



RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 2023



FONDAZIONE PTV POLICLINICO

Elenco delle modifiche

Versione	Data	Paragrafi modificati	Note
2024	21/06/2024	TUTTI	

	Funzione	Data
Redazione	UOC Controllo direzionale UOC Gestione e sviluppo risorse umane	21/06/2024
Verifica	Direttore Sanitario	21/06/2024
Verifica	Direttore Amministrativo	21/06/2024
Verifica	Direttore Generale	21/06/2024
Approvazione	Consiglio di Amministrazione	26/06/2024
Validazione	Organismo Indipendente di Valutazione	26/06/2024

Sommario

1.	CONTENUTI DELLA RELAZIONE ANNUALE SULLA PERFORMANCE.....	4
2.	PRINCIPALI RISULTATI RAGGIUNTI	5
2.1	Produzione	5
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	16
3.2.1	Il Risk Management.....	16
3.2.2	Studi Clinici	17
3.2.3	Il Sistema di Gestione per la Qualità della Fondazione Policlinico Tor Vergata ("SGQ").....	19
3.2.4	Le risorse umane	20
3.2.5	Quadro delle risorse strumentali e finanziarie	23
4.	MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE.....	27
4.1	Ciclo della performance.....	27
5.	IL PROCESSO DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE	44
6.	VALUTAZIONE DEGLI STAKEHOLDER.....	46
7.	LE CRITICITA' E LE OPPORTUNITA'	48

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

Nel corso del 2023, con il definitivo superamento dello stato di emergenza da epidemia Covid, le attività del PTV sono tornate alla normalità, sia in termini di volumi che in termini di “tipologia” di assistenza. Rispetto all’esercizio 2022, va segnalato un incremento della produzione di circa 12 milioni. Per il 2023, in riferimento agli obiettivi assegnati dalla Regione, il citato incremento della produzione, il miglioramento dei risultati rispetto agli indicatori di area sanitaria e il generale rispetto dei vincoli economici concordati hanno contribuito ad un sostanziale raggiungimento degli stessi.

Nei paragrafi successivi si rappresenta un’analisi dettagliata dei risultati raggiunti anche mediante un confronto tra i valori economici dei bilanci (consuntivo 2022, CE IV trim 2023 e Bilancio di previsione 2024).

2.1 Produzione

Al PTV sono stati riconosciuti n. **605 posti letto** complessivi tra ordinari e day hospital, come da Determinazione della Giunta Regionale del 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". Come risultante da modello NSIS HSP12 al 31.12.2023 sono attivi 506 posti letto, di cui 451 ordinari e 55 diurni.

Nell’anno 2023 sono stati prodotti 25.026 ricoveri di cui 16.370 in regime ordinario e 8.656 in regime di day hospital.

TABELLA RICOVERO ORDINARIO				
DIPARTIMENTO	N° DIMESSI		RICAVI	
	2022	2023	2022	2023
DIPARTIMENTO DEL BENESSERE DELLA SALUTE MENTALE E NEUROLOGICA, DENTALE E DEGLI ORGANI SENSORIALI	2.306	2.583	€ 12.656.800	€ 13.587.673
DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE	2.063	2.469	€ 12.931.965	€ 13.678.006
DIPARTIMENTO DI ONCOEMATOLOGIA	988	989	€ 9.385.888	€ 9.192.955
DIPARTIMENTO DEI PROCESSI ASSISTENZIALI INTEGRATI	553	576	€ 3.544.074	€ 3.076.224
DIPARTIMENTO DI SCIENZE CHIRURGICHE	3.880	4.406	€ 26.971.462	€ 28.610.351
DIPARTIMENTO DELLE SCIENZE MEDICHE	4.661	5.347	€ 27.676.973	€ 29.704.425
TOTALE	14.451	16.370	€ 93.167.162	€ 97.849.633

TABELLA DAY HOSPITAL		
DESCRIZIONE	2022	2023
N° RICOVERI	7.283	8.656
RICAVI	€ 7.591.992	€ 8.651.004

Anche relativamente alle attività ambulatoriali, nel 2023 si è mantenuto il trend di crescita rispetto al 2022 e agli anni interessati dall'emergenza pandemica.

ATTIVITA' AMBULATORIALI		
ANNO	N° PRESTAZIONI	RICAVI
2021	1.434.977	€ 35.034.647
2022	1.873.688	€ 43.190.286
2023	2.210.593	€ 49.054.282

Di seguito si rappresenta graficamente l'andamento delle attività negli anni e si evidenzia che gli elementi monitorati sono in linea al periodo pre-covid.

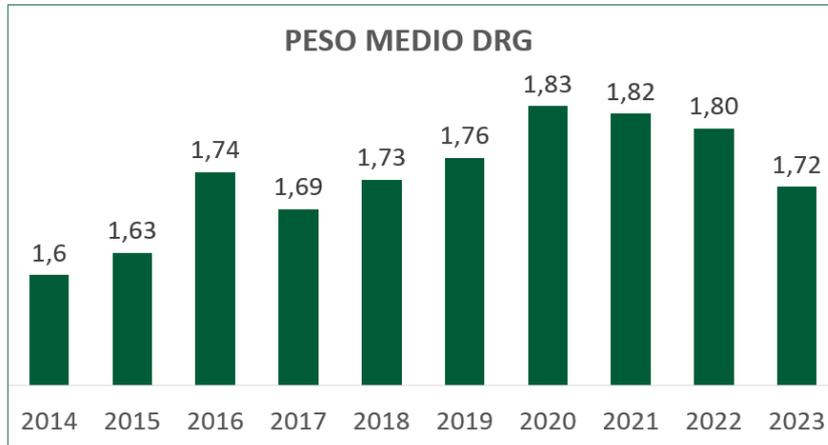
Nell'anno 2023 sono state prodotte 148.441 giornate di degenza, valore superiore ai due anni precedenti, inferiore rispetto all'anno 2019 (ultimo anno pre-covid), ma con un aumento considerevole del n° dei dimessi rispetto all'anno 2019.

Inoltre la complessità dei casi trattati, misurabile attraverso il Peso dei DRG prodotti, seppure in diminuzione rispetto all'anno 2022, risulta in linea al periodo pre-covid.

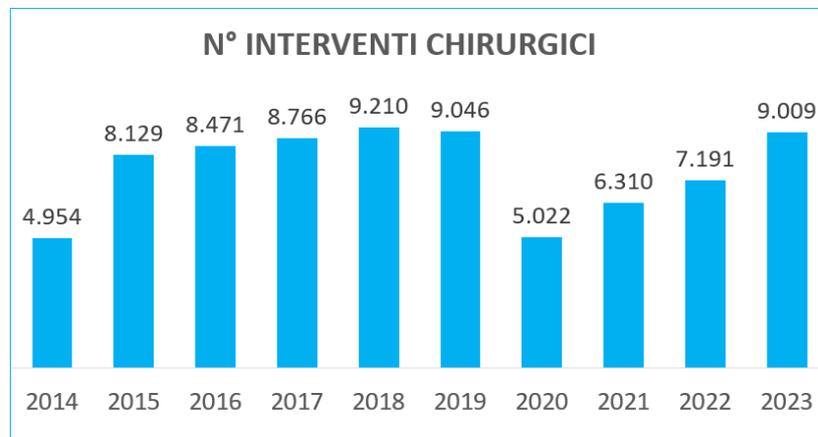
Come evidente dal grafico relativo al numero degli interventi chirurgici, nel 2023 al PTV sono stati effettuati 9.009 interventi chirurgici, circa 1.800 in più rispetto al 2022 e di fatto in linea con il 2019.



