUOLI NON DIRIGENZIALI	1.463
	DIRIGENTE DEI RUOLI STPA	14
	DIRIGENZA AREA SANITA'	313
PERSONALE UNIVERSITARIO	DOCENTE / RICERCATORE STRUTTURATO ASSISTENZIALMENTE AL PTV	180
	RUOLI NON DIRIGENZIALI	13
PERSONALE CON CONTRATTO art. 7 comma 6 D.lgs 165/2001		96
PERSONALE SPECIALISTA AMBULATORIALE		172
<b>TOTALE PERSONALE PTV</b>		<b>2.251</b>

<b>INCREMENTO DEL PERSONALE</b>			
PERSONALE	PRESENTI AL 31/12/2021	PRESENTI AL 31/12/2022	DIFFERENZA
DIRIGENTE AREA SANITA'	219	313	+94
DIRIGENTE PTA	10	14	+4
PERSONALE non dirigente	1.377	1.463	+86

## COMPOSIZIONE PERSONALE MEDICO



## TIPOLOGIA DI PERSONALE



In tema di risorse umane anche 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.

La dinamica di governo delle risorse umane, anche per l'anno 2022, risulta ancora 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. Inoltre nel contesto delle misure organizzativa discendenti dal contrasto alla pandemia è proseguita 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.

### 3.2.5 Quadro delle risorse strumentali e finanziarie

Di seguito nel prospetto sinottico sono rappresentati, per aggregato gestionale, i proventi e gli oneri che hanno caratterizzato la gestione degli esercizi 2017 – 2022.

Occorre precisare che i dati riportati per il 2022, rappresentano il valore tendenziale di chiusura basato su dati provvisori del 2022.

CE NEW	CONTO ECONOMICO	Bilancio 2017	Bilancio 2018	Bilancio 2019	Bilancio 2020	Bilancio 2021	Bilancio 2022 - dati provvisori
A1	Contributi F.S.R.	38.946.914	40.210.873	40.880.611	57.708.386	46.490.391	52.329.327
A2	Saldo Mobilità	190.330.609	197.714.012	202.896.897	164.715.400	188.087.074	202.731.166
A3	Entrate Proprie	14.785.018	12.930.106	12.356.692	15.092.981	19.370.499	12.105.016
A4	Saldo Intramoenia	16.842	579.844	981.578	511.832	954.743	937.678
A5	Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	- 51.925	- 145.897	- 81.419	- 651.456	- 280.890	- 5.845.551
A6	Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati	353.913	- 204.605	- 48.320	- 2.775.935	2.635.951	- 274.441
A	<b>Totale Ricavi Netti</b>	<b>244.381.371</b>	<b>251.084.333</b>	<b>256.986.039</b>	<b>234.601.207</b>	<b>257.257.769</b>	<b>261.983.195</b>
B1	Personale	71.238.979	73.260.767	76.724.426	83.292.235	91.104.439	98.961.988
B2	Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	59.427.507	64.020.060	64.428.187	65.529.550	66.376.956	70.689.282
B3	Altri Beni E Servizi	97.381.863	98.072.177	100.287.667	95.660.776	109.258.376	125.353.150
B4	Ammortamenti E Costi Capitalizzati	2.619.141	1.415.950	967.147	769.863	1.348.399	438.497
B5	Accantonamenti	5.666.224	4.808.851	3.847.394	1.517.019	9.120.552	5.437.037
B6	Variazione Rimanenze	440.845	- 630.745	- 1.985.530	2.882.589	3.392.194	617.344
B	<b>Totale Costi Interni</b>	<b>236.774.559</b>	<b>240.947.060</b>	<b>244.269.291</b>	<b>249.652.032</b>	<b>280.600.916</b>	<b>301.497.298</b>
C1	Medicina Di Base						
C2	Farmaceutica Convenzionata						
C3	Prestazioni Da Privato	15.444.852	14.842.258	14.880.037	15.029.619	14.079.821	12.857.659
C	<b>Totale Costi Esterni</b>	<b>15.444.852</b>	<b>14.842.258</b>	<b>14.880.037</b>	<b>15.029.619</b>	<b>14.079.821</b>	<b>12.857.659</b>

CE NEW	CONTO ECONOMICO	Bilancio 2017	Bilancio 2018	Bilancio 2019	Bilancio 2020	Bilancio 2021	Bilancio 2022 - dati provvisori
D	Totale Costi Operativi (B+C)	252.219.412	255.789.318	259.149.328	264.681.651	294.680.737	314.354.956
E	Margine Operativo (A-D)	- 7.838.041	- 4.704.986	- 2.163.289	- 30.080.444	- 37.422.968	- 52.371.762
F1	Svalutazione Immobilizzazioni, Crediti, Rivalutazioni E Svalutazioni Finanziarie	308.150					611.474
F2	Saldo Gestione Finanziaria	10.889.572	10.318.031	10.859.147	3.103.856	3.038.924	41.811
F3	Oneri Fiscali	5.502.453	5.800.633	5.943.324	6.290.026	6.947.455	7.282.688
F4	Saldo Gestione Straordinaria	- 139.265	- 1.318.042	623.589	- 2.270.324	- 62.627	- 2.203.301
F	Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie	16.560.910	14.800.622	17.426.060	7.123.558	9.923.752	5.732.672
G	Risultato Economico (E-F)	- 24.398.952	- 19.505.608	- 19.589.348	- 37.204.002	- 47.346.720	- 58.104.433

Allo stato, sulla base dei valori indicati nel dato di consuntivo 2022 iscritti seguendo le indicazioni regionali, risulta un sensibile peggioramento del risultato economico.

Alla data della presente relazione non risulta ancora approvato il bilancio consuntivo per l'esercizio 2022 e pertanto i valori indicati subiranno delle variazioni.

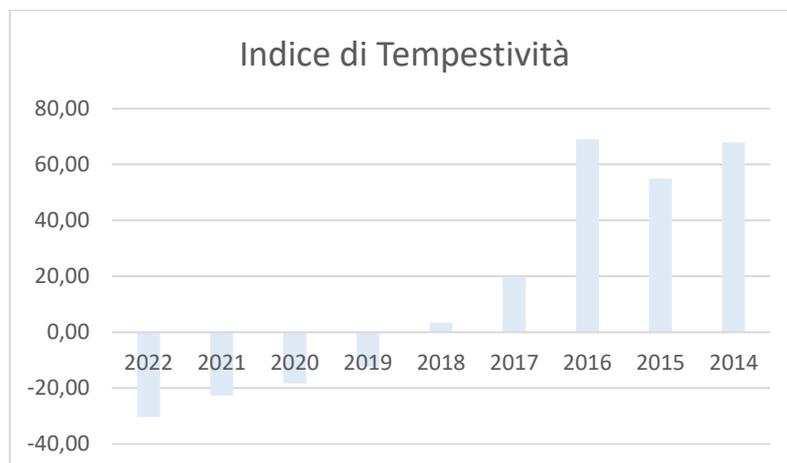
Anche il risultato economico dell'esercizio 2022 è fortemente influenzato dal riavvio delle attività e dal trascinarsi degli effetti della pandemia sull'organizzazione, e soprattutto dall'incremento del costo dei vettori energetici che ha registrato rispetto all'esercizio precedente un incremento di € 8.969.679,80 oltre iva, in ogni caso si segnala un incremento della produzione di circa 15 milioni.

