



RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 2018



FONDAZIONE PTV POLICLINICO

Elenco delle modifiche

Versione	Data	Paragrafi modificati	Note
2018	20/06/2019	TUTTI	

	Funzione	Data
Redazione	UOC Controllo direzionale UOC Gestione sviluppo risorse umane	06/05/2019
Verifica	Direttore Sanitario	20/06/2019
Verifica	Direttore Amministrativo	20/06/2019
Verifica	Direttore Generale	20/06/2019
Approvazione	Consiglio di Amministrazione	24/06/2019
Validazione	Organismo indipendente di valutazione	02/07/2019

1 Sommario

1.	CONTENUTI DELLA RELAZIONE ANNUALE SULLA PERFORMANCE.....	4
2.	PRINCIPALI RISULTATI RAGGIUNTI	5
2.1	Produzione	6
2.2	Esiti clinici.....	9
3.	ANALISI DEL CONTESTO E DELLE RISORSE.....	10
3.1	Analisi del contesto esterno	10
3.1.1	Ospedale ad alta specializzazione	10
3.1.2	Contesto territoriale	11
3.1.3	Il contesto epidemiologico: problema dell'invecchiamento della popolazione	11
3.1.4	Il contesto organizzativo: posizionamento del PTV nella programmazione regionale della rete ospedaliera, della rete dell'emergenza e delle reti tempo-dipendenti	12
3.1.5	Il contesto della rete integrata: l'integrazione "ospedale-territorio"	14
3.2	Analisi del contesto interno	15
3.2.1	Re-ingegnerizzazione dei percorsi chirurgici - L' Operations Management.....	15
3.2.2	Il Risk Management.....	16
3.2.3	Studi Clinici	17
3.2.4	Il Sistema di Gestione per la Qualità della Fondazione Policlinico Tor Vergata ("SGQ").....	18
3.2.5	Le risorse umane	19
3.2.6	Quadro delle risorse strumentali e finanziarie	20
4.	MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE.....	22
4.1	Albero della performance	22
4.2	Misurazione e valutazione	24
5.	IL PROCESSO DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE	39
6.	LE CRITICITA' E LE OPPORTUNITA'	41

1. CONTENUTI DELLA RELAZIONE ANNUALE SULLA PERFORMANCE

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

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

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

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

Sulla base delle 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

Il risultato tendenziale registrato per l'esercizio 2018, conferma il trend positivo di razionalizzazione delle attività già avviato dal 2014 e rappresenta l'indicatore più efficace per rappresentare le azioni messe in campo dalla Direzione del PTV sin dal suo insediamento e il livello di coesione raggiunta dalla struttura, indispensabile per il raggiungimento degli obiettivi di natura sanitaria ed economici posti quali target di riferimento.

Il risultato tendenziale che emerge dalla lavorazione dei dati di consuntivo per l'anno 2018, dà evidenza di un risultato oltremodo positivo migliorando la performance, già ottima, dell'esercizio 2017.

Per raggiungere tali risultati, nel corso dell'anno 2018 il PTV ha svolto molteplici parallele attività finalizzate alla razionalizzazione la spesa e ad incrementare la complessità e la qualità delle prestazioni erogate.

Nell'anno oggetto di analisi si è registrato il mantenimento dei livelli prestazionali già incrementati dal 2014 e un generale miglioramento degli outcome clinici.

Con l'anno 2018, anche a seguito dell'applicazione del nuovo atto aziendale e del conferimento degli incarichi, si è provveduto ad una sostanziale riorganizzazione di tutti i percorsi clinico-assistenziali, richiedendo alle UU.OO. direttamente coinvolte il raggiungimento degli obiettivi, attraverso una ridefinizione delle priorità.

2.1 Produzione

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

Le attività ambulatoriali sono erogate attraverso la saturazione degli spazi disponibili, suddivise in attività di diagnostica di laboratorio, di diagnostica per immagini (comprendente oltre alla radiologia, la medicina nucleare e la radioterapia) e attività del poliambulatorio specialistico.

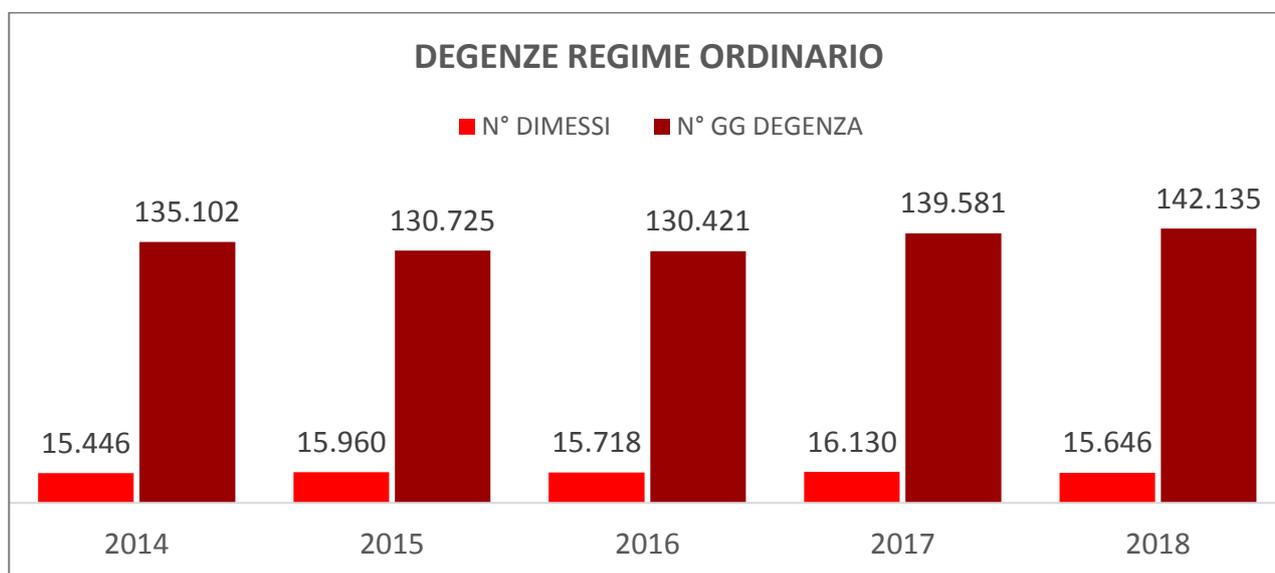
Nell'anno 2018 al PTV sono stati prodotti circa 23500 ricoveri di cui 15646 in regime ordinario. L'attività di ricovero è costante ma negli anni si evidenzia un buon incremento dei ricavi dovuto all'aumento della complessità della casistica trattata, il peso medio dei Drg infatti è passato negli anni da 1,6 a 1,73.

Gli investimenti fatti sul versante delle camere operatorie hanno consentito il costante aumento degli interventi chirurgici (nell'anno 2018 sono stati effettuati oltre 9000 interventi chirurgici, 13% in più rispetto all'anno 2015) e la "specializzazione" verso interventi a maggiore complessità e rilevanza.

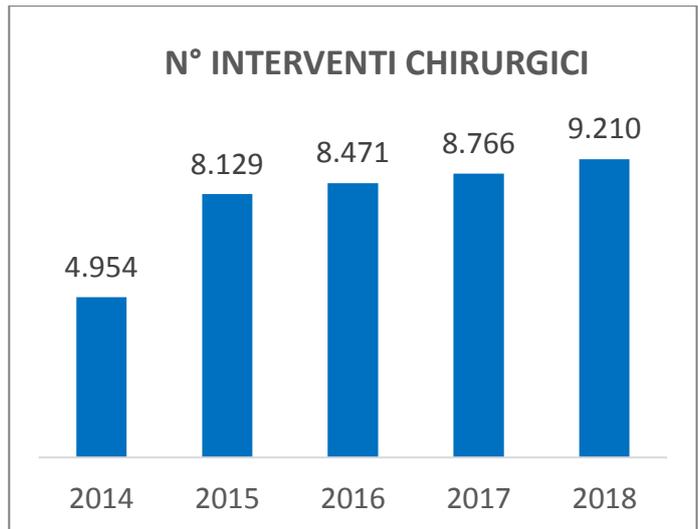
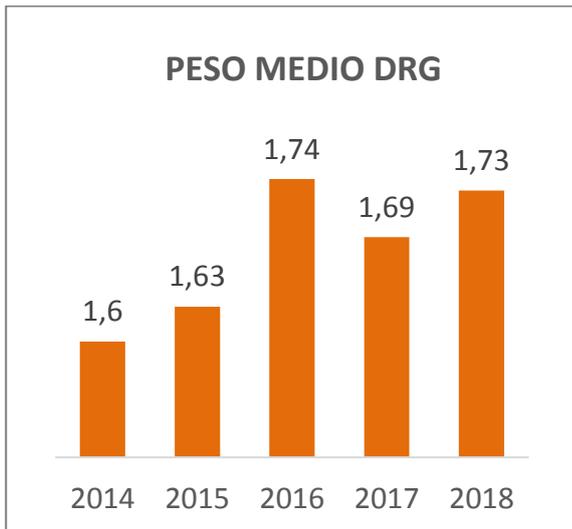
Relativamente alle attività ambulatoriali, nonostante la fisiologica flessione delle stesse dovuta da una parte alle politiche regionali e dall'altra della volontà del PTV di concentrarsi sulle attività più complesse lasciando al territorio quelle di sua competenza occorre evidenziare che, nel corso dell'anno 2018 la percentuale delle prestazioni prenotate nei tempi di attesa previsti sono oltre l'80% questo anche grazie all'avvio di progetti per l'erogazione di prestazioni aggiuntive finalizzate all'abbattimento dei tempi di attesa.

Per quanto concerne le attività di emergenza è evidente come il DEA del PTV eroghi ormai un numero di prestazioni sovrapponibili ai principali DEA della città. Il numero degli accessi, e soprattutto il numero degli accessi in "codice rosso" è in costante aumento.