FONTE DATI: CONTROLLO DIREZIONALE



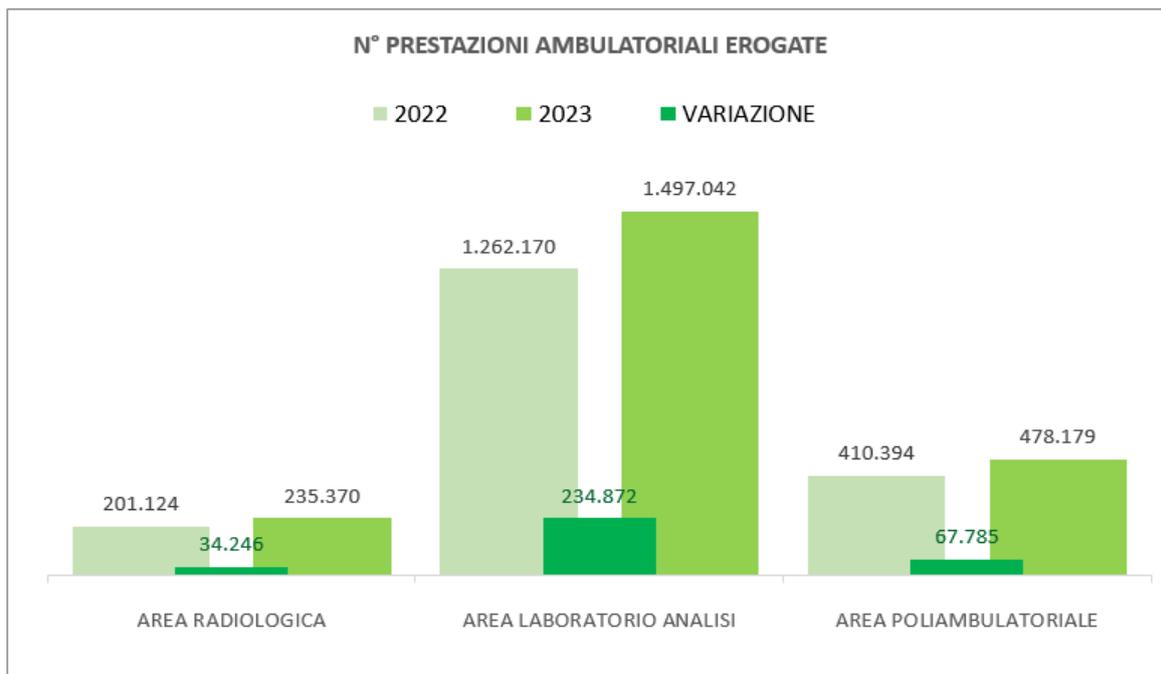
FONTE DATI: CONTROLLO DIREZIONALE



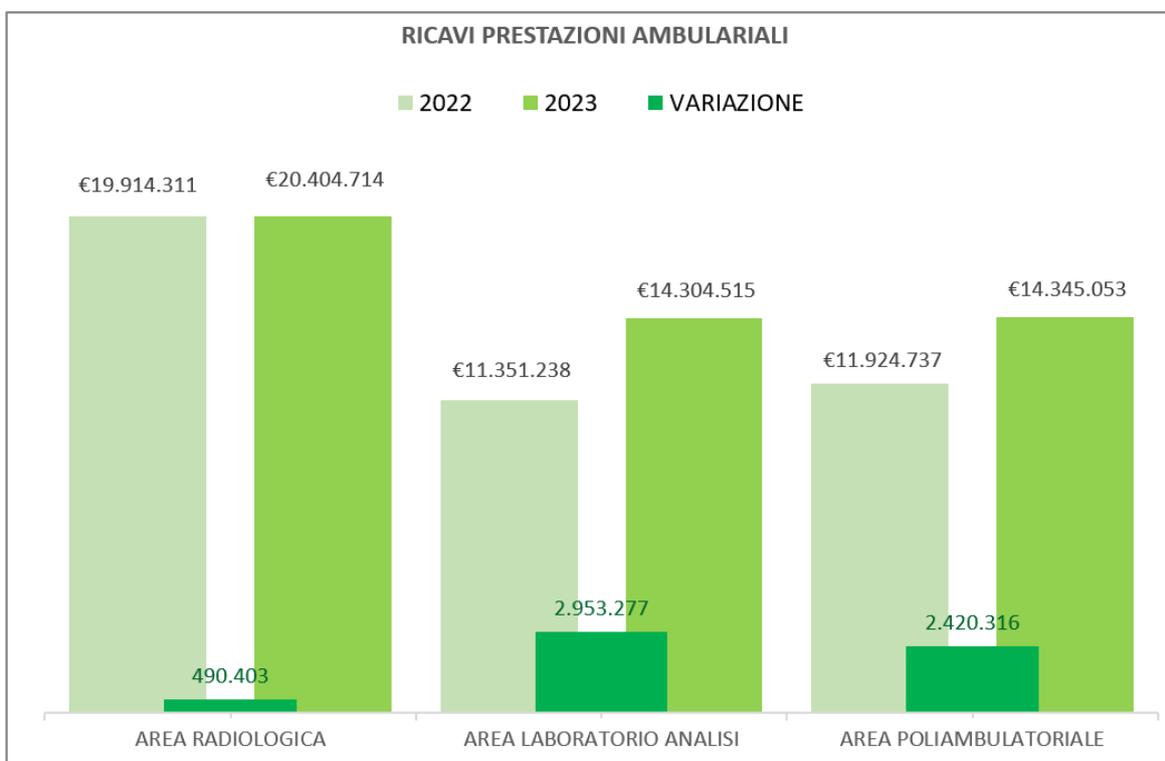
FONTE DATI: CONTROLLO DIREZIONALE E OPERATION MANAGEMENT



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. Il treemap relativo all'anno 2023 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 già dall'ultimo trimestre del 2021 un monitoraggio interno mensile degli indicatori inclusi nel treemap; in particolare vengono monitorati mensilmente tutti gli indicatori (selezionati dal treemap più recente pubblicato dal DEP: il 2022) 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 2023 evidenzia buoni o ottimi risultati di tutti gli indicatori chirurgici inseriti nel treemap e misurabili internamente, con l'eccezione dei volumi dei seguenti interventi, che risultano al di sotto della soglia prevista:

- protesi del ginocchio
- bypass aorto-coronarico
- aneurisma aorta addominale
- TM stomaco, pancreas, fegato, rene

La UOSD Operations Management è in attesa dello sviluppo di una funzione di business intelligence che consentirebbe di avere il monitoraggio istantaneo di tutti gli indicatori del treemap: per ora il monitoraggio è manuale e deve attendere la chiusura delle SDO.

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 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

Il 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

Come anticipato, 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.

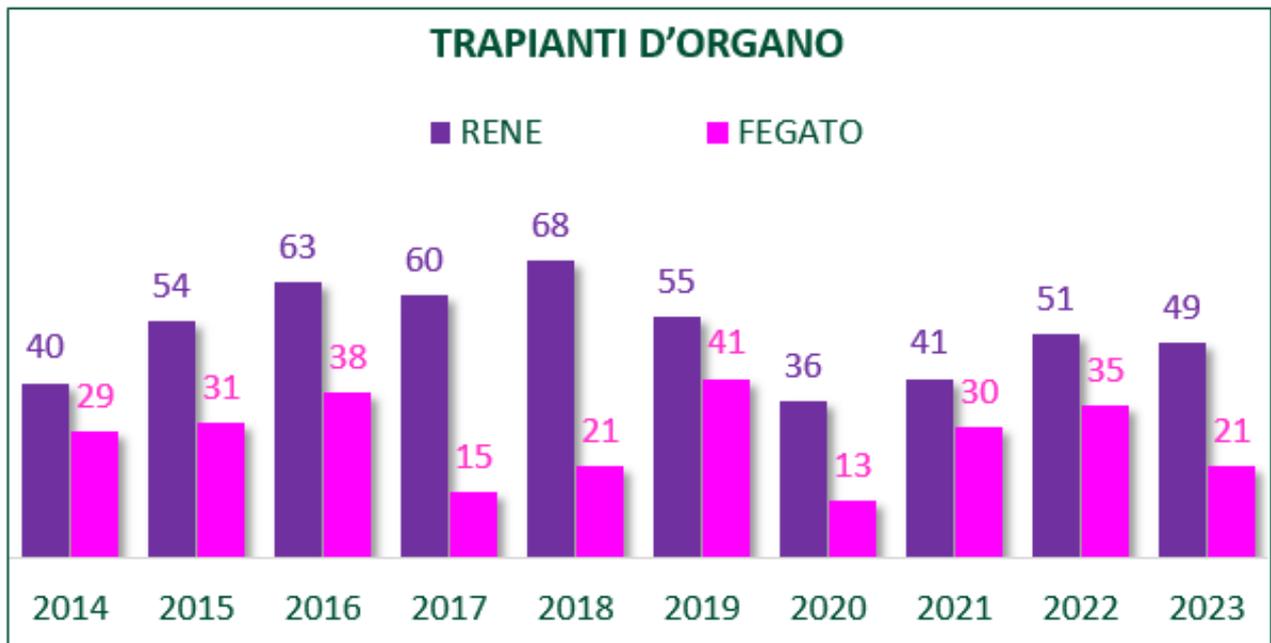
Quanto sopra, anche in doverosa considerazione che con i DD.CC.AA. n. 74/2010 e n. 75/2010 sono state attribuite al PTV le funzioni di *Hub* per le alte specialità:

- 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;