Si segnala un utilizzo di circa 6 milioni di contributi destinati alla copertura di investimenti non coperti dalle relative fonti di finanziamento. Questo utilizzo autorizzato dalla Regione in sede di concordamento ha permesso al PTV di effettuare una serie di interventi improcrastinabili ed urgenti a livello impiantistico e relativamente all'acquisto di piccole attrezzature ormai vetuste e non riparabili ma essenziali per le attività sanitarie.

A fronte della maggior produzione realizzata si registrano maggiori costi per oltre 15 milioni per beni, servizi e personale. Come già rappresentato dei 15 milioni di incremento oltre 9 milioni sono relativi all'incremento dei vettori energetici.

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

	2022	2021	2020
Indice di tempestività dei pagamenti (in giorni)	-30,36	-22,7	-18,3



Con riferimento all'esercizio 2022 si è provveduto ulteriormente stratificare l'indice per anno di emissione del documento contabile.

Detto indice così calcolato per le fatture relative al solo esercizio 2022 registra un valore di – 30 giorni. Tale misura indica la correntezza dei pagamenti ordinari che vengono effettuati in media 30 giorni prima della scadenza di legge fissata in 60 giorni.

<b>Anno fattura</b>	<b>emissione</b>	<b>Somma di Importo liq/sca</b>	<b>Somma di Importo liq/sca * giorni pag</b>	<b>ITP per anno</b>
2008		31.200,98	100.965.189,88	3235,96
2010		21.683,63	49.568.778,18	2286,00
2015		2.263,62	5.862.775,80	2590,00
2017		464,32	-2.321,60	-5,00
2018		622.963,56	27.983.214,02	44,92
2019		11.653,85	6.497.861,70	557,57
2020		11.123,29	4.363.541,29	392,29
2021		15.440.796,34	-170.814.951,46	-11,06
2022		167.810.141,88	-5.608.983.531,86	-33,42
<b>Totale complessivo</b>		<b>183.952.291,47</b>	<b>-5.584.559.444,05</b>	<b>-30,36</b>

ANNO FATTURA	Somma di Importo liq/sca	Somma di Importo liq/sca * giorni pag	ITP per anno
2009	36.783,68	95.931.837,44	2608
2013	63.512,81	129.121.542,73	2033
2014	7.597,63	-418.608,73	-55,097
2016	23.234,28	39.265.933,20	1690
2017	22.725,79	26.796.522,52	1179,123
2018	18.624,57	11.104.688,88	596,238
2019	128.098,45	40.150.133,12	313,431
2020	13.451.691,40	-122.959.926,60	-9,140
2021	149.021.746,08	-3.907.341.151,87	-26,219
Totale complessivo	162.774.014,69	-3.688.349.029,31	-22,659

La tabella di seguito riportata dà evidenza della percentuale di incidenza dei pagamenti effettuati rispetto all'anno di emissione della fattura.

Anno emissione fattura	Totale	Incidenza
2008	31.200,98	0,02%
2010	21.683,63	0,01%
2015	2.263,62	0,00%
2017	464,32	0,00%
2018	622.963,56	0,34%
2019	11.653,85	0,01%
2020	11.123,29	0,01%
2021	15.440.796,34	8,39%
2022	167.810.141,88	91,22%
<b>Totale complessivo</b>	<b>183.952.291,47</b>	<b>100,00%</b>

Si fornisce inoltre il dettaglio dei pagamenti effettuati oltre i termini previsti dal d.p.c.m. 22/09/2014

Pagamenti (ammontare) effettuati durante il 2022 per anno di emissione fattura						Importo dei pagamenti effettuati oltre i termini previsti dal d.p.c.m. 22/09/2014
Ante 2019	2019	2020	2021	Totale pagamenti 2022	Totale complessivo	
678.576,11	11.653,85	11.123,29	15.440.796,34	167.810.501,88	183.952.651,47	

## 4. MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

### 4.1 *Albero della performance*

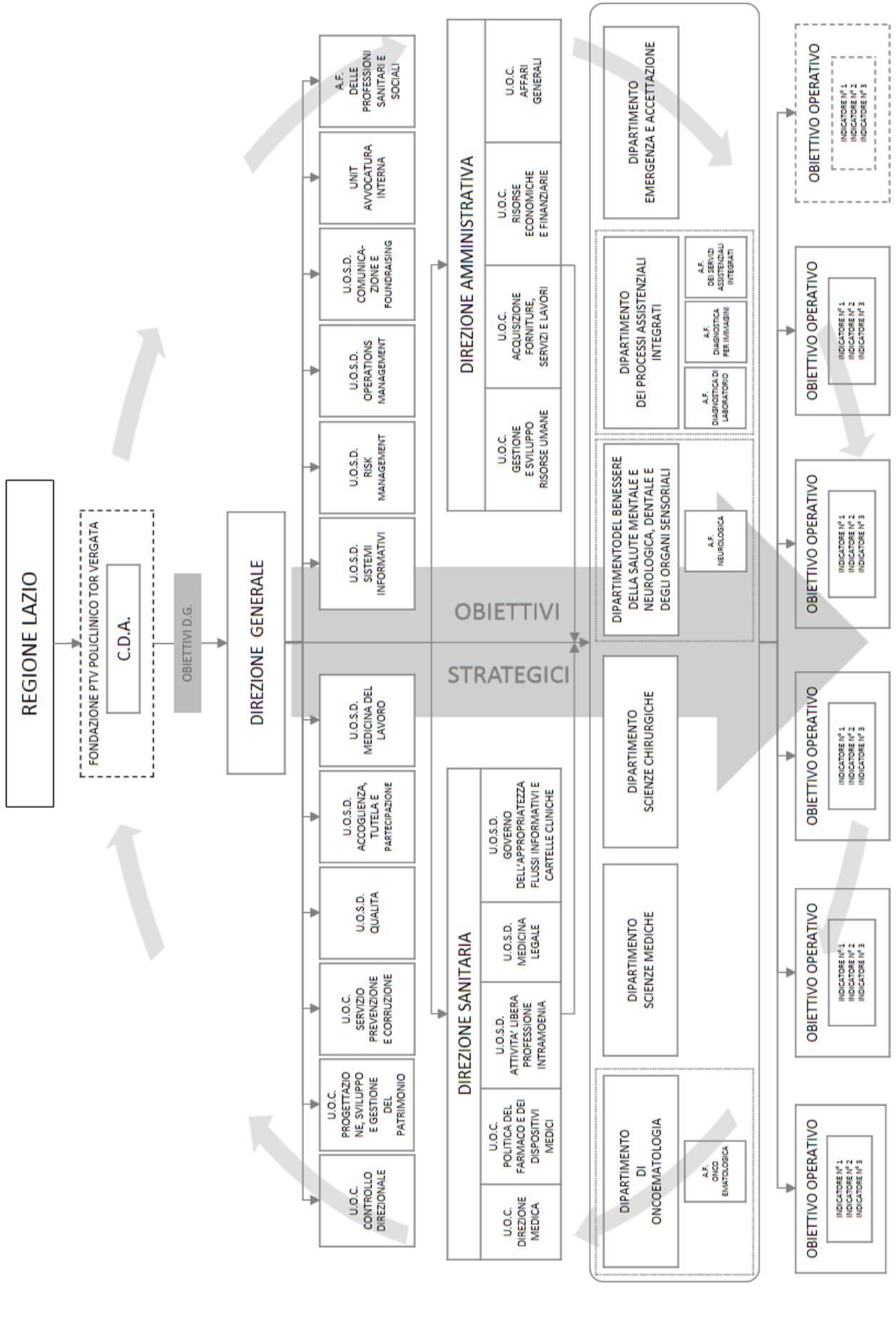
Il “PTV”, in considerazione dei soggetti istituzionali con cui si relaziona (UTV e Regione, quali enti di indirizzo strategico), degli attuali vincoli di bilancio in termini di risorse, della propria *mission*, del contesto esterno e interno in cui opera e delle relative criticità/opportunità, della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