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

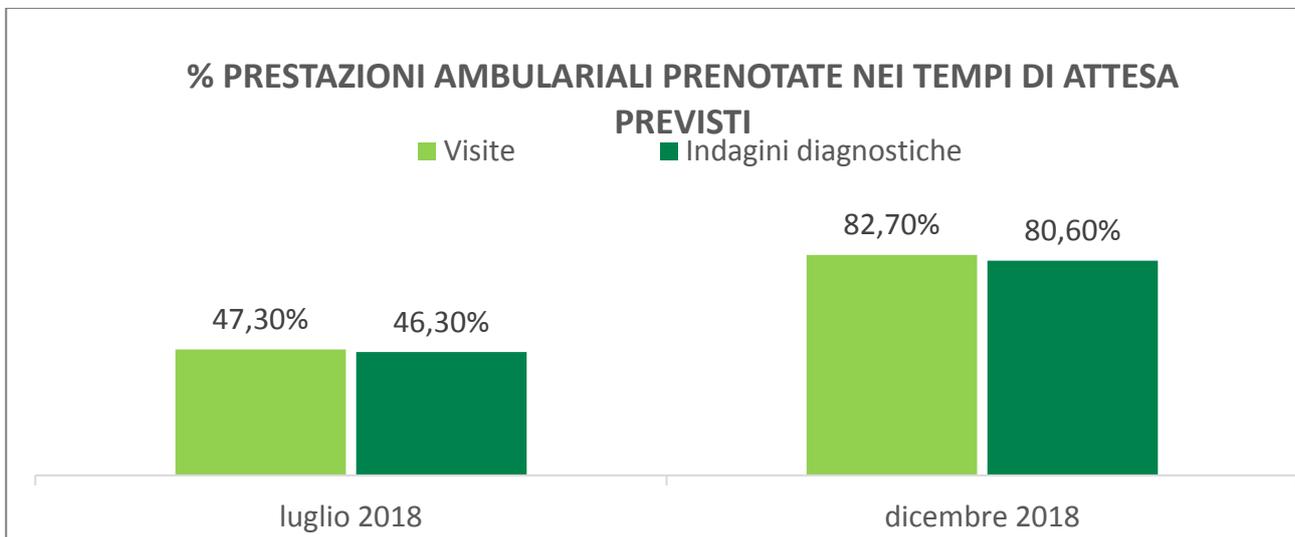


FORNITORE DATI: CONTROLLO DIREZIONALE

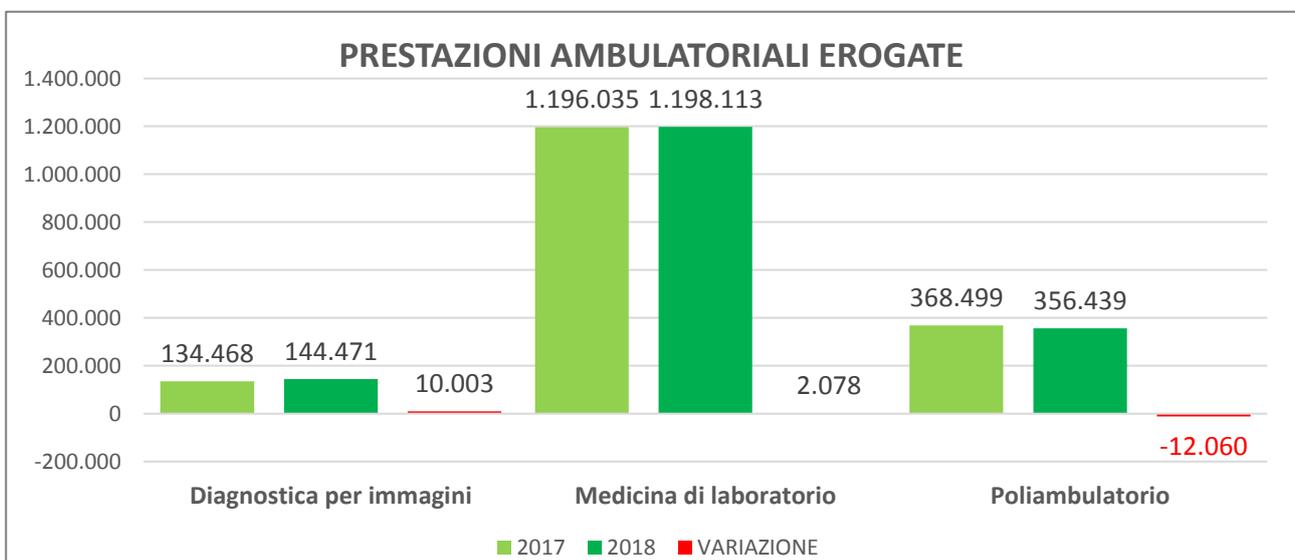


FONTE DATI: CONTROLLO DIREZIONALE

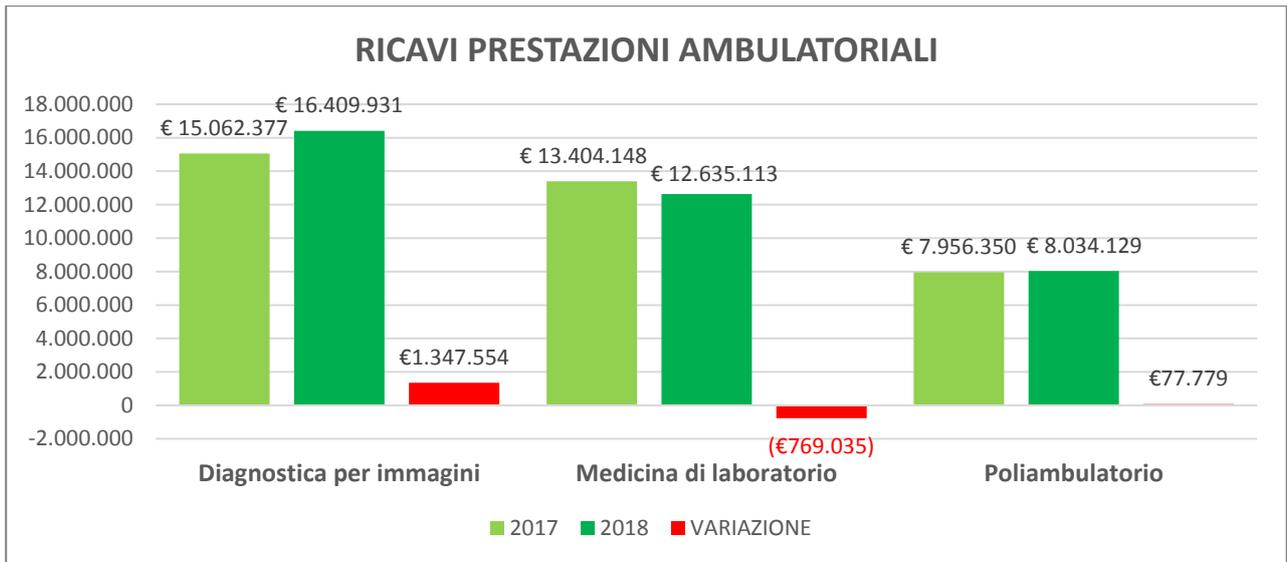
FONTE DATI: CONTROLLO DIREZIONALE E OPERATION MANAGEMENT



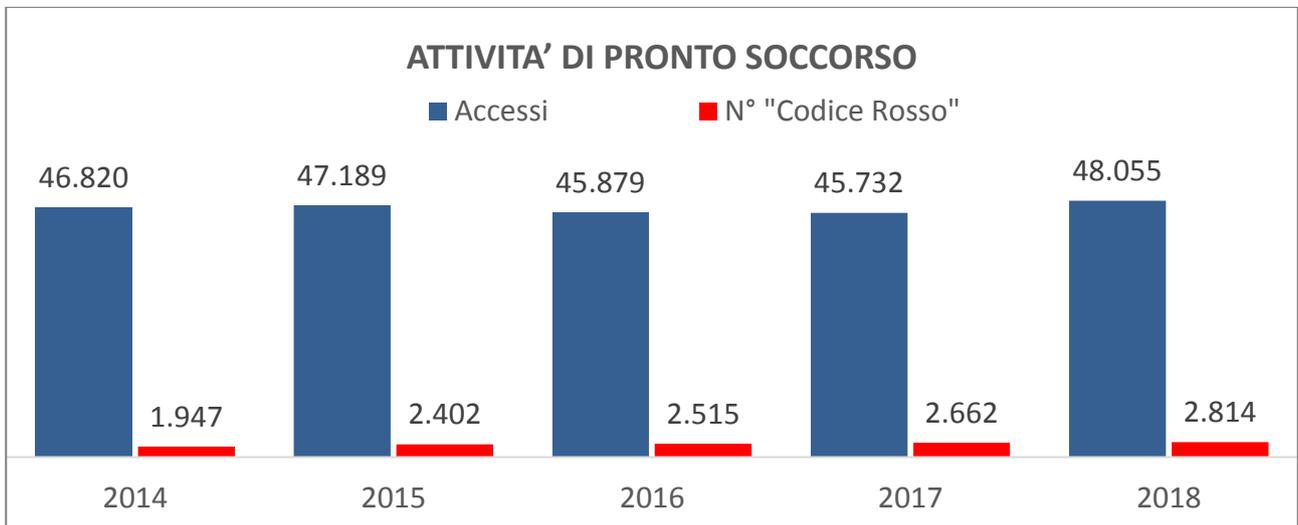
FONTE DATI: DIREZIONE SANITARIA PTV



FONTE DATI: CONTROLLO DIREZIONALE



FONTE DATI: CONTROLLO DIREZIONALE



FONTE DATI: CONTROLLO DIREZIONALE

2.2 Esiti clinici

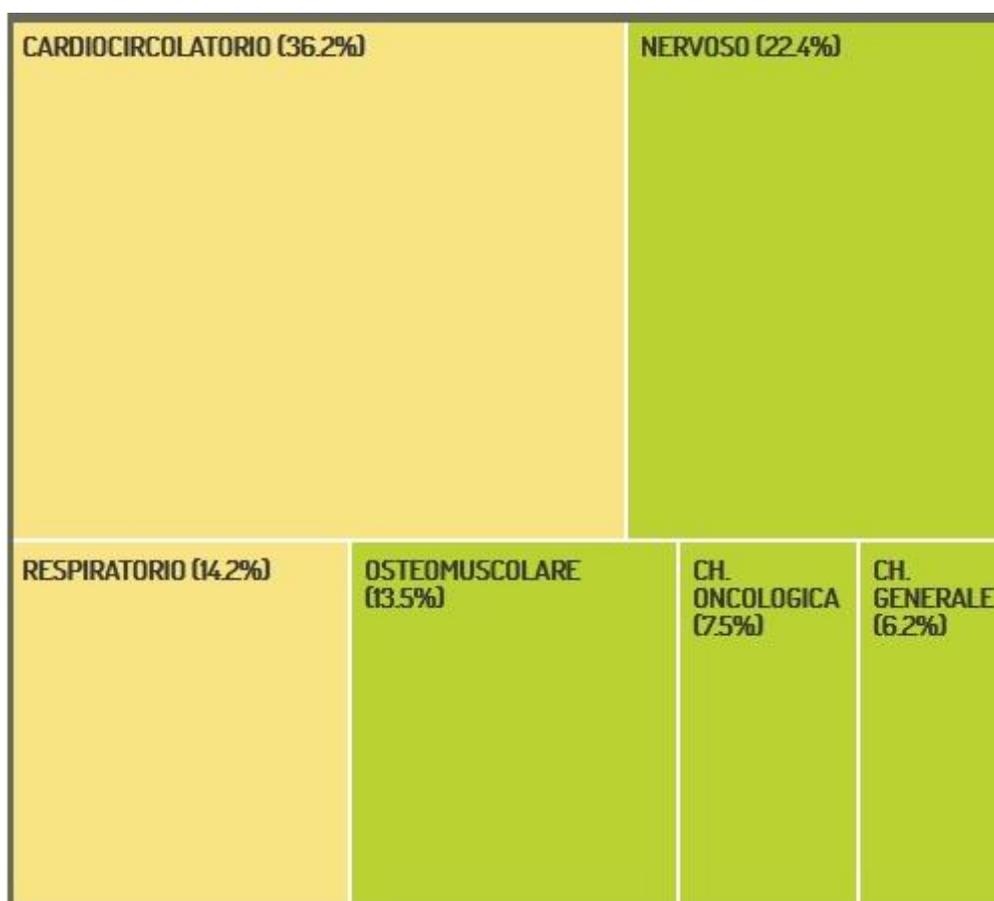
L'incremento delle attività e della produzione è supportata da buoni indicatori relativi agli esiti clinici.

