



RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 2025



Azienda Ospedaliera Universitaria
POLICLINICO TOR VERGATA

Elenco delle modifiche

Versione	Data	Paragrafi modificati	Note
2026	23/06/2025	TUTTI	

	Funzione	Data
Redazione	UOC Controllo direzionale UOC Gestione e sviluppo risorse umane	20/06/2026
Verifica	Direttore Sanitario	21/06/2026
Verifica	Direttore Amministrativo	21/06/2026
Approvazione	Direttore Generale	23/06/2026
Validazione	Organismo Indipendente di Valutazione	23/06/2026

Sommario

1.	CONTENUTI DELLA RELAZIONE ANNUALE SULLA PERFORMANCE.....	4
2.	PRINCIPALI RISULTATI RAGGIUNTI	5
2.1	Produzione	5
2.2	Esiti clinici.....	15
3.	ANALISI DEL CONTESTO E DELLE RISORSE.....	16
3.1	Analisi del contesto esterno	16
3.1.1	Ospedale ad alta specializzazione	16
3.1.2	Contesto territoriale	17
3.1.3	Il contesto epidemiologico: problema dell'invecchiamento della popolazione	17
3.1.4	Il contesto organizzativo: posizionamento del PTV nella programmazione regionale della rete ospedaliera, della rete dell'emergenza e delle reti tempo-dipendenti	18
3.1.5	Il contesto della rete integrata: l'integrazione "ospedale-territorio"	20
3.2	Analisi del contesto interno	21
3.2.1	L'innovazione tecnologica e la digitalizzazione	21
3.2.2	Il Risk Management.....	25
3.2.3	Azioni positive del Comitato Valutazione Sinistri (CVS)	28
3.2.4	Studi Clinici	30
3.2.5	Progetti di ricerca scientifica - PNRR	31
3.2.6	Il Sistema di Gestione per la Qualità dell'AOU Policlinico Tor Vergata ("SGQ").....	33
3.2.7	Le risorse umane	34
3.2.8	Prevenzione della corruzione e trasparenza – Risultati conseguiti nel 2025.....	39
3.2.9	Benessere organizzativo - Pari opportunità - Bilancio di Genere.	40
3.2.10	Quadro delle risorse strumentali e finanziarie	41
4.	MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE.....	46
4.1	Ciclo della performance.....	46
5.	IL PROCESSO DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE	59
6.	VALUTAZIONE DEGLI STAKEHOLDER.....	60
7.	LE CRITICITA' E LE OPPORTUNITA'	64

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

2.1 Produzione

Al PTV sono stati riconosciuti n. **670 posti letto** complessivi tra ordinari e day hospital, come da Deliberazione della Giunta Regionale del 5 marzo 2026, n. 115, relativa all'approvazione ed adozione del Documento Tecnico denominato: "Programmazione della rete ospedaliera 2026-2028 in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015". Come risultante da modello NSIS HSP12 al 31.12.2025 sono attivi **579** posti letto, di cui **524** ordinari e **55** diurni.

Nell'anno 2025 sono stati effettuati n° 18.870 ricoveri in regime ordinario con un incremento relativo al 7% per numero dimessi e al 8% per totale ricavi (cfr tabella comparativa 2024/2025).

TABELLA RICOVERI ORDINARI 2024 vs 2025						
DIPARTIMENTO	N° DIMESSI			RICAVI		
	2024	2025	Δ	2024	2025	Δ
DIPARTIMENTO DEL BENESSERE DELLA SALUTE MENTALE E NEUROLOGICA, DENTALE E DEGLI ORGANI SENSORIALI	2.731	2.805	+3%	€ 14.169.572	€ 14.184.950	0%
DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE	2.665	2.896	+9%	€ 14.848.561	€ 15.481.237	+4%
DIPARTIMENTO DI ONCOEMATOLOGIA	977	789	-19%	€ 8.321.735	€ 7.977.616	-4%
DIPARTIMENTO DEI PROCESSI ASSISTENZIALI INTEGRATI	484	395	-18%	€ 2.386.286	€ 1.821.849	-24%
DIPARTIMENTO DELLE SCIENZE CHIRURGICHE	4.749	5.435	+14%	€ 32.923.420	€ 39.258.384	+19%
DIPARTIMENTO DELLE SCIENZE MEDICHE	5.998	6.550	+9%	€ 31.972.521	€ 34.374.122	+8%
TOTALE	17.604	18.870	+7%	€ 104.622.094	€ 113.098.158	+8%