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

La strategia Aziendale è dettata dal rispetto dei vincoli imposti dalla Regione Lazio, dal protocollo di intesa cui è scaturito l’atto aziendale approvato nel dicembre 2017 (diventato operativo a luglio 2018) e dagli obiettivi assegnati dalla Regione Lazio al Direttore Generale che per l’anno 2022 sono stati notificati il 13 dicembre 2022.

Tutti gli obiettivi operativi e i relativi indicatori sono ricompresi in 5 macro aree le quali ricomprendono le strategie aziendali:

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



## 4.2 Misurazione e valutazione

Nelle tabelle e nei grafici seguenti vengono riportati i risultati raggiunti nell'anno 2022, aggregati secondo diversi livelli:

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

UNITA' di AREA CLINICA	
TIPO OBIETTIVO	% RAGGIUNGIMENTO
OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	85%
QUALITA' e APPROPRIATEZZA	79%
EFFICIENZA	93%
PROCESSI	72%
<b>TOTALE</b>	<b>82%</b>

UNITA' di AREA CLINICA			
FASCE DI PUNTEGGIO	UU.OO.	Inc %	Inc % cum
90% - 100%	50	74.6%	74.6%
70% - 89%	17	25.4%	100,0%
40% - 69%	-	-	-
0% - 39%	-	-	-
<i>Non valutato</i>	-	-	-
<b>TOTALE</b>	<b>67</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

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

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

<b>POSIZIONI ORGANIZZATIVE AREA AMMINISTRATIVA</b>			
FASCE DI PUNTEGGIO	P.O.	Inc %	Inc % cum
90% - 100%	3	100,0%	100,0%
70% - 89%	-	-	-
40% - 69%	-	-	-
0% - 39%	-	-	-
<i>Non valutato</i>	-	-	-
<b>TOTALE</b>	<b>4</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

<b>PERSONALE COMPARTO AZIENDA OSPEDALIERA</b>			
FASCE DI PUNTEGGIO	N° DIP.	Inc %	Inc % cum
90% - 100%	871	96,2%	96,2%
70% - 89%	1	0,1%	96,4%
40% - 69%	1	0,1%	96,5%
0% - 39%	0	0,0%	96,5%
<i>Non valutato</i>	32	3,5%	100,0%
<b>TOTALE</b>	<b>905</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

<b>PERSONALE COMPARTO FONDAZIONE</b>			
FASCE DI PUNTEGGIO	N° DIP.	Inc %	Inc % cum
90% - 100%	568	93,1%	93,1%
70% - 89%	0	0,0%	93,1%
40% - 69%	0	0,0%	93,1%
0% - 39%	2	0,3%	93,4%
<i>Non valutato</i>	40	6,6%	100,0%
<b>TOTALE</b>	<b>610</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

<b>PERSONALE COMPARTO UNIVERSITA' STRUTTURATO PRESSO IL PTV</b>			
FASCE DI PUNTEGGIO	N° DIP.	Inc %	Inc % Cum
90% - 100%	12	100,0%	100,0%
70% - 89%	-	-	-
40% - 69%	-	-	-
0% - 39%	-	-	-
<i>Non valutato</i>	-	-	-
<b>TOTALE</b>	<b>12</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

Nelle tabelle seguenti il dettaglio delle UU.OO. cliniche a cui sono state assegnati obiettivi nell'anno 2022 con la relativa percentuale di raggiungimento suddivisa per tipologia di obiettivo. Il dato riportato relativo alla percentuale di raggiungimento è parziale e non definitivo in quanto alla data di redazione del presente piano non sono ancora disponibili i monitoraggi degli indicatori presenti nel sistema P.RE.VAL.E. e non monitorabili dagli uffici aziendali (es. mortalità post-dimissione).

DIPARTIMENTO	STRUTTURA	TIPO OBIETTIVO	% RAGGIUNGIMENTO	% RISULTATO PESATO
<b>DIPARTIMENTO DEL BENESSERE DELLA SALUTE MENTALE E NEUROLOGICA, DENTALE E DEGLI ORGANI SENSORIALI</b>	U.O.C. Neurochirurgia	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100%	<b>96%</b>
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%	
		EFFICIENZA	88%	
		PROCESSI	92%	
	U.O.C. Neurologia	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100%	<b>91%</b>
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	99%	
		EFFICIENZA	100%	
		PROCESSI	6%	
	U.O.C. Psichiatria e Psicologia Clinica	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100%	<b>95%</b>
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%	
		EFFICIENZA	90%	
		PROCESSI	50%	
	U.O.S.D. Demenze	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100%	<b>98%</b>
		PROCESSI	67%	
	U.O.S.D. Neuropsichiatria Infantile	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100%	<b>96%</b>
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%	
		PROCESSI	63%	
U.O.S.D. Oculistica	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100%	<b>95%</b>	
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	75%		
	EFFICIENZA	88%		
	PROCESSI	90%		
U.O.S.D. Odontoiatria con percorsi protetti - Centro diagnosi, igiene e prevenzione orale	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100%	<b>92%</b>	
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%		
	PROCESSI	40%		
U.O.S.D. Ortognatodonzia	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	93%	<b>85%</b>	
	PROCESSI	67%		
U.O.S.D. Otorinolaringoiatria	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100%	<b>90%</b>	
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%		
	EFFICIENZA	73%		
	PROCESSI	67%		
U.O.S.D. Parkinson	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100%	<b>90%</b>	
	PROCESSI	75%		
U.O.S.D. PS odontoiatrico e trattamento pazienti vulnerabili sociali	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100%	<b>82%</b>	
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%		
	PROCESSI	10%		
U.O.S.D. Sclerosi Multipla	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100%	<b>90%</b>	
	EFFICIENZA	100%		
	PROCESSI	30%		