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

Dal 2015 al 2018 al PTV è garantita la qualità di volumi e esiti, i livelli di aderenza rispetto gli standard di qualità, variano da «medio» ad «alto» e non sono presenti aree di criticità.

Nel 2018 il 49,6% dell'attività valutata è di qualità buona, il restante 50,4% è di qualità media, dato nettamente positivo considerando che nell'anno 2017 l'attività valutata di buona qualità era pari al 27,7% e quella di qualità media pari al 72,3%.

Rispetto all'anno 2017 è diminuita la mortalità a 30gg per pazienti con ICTUS.



Livello di aderenza a standard di qualità



Fonte dati: sito P.Re.Val.e

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 abitanti distribuiti tra alcuni dei municipi della ASL RM B e i distretti H1 e H3 della ASL RM 6, 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.

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 21% 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 DCA N.257/2017, n. 504 posti letto complessivi tra ordinari e *day hospital*, che, peraltro, non appaiono sufficienti, nel quadrante di riferimento ove è collocato il "PTV", per soddisfare il rapporto di 3,7 posti letto per mille abitanti previsti dallo *standard* nazionale.

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

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

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

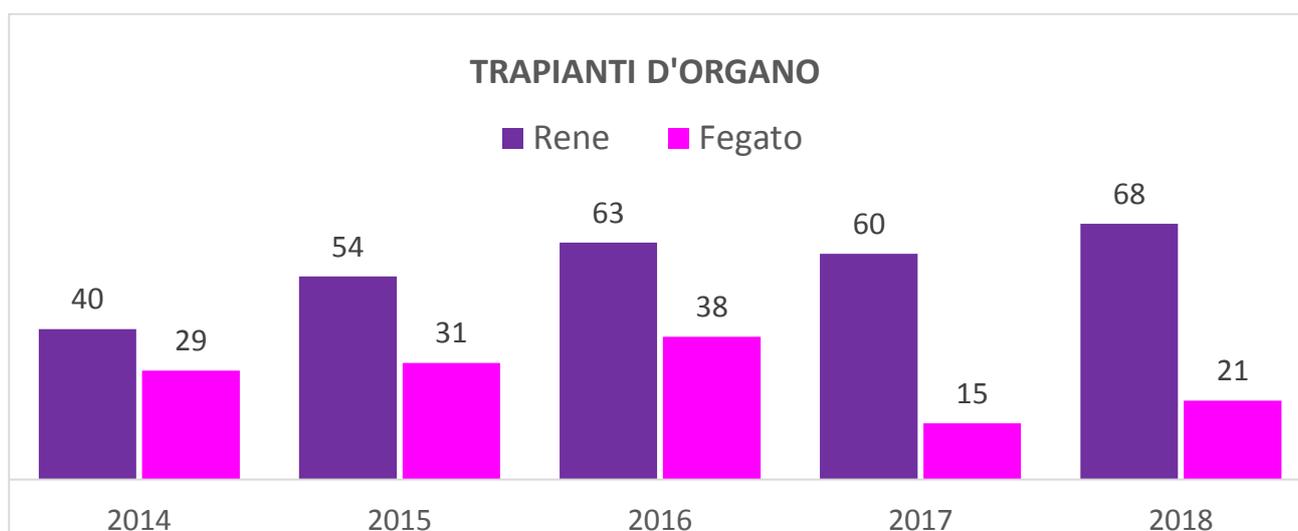
Quanto sopra, anche in doverosa considerazione che con i DD.CC.AA. n. 74/2010 e n. 75/2010 sono state attribuite al "PTV" le funzioni di *Hub* per le alte specialità:

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

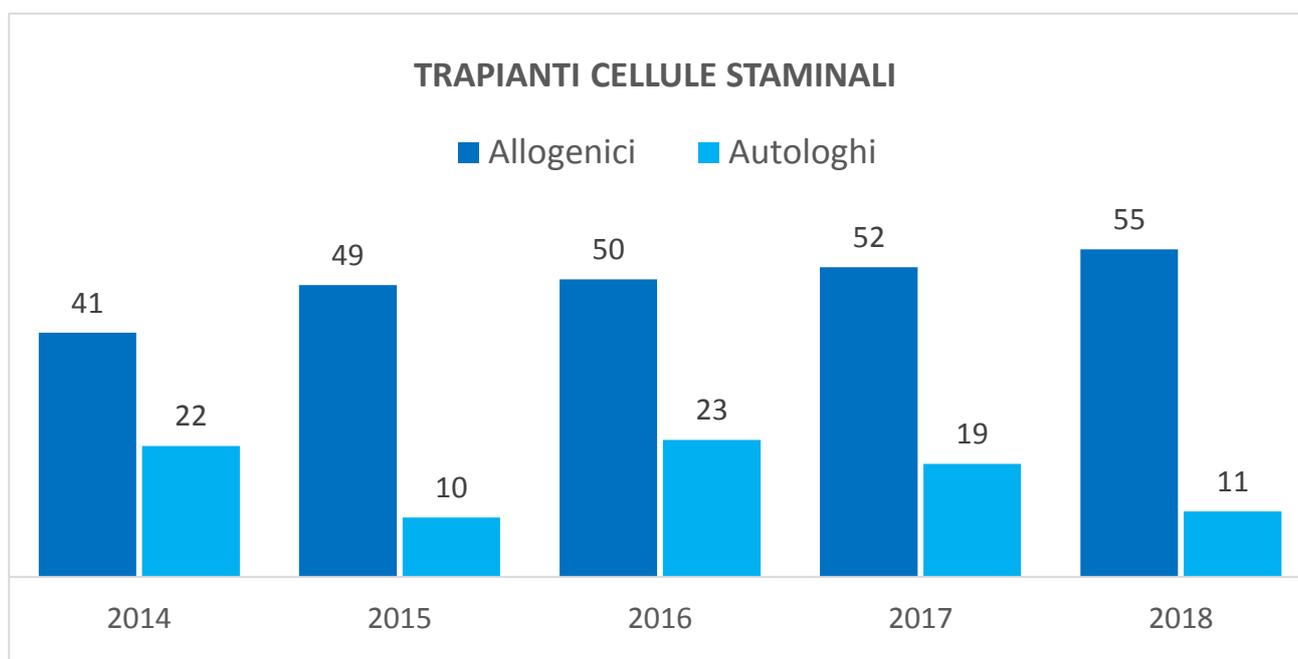
Sono inoltre presenti nel "PTV" le funzioni di CTZ (Centro Trauma di Zona) per la rete per la rete:

- trauma grave;
- malattie infettive.

Il "PTV" riveste, inoltre, un ruolo di primo piano a livello regionale per il *trapianto di organi e tessuti*. E' presente al suo interno una U.O.C. Chirurgia Epatobiliare e trapianti che nel 2018¹ ha eseguito 21 trapianti di fegato e 68 trapianti di rene. Al riguardo, il "PTV" risulta essere la prima struttura per numero di trapianti di fegato e rene nella Regione Lazio. Nell'area medica una importante area di eccellenza è rappresentata dalla UOC di Ematologia che effettua *trapianti di cellule staminali e trapianti di midollo osseo*. All'interno della rete *Rome Transplant Network (RTN)* il "PTV" si colloca quale struttura di riferimento per il trapianto allogenico di cellule staminali emopoietiche da donatore familiare e/o non correlato.



Fonte dati: CONTROLLO DIREZIONALE



Fonte dati: CONTROLLO DIREZIONALE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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 *Re-ingegnerizzazione dei percorsi chirurgici - L’ Operations Management*

A partire dall’anno 2017, è stata istituita, a coordinamento e misurazione delle attività delle sale operatorie, la “*cabina di regia*” quale nuovo processo di organizzazione, implementazione e coordinamento della progettazione e della gestione di piattaforme di erogazione dei servizi rivolti a processi assistenziali complessi. Nel 2018 con l’adozione del nuovo Atto Aziendale, la “*cabina di regia*” è stata ulteriormente rafforzata ed ampliata trasformandosi nella nuova UOSD Operations Management, la cui attività è guidata inoltre dalla misurazione sistematica delle performance e finalizzata all’incremento dell’appropriatezza, dell’efficienza e della produttività nell’erogazione delle prestazioni assistenziali, con l’ulteriore obiettivo di facilitare l’accesso ai percorsi per i professionisti sanitari e, per il loro tramite, all’utenza. Lo svolgimento dell’attività avviene in stretta correlazione funzionale con le unità di personale in carico alle altre strutture coinvolte nei processi gestiti. In tale prospettiva, rappresentano categoria sensibile e rilevante di stakeholder interni, oltre, ovviamente, al management, gli stessi professionisti chirurgici: la funzione di gestione accentrata dei percorsi di sala operatoria è destinata a “*facilitare*” lo svolgimento delle competenze clinico-chirurgiche proprie di tali professionisti liberandoli da competenze ed oneri gestionali.

Il valore economico della risorsa “*sala operatoria*” è uno dei più rilevanti per il “PTV”. L’importanza strategica di una gestione corretta ed efficace consente di rendere ottimale la performance globale dell’iter di cura del paziente, garantendo la sostenibilità dei costi e la qualità del servizio erogato. Alla nuova struttura afferirà la Unit Operations Management Area ambulatoriale destinata specificamente, in prospettiva, alla organizzazione gestionale delle strutture ambulatoriali del PTV.