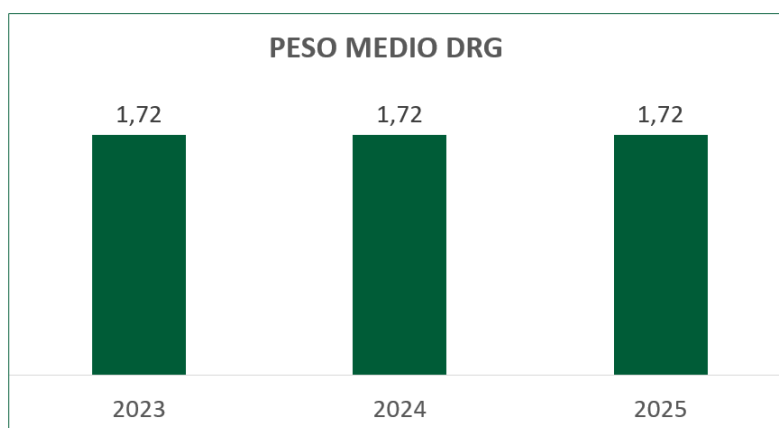
Il trend in aumento della produzione è andato consolidandosi nel 2026, che con riferimento ai primi 4 mesi, comparati con lo stesso periodo del 2025, fa registrare un ulteriore aumento dei ricoveri pari al 14% e un incremento di valore pari ad un ulteriore 9%, testimoniando, da un lato l'incremento dell'offerta prestazionale, dall'altro un rafforzamento del bilancio sul fronte dei ricavi (cfr tabella comparativa 2025/2026).

TABELLA RICOVERI ORDINARI GENNAIO-APRILE 2025 vs 2026						
DIPARTIMENTO	N° DIMESSI			RICAVI		
	2025	2026	Δ	2025	2026	Δ
DIPARTIMENTO DEL BENESSERE DELLA SALUTE MENTALE E NEUROLOGICA, DENTALE E DEGLI ORGANI SENSORIALI	906	982	8%	€ 4.894.617	€ 5.388.834	+9%
DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE	929	1.028	10%	€ 4.975.187	€ 5.640.248	+12%
DIPARTIMENTO DI ONCOEMATOLOGIA	245	322	24%	€ 2.436.174	€ 2.595.849	+6%

TABELLA RICOVERI ORDINARI GENNAIO-APRILE 2025 vs 2026						
DIPARTIMENTO	N° DIMESSI			RICAVI		
	2025	2026	Δ	2025	2026	Δ
DIPARTIMENTO DEI PROCESSI ASSISTENZIALI INTEGRATI	122	153	20%	€ 540.470	€ 753.076	+28%
DIPARTIMENTO DELLE SCIENZE CHIRURGICHE	1.860	1.887	1%	€ 13.629.046	€ 13.829.931	+2%
DIPARTIMENTO DELLE SCIENZE MEDICHE	2.033	2.713	25%	€ 11.495.603	€ 13.700.123	+16%
TOTALE	6.095	7.085	14%	€ 37.971.097	€ 41.908.061	9%

TABELLA DAY HOSPITAL 2024 vs 2025			
DESCRIZIONE	2024	2025	Δ
N° RICOVERI	9.234	9.896	+7%
RICAVI	€ 9.110.489	€ 10.440.561	+15%

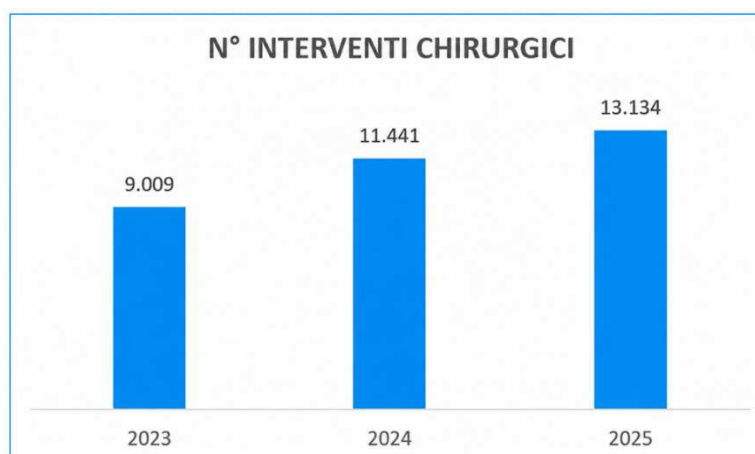
Particolarmente rilevante il dato relativo alla diminuzione della degenza media nel 2025, e dell'ulteriore riduzione nel 2026, che sono risultanza della complessa strategia adottata, a far data da luglio 2025, per riqualificare il pronto soccorso ed aumentare la capacità di offerta prestazionale dell'azienda accelerando il turn over dei posti letto.



FONTE DATI: CONTROLLO DIREZIONALE

Il peso medio DRG si mantiene nel 2025 su un valore pari a 1,72, stabile rispetto al biennio 2023-2024. Tale andamento indica il consolidamento della complessità della casistica trattata, dimostrando che l'incremento della produzione non si è verificato a scapito della complessità della casistica trattata.