U.O.S.D. Stroke Unit	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	90%	<b>90%</b>
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	88%	
	EFFICIENZA	100%	
	PROCESSI	67%	
Programma Trattamento del Glaucoma	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100%	<b>97%</b>
	EFFICIENZA	STERILIZZATO	
	PROCESSI	90%	
U.O.S.D. Attività ambulatoriale- DH-PAC E PDTA	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100%	<b>95%</b>
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	99%	
	PROCESSI	50%	
Unit Patologie retiniche	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100%	<b>70%</b>
	PROCESSI	0%	
<b>TOTALE DIPARTIMENTO</b>			<b>91%</b>

DIPARTIMENTO	STRUTTURA	TIPO OBIETTIVO	% RAGGIUNGIMENTO	% RISULTATO PESATO
<b>DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE</b>	U.O.C. Anestesia e Rianimazione	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	STERILIZZATO	<b>80%</b>
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	STERILIZZATO	
		EFFICIENZA	STERILIZZATO	
		PROCESSI	80%	
	U.O.C. Malattie dell'apparato Respiratorio	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100%	<b>90%</b>
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%	
		EFFICIENZA	56%	
		PROCESSI	88%	
	U.O.C. Ortopedia e Traumatologia	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100%	<b>93%</b>
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	89%	
		EFFICIENZA	80%	
		PROCESSI	75%	
	U.O.C. Pronto Soccorso	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	90%	<b>80%</b>
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	76%	
		EFFICIENZA	100%	
		PROCESSI	29%	
U.O.S.D. Chirurgia d'Urgenza	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100%	<b>92%</b>	
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	97%		
	EFFICIENZA	67%		
	PROCESSI	100%		
U.O.S.D. Chirurgia Maxillo Facciale	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100%	<b>80%</b>	
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	84%		
	EFFICIENZA	54%		
	PROCESSI	30%		
U.O.S.D. OBI e Medicina d'urgenza	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	76%	<b>80%</b>	
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%		
	EFFICIENZA	75%		
	PROCESSI	81%		
U.O.S.D. Radiologia PS	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100%	<b>98%</b>	
	EFFICIENZA	93%		
U.O.S.D. Terapia Intensiva - Coordinamento aziendale per la donazione di organi e tessuti	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	STERILIZZATO	<b>95%</b>	
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	90%		
	EFFICIENZA	96%		
	PROCESSI	100%		
<b>TOTALE DIPARTIMENTO</b>			<b>88%</b>	

DIPARTIMENTO	STRUTTURA	TIPO OBIETTIVO	% RAGGIUNGIMENTO	% RISULTATO PESATO
<b>DIPARTIMENTO DI ONCOEMATOLOGIA</b>	U.O.C. Laboratorio di Genetica Medica	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100%	<b>90%</b>
		PROCESSI	70%	
	U.O.C. Medicina Nucleare	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100%	<b>90%</b>
		EFFICIENZA	100%	
		PROCESSI	50%	
	U.O.C. Patologie Linfoproliferative	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	80%	<b>80%</b>
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%	
		EFFICIENZA	98%	
		PROCESSI	25%	
	U.O.C. Radioterapia	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100%	<b>95%</b>
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	STERILIZZATO	
		PROCESSI	80%	
	U.O.C. Trapianto cellule staminali	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100%	<b>86%</b>
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%	
		EFFICIENZA	67%	
		PROCESSI	33%	
U.O.S.D. Diagnostica Avanzata Oncoematologica	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100%	<b>97%</b>	
	PROCESSI	90%		
U.O.S.D. Oncologia	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100%	<b>88%</b>	
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%		
	EFFICIENZA	50%		
	PROCESSI	90%		
U.O.S.D. Patologie Mieloproliferative	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	92%	<b>95%</b>	
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%		
	EFFICIENZA	99%		
	PROCESSI	98%		
<b>TOTALE DIPARTIMENTO</b>				<b>90%</b>

DIPARTIMENTO	STRUTTURA	TIPO OBIETTIVO	% RAGGIUNGIMENTO	% RISULTATO PESATO
<b>DIPARTIMENTO DEI PROCESSI ASSISTENZIALI INTEGRATI</b>	U.O.C. Malattie Infettive	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100%	<b>96%</b>
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	89%	
		EFFICIENZA	92%	
		PROCESSI	100%	
	U.O.S.D. Anatomia Patologica ad indirizzo Citopatologico	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100%	<b>94%</b>
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	83%	
		EFFICIENZA	100%	
		PROCESSI	STERILIZZATO	
	U.O.S.D. Anatomia Patologica ad indirizzo Istopatologico	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100%	<b>94%</b>
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	83%	
EFFICIENZA		100%		
PROCESSI		STERILIZZATO		
U.O.S.D. Counseling psichiatrico e psicologico di supporto al benessere organizzativo e alle attività cliniche	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100%	<b>87%</b>	
	PROCESSI	60%		
U.O.S.D. Medicina Trasfusionale	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100%	<b>100%</b>	
	PROCESSI	100%		