3.2.2 Il Risk Management

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

In particolare, il Sistema di gestione del rischio clinico del "PTV" prevede la presenza di figure professionali dedicate al fine di creare una struttura trasversale che aiuti costantemente ad intervenire sul rischio organizzativo, ad identificare metodi per prevenire gli "eventi avversi" e a segnalare tempestivamente gli "eventi sentinella", al fine di tutelare il paziente e gli operatori e riducendo, conseguentemente, l'impatto a bilancio del rischio clinico.

La struttura del Risk Management garantisce:

- l'impostazione, la promozione e la verifica delle politiche di prevenzione e gestione del rischio messa in atto dal Policlinico Tor Vergata con la funzione di pianificare e supportare le scelte di indirizzo della Direzione aziendale e il coordinamento della loro attuazione;
- il supporto e lo sviluppo, unitamente agli Affari generali, e nell'ambito delle specifiche funzioni del Comitato Valutazione Sinistri delle strategie di riduzione del rischio aziendale e di contenimento del contenzioso relativo a reclami e richieste di risarcimento per Responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie;
- la condivisione con i risk manager delle strutture sanitarie, pubbliche e private accreditate della Regione Lazio;
- la promozione degli audit nonché l'analisi di tutti gli eventi avversi con morte o grave danno del paziente, ovvero degli eventi a valenza mediatica, occorsi presso le strutture sanitarie indicando le 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 della struttura sanitaria, della relazione consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle iniziative messe in atto;
- l'applicazione ed il monitoraggio delle iniziative in tema di gestione della qualità e sicurezza delle cure indicate alle strutture sanitarie e la rilevazione del rischio di inappropriately nei percorsi diagnostici e terapeutici con la finalità di fare emergere eventuali attività di medicina difensiva attiva e passiva;
- l'analisi delle attività in tema di qualità e sicurezza delle cure in tutte le parti di cui essa risulta composta (sicurezza delle strutture e degli operatori e sicurezza dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali) nonché nell'ambito delle singole aree dipartimentali delle strutture sanitarie;
- 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;

- il coordinamento dei gruppi tecnici incaricati della realizzazione di obiettivi specifici con la possibilità di emanare linee guida e raccomandazioni finalizzate alla riduzione del rischio;
- l'elaborazione ed il monitoraggio dei flussi informativi sulla sicurezza del paziente (eventi sentinella, eventi avversi ed eventi evitati), in adempimento agli obblighi previsti di comunicazione dei dati in ottemperanza al comma 2, art.3 Legge n. 24/2017;
- il supporto tecnico alle attività gestionali della UOC Affari generali per la valutazione dei sinistri di competenza.
- il supporto tecnico nell'approfondimento dei dati indicati nel Programma Nazionale Esiti (P.N.E.) al fine di intercettare eventuali criticità organizzative/cliniche per adottare strategie adeguate a contenerle.

L'attività di Risk Management, in conformità alla determinazione regionale n. G01424 del 10.02.2014, e in attuazione della deliberazione del Direttore generale n. 178 25.03.2016, con la quale il Risk Manager è componente del Comitato per il Controllo delle infezioni correlate all'assistenza (CCICA), prevede il coinvolgimento nelle attività di definizione di percorsi, protocolli operativi e linee guida cui aderire al fine di contenere il dilagare di eventi avversi potenzialmente riconducibili ad infezioni correlate all'assistenza.

La Funzione di Risk Management del "PTV" è stata oggetto di specifica certificazione di I livello «Modello sistemico per la gestione del rischio in ambito sanitario». Anche per tale funzione, oltre, ovviamente, al rilievo degli *stakeholder* esterni (Regione, utenti e loro associazioni, gli stessi fornitori dei servizi assicurativi), è di rilevante importanza, in termini di consapevolezza organizzativa, la chiara identificazione degli stessi operatori sanitari del "PTV" quali principali *stakeholder* interni direttamente interessati alla prefigurazione di percorsi organizzativi improntati alla sicurezza delle cure.

3.2.3 Studi Clinici

Nel 2018 si è consolidato ulteriormente il processo di riorganizzazione ed efficientamento, già avviato negli anni precedenti, delle attività di gestione amministrativa legate agli studi clinici, riconducendo all'interno dell'ufficio studi clinici (GASC) le attività connesse alla richiesta di utilizzo fondi derivanti da proventi di studi clinici avanzata dagli sperimentatori, alla gestione degli studi no-profit, alla contabilità degli studi avviati e degli studi conclusi per i quali risultano ancora fondi in gestione. Il GASC ha gestito ben 68 richieste di utilizzo tra cui liquidazione compensi del personale Universitario, Sumai, Dirigente Medico, Specializzanti e Personale del comparto che partecipa direttamente agli studi clinici nonché rimborsi spese per partecipazione ad attività congressuali.

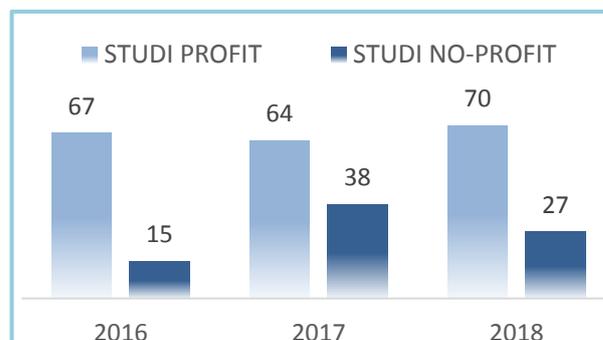
Nel corso dell'anno 2018 è stato inoltre implementato l'intero processo finalizzato al controllo delle entrate e delle uscite ed al calcolo dei costi aziendali e loro registrazione in contabilità.

I costi aziendali detratti dal fatturato dei singoli studi sono stati registrati e dettagliati in contabilità nella cartella relativa allo studio, dando un dato certo ed aggiornato al tempo stesso dei quadri contabili.

Tutto il processo di aggiornamento della contabilità è stato concluso riportando i quadri contabili ad avere al loro interno dei dati certi e chiari.

PROTOCOLLI STUDI CLINICI PROFIT E NO-PROFIT

ANNO	STUDI PROFIT	STUDI NO-PROFIT	FATTURATO
2016	67	15	€ 1.348.705,94
2017	64	38	€ 1.332.345,10
2018	70	27	€ 1.392.089,00
ALLO STATO ATTUALE RISULTANO IN GESTIONE N° 477 CONTRATTI DI STUDI CLINICI			



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

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

Il certificato è stato rilasciato dal KIWA-CERMET, Ente certificatore accreditato Accredia il quale, a sua volta, è membro di organismi internazionali ed è entrato a far parte di accordi di mutuo riconoscimento per l'accreditamento delle certificazioni di Sistemi di Gestione per la Qualità sul mercato europeo ed internazionale.

Nella scelta dell'Ente certificatore il “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.

A seguito del graduale e continuo percorso di certificazione, nel maggio 2018 la certificazione del “PTV” è stata confermata, contestualmente all'adeguamento della stessa alla nuova versione della UNI EN ISO 9001:2015.

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

3.2.5 Le risorse umane

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

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

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

PERSONALE AL 31/12/2018		
TIPO DIPENDENTE	RUOLO	N°
PERSONALE DIPENDENTE	RUOLI NON DIRIGENZIALI	1291
	DIRIGENTE DEI RUOLI STPA	19
	DIRIGENTE MEDICO	117
PERSONALE UNIVERSITARIO	DOCENTE / RICERCATORE STRUTTURATO ASSISTENZIALMENTE AL PTV	211
	RUOLI NON DIRIGENZIALI	12
PERSONALE CON CONTRATTO art. 7 comma 6 D.lgs 165/2001		7
PERSONALE SPECIALISTA AMBULATORIALE		220
TOTALE PERSONALE PTV		1877

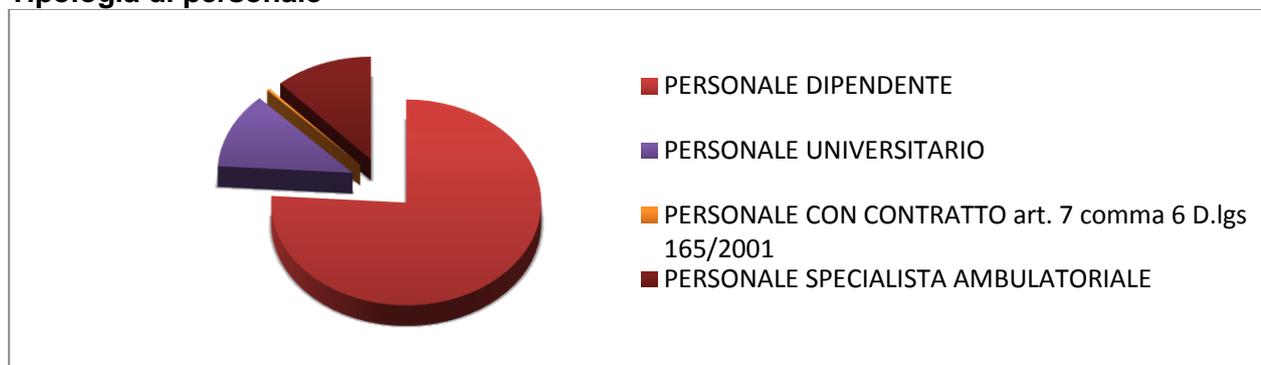
INCREMENTO DEL FABBISOGNO			
PERSONALE	INCREMENTO FABBISOGNO 2018-2020	DI CUI GIA' COPERTI A T.D.	DI CUI DA ACQUISIRE EX NOVO
DIRIGENTE MEDICO	95	49	46
DIRIGENTE STPA	8	4	4
PERSONALE non dirigente *	307	190	117

* tra cui n° 120 operatori socio sanitari

Composizione personale medico



Tipologia di personale



3.2.6 Quadro delle risorse strumentali e finanziarie

Di seguito nel prospetto sinottico sono rappresentati, per aggregato gestionale, i proventi e gli oneri che hanno caratterizzato la gestione degli esercizi 2015 – 2018.

Occorre precisare che i dati riportati per il 2018, rappresentano un valore tendenziale di chiusura in quanto, alla data di redazione della presente relazione, i dati di consuntivo non risultano ancora definitivamente comunicati.

Il risultato tendenziale che emerge dalla lavorazione dei dati di consuntivo, dà evidenza di un risultato oltremodo positivo migliorando la performance, già ottima, dell'esercizio 2017.