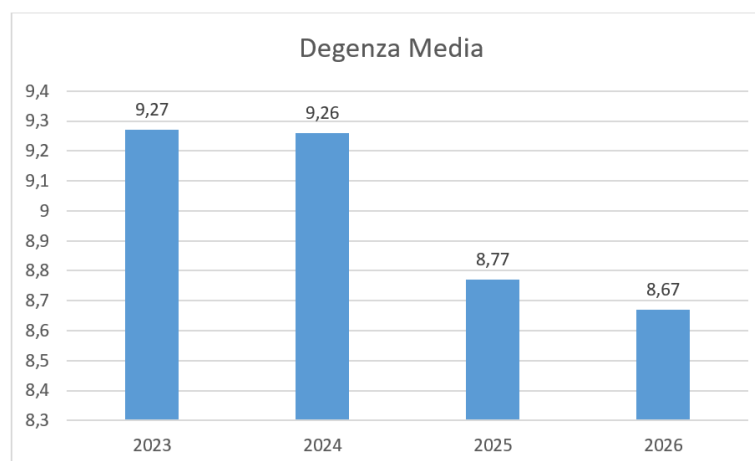
Come evidente dal grafico relativo al numero degli interventi chirurgici, nel 2025 al PTV sono stati effettuati 13.134 interventi chirurgici, circa 1.700 in più rispetto al 2024.



FONTE DATI: CONTROLLO DIREZIONALE E OPERATION MANAGEMENT

Il grafico evidenzia nel 2025 un ulteriore aumento dell'attività chirurgica, con 13.134 interventi, in continuità con il trend di ripresa avviato dopo la fase pandemica. Il volume raggiunto rappresenta il valore più elevato dell'intera serie considerata e conferma il rafforzamento della capacità produttiva delle aree chirurgiche. L'incremento rispetto al 2024, pari a circa 1.700 interventi, è coerente con il miglioramento dell'utilizzo delle sale operatorie e con il potenziamento dei percorsi di presa in carico chirurgica.

Parallelamente, si è intervenuti anche in termini di appropriatezza e di efficienza, stabilendo i criteri per la composizione delle sedute operatorie, dando priorità ai pazienti ricoverati e, per quelli in lista di attesa, seguendo l'ordine di priorità clinica, programmando in primo luogo, gli interventi in classe A e a seguire, quelli in classe B, e così via secondo le classi successive. In questo modo si è raggiunto l'obiettivo di azzerare i pazienti in lista in classe A del 2025 e di ridurre quelli in attesa delle classi successive.

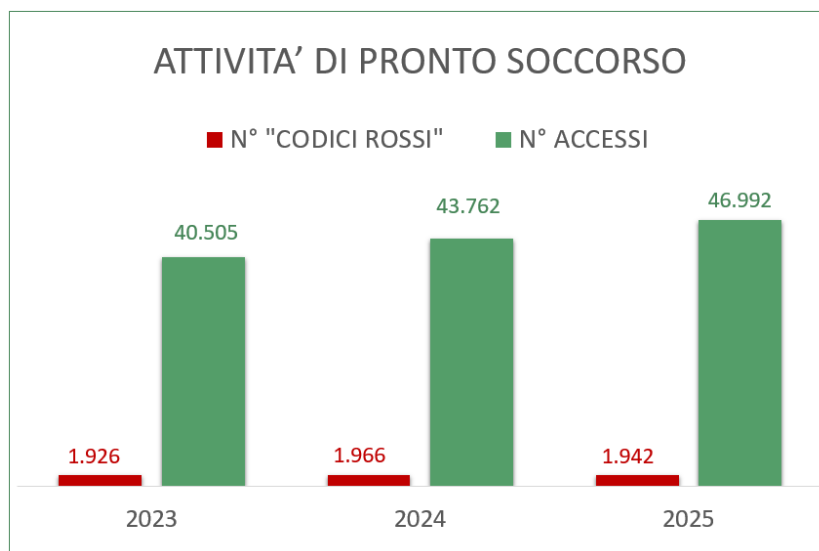


FONTE DATI: DIREZIONE SANITARIA

Relativamente alle attività ambulatoriali, nel 2025 il trend di crescita ha subito un lieve decremento a causa dell'entrata in vigore del nuovo CUR (Catalogo Unico Regionale) che ha inciso sia sul n° totale delle prestazioni (-6%) che sui ricavi (-2%). Infatti, se consideriamo il 2026, per il quale è stata fatta una proiezione sulla base dei dati riferiti ai primi 5 mesi, rileviamo un chiaro incremento sia della produzione (offerta prestazionale) sia del valore economico nella misura, rispettivamente, del 8% e del 6%.