	U.O.S.D. Neuroradiologia	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100%	<b>100%</b>
		EFFICIENZA	100%	
		PROCESSI	100%	
	U.O.S.D. Terapia Antalgica	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	98%	<b>88%</b>
		EFFICIENZA	91%	
PROCESSI		45%		
Programma Fisiatria	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100%	<b>87%</b>	
	PROCESSI	20%		
U.O.C. Diagnostica per Immagini / U.O.S.D. Radiologia interventistica	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100%	<b>97%</b>	
	EFFICIENZA	92%		
	PROCESSI	94%		
U.O.C. Medicina di Laboratorio - Unit Microbiologia - Unit Parassitologia - Unit Virologia - Unit Analisi biochimiche	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100%	<b>100%</b>	
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%		
	PROCESSI	100%		
<b>TOTALE DIPARTIMENTO</b>				<b>94%</b>
DIPARTIMENTO	STRUTTURA	TIPO OBIETTIVO	% RAGGIUNGIMENTO	% RISULTATO PESATO
<b>DIPARTIMENTO SCIENZE CHIRURGICHE</b>	U.O.C. Cardiochirurgia	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100%	<b>94%</b>
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	92%	
		EFFICIENZA	93%	
		PROCESSI	67%	
	U.O.C. Chirurgia Epatobiliare e Trapianti	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100%	<b>94%</b>
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	99%	
		EFFICIENZA	76%	
		PROCESSI	89%	
	U.O.C. Chirurgia Toracica	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100%	<b>92%</b>
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	82%	
		EFFICIENZA	83%	
		PROCESSI	83%	
	U.O.C. Chirurgia Vascolare	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100%	<b>93%</b>
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	98%	
		EFFICIENZA	83%	
		PROCESSI	97%	
	U.O.C. Ginecologia	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100%	<b>93%</b>
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%	
		EFFICIENZA	96%	
PROCESSI		38%		
U.O.C. Ortopedia	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100%	<b>93%</b>	
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	87%		
	EFFICIENZA	81%		
	PROCESSI	STERILIZZATO		
U.O.S.D. Breast Unit	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100%	<b>94%</b>	
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%		
	EFFICIENZA	75%		
	PROCESSI	100%		
U.O.S.D. Cardio Toraco Anestesia	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100%	<b>85%</b>	
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	99%		
	EFFICIENZA	57%		
	PROCESSI	STERILIZZATO		

U.O.S.D. Chirurgia Mininvasiva e dell'apparato digerente	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100%	<b>92%</b>
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	77%	
	EFFICIENZA	99%	
	PROCESSI	38%	
U.O.S.D. Urologia	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100%	<b>90%</b>
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	99%	
	EFFICIENZA	62%	
	PROCESSI	84%	
U.O.S.D. Terapia intensiva post-operatoria	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	STERILIZZATO	<b>98%</b>
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	96%	
	EFFICIENZA	100%	
<b>TOTALE DIPARTIMENTO</b>			<b>93%</b>

DIPARTIMENTO	STRUTTURA	TIPO OBIETTIVO	% RAGGIUNGIMENTO	% RISULTATO PESATO
<b>DIPARTIMENTO SCIENZE MEDICHE</b>	U.O.C. Attività ambulatoriale - DH-PAC-PDTA Medici	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	96%	<b>92%</b>
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	69%	
		EFFICIENZA	94%	
		PROCESSI	89%	
	U.O.C. Cardiologia	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	92%	<b>90%</b>
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	98%	
		EFFICIENZA	67%	
		PROCESSI	97%	
	U.O.C. Endocrinologia e Diabetologia	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	90%	<b>83%</b>
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%	
		EFFICIENZA	80%	
		PROCESSI	62%	
U.O.C. Epatologia	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100%	<b>91%</b>	
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	98%		
	EFFICIENZA	79%		
	PROCESSI	0%		
U.O.C. Gastroenterologia	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	90%	<b>90%</b>	
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	83%		
	EFFICIENZA	90%		
	PROCESSI	84%		
U.O.C. Medicina Interna - Centro Medico dell'Obesità	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	90%	<b>90%</b>	
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	76%		
	EFFICIENZA	98%		
	PROCESSI	86%		
U.O.C. Medicina Interna - Centro per l'Iipertensione	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	96%	<b>87%</b>	
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	73%		
	EFFICIENZA	82%		
	PROCESSI	59%		
U.O.C. Reumatologia	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	90%	<b>85%</b>	
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	93%		
	EFFICIENZA	50%		
	PROCESSI	96%		
U.O.S.D. Dermatologia	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100%	<b>94%</b>	
	EFFICIENZA	100%		
	PROCESSI	80%		
U.O.S.D. Immunopatologia e Allergologia Pediatrica	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100%	<b>93%</b>	
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%		
	PROCESSI	67%		

	U.O.S.D. Nefrologia e Dialisi	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100%	<b>90%</b>
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%	
		EFFICIENZA	50%	
		PROCESSI	88%	
	Programma Nutrizione Clinica	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	93%	<b>95%</b>
		PROCESSI	100%	
<b>TOTALE DIPARTIMENTO</b>				<b>90%</b>
DIPARTIMENTO	STRUTTURA	TIPO OBIETTIVO	% RAGGIUNGIMENTO	% RISULTATO PESATO
<b>DIREZIONE AZIENDALE</b>	U.O.S.D. Medicina del Lavoro	EFFICIENZA	100%	<b>98%</b>
		PROCESSI	96%	
<b>TOTALE DIPARTIMENTO</b>				<b>98%</b>
<b>PERCENTUALE COMPLESSIVA DI RAGGIUNGIMENTO</b>				<b>91%</b>

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

TIPO OBIETTIVO	OBIETTIVO	% RAGGIUNGIMENTO	
<b>OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO</b>	Rispetto del budget economico concordato	98%	<b>99%</b>
	Rispetto del budget economico concordato *	100%	
<b>QUALITA' e APPROPRIATEZZA</b>	Accessi con esito ricovero/trasferimento e tempo di permanenza >24 ore	25%	<b>85%</b>
	Accessi con tempo di permanenza in PS/DEA inferiore alle 12 ore	0%	
	Adeguatezza tempo risposta TAT (tempo di refertazione)	83%	
	Appropriatezza prescrittiva antibiotici	94%	
	Appropriatezza Triage	94%	
	Aumento del numero di pazienti di PS con esito "a domicilio"	100%	
	Incremento utilizzo prescrizione dematerializzata	n.v.	
	Miglioramento esiti e qualità delle cure	n.v.	
	Migliorare la qualità delle cure	100%	
	Migliorare l'appropriatezza	94%	
	Qualità servizio PS	100%	
	Ridurre il ricorso ad interventi a rischio di inappropriatelyzza	65%	
	Ridurre la durata della degenza media post-operatoria	100%	
	Riduzione campioni non pervenuti, mancanti o insufficienti	100%	
	Riduzione ricoveri in DH medico con finalità diagnostica	85%	
	Riduzione tempi di risposta	100%	
	Tempestività trattamento	100%	
	P.RE.VALE.	100%	
Aumento del numero di pazienti di PS con esito "a domicilio" verso ambulatori post-PS	100%		

<b>EFFICIENZA</b>	Corretta rendicontazione attività Convenzione PTV/UTV per sorveglianza sanitaria e promozione salute	100%	<b>93%</b>
	Incremento accertamenti morte cerebrale	100%	
	Incremento delle donazioni dei tessuti	100%	
	Incremento delle donazioni di organi e tessuti	100%	
	Incremento volumi di attività (area chirurgica)	98%	
	Miglioramento performance	99%	
	Ottimizzazione delle attività di identificazione dei potenziali donatori d'organo	82%	
	Ottimizzazione livello degenza media	94%	
	Razionalizzazione spesa farmaci (nel rispetto delle note AIFA e regionali)	100%	
	Riduzione del sovraffollamento in PS	84%	
	Tempestività refertazione	99%	
	Tempo di refertazioni per prelievi biotipici estemporanei max 30 minuti dall'invio della richiesta	100%	
	Tempestività chiusura cartelle cliniche	55%	
	Rispetto classi di priorità	76%	
	Recupero delle prestazioni ambulatoriali per le liste d'attesa P.RE.VAL.E.	100%	
	Aggiornamento del Personale	100%	
	Attivazione dell' Unità di Valutazione Multidimensionale	n.v.	