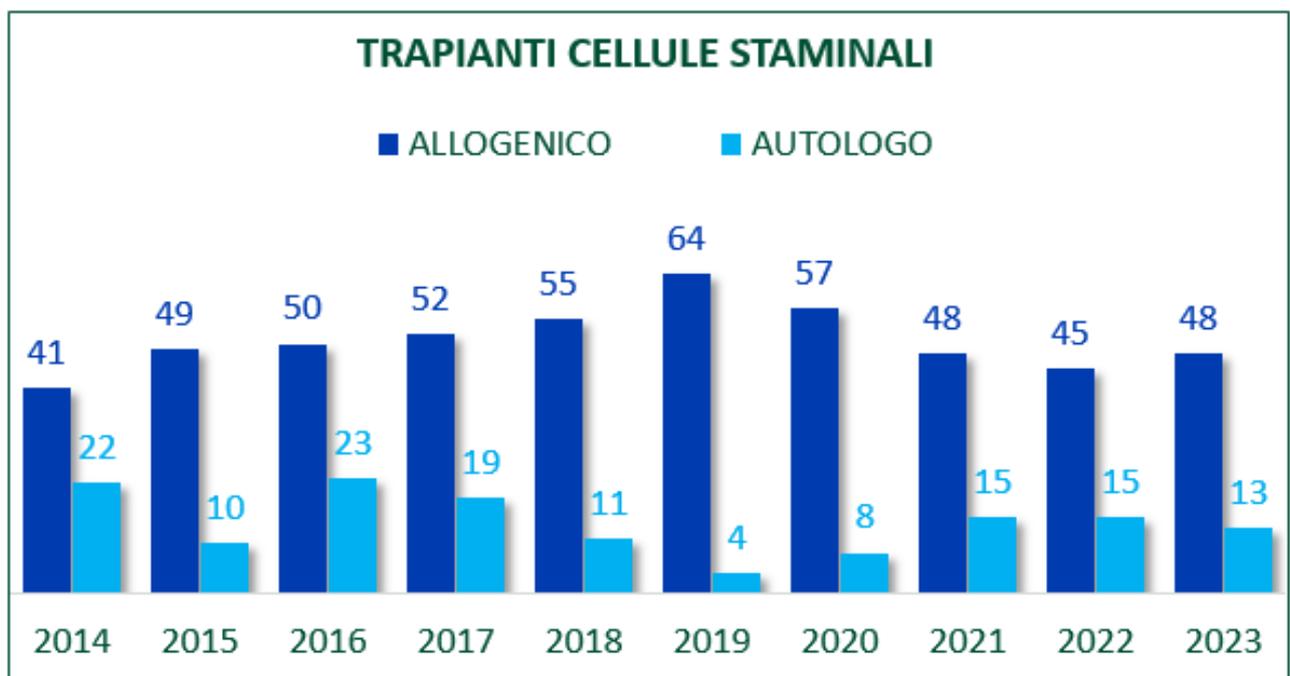
Sono inoltre presenti nel PTV le funzioni di CTZ (Centro Trauma di Zona) per la rete:

- 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 2023, ha eseguito 21 trapianti di fegato e 49 trapianti di rene totali.



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 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.

L'ormai consolidato protocollo di collaborazione tra MMG e team multidisciplinare del PDTA di riferimento interno, ha portato nel corso del 2023 al rafforzamento degli 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 hanno portato ad una ulteriore integrazione ed ottimizzazione delle risorse e ad ulteriore attivazione di 6 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 1312	12.12.2022	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) delle patologie valvolari
9	DDG 1314	12.12.2022	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) della U.O.S.D. Breast Unit
10	DDG 1310	12.12.2022	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) Paziente con Lesione Polmonare
11	DDG 1311	12.12.2022	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) Presa in carico del Paziente Oncologico in Pronto Soccorso
12	DDG 1444	28.12.2022	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) Paziente candidato al Trapianto di Rene
13	DDG 334	15.03.2023	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) della paziente affetta da carcinoma dell'endometrio
14	DDG 663	01.06.2023	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per la persona che necessita di gastrostomia
15	DDG 694	07.06.2023	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) Fracture and Fragility Liaison Service
16	DDG 699	12.06.2023	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per l'assistenza ai pazienti 0-18 anni con diabete mellito di tipo 1
17	DDG 700	12.06.2023	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per il paziente affetto da tumore alla vescica
18	DDG 812	30.06.2023	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) immunodeficienze primitive
19	DDG 954	16.09.2022	Procedura per la presa in carico del paziente con piede diabetico da Pronto Soccorso

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 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. Gestione sicurezza degli operatori PTV in condivisione con SPP: tavolo gestione aggressioni a danno di operatore.
- B. Inserimento dei dati (cadute, eventi avversi, near miss, eventi sentinella, aggressioni a danno di operatore) sul flusso SIREs come da mandato dei Tavoli Permanenti del Rischio Clinico della Regione Lazio.

3.2.2 Studi Clinici

Nel corso dell'anno 2023, 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 2023 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. 68 contratti con promotore profit compresi i contratti di service
 - n. 30 contratti con promotore no-profit
- Sono state fatturate le attività di studi clinici per un importo complessivo di € 1.748.470,00;
- Sono state gestite ed autorizzate 86 richieste di utilizzo per un totale di € 693.303,545.
- Sono state predisposte 31 delibere di utilizzo successivamente pubblicate.
-

Tabella A - FONDI IMPEGNATI PER UTILIZZI NEL 2023

ATTIVAZIONE RAPPORTO LIB/PROF.	306.942,00
LIQUIDAZIONE COMPENSI AL PERSONALE DIRETTO	112.535,595
ACQUISTO O NOLEGGIO MATERIALE/ATTREZZATURE – PAG. PUBBLICAZIONI SCIENT.- SERVIZI	267.297,280
RIMBORSO SPESE PER PARTECIPAZIONE A CONGRESSI	6.528,670
Totale	693.303,545

A vario titolo sono state gestite e autorizzate **86** richieste di utilizzo per un ammontare di € **693.303,55**.

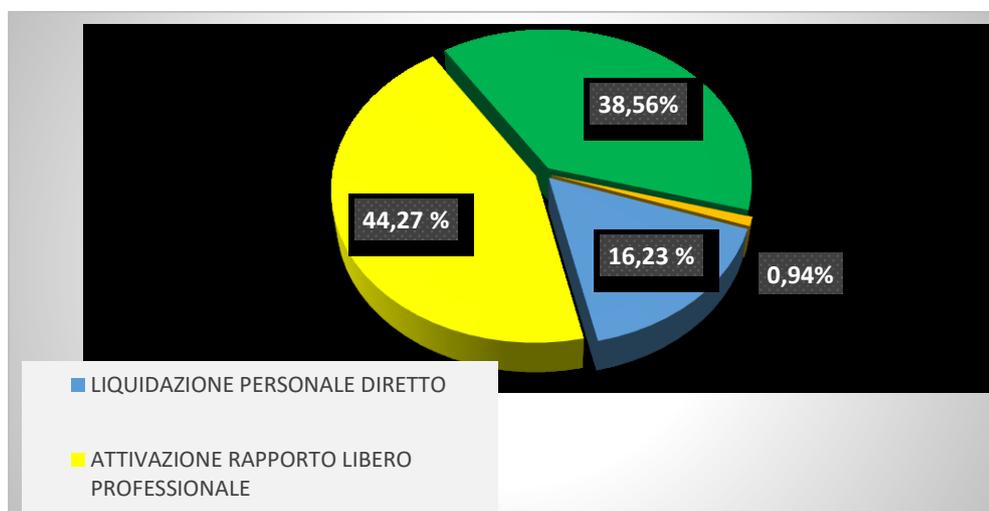


Tabella B

STUDI AVVIATI	2023
Studi Profit	68
Studi no-Profit	30
TOTALE	98

Tabella C

TOTALE STUDI IN GESTIONE/APERTI
564
FATTURATO 2023
1.748.470

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, nel 2022 e nel 2023 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, nel 2021 e nel 2022 sono stati superati gli Audit di Ente Terzo per il mantenimento della Certificazione.

A maggio 2023 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.

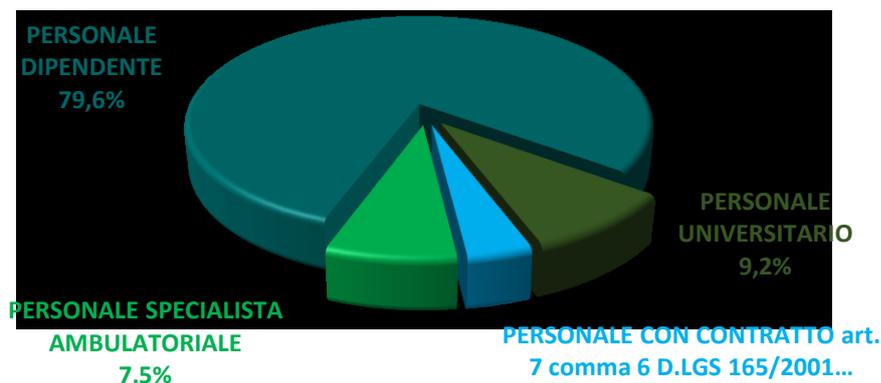
e **funzioni** sono descritte nel Funzionigramma Aziendale, allegato al citato "Atto aziendale" a cui, parimenti, si rinvia.