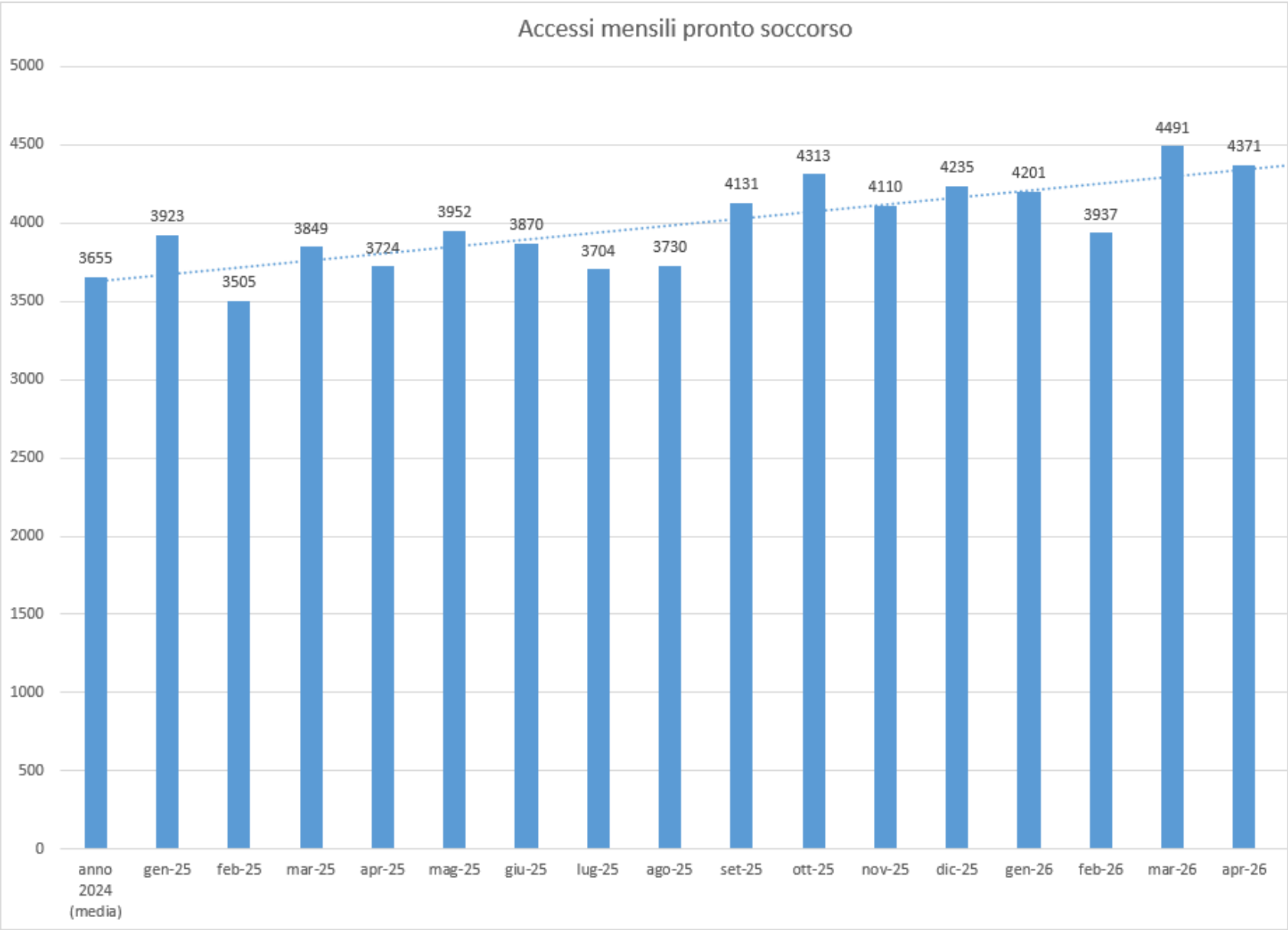
TABELLA ATTIVITA' AMBULATORIALI			
ANNO	N° PRESTAZIONI	RICAVI	Δ SU ANNO PRECEDENTE
2023	2.210.593	€ 49.054.282	-
2024	2.400.136	€ 52.337.161	+6%
2025	2.245.925	€ 51.368.458	-2%
2026*	2.427.403	€ 54.647.122	+6%
* PROIEZIONE SU GENNAIO-MAGGIO 2026			