<b>PROCESSI</b>	Adesione al progetto aziendale di teleassistenza/teleconsulto	n.v.	<b>72%</b>
	Miglioramento percorsi interni	63%	
	Migliorare l'efficienza organizzativa	100%	
	Migliorare l'efficienza organizzativa attraverso la riduzione delle degenza media preoperatoria	33%	
	Monitoraggio attività di sala operatoria	n.v.	
	Rispetto delle procedure in accettazione	100%	
	Trasparenza liste attesa	66%	
	Avvio progetti di sviluppo	n.v.	
	Attivazione PDTA	93%	
	Progetto riattivazione Day Hospital	20%	
	Ottimizzazione dei percorsi	68%	
	Compartecipazione ai PDTA aziendali	100%	
	Attivazione PDTA Fracture Liaison Services	n.v.	
	Aggiornamento procedure reti tempo-dipendenti	29%	
	Partecipazione al Corso BLS	60%	
	Avvio Progetto su Stress lavoro-correlato	80%	
	Certificazione Banca dei Tessuti	100%	
Attivazione procedura Catetere Venoso Centrale	100%		

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

STRUTTURA	% RAGGIUNGIMENTO
Direttore U.O.C. Acquisizione Forniture, Servizi e Lavori	97,40%
Direttore U.O.C. Affari Generali	99,23%
Direttore U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	99,84%
Direttore U.O.C. Risorse Economiche e Finanziarie	99,98%
Direttore U.O.C. Progettazione, Sviluppo e Gestione del Patrimonio	78,39%
Direttore U.O.C. Farmacia	98,97%
Direttore U.O.S.D. Accoglienza, Tutela e Partecipazione	97,65%
Direttore U.O.S.D. Operations Management	100%
Direttore U.O.S.D. Medicina Legale	100%
Dirigente Area Professioni Sanitarie e Sociali e Comfort Ospedaliero	100%
Dirigente afferente alla Direzione Generale - Coordinamento tecnico della gestione dei contratti	98,81%
Dirigente U.O.S.D. Sistemi Informativi	87%
Dirigente afferente all'Area funzionale delle Professioni sanitarie e sociali	100%
Dirigente afferente all'Area funzionale delle Professioni sanitarie e sociali	100%
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>	<b>96,95%</b>

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

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	% RISULTATO RAGGIUNTO
ADESIONE PERCORSI, CICLO PERFORMANZA E QUALITA'	Rispetto tempistica Sistema di misurazione e valutazione della performance e dei risultati del personale di comparto afferente e del personale dirigente	91,67%
	Adeguate formazione del personale sulla vigente normativa in materia di Privacy e sugli obblighi da essa derivanti per garantire il rispetto del principio di accountability	100,00%
	Aderenza al piano di sicurezza informatica attraverso interfaccia con AGID e Regione	100,00%
	Ammodernamento infrastruttura software PTV attraverso affidamento appalto nell'ambito dell'accordo quadro Consip "Sistema Pubblico di Connettività - Lotto 4" e avvio attività di implementazione/sviluppo software per tutte le tipologie di attività previste nel contratto	100,00%
	Assicurare le attività previste dalla Regione Lazio e dal Ministero della Salute in materia di contabilità Analitica	100,00%
	Coordinamento redazione PIAO	100,00%
	Monitoraggio proporzione di ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro due giorni in pazienti ultrasessantacinquenni.	100,00%
	PAC - Assicurare lo sviluppo del Piano Attuativo per la certificazione del Bilancio del PTV secondo le tempistiche e linee guida della Regione Lazio	100,00%
	Promozione valutazione partecipativa	100,00%
	Pubblicazione e aggiornamento delle informazioni, dei dati e degli atti secondo le prescrizioni del D.LGS. N. 33 del 14/03/2013 relative alla Trasparenza	100,00%
	Rispetto dei tempi di liquidazione delle fatture	88,06%
	Rispetto tempistica sistema di misurazione e valutazione delle performance e dei risultati del personale di comparto afferente	100,00%
APPROPRIATEZZA E MONITORAGGIO CONSUMI	Monitoraggio magazzino reagenti su Modulab e Areas	100,00%
APPROPRIATEZZA E MONITORAGGIO CONSUMI (FARMACI E DISPOSITIVI)	Invio dati per CE mensile entro il 5 del mese successivo a quello oggetto di analisi	96,29%
	Monitoraggio consumi farmaci	100,00%
EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Acquisto beni e servizi infungibili	100,00%
	Adeguamento normativa antincendio del PTV	100,00%
	Adempimenti previsti dalla normativa sulla Anticorruzione e Trasparenza secondo le tempistiche ivi previste	100,00%
	Adozione di misure stringenti (per il tramite dei DEC di riferimento e in coordinamento con il Dirigente incaricato del coordinamento tecnico della gestione dei contratti) di controllo dei contratti di lavanolo, pulizie, ausiliari/oss	100,00%
	Applicazione delle attività previste dalla nuova matrice del Ciclo Passivo di cui alla Delibera n° 380 dell' 11/04/2022	86,11%
	Avvio Cloud	100,00%
	Avvio delle procedure di gara sopra soglia ed indizione nei tempi previsti	100,00%
	Ciclo della Performance	100,00%
	Completamento ed esecuzione dell'accordo integrativo legato alle progressioni Verticali; Esecuzione delle procedure per conferimento incarichi professionali personale medico SSN; esecuzione attività di competenza di cui all'articolo 113 del D.lgs 50/2016 "Lavori, Forniture e Servizi".	100,00%
	Controllo giacenze di magazzino nei reparti	100,00%
	Corretta gestione contratti di manutenzione	100,00%
	Definizione conclusiva dei capitolati/documentazione tecnica relativamente ai servizi e/o forniture di competenza dell'Area Elettromedicali	100,00%