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

PERSONALE AL 31/12/2023		
TIPO DIPENDENTE	RUOLO	N°
PERSONALE DIPENDENTE	RUOLI NON DIRIGENZIALI	1.459
	DIRIGENTE DEI RUOLI STPA	14
	DIRIGENZA AREA SANITA'	321
PERSONALE UNIVERSITARIO	DOCENTE / RICERCATORE STRUTTURATO ASSISTENZIALMENTE AL PTV	195
	RUOLI NON DIRIGENZIALI	12
PERSONALE CON CONTRATTO art. 7 comma 6 D.lgs 165/2001		85
PERSONALE SPECIALISTA AMBULATORIALE		169
TOTALE PERSONALE PTV		2.255

INCREMENTO DEL PERSONALE			
PERSONALE	PRESENTI AL 31/12/2022	PRESENTI AL 31/12/2023	DIFFERENZA
DIRIGENTE AREA SANITA'	313	321	+8
DIRIGENTE PTA	14	14	0
PERSONALE non dirigente	1.463	1.459	-4

TIPOLOGIA DI PERSONALE



COMPOSIZIONE PERSONALE MEDICO



Processi di stabilizzazione.

In tema di Risorse Umane anche l'anno 2023 si è caratterizzato per il rafforzamento degli organici per effetto della trasformazione di personale con rapporto a tempo determinato in personale in servizio di ruolo, in esito a procedure già avviate negli anni precedenti, di opzione ex DCA n. U00464/18 ed ex D.D. n. G06240/2021, come modificata con D.D. n. G12112 del 06/10/2021, mediante accordi convenzionali con le Aziende titolari di graduatoria nonché in applicazione della disciplina transitoria di cui all'art. 20, commi 1 e 2 del D.Lgs. n. 75/17 e s.m.i. (cd. Legge Madia) e alla Legge n.234/21 (L. di Bilancio 2022), art. 1, comma 268, lett. b).

I suddetti processi di stabilizzazione, realizzati ad invarianza di costi, hanno interessato prioritariamente il personale sanitario.

Assunzioni ex novo.

Le assunzioni di personale ex novo per l'anno 2023, hanno principalmente interessato profili afferenti alla Dirigenza Medica ed al ruolo sanitario del Comparto, destinate alle strutture operative aziendali interessate da carenza di personale ovvero da cessazioni intervenute in esito a quiescenza, mobilità e dimissioni che ne hanno inficiato l'ordinaria operatività

Covid

Come noto il PTV era stato individuato, nell'ambito della programmazione regionale, sin dalle prime fasi dell'emergenza pandemica, quale Covid Hospital. In tale veste al fine di far fronte ai gravosi compiti di assicurare un'adeguata tutela della salute pubblica in termini di offerta assistenziale dedicata, specialmente nell'ambito delle discipline direttamente coinvolte, nel corso del 2022 il Policlinico ha continuato nella sua azione di contrasto alla pandemia sanitaria adeguando la risposta alle esigenze mutevoli imposte dall'evoluzione dell'infezione da SARS-CoV-2, anche in relazione agli effetti distorsivi sui bisogni di assistenza ordinaria, mediante una decisa revisione incrementale del fabbisogno di personale per l'anno 2022.

In ossequio alle direttive di politica sanitaria regionale e nazionale, rivolta al mantenimento in via stabile di servizi attivati in relazione all'emergenza pandemica, detta implementazione è stata confermata in sede previsionale per l'anno 2023, comportando nel medesimo anno numerosi processi di stabilizzazione - concretizzati ad invarianza di costi – del personale sanitario impegnato in servizi di rilevante strategicità, acquisito negli anni 2021/2022 in esito all'emergenza Covid, già titolare di contratto di natura temporanea. Al netto delle procedure di stabilizzazione definite nel corso 2023, il personale a tempo determinato in scadenza al 31/12/2023, acquisito in correlazione all'emergenza Covid è stato prorogato sui bisogni di assistenza ordinaria nelle more delle procedure di stabilizzazione.

Riqualficazione e valorizzazione delle professionalità interne.

Nell'anno 2023, coerentemente con le risorse destinate nel triennio 2020-2022 ai passaggi alla categoria immediatamente superiore del personale interno del Policlinico (50% dei posti disponibili, con contestuale indisponibilità di almeno il 50% delle posizioni destinate alla copertura mediante accesso dall'esterno tramite pubblici concorsi), è stato destinato alla progressione verticale nella categoria/fascia AOU e profilo professionale immediatamente superiori rispetto a quelle di appartenenza per specifici profili di personale del Comparto, individuati in coerenza con le necessità di sviluppo aziendale.

Sempre nell'ottica di riqualficazione e valorizzazione delle professionalità interne sono stati definiti i passaggi orizzontali all'interno della medesima categoria, tra profili diversi dello stesso livello economico.

Personale convenzionata A.C.N.

Sul piano degli interventi che hanno interessato il personale convenzionato ai sensi dell'A.C.N. 31.03.2020 e s.m.i. per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti e le altre professionalità ambulatoriali è stato dato corso alle autorizzazioni regionali intervenute a legittimare l'incremento del numero di ore contrattuali ad alcune unità di detto personale operante presso strutture/servizi che nell'anno hanno registrato particolari carenze o per potenziare talune aree

ritenute aziendali strategiche. Tale incremento ha consentito di riassorbire quota parte delle ore di plus orario garantite da tale personale con notevoli risparmi a bilancio.

Inoltre, nel corso dell'anno 2023, come già accaduto negli anni passati, 2 professionisti con rapporto convenzionale hanno optato, in esito a scorrimento di graduatoria concorsuale, per il rapporto di lavoro dipendente. Tale operazione ha comportato la diminuzione delle voci di spesa del personale a convenzione e dell'incremento di quelle del personale dipendente.

Personale universitario.

Per l'anno 2023 sono state concluse 9 nuove strutturazioni in diverse discipline.

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 2022 – 2023.

Occorre precisare che i dati riportati per il 2023, rappresentano il valore tendenziale di chiusura basato su dati provvisori del 2023, in quanto al momento della stesura del presente documento non risulta ancora approvato il bilancio consuntivo.

CE NEW	CONTO ECONOMICO	Consuntivo 2022	CE IV trim 2023	Previsione 2024 DGR 991/2023
A1	Contributi F.S.R.	51.542.242	54.818.256	42.264.308
A2	Saldo Mobilità	202.731.166	220.048.633	235.288.669
A3	Entrate Proprie	12.105.016	13.959.156	12.977.726
A4	Saldo Intramoenia	937.678	167.882	451.363
A5	Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-5.845.551	-2.941.030	-2.400.000
A6	Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati	-265.731	-1.323.318	-
A	Totale Ricavi Netti	261.204.820	284.729.580	288.582.066
B1	Personale	98.961.988	108.906.711	107.916.043
B2	Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	70.689.282	80.629.575	92.000.000
B3	Altri Beni E Servizi	125.352.396	120.977.090	137.216.713
B4	Ammortamenti E Costi Capitalizzati	438.497	479.270	371.269
B5	Accantonamenti	5.437.037	7.716.667	6.136.318
B6	Variazione Rimanenze	617.344	47.822	-
B	Totale Costi Interni	301.496.544	318.757.134	343.640.343
C1	Medicina Di Base		-	-
C2	Farmaceutica Convenzionata		-	-

CE NEW	CONTO ECONOMICO	Consuntivo 2022	CE IV trim 2023	Previsione 2024 DGR 991/2023
C3	Prestazioni Da Privato	12.857.659	12.388.070	12.524.236
C	Totale Costi Esterni	12.857.659	12.388.070	12.524.236
D	Totale Costi Operativi (B+C)	314.354.203	331.145.204	356.164.579
E	Margine Operativo (A-D)	-53.149.383	-46.415.624	-67.582.513
F1	Svalutazione Immobilizzazioni, Crediti, Rivalutazioni E Svalutazioni Finanziarie	611.474	-	-
F2	Saldo Gestione Finanziaria	41.811	18.450	95.083
F3	Oneri Fiscali	7.282.688	8.601.209	8.874.938
F4	Saldo Gestione Straordinaria	-2.153.269	-2.656.989	-
F	Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie	5.782.704	5.962.670	8.970.021
G	Risultato Economico (E-F)	-58.932.087	-52.378.294	-76.552.534

Allo stato, sulla base dei valori indicati nel dato di pre consuntivo 2023 iscritti seguendo le indicazioni regionali, si registra un miglioramento del risultato economico.

Come detto, ad oggi non risulta ancora approvato il bilancio consuntivo per l'esercizio 2023 e pertanto i valori indicati subiranno delle variazioni.

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

Con riferimento agli 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, relativamente all'indicatore di tempestività dei pagamenti di seguito si fornisce il valore complessivo di cui all'esercizio 2023, confrontato con quello degli ultimi 2 esercizi.

	2023	2022	2021
Indice di tempestività dei pagamenti (in giorni)	-31,35	-30,36	-22,7



Con riferimento all'esercizio 2023 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 2023 registra un valore di **- 33 giorni**. Tale misura indica la correttezza dei pagamenti ordinari che vengono effettuati in media 30 giorni prima della scadenza di legge fissata in 60 giorni.