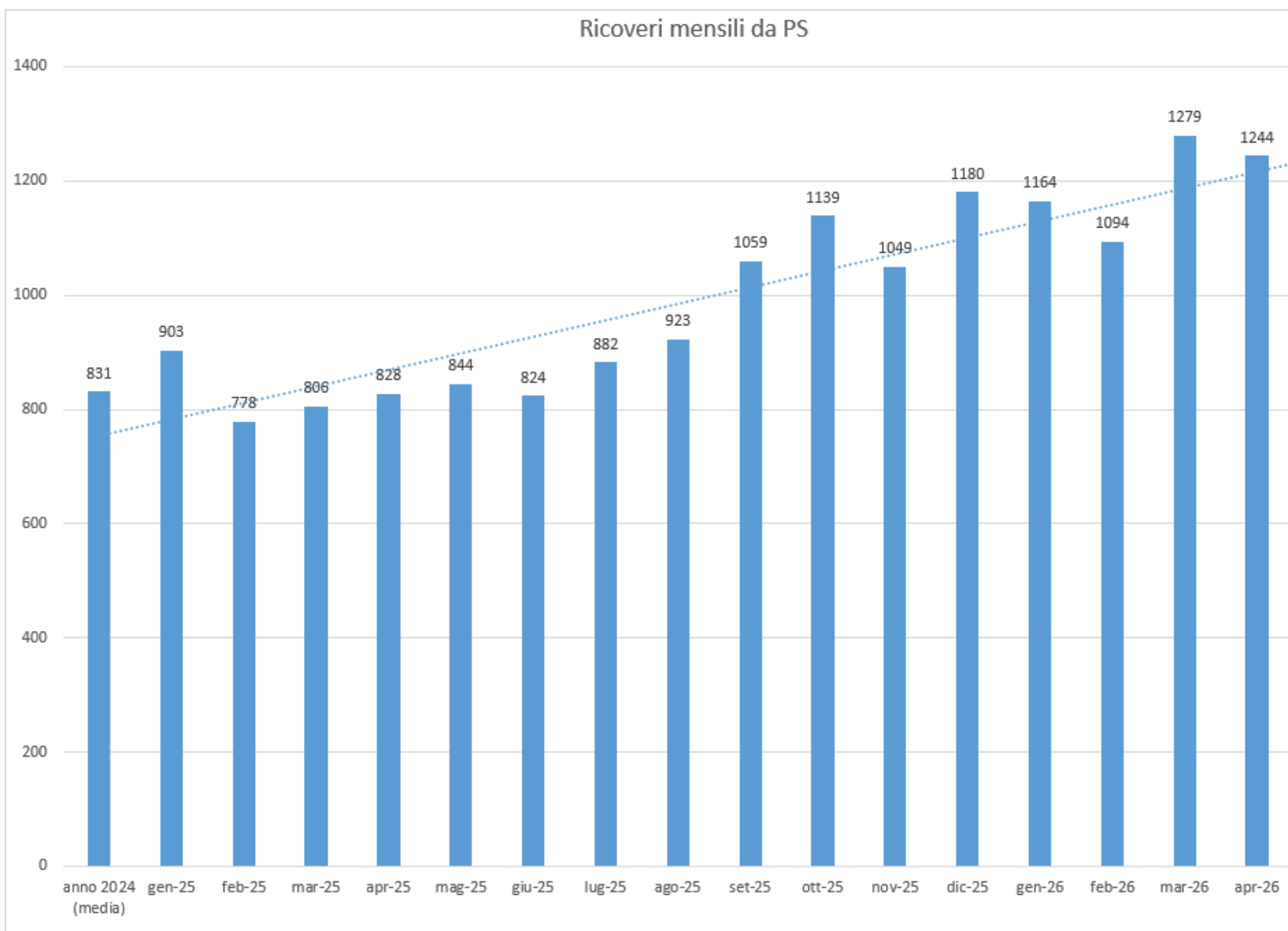
Il Pronto Soccorso conferma nel 2025 un trend di crescita degli accessi, raggiungendo 46.992 accessi, mentre il numero dei "codici rossi" si mantiene sostanzialmente stabile rispetto agli anni precedenti.