	Elaborazione protocollo per pazienti diabetici nel servizio di nutrizione clinica	100,00%
	Elaborazione soluzioni organizzative per il pieno utilizzo attrezzature, con ottimizzazione del personale tecnico dell'area	100,00%
	Erogazione consulenze wound care, stoma care e PICC entro 24 ore	100,00%
	Garantire idoneo affiancamento con risorsa interna dei neoassunti o per riorganizzazione dei servizi	100,00%
	Gestione banca dati CORONET	100,00%
	Gestione e monitoraggio delle attività ambulatoriali svolte presso il Drive in PTV	100,00%
	Gestione e monitoraggio delle attività ambulatoriali svolte presso il PTV	100,00%
	Gestione e monitoraggio delle attività vaccinali svolte presso il Drive in PTV	100,00%
	Gestione e monitoraggio delle attività vaccinali svolte presso il PTV	100,00%
	Gestione reclami e ritorni da parte dell'utenza e gestione social istituzionali	100,00%
	Inserimento dati nel sistema informatico sale operatorie.	100,00%
	Miglioramento dei percorsi interni	100,00%
	Miglioramento esposizione debitoria ciclo attivo	100,00%
	Monitoraggio a campione del servizio pulizie	100,00%
	Monitoraggio andamento tempi liquidazione stock di debito	100,00%
	Monitoraggio dello stato di attuazione dei processi di miglioramento delle strutture edili e impiantistiche	100,00%
	Pianificazione e monitoraggio della formazione dell'area tecnica	100,00%
	Predisposizione atti di programmazione	100,00%
	Predisposizione della programmazione biennale degli acquisti per beni e servizi	100,00%
	Predisposizione Regolamenti/Procedure aziendali	100,00%
	Progettazione e attivazione procedure , monitoraggio attività per riduzione liste di attesa.	100,00%
	Progetti PNRR di cui alla Delibera Regionale n° 75 del 25/02/2022	100,00%
	Progetto nuovo intranet aziendale	100,00%
	Promozione di iniziative inerenti la donazione del sangue in collaborazione con la UOSD Medicina Trasfusionale e Associazioni ed altri eventi istituzionali	100,00%
	Regolamento Accesso agli Atti e Documenti	100,00%
	Rispetto adempimenti	100,00%
	Risoluzione problematiche Hardware e software in aree critiche (Blocchi operatori, PS, CUP) entro 1 giorno lavorativo	0,00%
	Rispetto adempimenti in ambito Privacy	100,00%
	Rispetto dei tempi di liquidazione delle fatture	97,93%
	Rispetto tempi capitolati tecnici	0,00%
	Rispetto tempi certificazione SAL	100,00%
	Supervisione e monitoraggio attività di manutenzione apparecchiature dell'area	100,00%
	Tempestività degli invii dei flussi informativi di competenza definiti dalla Regione e dai Ministeri vigilanti	100,00%
EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO DEI PERCORSI CHIRURGICI E DI EMERGENZA	Condivisione dati di performance del percorso chirurgico	100,00%
	Monitoraggio P.RE.VALE.	100,00%
	Supporto alla gestione dello sviluppo del nuovo SW applicativo percorso chirurgico	100,00%
PATRIMONIO EDILIZIO E TECNOLOGICO	Avvio degli interventi di cui al DGR 861/2017	100,00%
	Avvio degli interventi di cui al DL 34/2020	100,00%
PATRIMONIO EDILIZIO E TECNOLOGICO E GESTIONE DELLA SICUREZZA INFORMATICA	Avvio degli interventi di cui al DGR 861/2017	100,00%
	Cybersecurity	100,00%
	Invio progetti e avvio degli interventi al fine di innalzare il livello di resilienza in tema di sicurezza informatica e migliorare le capacità di risposta nei casi di attacchi informatici.	100,00%

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	100,00%
	Attuazione ed aderenza attività inerenti la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori.	100,00%
	Coinvolgimento e responsabilizzazione nel miglioramento continuo delle condizioni di lavoro. Segnalazione al SPP di Infortuni, Incidenti, Near Miss, su eventi riguardanti pericoli e fattori di rischio.	100,00%
	Collaborazione con il Risk manager per l'individuazione di linee preventive dei rischi clinici partendo dall'analisi dei risarcimenti richiesti.	100,00%
	Elaborazione del conclusivo parere medico legale sulle richieste risarcitorie da malpractice entro 60 giorni decorrenti dalla conclusione della fase istruttoria, come da Regolamento del CVS approvato con DDG 287/2016: a) per i sinistri in SIR, all'esito della visita medico legale del danneggiato; b) per i sinistri denunciati alla Compagnia, dalla disamina della documentazione clinica	100,00%
<b>TOTALE</b>		<b>97,26%</b>

## 5. IL PROCESSO DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE

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

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

L'assegnazione degli obiettivi costituisce il risultato dell'attività di programmazione definita nell'ambito del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO). La Direzione procede all'assegnazione degli obiettivi ai Direttori dei Dipartimenti, delle UOC, ai Responsabili delle UOSD, ai titolari di Programma Aziendale e ai dirigenti direttamente afferenti alla Direzione al termine dell'attività di contrattazione del budget, attività con la quale vengono assegnate a ciascun CdR le risorse umane, finanziarie e strumentali funzionali a perseguire i medesimi obiettivi.

I direttori di Dipartimento e i Direttori di UOC, i responsabili di UOSD e i titolari di programmi Aziendali condividono con i dirigenti non apicali (UOS e Professional) ed il personale del comparto appartenente alla rispettiva struttura, gli obiettivi di budget, i connessi indicatori e i risultati attesi che saranno utilizzati per la misurazione della performance organizzativa della struttura.

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

Per l'anno 2022, in deroga a quanto previsto dal SMVP vigente, gli obiettivi di budget assegnati alle equipe e i relativi risultati raggiunti dai dirigenti medici non apicali, saranno considerati coincidenti con quelli del dirigente apicale di diretta afferenza. Inoltre per l'anno 2022 sono stati assegnati ai dirigenti medici dell'area clinica (non apicali, UOS, professional), obiettivi individuali/comportamentali.

Il monitoraggio costante degli indicatori e degli obiettivi collegati viene effettuato attraverso le informazioni fornite dal sistema di reporting aziendale predisposto dal Controllo di Gestione.

Le informazioni contenute nella reportistica e le analisi degli scostamenti consentono alla Direzione Aziendale, ai Direttori Dipartimento, ai Direttori di U.O.C. ai Responsabili di UOSD e ai titolari di programmi Aziendali di attivare le azioni finalizzate al miglioramento della performance.

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

Al termine del processo la Struttura Tecnica permanente provvederà alla trasmissione delle schede e della relativa documentazione all'OIV per le valutazioni e le verifiche di competenza.