ANNO EMISSIONE FATTURA	Somma di Importo liq/sca	Somma di Importo liq/sca * giorni pag	Somma di ITP per anno fattura
2010	822,81	2.839.517,31	3.451,00
2012	833,62	2.316.707,61	2.779,09
2015	2.330,00	3.685.758,92	1.581,87
2016	17.542,00	5.219.828,00	297,56
2017	5.990,83	249.737,04	41,69
2018	5.725,45	342.383,39	59,80
2019	7.148,36	250.959,36	35,11
2020	13.624,30	13.480.833,60	989,47
2021	94.323,24	8.564.310,48	90,80
2022	16.772.354,44	-245.219.710,09	-14,62
2023	183.074.374,54	-6.061.158.353,22	-33,11
Totale complessivo	199.995.069,59	-6.269.428.027,60	-31,35

¹ Si specifica che l'indicatore di tempestività dei pagamenti è pubblicato sul sito della Fondazione PTV nella sezione http://ptvweb/amm_trsp_ind-tmpps.asp.

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

Anno emissione fattura	Importo	Incidenza
2010	822,81	0,00%
2012	833,62	0,00%
2015	2.330,00	0,00%
2016	17.542,00	0,01%
2017	5.990,83	0,00%
2018	5.725,45	0,00%
2019	7.148,36	0,00%
2020	13.624,30	0,01%
2021	94.323,24	0,05%
2022	16.772.354,44	8,39%
2023	183.074.374,54	91,54%
Totale complessivo	199.995.069,59	100,00%

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 2023 per anno di emissione fattura						Importo dei pagamenti effettuati oltre i termini previsti dal d.p.c.m. 22/09/2014
<i>Ante 2020</i>	<i>2020</i>	<i>2021</i>	<i>2022</i>	<i>Totale pagamenti 2023</i>	<i>Totale complessivo</i>	
40.393,07	13.624,30	94.323,24	16.772.354,44	183.074.374,54	199.995.069,59	2.550.095,07

4. MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

4.1 *Ciclo della performance*

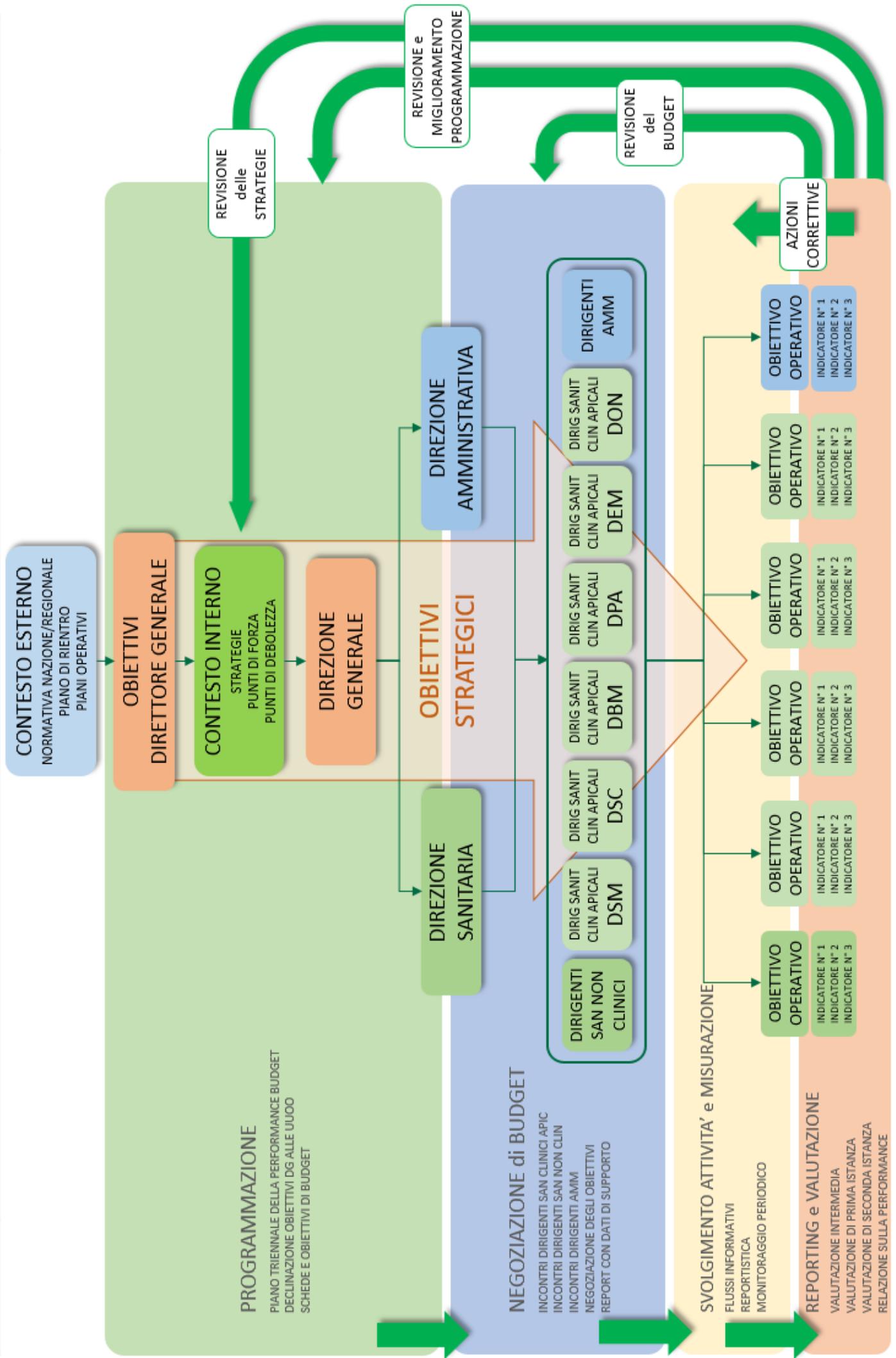
Il PTV, in considerazione dei soggetti istituzionali con cui si relaziona (UTV e Regione, quali enti di indirizzo strategico), degli attuali vincoli di bilancio in termini di risorse, della propria *mission*, del contesto esterno e interno in cui opera e delle relative criticità/opportunità, della complessa 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.

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 2023 sono stati assegnati il 22 maggio 2013 Deliberazione regionale n° 197.

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



Nelle tabelle e nei grafici seguenti vengono riportati i risultati raggiunti nell'anno 2023, 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	98,5%
QUALITA' e APPROPRIATEZZA	92,3%
EFFICIENZA	90,6%
PROCESSI	75,0%
TOTALE	92,6%

UNITA' di AREA CLINICA			
FASCE DI PUNTEGGIO	UU.OO.	Inc %	Inc % cum
96% - 100%	41	59,4%	59,4%
90% - 95%	23	33,3%	92,8%
70% - 89%	5	7,2%	40,6%
40% - 69%	-	-	-
0% - 39%	-	-	-
<i>Non valutato</i>	-	-	-
TOTALE	69	-	-

UNITA' di AREA AMMINISTRATIVA e SANITARIA NON CLINICA			
FASCE DI PUNTEGGIO	UU.OO.	Inc %	Inc % cum
90% - 100%	20	95,2%	95,2%
90% - 95%	1	4,8%	100,0%
70% - 89%	-	-	-
40% - 69%	-	-	-
0% - 39%	-	-	-
<i>Non valutato</i>	-	-	-
TOTALE	21	-	-

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

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

PERSONALE COMPARTO AZIENDA OSPEDALIERA			
FASCE DI PUNTEGGIO	N° DIP.	Inc %	Inc % cum
90% - 100%	848	96,1%	96,1%
70% - 89%	1	0,1%	96,3%
40% - 69%	0	0,0%	96,3%
0% - 39%	1	0,1%	96,4%
<i>Non valutato</i>	32	3,6%	100,0%
TOTALE	882	-	-

PERSONALE COMPARTO FONDAZIONE			
FASCE DI PUNTEGGIO	N° DIP.	Inc %	Inc % cum
90% - 100%	590	94,6%	94,6%
70% - 89%	1	0,2%	94,7%
40% - 69%	0	0,0%	94,7%
0% - 39%	0	0,0%	94,7%
<i>Non valutato</i>	33	5,3%	100,0%
TOTALE	624	-	-

PERSONALE COMPARTO UNIVERSITA' STRUTTURATO PRESSO IL PTV			
FASCE DI PUNTEGGIO	N° DIP.	Inc %	Inc % cum
90% - 100%	9	81,8%	81,8%
70% - 89%	0	0,0%	-
40% - 69%	0	0,0%	-
0% - 39%	0	0,0%	-
<i>Non valutato</i>	2	18,2%	100,0%
TOTALE	11	-	-

Nelle tabelle seguenti il dettaglio delle UU.OO. cliniche a cui sono state assegnati obiettivi nell'anno 2023 con la relativa percentuale di raggiungimento suddivisa per tipologia di obiettivo. Il dato riportato relativo alla percentuale di raggiungimento è parziale e non definitivo in quanto alla data di redazione del presente piano non sono ancora disponibili i monitoraggi degli indicatori presenti nel sistema P.RE.VAL.E. e non monitorabili dagli uffici aziendali (es. mortalità post-dimissione).