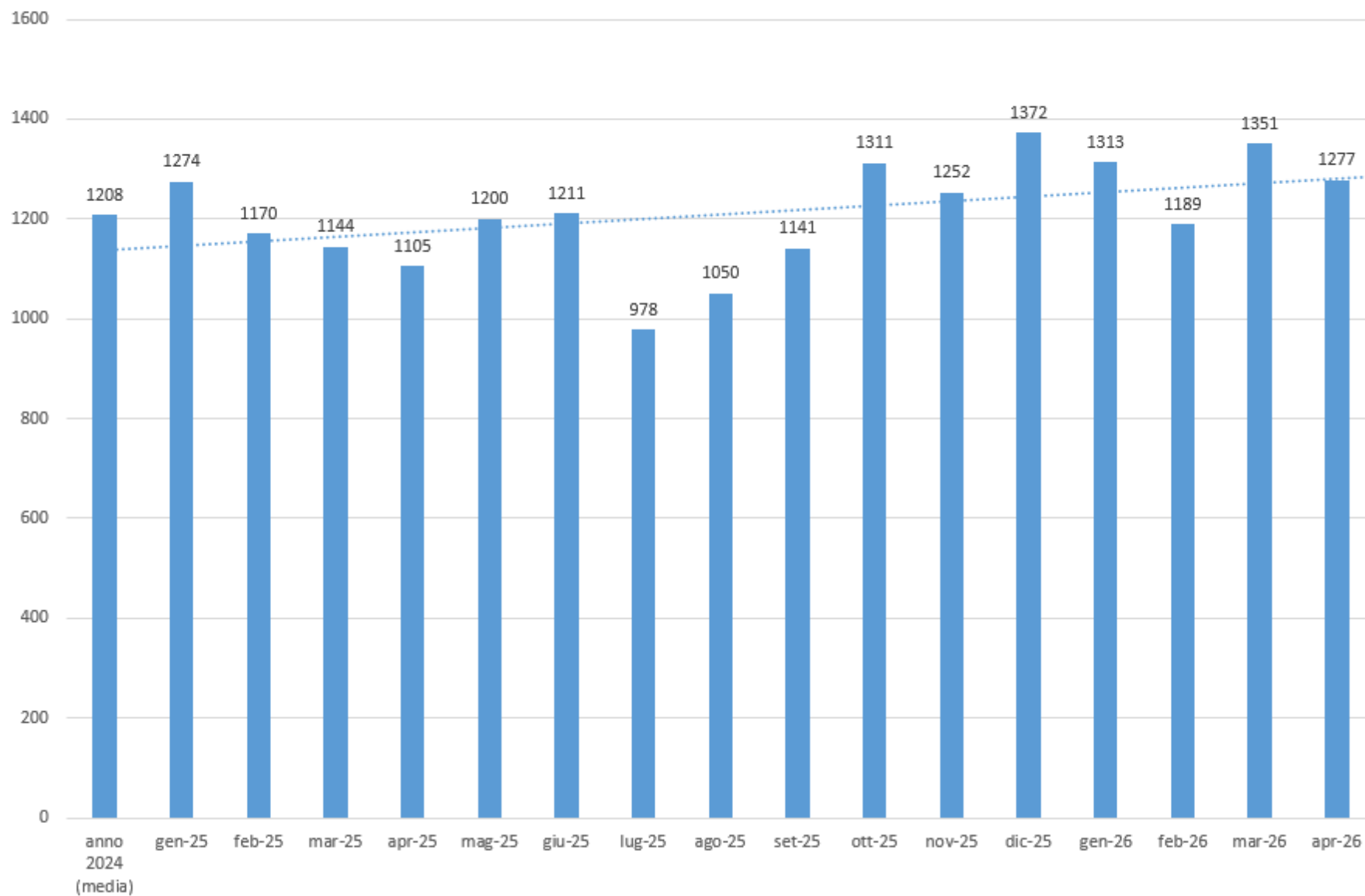
Ma quello che soprattutto emerge dalla lettura integrata delle tabelle che seguono, è un quadro sostanzialmente mutato del PS, **a far data da luglio 2025**, che riflette una serie di complesse iniziative di recupero dell'efficienza gestionale, le cui risultanze possono essere sinteticamente richiamate:

- riduzione altamente significativa dei tempi medi “visita – ricovero” dei pazienti in Pronto Soccorso, nonostante un importante incremento degli accessi, che fanno registrare un +7,3% dal 2024 al 2025, e un ulteriore 13% nei primi mesi del 2026 se confrontati con l’analogo periodo del 2025, ossia una maggiore efficienza rispetto al passato pur a fronte di un maggiore carico di lavoro;
- incremento altamente significativo dei ricoveri giornalieri, con un valore pari a +25% dal luglio 2025, ed in ulteriore crescita nei primi mesi del 2026;
- incremento altamente significativo dei ricoveri nei giorni di sabato e domenica, con un valore pari a +30% dal luglio 2025, ed in ulteriore crescita nei primi mesi del 2026;
- profonda revisione della logistica dei pazienti in PS, che ha consentito di evitare la permanenza dei pazienti nei corridoi, garantendo a ciascuno l’opportuna allocazione in una sala dedicata, a tutela dell’indispensabile decoro e della necessaria privacy;
- in continuità con il punto precedente, digitalizzazione della logistica del Pronto Soccorso finalizzata al monitoraggio in tempo reale dei flussi dei pazienti e del relativo posizionamento. La soluzione, basata su tecnologie RTLS (Real Time Location System - RTLS) consente di rilevare automaticamente l’occupazione dei posti all’interno delle sale di PS funzionalizzate all’accoglienza dei pazienti (attesa, boarding, obi), tracciare pazienti e barelle, consentendo, così, per il tramite di centraline opportunamente dislocate, di fornire una immagine in tempo reale della logistica distributiva dei pazienti, in relazione anche allo stato di avanzamento del relativo processo gestionale in PS e della disponibilità di slot di sala. Il sistema mira a efficientare l’uso degli spazi di PS, migliorare la sicurezza dei pazienti, garantirne decoro, dignità e privacy durante la permanenza in PS, ridurre le criticità legate al sovraffollamento e ottimizzare l’utilizzo delle risorse disponibili.