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

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

## 6. VALUTAZIONE DEGLI STAKEHOLDER

Le principali modalità di coinvolgimento degli stakeholders sono realizzate mediante le differenti attività di comunicazione con i cittadini e con le istituzioni regionali e nazionali, ma sicuramente un ruolo cruciale è il rapporto stretto e fruttuoso con le numerose Associazioni di volontariato e di pazienti che da sempre svolgono supporto e facilitazione all'interno della struttura, a sostegno dei cittadini e degli stessi operatori, come valutazione qualitativa dell'attività svolta, attraverso i questionari di valutazione del servizio ed attraverso l'analisi delle segnalazioni prevenute e nel caso del PTPCT 2022-2024, come ogni anno, attraverso un avviso di consultazione pubblica che invita la cittadinanza e le associazioni ad inviare proposte ed osservazioni al fine di valutare e recepire eventuali proposte migliorative.

Uno degli strumenti di confronto e di dialogo costruttivo volto al miglioramento della valutazione e al miglioramento della performance del Policlinico è il Tavolo Misto Permanente della Partecipazione istituito nel 2012, che si riunisce con cadenza semestrale ed a richiesta.

La Direzione Generale ha richiesto allo stesso di svolgere una attività di partecipazione civica attiva alle politiche sanitarie aziendali con un confronto permanente con l'Azienda con l'obiettivo di avviare progetti comuni, individuare criticità e priorità di intervento e sviluppare politiche sanitarie concretamente orientate ed informate dal punto di vista civico, nonché partecipare attivamente al miglioramento dei percorsi diagnostici assistenziali sviluppati (PDTA) anche in collaborazione con il territorio delle Asl limitrofe, sempre nell'ottica di migliorare la performance aziendale e la presa in carico del cittadino.

Nel 2022 è stata avviata l'attività di una sottosezione tecnica del Tavolo dedicata alla tematica delle Malattie Rare, che vede la specifica partecipazione delle Associazioni che nel Policlinico Tor Vergata si occupano di questioni relative a pazienti affetti da tali patologie.

Sono attualmente circa 65 le Associazioni con cui il Policlinico collabora e, con diverse modalità, porta avanti progetti di varia natura, finanziamento di borse di studio, donazioni di apparecchiature, donazioni liberali, iniziative per la sensibilizzazione per la promozione della donazione del sangue e midollo osseo, di laboratori artistici, di corsi di formazione, ore di volontariato e molte altre forme di collaborazione, valutazione qualitativa dei servizi offerti.

Sono stati ulteriormente sviluppati i progetti di collaborazione con altre realtà sanitarie a favore di percorsi sanitari e sociali per rispondere ai bisogni dei cittadini con fragilità e cronicità, istituendo ambulatori, sportelli e servizi dedicati.

Il coinvolgimento degli stakeholders esterni ed istituzionali, dal Ministero alla Università, è una attività che di fatto non si interrompe mai in quanto frutto di continui accordi e confronti che tendono a consolidare i rapporti e le sinergie.

Il coinvolgimento degli stakeholders interni nelle diverse fasi del ciclo di gestione della performance è stato realizzato tramite apposite riunioni con i dirigenti e responsabili dei servizi nelle fasi di definizione degli obiettivi del Policlinico e di quelli a cascata sui servizi e gli uffici.

Sulla comunicazione della strategia dell'amministrazione e di comunicazione dei risultati raggiunti vengono realizzati incontri dedicati dalla Direzione Strategica.

Anche le attività volte ad informare e formare il personale del PTV possono essere considerate momenti di confronto e illustrazione di obiettivi e progetti che sono stati avviati all'interno del Policlinico ed in particolare tutta l'attività di formazione è soggetta a valutazione del personale discendente.

La Comunicazione interna si avvale prevalentemente di due strumenti: una piattaforma intranet aziendale suddivisa per aree tematiche e un indirizzo mail comunicazioni.interne@ptvonline.it che raggiunge tutto il personale del PTV, oltre materiale cartaceo.

L'attività di comunicazione con i media relations del PTV è sviluppata avendo come macro obiettivo la valorizzazione delle attività cliniche e scientifiche ed informative rivolte a tutti gli stakeholder esterni con una attività redazionale svolta attraverso l'elaborazione delle news per il sito istituzionale ed i social, nonché realizzando materiale cartaceo, web e video realizzati in-house.

La comunicazione dal Policlinico Tor Vergata con il mondo esterno avviene attraverso il sito web aziendale, che è stato completamente rinnovato e messo in rete nel febbraio 2022 che si avvale della possibilità di inviare online il questionario di valutazione.

Nel sito vengono pubblicati tutti gli eventi, le informazioni, il materiale per i media oltre un continuo aggiornamento dei servizi resi in favore dei cittadini e per gli operatori tutti. È stato dato un forte impulso nel periodo emergenziale ai social come strumento di comunicazione con i cittadini, perché sempre più utilizzati dai cittadini. I canali social attivati sono: Facebook, Instagram (attivo da settembre 2021) e Twitter (attivo da marzo 2020), Telegram, LinkedIn. Vengono aggiornati costantemente e in real time per gli eventi.

Le piattaforme di messaggistica istantanea (Messenger e Instagram) consentono di interagire rapidamente con l'utenza fornendo informazioni e risolvendo spesso problemi nell'immediato.

## 7. LE CRITICITA' E LE OPPORTUNITA'

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

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

Tuttavia, nel corso dell'anno 2022 le azioni di miglioramento che erano state individuate ma rinviate a causa della pandemia, sono state concretamente intraprese.

Infatti, si è dato avvio alla fase propedeutica relativa al processo di informatizzazione del Sistema per la gestione del ciclo della performance, che prevede l'installazione di una procedura digitale che permetterà di procedere alla valutazione del personale (nella prima fase solo il comparto) in modo più snello e con la progressiva eliminazione della documentazione in formato cartaceo.

Nel 2023, si intende perseguire le seguenti azioni di miglioramento:

- Progressivo processo di informatizzazione delle attività sanitarie anche tramite l'adozione della cartella informatizzata clinica ed ambulatoriale nonché la nuova piattaforma per la gestione del quartiere operatorio il cui avvio è previsto entro l'esercizio 2023;
- Implementazione di un sistema di Business Intelligence utile a fornire alla Direzione Strategica nonché alle strutture una serie di report utili al monitoraggio clinico ed economico delle attività rese, reportistica precedentemente resa disponibile dal Controllo di Gestione tramite pubblicazione periodica dei dati sul sito intranet aziendale;
- Informatizzazione del sistema per la gestione del ciclo della performance relativamente al personale della dirigenza;
- Implementazione del sistema per la gestione del ciclo della performance relativamente alla parte comportamentale riferita al personale di comparto.