DIPARTIMENTO	UNITA'	TIPO OBIETTIVO	% RAGGIUNGIMENTO	% RISULTATO PESATO
DIPARTIMENTO DEL BENESSERE DELLA SALUTE MENTALE E NEUROLOGICA, DENTALE E DEGLI ORGANI SENSORIALI	U.O.C. Neurochirurgia	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	90,0%	91,7%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	89,0%	
		EFFICIENZA	94,0%	
		PROCESSI	STERILIZZATO	
	U.O.C. Neurologia	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	96,0%	94,9%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	97,0%	
		EFFICIENZA	90,8%	
		PROCESSI	STERILIZZATO	
	U.O.C. Psichiatria e Psicologia Clinica	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100,0%	96,8%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100,0%	
		EFFICIENZA	91,4%	
		PROCESSI	STERILIZZATO	
	U.O.S.D. Demenze	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100,0%	98,0%
		EFFICIENZA	96,0%	
	U.O.S.D. Neuropsichiatria Infantile	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100,0%	100,0%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100,0%	
	U.O.S.D. Oculistica	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100,0%	97,5%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	97,0%	
		EFFICIENZA	93,7%	
	U.O.S.D. Odontoiatria con percorsi protetti - Centro diagnosi, igiene e prevenzione orale	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	85,0%	89,5%
		EFFICIENZA	100,0%	
	U.O.S.D. Ortognatodonzia	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	90,0%	90,0%
		EFFICIENZA	90,0%	
	U.O.S.D. Otorinolaringoiatria	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100,0%	96,6%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	90,4%	
		EFFICIENZA	95,0%	
		PROCESSI	100,0%	
U.O.S.D. Parkinson	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100,0%	98,0%	
	EFFICIENZA	96,0%		
U.O.S.D. PS odontoiatrico e trattamento pazienti vulnerabili sociali	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100,0%	100,0%	
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100,0%		
U.O.S.D. Sclerosi Multipla	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100,0%	98,8%	
	EFFICIENZA	97,3%		
U.O.S.D. Stroke Unit	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100,0%	90,9%	
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	57,5%		
	EFFICIENZA	91,8%		
	PROCESSI	STERILIZZATO		
Programma Trattamento del Glaucoma	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100,0%	100,0%	
	EFFICIENZA	100,0%		
U.O.S.D. Attività ambulatoriale-DH-PAC E PDTA	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100,0%	98,0%	
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	97,5%		
	EFFICIENZA	95,0%		
Unit Patologie retiniche	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100,0%	100,0%	
	EFFICIENZA	100,0%		
TOTALE DIPARTIMENTO				96,3%

DIPARTIMENTO	UNITA'	TIPO OBIETTIVO	% RAGGIUNGIMENTO	% RISULTATO PESATO
DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE	U.O.C. Anestesia e Rianimazione	EFFICIENZA	100,0%	100,0%
	U.O.C. Malattie dell'apparato Respiratorio	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100,0%	95,6%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	98,0%	
		EFFICIENZA	84,8%	
		PROCESSI	STERILIZZATO	
	U.O.C. Ortopedia e Traumatologia	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100,0%	97,4%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	93,9%	
		EFFICIENZA	94,3%	
		PROCESSI	STERILIZZATO	
	U.O.C. Pronto Soccorso	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	91,3%	89,5%
		EFFICIENZA	95,0%	
	U.O.S.D. Chirurgia d'Urgenza	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100,0%	98,1%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100,0%	
		EFFICIENZA	92,5%	
		PROCESSI	100,0%	
	U.O.S.D. Chirurgia Maxillo Facciale	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100,0%	96,1%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	88,3%	
EFFICIENZA		97,4%		
PROCESSI		100,0%		
U.O.S.D. OBi e Medicina d'urgenza	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100,0%	91,9%	
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	97,0%		
	EFFICIENZA	95,0%		
	PROCESSI	75,0%		
U.O.S.D. Radiologia PS	EFFICIENZA	100,0%	100,0%	
U.O.S.D. Terapia Intensiva - Coordinamento aziendale per la donazione di organi e tessuti	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	99,0%	97,1%	
	EFFICIENZA	96,5%		
U.O.S.D. Percorsi interni	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	86,7%	88,0%	
TOTALE DIPARTIMENTO				95,4%

DIPARTIMENTO	UNITA'	TIPO OBIETTIVO	% RAGGIUNGIMENTO	% RISULTATO PESATO
DIPARTIMENTO DI ONCOEMATOLOGIA	U.O.C. Laboratorio di Genetica Medica	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100,0%	100,0%
		EFFICIENZA	100,0%	
	U.O.C. Medicina Nucleare	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100,0%	98,3%
		EFFICIENZA	96,5%	
	U.O.C. Patologie Linfoproliferative	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100,0%	98,1%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	97,0%	
		EFFICIENZA	95,2%	
		PROCESSI	STERILIZZATO	
	U.O.C. Radioterapia	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100,0%	97,5%
		EFFICIENZA	95,0%	
	U.O.C. Trapianto cellule staminali	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	93,9%	91,8%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	81,7%	
		EFFICIENZA	90,7%	
		PROCESSI	STERILIZZATO	
	U.O.S.D. Diagnostica Avanzata Oncoematologica	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100,0%	100,0%
		EFFICIENZA	100,0%	
	U.O.S.D. Oncologia	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100,0%	93,9%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100,0%	
		EFFICIENZA	79,3%	
		PROCESSI	STERILIZZATO	
	U.O.S.D. Patologie Mieloproliferative	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	90,0%	93,1%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100,0%	
		EFFICIENZA	94,5%	
		PROCESSI	STERILIZZATO	
TOTALE DIPARTIMENTO				96,6%

DIPARTIMENTO	UNITA'	TIPO OBIETTIVO	% RAGGIUNGIMENTO	% RISULTATO PESATO
DIPARTIMENTO DEI PROCESSI ASSISTENZIALI INTEGRATI	U.O.C. Malattie Infettive	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	90,0%	91,9%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	87,0%	
		EFFICIENZA	96,0%	
		PROCESSI	STERILIZZATO	
	U.O.S.D. Anatomia Patologica ad indirizzo Citopatologico	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	95,0%	97,5%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100,0%	
		EFFICIENZA	100,0%	
	U.O.S.D. Anatomia Patologica ad indirizzo Istopatologico	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100,0%	100,0%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100,0%	
		EFFICIENZA	100,0%	
	U.O.S.D. Counseling psichiatrico e psicologico di supporto al benessere organizzativo e alle attività cliniche	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100,0%	87,5%
		EFFICIENZA	75,0%	
	U.O.S.D. Medicina TrASFusionale	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100,0%	90,0%
		EFFICIENZA	83,3%	
	U.O.S.D. Neuroradiologia	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100,0%	100,0%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100,0%	
		EFFICIENZA	STERILIZZATO	
	U.O.S.D. Terapia Antalgica	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100,0%	98,3%
EFFICIENZA		96,3%		
Programma Fisiatria	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100,0%	97,6%	
	EFFICIENZA	92,0%		
U.O.C. Diagnostica per Immagini / U.O.S.D. Radiologia interventistica	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100,0%	100,0%	
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100,0%		
	EFFICIENZA	100,0%		
U.O.C. Medicina di Laboratorio - Unit Microbiologia - Unit Parassitologia - Unit Virologia - Unit Analisi biochimiche	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	95,0%	97,5%	
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100,0%		
	PROCESSI	100,0%		
TOTALE DIPARTIMENTO				96,0%

DIPARTIMENTO	UNITA'	TIPO OBIETTIVO	% RAGGIUNGIMENTO	% RISULTATO PESATO
DIPARTIMENTO SCIENZE CHIRURGICHE	U.O.C. Cardiochirurgia	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100,0%	92,2%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100,0%	
		EFFICIENZA	91,3%	
		PROCESSI	50,0%	
	U.O.C. Chirurgia Epatobiliare e Trapianti	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100,0%	94,4%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	78,4%	
		EFFICIENZA	94,8%	
		PROCESSI	STERILIZZATO	
	U.O.C. Chirurgia Toracica	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100,0%	92,7%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	96,0%	
		EFFICIENZA	73,8%	
		PROCESSI	STERILIZZATO	
	U.O.C. Chirurgia Vascolare	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100,0%	97,1%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	99,0%	
		EFFICIENZA	91,8%	
		PROCESSI	STERILIZZATO	
	U.O.C. Ginecologia	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100,0%	99,8%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100,0%	
		EFFICIENZA	99,0%	
		PROCESSI	100,0%	
U.O.C. Ortopedia	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100,0%	97,4%	
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	95,1%		
	EFFICIENZA	93,8%		
	PROCESSI	STERILIZZATO		
U.O.S.D. Breast Unit	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100,0%	93,7%	
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	87,7%		
	EFFICIENZA	82,3%		
	PROCESSI	100,0%		
U.O.S.D. Cardio Toraco Anestesia	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100,0%	90,8%	
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	97,0%		
	EFFICIENZA	80,0%		
U.O.S.D. Chirurgia Mininvasiva e dell'apparato digerente	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100,0%	97,1%	
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	92,0%		
	EFFICIENZA	94,0%		
	PROCESSI	100,0%		
U.O.S.D. Urologia	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100,0%	94,1%	
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	78,3%		
	EFFICIENZA	96,7%		
	PROCESSI	STERILIZZATO		
U.O.S.D. Terapia intensiva post-operatoria	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	99,0%	99,5%	
	EFFICIENZA	100,0%		
TOTALE DIPARTIMENTO				95,3%