ID	CONTO ECONOMICO	Consuntivo 2015	Consuntivo 2016	Consuntivo 2017	Pre-consuntivo 2018
A1	Contributi F.S.R.	34.015.724	33.980.891	38.946.914	38.741.257
A2	Saldo Mobilità	179.041.625	184.097.302	190.330.609	189.171.009
A3	Entrate Proprie	17.398.850	12.855.200	14.785.018	12.592.842
A4	Saldo Intramoenia	697.431	445.264	16.842	579.844
A5	Rettifica Contributi d'esercizio per destinazione ad investimenti	-464.473	-497.593	-51.925	-104.453
A6	Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati	-3.392.732	3.037.298	353.913	-27.402
A	Totale Ricavi Netti	227.296.425	233.918.361	244.381.371	240.953.097
B1	Personale	66.886.657	69.083.038	71.238.979	73.260.767
B2	Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	56.779.486	55.165.532	59.427.507	64.020.060
B3	Altri Beni e Servizi	114.264.312	105.530.745	97.381.863	98.154.388
B4	Ammortamenti e Costi Capitalizzati	3.241.138	3.014.686	2.619.141	1.420.095
B5	Accantonamenti	6.130.270	10.049.148	5.666.224	4.797.851
B6	Variazione Rimanenze	-1.400.500	611.579	440.845	-630.745
B	Totale Costi Interni	245.901.362	243.454.728	236.774.559	241.022.416
C1	Medicina Di Base				
C2	Farmaceutica Convenzionata				
C3	Prestazioni da Privato	16.430.028	15.601.900	15.444.852	14.842.258
C	Totale Costi Esterni	16.430.028	15.601.900	15.444.852	14.842.258
D	Totale Costi Operativi (B+C)	262.331.390	259.056.629	252.219.412	255.864.674
E	Margine Operativo (A-D)	-35.034.966	-25.138.268	-7.838.041	-14.911.578
F1	Svalutazione Immobilizzazioni, Crediti, Rivalutazioni e Svalutazioni Finanziarie	2.859.099	0	308.150	0
F2	Saldo Gestione Finanziaria	11.203.295	10.503.097	10.889.572	10.318.031
F3	Oneri Fiscali	5.093.624	5.282.976	5.502.453	5.800.633
F4	Saldo Gestione Straordinaria	8.376.261	546.106	-139.265	-1.638.042
F	Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie	27.532.279	16.332.179	16.560.910	14.480.622
G	Risultato Economico (E-F)	- 62.567.245 -	41.470.446 -	24.398.952 -	29.392.200

4. MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

4.1 *Albero della performance*

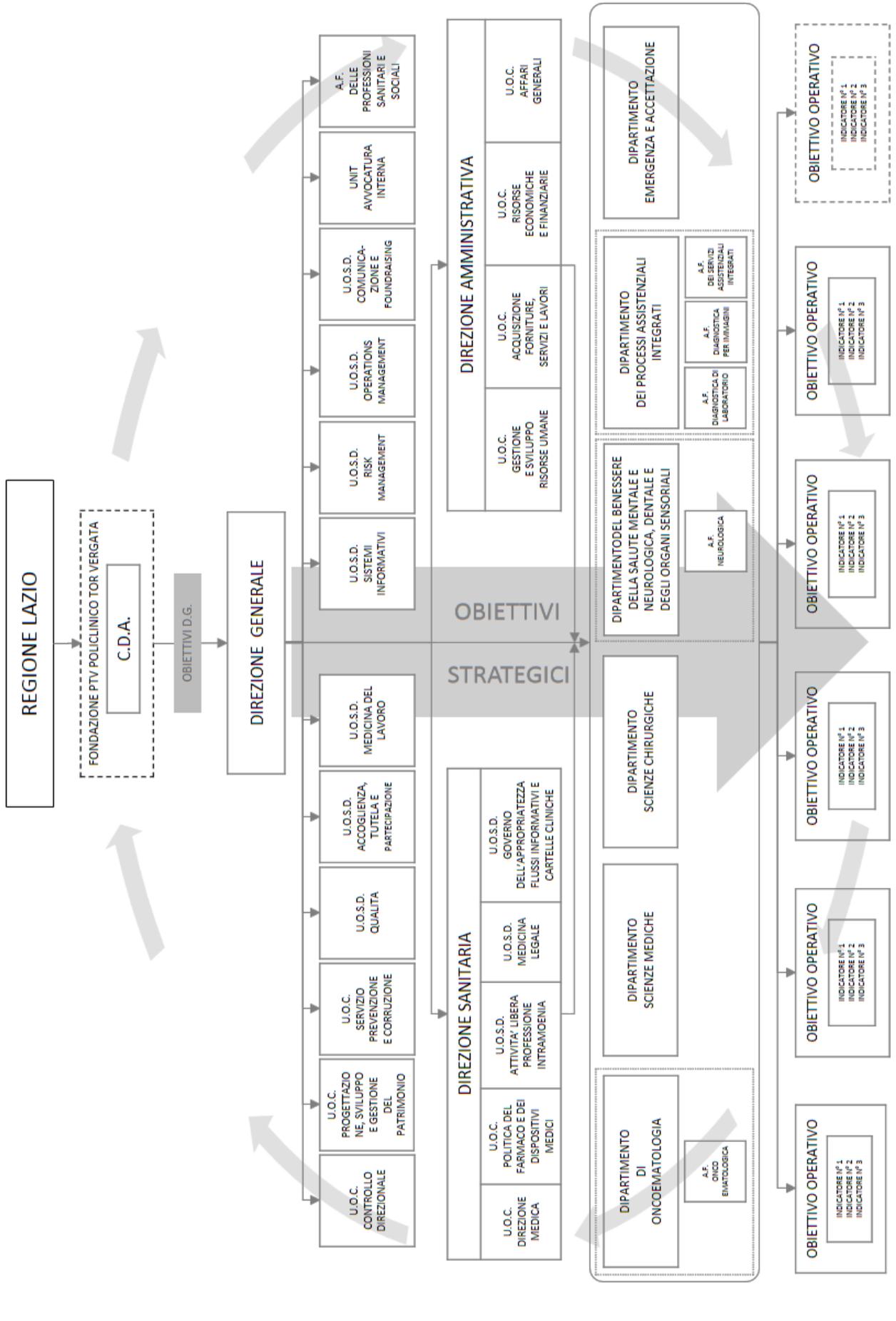
Il “PTV”, in considerazione dei soggetti istituzionali con cui si relaziona (UTV e Regione, quali enti di indirizzo strategico), degli attuali vincoli di bilancio in termini di risorse, della propria *mission*, del contesto esterno e interno in cui opera e delle relative criticità/opportunità, della complessa platea degli *stakeholder* interni ed esterni utenti, seleziona i propri obiettivi strategici in linea di sostanziale continuità con la precedente prospettiva, 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 2018, con l'applicazione dell'atto aziendale e con la progressiva attribuzione degli incarichi, sono stati assegnati a tutti i Direttori di Dipartimento, di UOC, di UOSD e ai titolari dei Programmi clinici di tipo A gli obiettivi clinici e organizzativi coerenti con le strategie dell'Azienda.

La strategia Aziendale è dettata dal rispetto dei vincoli imposti dalla Regione Lazio, attraverso il piano di rientro, dal protocollo di intesa cui è scaturito l'atto aziendale approvato nel dicembre 2017 (diventato operativo a luglio 2018) e dagli obiettivi assegnati dalla Regione Lazio al Direttore Generale che per l'anno 2018 sono stati notificati il 12/11/2018.

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

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



4.2 Misurazione e valutazione

Nelle tabelle e nei grafici seguenti vengono riportati i risultati raggiunti nell'anno 2018, aggregati secondo diversi livelli:

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

UU.OO. DI AREA CLINICA	
TIPO OBIETTIVO	% RAGGIUNGIMENTO
EFFICIENZA	67%
PROCESSI	79%
QUALITA' e APPROPRIATEZZA	80%
TOTALE	75%

UU.OO. DI AREA CLINICA			
FASCE DI PUNTEGGIO	UU.OO.	Inc %	Inc % cum
90% - 100%	27	36,0%	36,0%
70% - 89%	21	28,0%	64,0%
40% - 69%	26	34,7%	98,7%
0% - 39%	1	1,3%	100,0%
<i>Non valutato</i>	-	-	-
TOTALE	75	-	-

UU.OO. DI AREE AMMINISTRATIVA E SANITARIA NON CLINICA			
FASCE DI PUNTEGGIO	UU.OO.	Inc %	Inc % cum
90% - 100%	10	76,9%	5,9%
70% - 89%	3	23,1%	100,0%
40% - 69%	-	-	-
0% - 39%	-	-	-
<i>Non valutato</i>	-	-	-
TOTALE	13	-	-

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

POSIZIONI ORGANIZZATIVE AREA AMMINISTRATIVA			
FASCE DI PUNTEGGIO	P.O.	Inc %	Inc % cum
90% - 100%	13	100,0%	100,0%
70% - 89%	-	-	-
40% - 69%	-	-	-
0% - 39%	-	-	-
<i>Non valutato</i>	-	-	-
TOTALE	13	-	-

PERSONALE COMPARTO AZIENDA OSPEDALIERA			
FASCE DI PUNTEGGIO	N° DIP.	Inc %	Inc % cum
90% - 100%	969	99,6%	99,6%
70% - 89%	1	0,1%	99,7%
40% - 69%	2	0,2%	99,9%
0% - 39%	1	0,1%	100,0%
<i>Non valutato</i>	52	-	-
TOTALE	1025	-	-

PERSONALE COMPARTO FONDAZIONE			
FASCE DI PUNTEGGIO	N° DIP.	Inc %	Inc % cum
90% - 100%	339	99,7%	99,7%
70% - 89%	1	0,3%	100,0%
40% - 69%	-	-	-
0% - 39%	-	-	-
<i>Non valutato</i>	17	-	-
TOTALE	357	-	-

Nella tabella seguente il dettaglio delle UU.OO. cliniche a cui sono state assegnati obiettivi nell'anno 2018 con la relativa percentuale di raggiungimento suddivisa per tipologia di obiettivo.