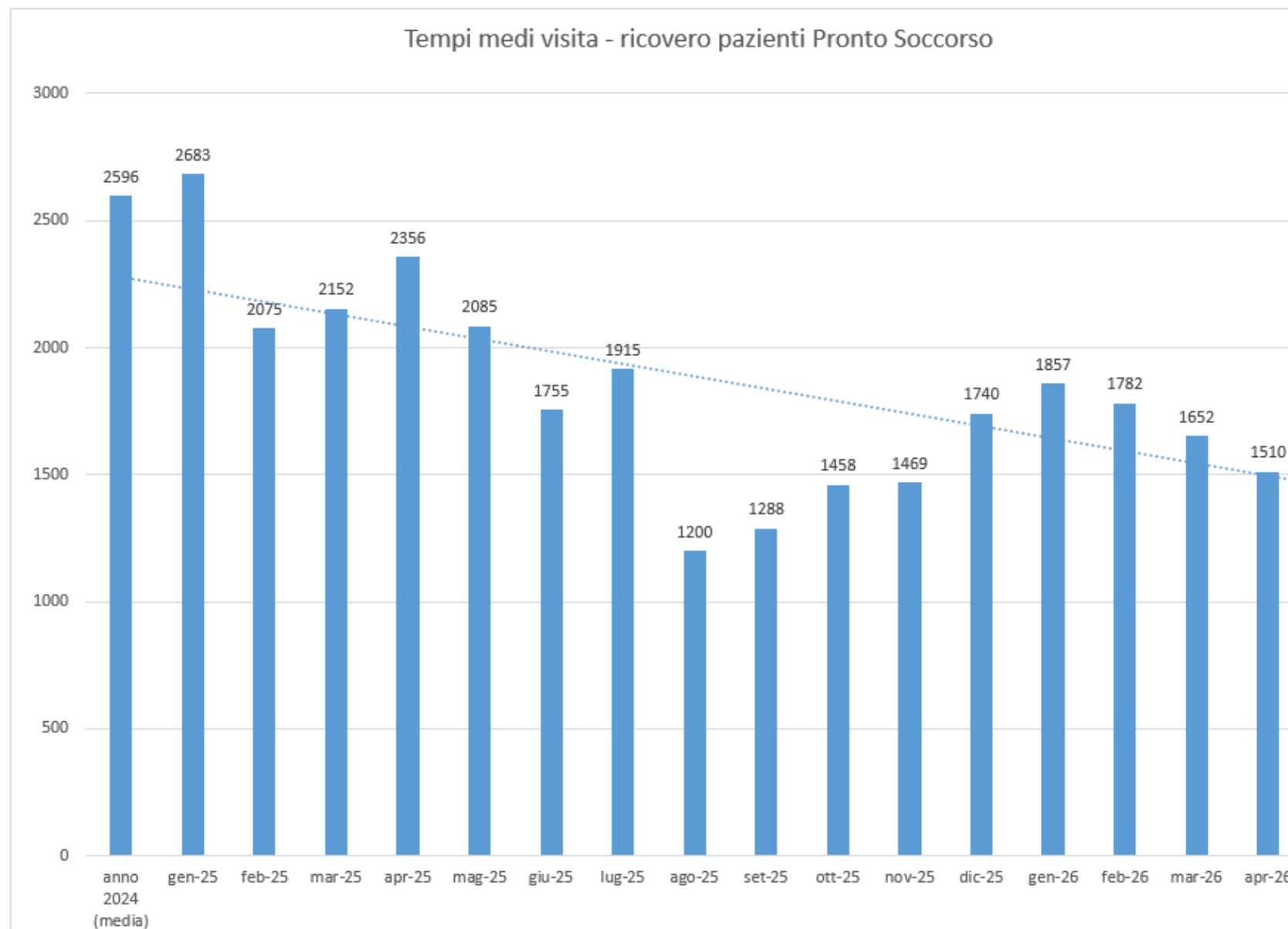


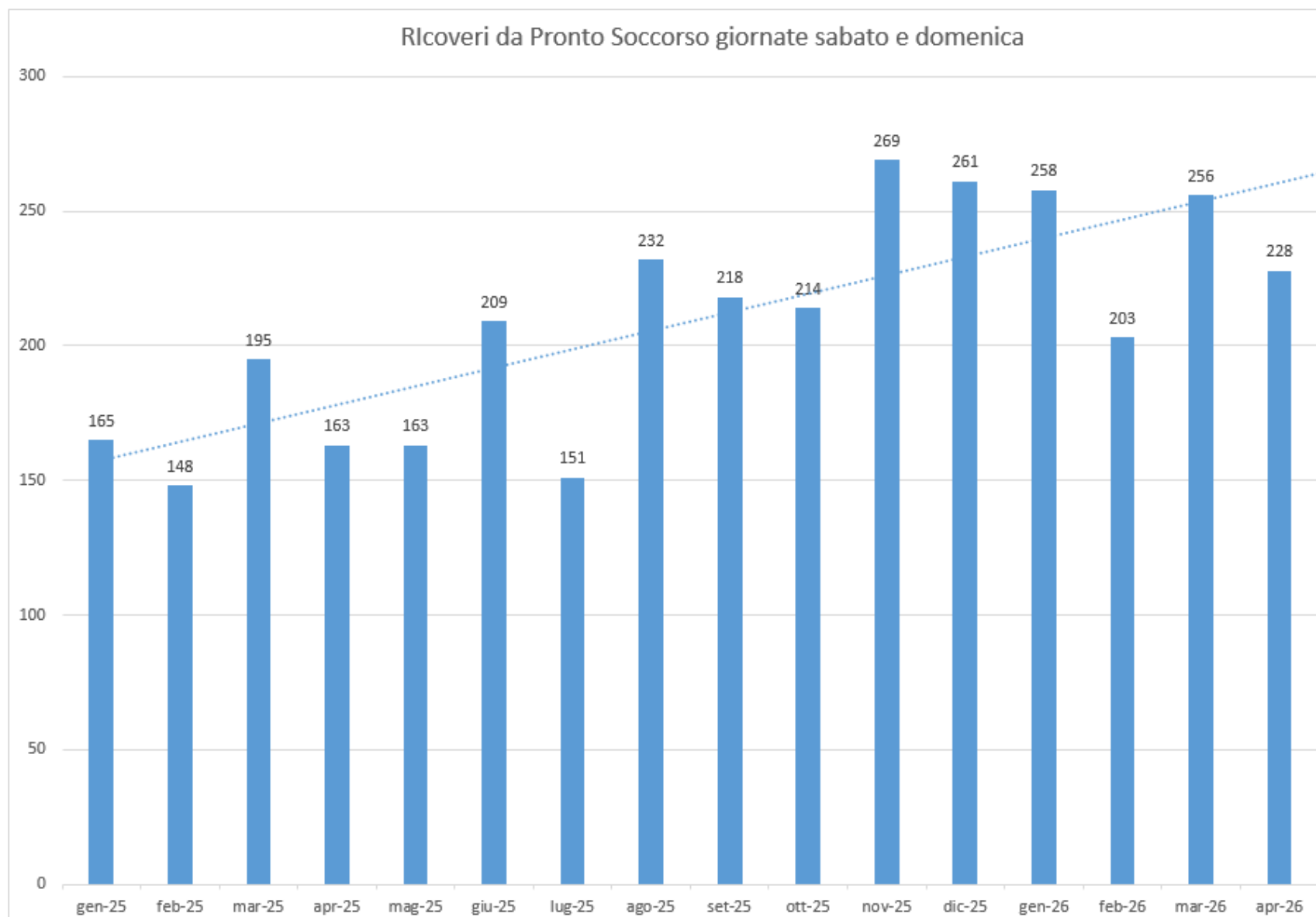


Accessi tramite 118 Pronto Soccorso



Tempi medi visita – ricovero in minuti





2.2 Esiti clinici

I risultati del Progetto Regionale Valutazione Esiti premiano le scelte operate nel settore chirurgico dal PTV: come risulta dai grafici riportati di seguito, nell'arco degli ultimi 4 anni il treemap del P.Re.Val.E. evidenzia l'eliminazione delle elevate criticità (rosso), la riduzione delle medie criticità (giallo), l'aumento delle ottime performance (verde scuro); attribuendo un valore pesato ai diversi colori del treemap, l'indicatore ottenuto ha una crescita quasi lineare. Si consolidano le performance della chirurgia generale e crescono ulteriormente quelle oncologiche, ortopediche, cardiocircolatorie e nefrologiche.



3. ANALISI DEL CONTESTO E DELLE RISORSE

3.1 *Analisi del contesto esterno*

Il Policlinico Tor Vergata 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 31 maggio 2022.

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.

Si evidenzia che in data 23 dicembre 2025, con apposito DPCM, è stata costituita l'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Tor Vergata integrata con il Servizio Sanitario Nazionale, in esito al procedimento avviato già nel 2020 con la Legge n. 1 del 27 febbraio 2020, che, all'art. 22, commi 118 e ss, aveva disposto l'istituzione della citata AOU e la cessazione della Fondazione PTV e dell'Azienda autonoma PTV.