DIPARTIMENTO	UNITA'	TIPO OBIETTIVO	% RAGGIUNGIMENTO	% RISULTATO PESATO
DIPARTIMENTO SCIENZE MEDICHE	U.O.C. Attività ambulatoriale - DH-PAC-PDTA Medici	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	90,0%	90,7%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	88,0%	
		EFFICIENZA	92,5%	
		PROCESSI	STERILIZZATO	
	U.O.C. Cardiologia	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100,0%	89,6%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	99,9%	
		EFFICIENZA	69,9%	
		PROCESSI	STERILIZZATO	
	U.O.C. Endocrinologia e Diabetologia	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100,0%	92,8%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	90,7%	
		EFFICIENZA	80,2%	
		PROCESSI	STERILIZZATO	
	U.O.C. Epatologia	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100,0%	96,9%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	93,0%	
		EFFICIENZA	93,2%	
		PROCESSI	STERILIZZATO	
	U.O.C. Gastroenterologia	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100,0%	96,9%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	92,0%	
		EFFICIENZA	93,5%	
		PROCESSI	STERILIZZATO	
	U.O.C. Medicina Interna - Centro Medico dell'Obesità	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100,0%	95,3%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	91,3%	
		EFFICIENZA	86,3%	
		PROCESSI	STERILIZZATO	
	U.O.C. Medicina Interna - Centro per l'Iipertensione	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100,0%	90,0%
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	90,7%	
		EFFICIENZA	66,0%	
		PROCESSI	STERILIZZATO	
U.O.C. Reumatologia	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100,0%	93,2%	
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	99,0%		
	EFFICIENZA	77,8%		
	PROCESSI	STERILIZZATO		
U.O.S.D. Dermatologia	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100,0%	97,5%	
	EFFICIENZA	95,0%		
U.O.S.D. Immunopatologia e Allergologia Pediatrica	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100,0%	100,0%	
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100,0%		
U.O.S.D. Nefrologia e Dialisi	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100,0%	92,5%	
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100,0%		
	EFFICIENZA	78,2%		
	PROCESSI	STERILIZZATO		
Programma Nutrizione Clinica	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100,0%	98,5%	
	EFFICIENZA	97,0%		
Unità Geriatria	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	94,6%	93,2%	
	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100,0%		
	EFFICIENZA	87,3%		
	PROCESSI	STERILIZZATO		
TOTALE DIPARTIMENTO				94,4%

DIPARTIMENTO	UNITA'	TIPO OBIETTIVO	% RAGGIUNGIMENTO	% RISULTATO PESATO
DIREZIONE GENERALE	U.O.S.D. Medicina del Lavoro	EFFICIENZA	100,0%	100,0%
TOTALE DIPARTIMENTO				100,0%

TOTALE COMPLESSIVO % RISULTATO PESATO	95,7%
--	--------------

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

TIPO OBIETTIVO	OBIETTIVO	% RAGGIUNGIMENTO	
OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	Rispetto del budget economico concordato	98,5%	98,5%

TIPO OBIETTIVO	OBIETTIVO	% RAGGIUNGIMENTO	
QUALITA' e APPROPRIATEZZA	Accessi con esito ricovero/trasferimento e tempo di permanenza >24 ore	90,0%	92,3%
	Appropriatezza prescrittiva antibiotici	96,9%	
	Appropriatezza Triage	94,7%	
	Migliorare la qualità delle cure	86,0%	
	Migliorare l'appropriatezza	97,6%	
	Qualità servizio PS	94,5%	
	Ridurre il ricorso ad interventi a rischio di inapproprietezza	49,5%	
	Riduzione campioni non pervenuti, mancanti o insufficienti	100,0%	
	Riduzione ricoveri in DH medico con finalità diagnostica	91,6%	
	Riduzione tempi di risposta	100,0%	
	Tempestività trattamento	100,0%	
	P.RE.VALE.	100,0%	
	Aumento del numero di pazienti di PS con esito "a domicilio" verso ambulatori post-PS	100,0%	
	Mobilità attiva alta complessità	97,4%	
	Piano nazionale delle liste di attesa	77,7%	
	Miglioramento rapporti con il territorio	100,0%	
	Mobilità attiva ricoveri oncologici	86,0%	
	Riduzione tempo medio di attesa in PS (tempo intercorso tra il triage e il ricovero in reparto di degenza)	60,0%	
	Riduzione ricoveri	86,7%	
	Adeguatezza tempo risposta TAT (tempo di refertazione) esami complessi	100,0%	
Adeguatezza tempo risposta TAT (tempo di refertazione) esami non complessi	100,0%		
Riduzione tempi di attesa su percorsi post ps	100,0%		

TIPO OBIETTIVO	OBIETTIVO	% RAGGIUNGIMENTO	
EFFICIENZA	Accessi con tempo di permanenza in PS/DEA inferiore alle 12 ore	100,0%	90,6%
	Aumento del numero di pazienti di PS con esito "a domicilio"	80,0%	
	Corretta rendicontazione attività Convenzione PTV/UTV per sorveglianza sanitaria e promozione salute	100,0%	
	Incremento accertamenti morte cerebrale	100,0%	
	Incremento delle donazione dei tessuti	100,0%	
	Incremento delle donazioni di organi e tessuti	100,0%	
	Miglioramento performance	99,4%	
	Ottimizzazione delle attività di identificazione dei potenziali donatori d'organo	72,5%	
	Ottimizzazione livello degenza media	94,2%	
	Razionalizzazione spesa farmaci (nel rispetto delle note AIFA e regionali)	100,0%	
	Tempestività refertazione	93,5%	
	Tempo di refertazioni per prelievi biotipici estemporanei max 30 minuti dall'invio della richiesta	100,0%	
	Tempestività chiusura cartelle cliniche	74,8%	
	Aggiornamento del Personale	75,0%	
	Attivazione procedura Catatere Venoso Centrale	100,0%	
	Riduzione degenza media	91,5%	
	Riduzione sovraffollamento PS	92,8%	
	Rispetto standard previsti per l'emissione dei referti	100,0%	
	Ridurre i fallimenti dei cariotipi	100,0%	
	Razionalizzare la sorveglianza sanitaria e migliorare il benessere lavorativo analizzando le richieste di visita fatte dai lavoratori	100,0%	
	Razionalizzare la sorveglianza sanitaria e migliorare il benessere lavorativo analizzando le richieste di visita fatte dai lavoratori, aldi fuori della periodicità ordinaria	100,0%	
	Corretta rendicontazione attività Convenzione Ministero/UTV per sorveglianza sanitaria e promozione salute	100,0%	
	Incremento attività ambulatoriale	100,0%	
	Aumento numero sacche sangue	50,0%	
	Mantenimento/Incremento livello prestazioni SSN erogate	100,0%	
Mantenimento/Incremento livello prestazioni SSN erogate	90,0%		
Riduzione degenza media aziendale	100,0%		

TIPO OBIETTIVO	OBIETTIVO	% RAGGIUNGIMENTO	
PROCESSI	Migliorare l'efficienza organizzativa attraverso la riduzione delle degenza media preoperatoria	50,0%	83,3%
	Rispetto delle procedure in accettazione	100,0%	
	Ottimizzazione dei percorsi	50,0%	
	Ottimizzazione presa in carico da PS	100,0%	

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	100,0%
Direttore U.O.C. Affari Generali	99,8%
Responsabile U.O.C. Controllo Direzionale (gen-set)	100,0%
Responsabile U.O.C. Controllo Direzionale (ott-dic)	100,0%
Direttore U.O.C. Direzione infermieristica	100,0%
Direttore U.O.C. Direzione medica	100,0%
Direttore U.O.C. Farmacia	99,8%
Direttore U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane (gen-ott)	78,3%
Responsabile U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane (nov-dic)	89,9%
Direttore U.O.C. Progettazione, sviluppo e gestione del patrimonio	98,8%
Direttore U.O.C. Risorse economiche e finanziarie	100,0%
Direttore U.O.S.D. Accoglienza, Tutela e partecipazione	98,4%
Direttore U.O.S.D. ALPI	96,7%
Direttore U.O.S.D. Direzione tecnica	100,0%
Direttore U.O.S.D. Governo dell'appropriatezza flussi informativi e cartelle cliniche	99,3%
Direttore U.O.S.D. Medicina Legale	91,7%
Direttore U.O.S.D. Operation Management	100,0%
Direttore U.O.S.D. Risk Management	100,0%
Direttore U.O.S.D. Sistemi informativi	97,2%
Direttore Unit Governo tecnologie biomediche	99,6%
TOTALE COMPLESSIVO	97,5%