DIP	UNITA' e RESPONSABILE	% RAGGIUNGIMENTO
DBM	Dipartimento del Benessere della Salute mentale e neurologica, dentale e degli organi sensoriali	
	PROCESSI, RESPONSABILITA' e ORGANIZZAZIONE	100%
	TOTALE	100%
	U.O.C. Neurochirurgia	
	EFFICIENZA	87%
	PROCESSI	59%
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	44%
	TOTALE	60%
	U.O.C. Neurologia	
	EFFICIENZA	83%
	PROCESSI	74%
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	89%
	TOTALE	84%

U.O.C. Neuropsichiatria infantile	
EFFICIENZA	0%
PROCESSI	71%
QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%
TOTALE	51%
U.O.C. Psichiatria e psicologia clinica	
EFFICIENZA	38%
PROCESSI	81%
QUALITA' e APPROPRIATEZZA	65%
TOTALE	59%
U.O.S.D. Attività Ambulatoriale - D.H. - PAC e PDTA	
EFFICIENZA	45%
PROCESSI	55%
QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%
TOTALE	56%
U.O.S.D. Demenze	
EFFICIENZA	100%
PROCESSI	67%
TOTALE	90%
U.O.S.D. Oculistica	
EFFICIENZA	96%
PROCESSI	92%
QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%
TOTALE	96%
U.O.S.D. Odontoiatria con percorsi protetti - Centro diagnosi, igiene e prevenzione orale	
EFFICIENZA	50%
PROCESSI	93%
QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%
TOTALE	85%
U.O.S.D. Ortognatodonzia	
EFFICIENZA	79%
PROCESSI	100%
TOTALE	85%
U.O.S.D. Otorinolaringoiatria	
EFFICIENZA	40%
PROCESSI	84%
QUALITA' e APPROPRIATEZZA	25%
TOTALE	50%
U.O.S.D. Parkinson	
EFFICIENZA	0%
PROCESSI	61%
TOTALE	18%
U.O.S.D. Pronto Soccorso Odontoiatrico e trattamento pazienti vulnerabili sociali	
EFFICIENZA	100%
PROCESSI	95%
QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%
TOTALE	99%
U.O.S.D. Sclerosi Multipla	
EFFICIENZA	83%
PROCESSI	56%

	TOTALE	75%
	U.O.S.D. Stroke Unit	
	EFFICIENZA	100%
	PROCESSI	98%
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%
	TOTALE	100%
	Programma Aziendale Trattamento del Glaucoma	
	EFFICIENZA	0%
	PROCESSI	64%
	TOTALE	45%
DBM Totale		71%

DIP	UNITA' e RESPONSABILE	% RAGGIUNGIMENTO
DEM	Dipartimento Emergenza e Accettazione	
	PROCESSI, RESPONSABILITA' e ORGANIZZAZIONE	100%
	TOTALE	100%
	U.O.C. Anestesia e Rianimazione	
	EFFICIENZA	75%
	PROCESSI	60%
	TOTALE	71%
	U.O.C. Malattie Apparato Respiratorio	
	EFFICIENZA	100%
	PROCESSI	84%
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%
	TOTALE	96%
	U.O.C. Ortopedia e Traumatologia	
	EFFICIENZA	67%
	PROCESSI	92%
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	50%
	TOTALE	68%
	U.O.C. Pronto Soccorso	
	PROCESSI	100%
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	48%
	TOTALE	64%
	U.O.S.D. Chirurgia d'Urgenza	
	EFFICIENZA	100%
	PROCESSI	69%
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%
	TOTALE	91%
	U.O.S.D. Chirurgia Maxillo Facciale	
EFFICIENZA	75%	
PROCESSI	82%	
QUALITA' e APPROPRIATEZZA	66%	
TOTALE	74%	
U.O.S.D. OBI e Medicina d' Urgenza		
EFFICIENZA	0%	
PROCESSI	93%	
QUALITA' e APPROPRIATEZZA	50%	

	TOTALE	43%
	U.O.S.D. Radiologia P.S.	
	EFFICIENZA	100%
	PROCESSI	87%
	TOTALE	96%
	U.O.S.D.Terapia Intensiva coordinamento az. organi e tessuti	
	EFFICIENZA	70%
	PROCESSI	68%
	TOTALE	70%
DEM Totale		77%

DIP	UNITA' e RESPONSABILE	% RAGGIUNGIMENTO
DON	Dipartimento di Oncoematologia	
	PROCESSI, RESPONSABILITA' e ORGANIZZAZIONE	100%
	TOTALE	100%
	U.O.C. Diagnostica Avanzata Oncoematologica	
	EFFICIENZA	86%
	PROCESSI	87%
	TOTALE	86%
	U.O.C. Laboratorio Genetica Medica	
	EFFICIENZA	100%
	PROCESSI	93%
	TOTALE	96%
	U.O.C. Medicina Nucleare	
	EFFICIENZA	79%
	PROCESSI	100%
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%
	TOTALE	89%
	U.O.C. Radioterapia	
	EFFICIENZA	100%
	PROCESSI	100%
	TOTALE	100%
	U.O.C. Trapianto Cellule Staminali	
	EFFICIENZA	38%
	PROCESSI	67%
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	50%
	TOTALE	50%
	U.O.S.D. Oncologia	
	EFFICIENZA	79%
PROCESSI	60%	
QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%	
TOTALE	80%	
U.O.S.D. Patologie linfoproliferative		
EFFICIENZA	87%	
PROCESSI	65%	
QUALITA' e APPROPRIATEZZA	83%	
TOTALE	79%	

	U.O.S.D. Patologie Mieloproliferative	
	EFFICIENZA	56%
	PROCESSI	72%
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	83%
	TOTALE	69%
DON Totale		83%

DIP	UNITA' e RESPONSABILE	% RAGGIUNGIMENTO
DPA	Dipartimento dei Processi Assistenziali Integrati	
	PROCESSI, RESPONSABILITA' e ORGANIZZAZIONE	100%
	TOTALE	100%
	U.O.C. Diagnostica per Immagini	
	EFFICIENZA	72%
	PROCESSI	100%
	TOTALE	80%
	U.O.C. Malattie Infettive	
	EFFICIENZA	79%
	PROCESSI	55%
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	0%
	TOTALE	64%
	U.O.C. Medicina di Laboratorio	
	EFFICIENZA	77%
	PROCESSI	86%
	TOTALE	81%
	U.O.S.D. Anatomia Patologica ad indirizzo citopatolgico	
	EFFICIENZA	100%
	PROCESSI	92%
	TOTALE	96%
	U.O.S.D. Anatomia Patologica ad indirizzo istopatologico	
	EFFICIENZA	100%
	PROCESSI	92%
	TOTALE	96%
	U.O.S.D. Counseling psichiatrico e psicologico di supporto al benessere organizzativo e alle attività cliniche	
	EFFICIENZA	100%
	PROCESSI	58%
TOTALE	87%	
U.O.S.D. Medicina TrASFusionale		
EFFICIENZA	43%	
PROCESSI	87%	
TOTALE	56%	
U.O.S.D. Neuroradiologia		
EFFICIENZA	95%	
PROCESSI	100%	
TOTALE	96%	
U.O.S.D. Operation Radiology Management		
EFFICIENZA	100%	
PROCESSI	100%	
QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%	

TOTALE	100%
U.O.S.D. Terapia Antalgica	
EFFICIENZA	100%
PROCESSI	69%
QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%
TOTALE	91%
U.O.C. Microbiologia e Virologia	
EFFICIENZA	57%
PROCESSI	87%
TOTALE	66%
Programma Aziendale Fisiatria	
EFFICIENZA	100%
PROCESSI	82%
TOTALE	91%
Programma Aziendale Biologia molecolare clinica	
PROCESSI	83%
QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%
TOTALE	95%
DPA Totale	86%

DIP	UNITA' e RESPONSABILE	% RAGGIUNGIMENTO
DSC	Dipartimento delle Scienze Chirurgiche	
	PROCESSI, RESPONSABILITA' e ORGANIZZAZIONE	100%
	TOTALE	100%
	U.O.C. Cardiochirurgia	
	EFFICIENZA	75%
	PROCESSI	55%
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	30%
	TOTALE	56%
	U.O.C. Chirurgia Epatobiliare e Trapianti	
	EFFICIENZA	100%
	PROCESSI	76%
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%
	TOTALE	93%
	U.O.C. Chirurgia Generale	
	EFFICIENZA	98%
	PROCESSI	80%
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	83%
	TOTALE	86%
	U.O.C. Chirurgia Toracica	
	EFFICIENZA	83%
	PROCESSI	83%
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	57%
	TOTALE	73%
	U.O.C. Chirurgia Vascolare	
EFFICIENZA	50%	
PROCESSI	64%	
QUALITA' e APPROPRIATEZZA	98%	

TOTALE	72%
U.O.C. Ginecologia	
EFFICIENZA	100%
PROCESSI	85%
QUALITA' e APPROPRIATEZZA	94%
TOTALE	93%
U.O.C. Ortopedia	
EFFICIENZA	60%
PROCESSI	82%
QUALITA' e APPROPRIATEZZA	38%
TOTALE	58%
U.O.C. Urologia	
EFFICIENZA	67%
PROCESSI	86%
QUALITA' e APPROPRIATEZZA	62%
TOTALE	70%
U.O.S.D. Breast Unit	
PROCESSI	95%
QUALITA' e APPROPRIATEZZA	85%
TOTALE	91%
U.O.S.D. Cardio Toraco Anestesia	
EFFICIENZA	21%
PROCESSI	83%
TOTALE	40%
U.O.S.D. Chirurgia mininvasiva e dell'apparato digerente	
EFFICIENZA	100%
PROCESSI	81%
QUALITA' e APPROPRIATEZZA	99%
TOTALE	94%
U.O.S.D. Terapia intensiva post operatoria	
EFFICIENZA	70%
PROCESSI	90%
TOTALE	76%
DSC Totale	77%

DIP	UNITA' e RESPONSABILE	% RAGGIUNGIMENTO
DSM	Dipartimento delle Scienze Mediche	
	PROCESSI, RESPONSABILITA' e ORGANIZZAZIONE	100%
	TOTALE	100%
	U.O.C. Attività ambulatoriale - D.H. - PAC - PDTA medici	
	EFFICIENZA	0%
	PROCESSI	73%
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	83%
	TOTALE	47%
	U.O.C. Cardiologia	
	EFFICIENZA	65%
	PROCESSI	83%
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%
	TOTALE	81%

U.O.C. Endocrinologia e Diabetologia	
EFFICIENZA	2%
PROCESSI	53%
QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%
TOTALE	46%
U.O.C. Epatologia	
EFFICIENZA	20%
PROCESSI	46%
QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%
TOTALE	47%
U.O.C. Gastroenterologia	
EFFICIENZA	46%
PROCESSI	70%
QUALITA' e APPROPRIATEZZA	50%
TOTALE	54%
U.O.C. Medicina Interna - Centro Medico dell'obesità	
EFFICIENZA	0%
PROCESSI	79%
QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%
TOTALE	54%
U.O.C. Medicina Interna - Centro per l'ipertensione	
EFFICIENZA	50%
PROCESSI	68%
QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%
TOTALE	71%
U.O.C. Reumatologia	
EFFICIENZA	53%
PROCESSI	54%
TOTALE	53%
U.O.S.D. Dermatologia	
EFFICIENZA	90%
PROCESSI	59%
TOTALE	81%
U.O.S.D. Immunopatologia e Allergologia pediatrica	
EFFICIENZA	0%
PROCESSI	87%
QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%
TOTALE	56%
Programma Aziendale Nutrizione Clinica	
EFFICIENZA	59%
PROCESSI	74%
TOTALE	67%
DSM Totale	63%
Totale complessivo	76%

Nella tabella seguente, l'elenco degli obiettivi assegnati alle UU.OO. cliniche con la relativa percentuale di raggiungimento.

TIPO OBIETTIVO	OBIETTIVO e INDICATORI	% RAGGIUNGIMENTO
A		
QUALITA' e APPROPRIATEZZA	Migliorare la qualità delle cure	64%
	Migliorare l'appropriatezza	88%
	Migliorare l'appropriatezza prescrittiva	100%
	Migliorare l'attrattività	93%
	Ridurre la durata della degenza media post-operatoria	100%
	Riduzione ricoveri in DH medico con finalità diagnostica	89%
	Riduzione tempi di attesa per pazienti oncologici	85%
	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	100%
	Segnalazioni alle Autorità Giudiziarie nei casi ove previsto	82%
	Elaborazione dei profili di indagine biochimica per i PDTA/PAC attivi e da attivare presso il PTV che necessitano di tale indagine di intesa con i clinici interessati	100%
	Incremento dimissioni protette	74%
	Ottimizzazione/miglioramento percorsi e servizi area emergenza	62%
	Avvio/supporto attività ALPI	100%
	TOTALE QUALITA' e APPROPRIATEZZA	80%

B		
EFFICIENZA	Adeguatezza tempo risposta TAT (tempo di refertazione)	97%
	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	100%
	Aumento complessità	73%
	Efficientamento prestazioni per interni	100%
	Elaborazione procedure	100%
	Incremento accertamenti morte cerebrale	97%
	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	0%
	Incremento Preospedalizzazione (effettuare almeno 30 videat anestesiolgici al giorno per pazienti in preospedalizzazione)	100%
	Incremento ricavo medio a seduta operatoria	91%
	Migliorare il benessere organizzativo	100%
	Migliorare l'appropriatezza prescrittiva	100%
	Ottimizzazione case-mix	23%
	Ottimizzazione consumo sangue in Camera operatoria	100%
	Ottimizzazione efficienza tecnologica	100%
	Ottimizzazione livello degenza media	39%
	Riduzione esami per pazienti interni a seguito dell'introduzione dei blocchi automatici	20%
	Riduzione rientri non pianificati	34%
	Riorganizzazione dei panel offerti dalla Medicina di Laboratorio	100%
	Presa in carico pazienti che necessitano di riabilitazione (Cod. 56 per le medicine e 75)	100%
	Contenimento/razionalizzazione spesa farmaceutica	84%
	Tempestività erogazione consulenze interne	100%
	Incremento/mantenimento della produzione	62%
	Contenimento/razionalizzazione spesa per dispositivi medici	72%

	Ottimizzazione/miglioramento percorsi e servizi area emergenza	71%
	Rispetto normativa "Privacy"	100%
	Implementazione sistemi di monitoraggio	100%
TOTALE EFFICIENZA		67%

C		
PROCESSI	Attuazione e aderenza attività inerenti salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori attraverso il rispetto degli adempimenti normativi e assicurando la disponibilità dell'informazione ai lavoratori	100%
	Diffusione delle Linee Guida e delle procedure relative ai requisiti per la Certificazione di Sistema	100%
	Efficientamento utilizzo sale operatorie	72%
	Miglioramento dei processi	98%
	Ottimizzazione dei percorsi	100%
	Riduzione degenza preoperatoria interventi chirurgici programmati (elezione e pre-ospedalizzazione)	84%
	Riduzione del sovraccollamento in PS	65%
	Supporto attività CVS	91%
	Trasparenza liste attesa	81%
	Tempestività erogazione consulenze interne	87%
	Migliorare l'informatizzazione anche attraverso il corretto utilizzo dei software	21%
	Ottimizzazione/miglioramento percorsi e servizi area emergenza	100%
	Formazione in ambito Rischio Clinico	27%
	TOTALE PROCESSI	

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

STRUTTURA	% RAGGIUNGIMENTO
Direzione Generale - Area Professioni Sanitarie e Sociali e Comfort Ospedaliero	100%
Direzione Generale - Sistemi Informativi	80%
Programma Aziendale Servizio di Ingegneria Medica	100%
U.O.C. Acquisizione Forniture, Servizi e Lavori	100%
U.O.C. Affari Generali	79%
U.O.C. Farmacia	100%
U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	100%
U.O.C. Progettazione, Sviluppo e Gestione del Patrimonio	90%
U.O.C. Risorse Economiche e Finanziarie	100%
U.O.S.D. Accoglienza, Tutela e Partecipazione	91%
U.O.S.D. Attività Libero Professionale Intramoenia	90%
U.O.S.D. Medicina Legale	75%
U.O.S.D. Operations Management	100%
TOTALE	93%

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

OBIETTIVO	% RAGGIUNGIMENTO
Ottimizzazione spesa farmaceutica	100%
Scadenario contratti per beni e forniture aggiornato trimestralmente ed inviato alla Direzione strategica, a Farmacia e RUP/DEC di riferimento.	100%
Semplificazione e velocizzazione delle procedure contrattuali di affidamento (e della relativa gestione) a copertura dei guasti attualmente non ricompresi nel global service né negli altri contratti di manutenzione (in quanto relativi a elettromedicali non ricompresi del parco macchine di cui al global service e agli ulteriori citati contratti ovvero in quanto afferenti a categorie di guasti non coperte da detti contratti) al fine di garantire conclusivamente la correzione dei guasti entro 15 giorni dalla richiesta.	100%
Adempimenti normativa privacy	100%
Aggiornamento semestrale della dotazione organica integrata per Centro di costo con Dipendenti Universitari, SSN e Sumai, con la specifica delle ore, secondo il nuovo Atto Aziendale.	100%
Aggiornamento sito internet	100%
Analisi delle mansioni attribuite agli infermieri con prescrizione amministrativa, al fine di una eventuale loro ricollocazione	100%
Analisi mensile relativa alla gestione dei reclami/suggerimenti/encomi, in collaborazione con rischio clinico e direzione sanitaria, attraverso riunioni frontali e proposte di miglioramento.	100%
Applicazione della Legge 24/2017 per le procedure di competenza del CVS e del settore assicurativo come da delibera aziendale	0%
Assicurare tutti gli adempimenti previsti dalle Determinine regionali 3636 e 2911 - 2010 per la parte di competenza della Farmacia.	100%
Attendibilità del flusso R, flusso FARMED e flusso Dispositivi Medici di competenza della Farmacia.	100%
Attivazione funzione interna all'Audit	0%
Avvio del processo di programmazione procedure di gara e indizione almeno 6 mesi prima della scadenza del precedente affidamento a partire dal secondo semestre 2018. (OBIETTIVO LEGATO ALLE STRUTTURE CHE DEVONO TRASMETTERE IL CAPITOLATO).	100%
Avvio razionalizzazioni percorsi peri-operatori	100%
Carta dei Servizi 2018 - aggiornamento (DG - C7).	100%
Completamento degli armadietti virtuali di reparto per T.I.	100%
Completamento del conferimento incarichi dirigenziali al personale universitario e ospedalieri a seguito dell'adozione dell'Atto Aziendale	100%
Completamento della documentazione per la Segnalazione Certificata di Inizio Attività e per l'accreditamento delle strutture	0%
Completamento informatizzazione cartella clinica ambulatoriale	100%
Consegna alla firma del DG dei contratti/convenzioni di sperimentazioni cliniche entro il termine massimo di 20 gg dalla ricezione da parte dell'ufficio dei relativi verbali del Comitato Etico.	100%
Contenere le sostituzioni di maternità, fatte salve particolari situazioni autorizzate dal DG	100%
Corretta gestione della procedura HTA	100%
Creazioni procedure per il buon uso e la responsabilizzazione all'utilizzo delle attrezzature e organizzazione incontri clinici di formazione a tutti gli utilizzatori specializzandi compresi, a cura delle ditte, per evitare usi impropri, per tutte le categorie di attrezzature ad uso complesso e che si deteriorano di più (colonne laparo, apparecchi di anestesia, endoscopi, gastroscopi, broncoscopi ecc).	100%
Definizione incarichi di "funzione" e relativa assegnazione degli incarichi di Comparto	100%
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 disdette, preospedalizzazione non seguita da ricovero ecc.)	50%
Efficientamento del processo di manutenzione delle attrezzature elettromedicali	100%
Erogazione consulenze wound care, stoma care e PICC entro 24 ore	100%
Formalizzazione deleghe di cui all'art 16 Atto Aziendale	100%
Incontri periodici con unità operative chirurgiche e servizi coinvolti nel percorso chirurgico.	100%
Incrementare le prestazioni/ricavi ambulatoriali del 10% rispetto al 2017	100%
Individuazione azioni, con responsabile BO e Radiologia, per normalizzare i tempi dei fermi macchine in caso di rotture, anche tramite l'implementazione/completamento della individuazione dei "referenti " di reparto per la tempestiva segnalazione delle criticità e soluzione guasto anche ai fini delle penali di contratto.	100%
Individuazione azioni, con responsabili aree Odontoiatriche, per normalizzare i tempi dei fermi macchine in caso di rotture, anche tramite l'implementazione/completamento della individuazione dei "referenti " di reparto per la tempestiva segnalazione delle criticità e soluzione guasto anche ai fini delle penali di contratto.	100%
Messa a regime sistema delle determinazioni dirigenziali	100%
Monitoraggio andamento bilancio rispetto all'anno 2017	100%
Monitoraggio andamento tempi liquidazione fatture attraverso incontri mensili con i RUP e i DEC	100%
Monitoraggio aree di ottimizzazione previo investimento tecnologico informatico	100%
Monitoraggio del percorso di razionalizzazione delle sale operatorie	100%
Monitorare stato attuazione DDG 300 del 19/04/2017 con proposte migliorative in ordine alle criticità rilevate	100%