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

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	% RISULTATO RAGGIUNTO
ADESIONE PERCORSI, CICLO PERFORMANCE E QUALITA'	Rispetto tempistica Sistema di misurazione e valutazione della performance e dei risultati del personale di comparto afferente e del personale dirigente	100,0%
	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	STERILIZZATO
	Aderenza al piano di sicurezza informatica attraverso interfaccia con AGID e Regione	100,0%
	Assicurare le attività previste dalla Regione Lazio e dal Ministero della Salute in materia di contabilità Analitica	100,0%
	Attualizzazione del debito/credito scaduto	100,0%
	Miglioramento esposizione debitoria ciclo attivo	100,0%
	Monitoraggio crediti pregressi	100,0%
	Monitoraggio e verifica versamenti di competenza aziendale tramite POS da parte dei professionisti	100,0%
	Monitoraggio proporzione di ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro due giorni in pazienti ultrasessantacinquenni.	100,0%
	PAC - Assicurare lo sviluppo del Piano Attuativo per la certificazione del Bilancio del PTV secondo le tempistiche e linee guida della Regione Lazio	100,0%
	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	100,0%
	Rispetto dei tempi di liquidazione delle fatture	92,0%
	Rispetto tempistica sistema di misurazione e valutazione delle performance e dei risultati del personale di comparto afferente.	100,0%
	Rispetto tempistiche manutenzione e sviluppo cartella clinica, cartella ambulatoriale, blocco operatorio e sistema di interoperabilità	100,0%
APPROPRIATEZZA E MONITORAGGIO CONSUMI (FARMACI E DISPOSITIVI)	Invio dati per CE mensile entro il 5 del mese successivo a quello oggetto di analisi	89,9%
	Monitoraggio consumi farmaci	100,0%
	Monitoraggio magazzino reagenti su areas.	100,0%
	Monitoraggio magazzino reagenti su modulab.	100,0%
EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Acquisto beni e servizi infungibili	99,0%
	Adeguamento normativa antincendio del PTV	100,0%
	Adempimenti degli obblighi informativi nei confronti del Ministero della Salute	100,0%
	Adempimenti previsti dalla normativa sulla Anticorruzione e Trasparenza secondo le tempistiche ivi previste	100,0%
	Adempimento degli obblighi informativi nei confronti della Regione	100,0%
	Adozione del Piano Pandemico aziendale per l'anno 2023	100,0%
	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 lavano, pulizie, ausiliari/oss.	100,0%

Aggiornamento del Piano Aziendale per il contrasto al sovraffollamento in PS.	100,0%
Avvio delle procedure di gara sopra soglia ed indizione nei tempi previsti	100,0%
Controllo delle attività in convenzioni presso l'Anatomia Patologica nel rispetto dei tempi e risorse economiche.	100,0%
Controllo giacenze di magazzino nei reparti.	100,0%
Corretta gestione contratti di manutenzione	100,0%
Definizione conclusiva dei capitolati/documentazione tecnica relativamente ai servizi e/o forniture di competenza dell'Area Elettromedicali	100,0%
Elaborazione soluzioni organizzative e cronoprogramma per il periodo delle nuove installazioni presso l'area di Medicina di Laboratorio.	100,0%
Elaborazione soluzioni organizzative per il periodo delle nuove installazioni presso la Medicina Nucleare.	100,0%
Flusso informativo consumi farmaci (File F e File R)	100,0%
Flusso informativo dispositivi medici	100,0%
Garantire idoneo affiancamento con risorsa interna dei neoassunti anche nella riorganizzazione dei servizi.	100,0%
Gestione reclami e ritorni da parte dell'utenza e gestione social istituzionali	98,0%
Iniziative inerenti donazione sangue, solidarietà, eventi istituzionali in collaborazione con la UOSD Medicina Trasfusionale e Associazioni	100,0%
Libro Bianco Aziendale	100,0%
Manutenzione Cloud	100,0%
Miglioramento dei percorsi interni.	100,0%
Monitoraggio andamento tempi liquidazione stock di debito	100,0%
Monitoraggio Carichi di Lavoro	0,0%
Monitoraggio dello stato di attuazione degli interventi del PNRR e PNC - M6 C2 1.3.1	100,0%
Monitoraggio dello stato di attuazione degli interventi ex ART. 20 L 67/88 e/o altri Fondi in C/Capitale Statali	100,0%
Monitoraggio dello stato di attuazione dei processi di miglioramento delle strutture edili e impiantistiche	100,0%
Partecipazione alle attività, coordinate dalla Direzione Regionale Salute ed Integrazione Socio-sanitaria- Area Servizio Informativo Sanitario, di definizione degli strumenti e dei flussi per la rilevazione e l'analisi delle informazioni utili alla descrizione e alla valutazione dell'attività ospedaliera	100,0%
Pianificazione e monitoraggio della formazione dell'area tecnica.	100,0%
Predisposizione atti di programmazione	100,0%
Predisposizione della programmazione triennale degli acquisti per beni e servizi	100,0%
Predisposizione Regolamenti / Procedure aziendali	100,0%
Progettazione e cronoprogramma sulla nuova organizzazione dei flussi lavorativi e relativi spazi.	100,0%
Progetti PNRR di cui alla Delibera Regionale n° 75 del 25/02/2022	100,0%
Regolamento aziendale affidamento incarichi di patrocinio legale	100,0%

	Regolamento aziendale affidamento incarichi di collaborazione	100,0%
	Regolamento Part-time	100,0%
	Ricetta dematerializzata	87,0%
	Risoluzione problematiche Hardware e software in aree critiche (Blocchi operatori, PS, CUP) entro 1 giorno lavorativo	100,0%
	Rispetto adempimenti in ambito Privacy	100,0%
	Rispetto dei tempi di liquidazione delle fatture	93,3%
	Rispetto tempi capitolati tecnici	100,0%
	Rispetto tempistiche PNNR	100,0%
	Schede negoziazione Budget economico	100,0%
	Sviluppo competenze organizzative e di processo.	100,0%
	Sviluppo percorso interno per pazienti vulnerabili.	100,0%
	Tempestività degli invii dei flussi informativi di competenza definiti dalla Regione e dai Ministeri vigilanti	100,0%
EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO DEI PERCORSI CHIRURGICI E DI EMERGENZA	Condivisione dati di performance del percorso chirurgico	100,0%
	Monitoraggio P.RE.VAL.E.	100,0%
	Monitoraggio Piano nazionale delle liste di attesa	100,0%
	Supporto alla gestione dello sviluppo del nuovo SW applicativo percorso chirurgico	100,0%
PATRIMONIO EDILIZIO E TECNOLOGICO	PNRR Missione 6 C2 1.1.2 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi Apparecchiature)	100,0%
PATRIMONIO EDILIZIO E TECNOLOGICO E GESTIONE DELLA SICUREZZA INFORMATICA	Cyber-security	100,0%
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	100,0%
	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	100,0%
	Collaborazione con il Risk manager per l'individuazione di linee preventive dei rischi clinici partendo dall'analisi dei risarcimenti richiesti.	100,0%
	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	75,0%
TOTALE COMPLESSIVO		98,0%

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.

Anche per l'anno 2023 come per il 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. Anche per l'anno 2023 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.

La valutazione qualitativa dell'attività svolta viene effettuata attraverso l'analisi dei questionari di valutazione del servizio ed attraverso l'analisi delle segnalazioni pervenute da parte dei cittadini.

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, deliberata e costituita ufficialmente nel 2023, 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 28 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 discente.

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 al 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 un'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, al fine di facilitare il contatto con la struttura in un periodo storico così complesso. Al termine dell'emergenza sanitaria i canali social, sempre più diffusi ed utilizzati, sono stati ulteriormente implementati e valorizzati. Attualmente sono attivi: Facebook, Instagram (attivo da settembre 2021), Twitter (attivo da marzo 2020), Telegram, LinkedIn. Nel 2023 è anche stato aperto il canale WhatsApp del Policlinico Tor Vergata. Tutti questi canali vengono aggiornati costantemente e in real time in occasione di eventi e comunicazione per i cittadini.

La piattaforma di messaggistica istantanea Messenger (attraverso Facebook e Instagram) consente 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 2023 le azioni di miglioramento che erano state individuate ma rinviate a causa della pandemia, sono state concretamente intraprese.

Infatti, è stato attivato il processo di informatizzazione del Sistema per la gestione del ciclo della performance, attraverso l'installazione di una procedura digitale che ha permesso 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.

Inoltre è stata avviata dal mese di febbraio 2023 la nuova piattaforma per la gestione del quartiere operatorio.

Nel 2024, 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;
- 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.