PAC - Assicurare lo sviluppo del Piano Attuativo per la certificazione del Bilancio del PTV secondo le tempistiche e linee guida della Regione Lazio.	100%
Partecipazione proattiva dell'area project office coordinato dal risk management	100%
Predisposizione delle convenzioni ovvero dei rinnovi delle convenzioni entro 15 gg dalla scadenza, fungendo da raccordo con tutti gli uffici interessati, con segnalazione al DA e al DG di eventuali ritardi dei suddetti uffici.	100%
Predisposizione in collaborazione con il DPO Aziendale degli atti di nomina referenti privacy in osservanza al nuovo GDPR 2016 n. 679 e U.	100%
Predisposizione timing interventi manutenzione urgenti	100%
Predisposizione, d'intesa con il/i RUP della procedura per richieste riparazioni ed interventi strutturali con evidenza del richiedente, dei costi, e dei tempi di intervento, con priorità per gli interventi attinenti alla sicurezza sul lavoro.	100%
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 a controllo di gestione	100%
Proposta di nuova configurazione PO e Coordinamenti in attuazione al nuovo CCNL	100%
Proposta regolamento sperimentazioni cliniche	100%
Pubblicazione delle informazioni, dei dati e degli atti secondo le prescrizioni del D.LGS. N. 33 del 14/03/2013 relative alla trasparenza	98%
Pubblicazione delle informazioni, dei dati e degli atti secondo le prescrizioni del D.LGS. N. 33 del 14/03/2013 relative alla trasparenza e della Legge 24/2017.	88%
Razionalizzazione degli spazi interni al fine di favorire la migliore allocazione dei percorsi clinici e della logistica	100%
Redazione di capitolati tecnici di gara 6 mesi prima della scadenza dei contratti trasmessi alla UOC Approvvigionamenti	100%
Redazione di un documento contenente le seguenti informazioni, da inviare trimestralmente: 1. stato di avanzamento delle gare di appalto in cui è coinvolto il SIM (redazione capitolato tecnico / attesa offerte / valutazione offerte / attesa consegna / collaudo effettuato); 2. elenco dei collaudi effettuati; 3. inventario delle apparecchiature biomediche aggiornato, con l'indicazione dello stato di funzionamento delle apparecchiature ed evidenza sulle apparecchiature definitivamente non funzionanti o non utilizzate; 4 stato dei contratti la cui responsabilità / esecuzione è affidata al SIM, con dettaglio su: a. livello di adempimento e penali applicate; b. contratti in scadenza nei prossimi 12 mesi; 5. evidenza dei reparti o servizi assistenziali nei quali si siano verificati i seguenti episodi: a. danni ad apparecchiature dovuti ad uso improprio da parte del personale (da inviare anche all'UOC Risorse Umane); b. furti o smarrimenti di apparecchiature biomediche o relativi accessori.	100%
Revisione fondi comparto Fondazione e Dirigenza e Sanitaria anche alla luce del nuovo atto Aziendale. Costituzione fondi Dirigenza Medica	100%
Ricognizione normativa, monitoraggio ed applicazione del sistema tariffario ambulatoriale per i profili amministrativi in raccordo con la DS	100%
Riesame dei processi amministrativi	78%
Rispetto budget personale, comprensivo di acquisizioni e sostituzioni	100%
Rispetto dei tempi di liquidazione delle fatture.	96%
Rispetto del budget concordato per farmaci.	100%
Rispetto LEA farmaceutica in relazione a nuovo DPCM e al prontuario terapeutico regionale	100%
Tempestività degli invii dei flussi informativi "Ordini" e "Contratti" definiti dalla Regione e dai Ministeri vigilanti.	100%
Tempestività degli invii dei flussi informativi di competenza definiti dalla Regione e dai Ministeri vigilanti.	100%
Tempestività dell'avvio di procedure per acquisizioni (entro 3 mesi dall'assegnazione del budget Regionale o dall'autorizzazione Regionale)	100%
Tempestività nelle acquisizioni autorizzate dal Nucleo di Valutazione - bando entro max 2 mesi dall'autorizzazione.	100%
Verifica percorsi ausiliari/oss ai fini della predisposizione della dotazione organica degli OSS e di un eventuale capitolato di somministrazione per gli ausiliari	100%
Avvio ALPI interna "Radiologia"	100%
Implementazione contabilità separata relativa a tutte le tipologie di ALPI	100%
Rispetto dei volumi di attività istituzione e attività ALPI in tutte le sue forme.	100%
Individuazione, in collaborazione con la Direzione Sanitaria, degli esercenti la professione sanitaria cui inoltrare le comunicazioni di cui all'art. 13 legge 24/17.	100%
Elaborazione del conclusivo parere medico legale sulle richieste risarcitorie da malpractice entro 60 giorni decorrenti dalla conclusione della fase istruttoria, come da Regolamento del CVS approvato con DDG 287/2016: a) per i sinistri in SIR, all'esito della visita medico legale del danneggiato; b) per i sinistri denunciati alla Compagnia, dalla disamina della documentazione clinica.	100%
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.	100%
Collaborazione con il Risk manager per l'individuazione di linee preventive dei rischi clinici partendo dall'analisi dei risarcimenti richiesti.	0%
Riorganizzazione servizio CUP attraverso l'utilizzo di unità interne	100%
Totale complessivo	93%

Nell'ottica del miglioramento continuo la Direzione strategica, anche a seguito dei monitoraggi costantemente effettuati e delle performance rilevate, ha messo in campo una serie di azioni volte al miglioramento di quei processi per i quali il risultato non è ritenuto soddisfacente.

- Relativamente all'obiettivo **“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”** sono state avviate una serie di iniziative gestite direttamente dalla Direzione Aziendale e con il coinvolgimento delle associazioni di volontariato che dovrebbero consentire al PTV di migliorare il risultato raggiunto nel corso del 2018. Occorre tuttavia segnalare che per l'autosufficienza e più in generale per la raccolta sangue, il 2018 è stato un anno particolarmente difficile a causa dell'epidemia da virus della chikungunya. Relativamente al citato virus, a partite da settembre 2017 e fino ai primi mesi del 2018, sono stati notificati 489 casi autoctoni, di cui 282 confermati in laboratorio. Tra questi, 206 casi sono stati notificati dalla Regione Lazio, con focolai epidemici nei comuni di Anzio, Roma e Latina).
- Obiettivo **“Ottimizzazione livello degenza media”**, l'obiettivo di riduzione della degenza media è stato assegnato, per l'anno 2018, esclusivamente ad alcune UU.OO. di area medica del PTV. Da anni la direzione strategica ha previsto un monitoraggio mensile della durata della degenza. Nel corso dell'ultimo anno sono state intraprese diverse iniziative volte a facilitare la dimissione dei pazienti (creazione delle Care Manager, incentivi alle dimissioni protette, rafforzamento dei collegamenti per i trasferimenti dei degenti che necessitano altro regime assistenziale), il risultato ottenuto, non ancora soddisfacente, è spiegabile dalla natura dei pazienti che accedono alle UO mediche del PTV, la maggioranza di questi arriva in reparto attraverso il Pronto soccorso e presenta un elevato livello di complessità. Occorre segnalare inoltre che il PTV insiste in un'area della Città dove scarseggiano strutture sanitarie di supporto e che possono accogliere quei pazienti trasferibili ad altro regime assistenziale.
- Obiettivo **“Ottimizzazione/miglioramento dei percorsi e servizi area emergenza”**, al fine di continuare nel progressivo miglioramento degli indicatori legati all'area dell'emergenza, nel corso dell'ultimo anno sono state intraprese diverse iniziative tra cui:
 - Attivazione del doppio box Medico che ha portato alla conseguente diminuzione dei tempi di permanenza in PS, del numero dei pazienti che non rispondono a chiamata

e dei pazienti che si allontanano prima della conclusione dell'iter clinico in Pronto Soccorso.

- Elaborazione da parte della Direzione Sanitaria su indicazione Regionale, del Piano per il Sovraffollamento del Pronto Soccorso per consentire la pronta assegnazione/ricovero dei pazienti in carico alle discipline entro certi limiti di capienza del PS.

Tuttavia, nonostante le iniziative intraprese, si rileva che il sovraffollamento del PS è difficilmente risolvibile per le seguenti cause:

- Area con incidenza di Posti Letto inferiore al 2 per mille abitanti
- Area con scarsa presa in carico territoriale delle patologie croniche
- Area con bassissimi indici di LCT
- Maggiore complessità derivante dall'innalzamento dell'età dei nostri utenti PS

Il tutto aggravato dalla estrema difficoltà di acquisire unità di personale medico per la medicina d'urgenza.

- Obiettivo **“Migliorare l'informatizzazione anche attraverso il corretto utilizzo dei software”**, Il risultato raggiunto nel 2018 è frutto della storica assenza al PTV di una programmazione in ambito informatico. Da soli 2 anni è presente al PTV un Dirigente dedicato all' IT che dopo aver proceduto all'ammodernamento della rete Hardware e software ha avviato una serie di iniziative che nel giro dei prossimi anni dovrebbero portare alla completa informatizzazione dei processi.

A tutti i direttori delle UU.OO. sono stati assegnati obiettivi relativi all'informatizzazione e al corretto utilizzo dei software (cartelle cliniche e registri operatori), il risultato non completamente soddisfacente è dovuto alla “disabitudine” del personale all'utilizzo degli strumenti che verrà superata attraverso formazione costante e supporto da parte del personale afferente alla struttura IT.

- Obiettivo **“Formazione in ambito Rischio Clinico”** pur essendo stati pianificati in corso di anno corsi specifici inerenti la gestione del rischio clinico si sono create spesso situazioni per cui il personale sanitario invitato a partecipare non ha potuto presiedere la sessione formativa causa intensità assistenziale sulle degenze e sui servizi interessati.

Con il fine di recuperare la mancata formazione di parte del personale sanitario sono in corso di pianificazione per l'anno 2019 ulteriori sessioni formative inerenti la tematica “rischio clinico”.

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 per l'anno 2018 si articola nelle seguenti fasi:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

In data 25/01/2018 è stato approvato l'Atto Aziendale della Fondazione PTV adottato dal Consiglio di Amministrazione della stessa Fondazione, preso atto dell'intesa con il Rettore dell'Università degli Studi di Tor Vergata.

Nell'anno 2018 l'affidamento degli incarichi, con il contestuale affidamento di obiettivi, è iniziato dal mese di aprile.

Pertanto, l'anno 2018 è da considerare un anno di transizione ai fini del funzionamento del sistema premiante basato sugli incarichi del nuovo atto aziendale, in quanto solo una parte del personale docente (quello che ha avuto incarichi) ha avuto assegnati gli obiettivi.

Pertanto, lo stesso deve ritenersi come anno ponte, anche in considerazione della progressiva assegnazione degli incarichi terminata il 1 giugno 2019.

6. LE CRITICITA' E LE OPPORTUNITA'

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

In particolare alcune possibili azioni di miglioramento sono le seguenti:

- Realizzare una piena integrazione tra il Piano della performance e la pianificazione economico-finanziaria e di bilancio;
- Il coinvolgimento degli stakeholder. Sicuramente tale processo deve essere reso più ampio e sistematico.

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

Grazie alle azioni di monitoraggio mensile del controllo direzionale, gli obiettivi assegnati alle UOC cliniche, monitorati dal Programma Nazionale Esiti (P.Re.Val.E), gli obiettivi di efficientamento assegnati a tutto il personale aziendale, si è realizzata un'importante azione di recupero del deficit (dal 2006 al 2018) e al miglioramento degli outcome del sistema P.Re.Val.E.