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 Policlinico Tor Vergata sorge nel quadrante sud-est della città di Roma, nel territorio della Azienda ASL 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 Roma 2 e i distretti H1 e H3 della ASL Roma 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 in particolare della ASL Roma 2, della ASL Roma 5 e ASL Roma 6.

3.1.3 Il contesto epidemiologico: problema dell’invecchiamento della popolazione

Con riferimento al contesto epidemiologico si impone 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 soprattutto con riferimento al problema dell’invecchiamento della popolazione e delle connesse cronicità.

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%.

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.

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 n. **670 posti letto** complessivi tra ordinari e day hospital, come da Deliberazione della Giunta Regionale del 5 marzo 2026, n. 115, relativa all'approvazione ed adozione del Documento Tecnico denominato: "Programmazione della rete ospedaliera 2026-2028 in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015". Come risultante da modello NSIS HSP12 al 31.12.2025 sono attivi **579** posti letto, di cui **524** ordinari e **55** diurni.

Per completare quanto previsto dalla Rete di Programmazione ospedaliera 2026-2028, sono stati avviati una serie di lavori che di seguito si richiamano in somma sintesi:

- è già stato completato e attivato il reparto di Medicina d'urgenza per complessivi 22 PL dei quali 4 di terapia subintensiva (ottobre 2025);
- è già stato completato e attivato il reparto di Geriatria per complessivi 22 PL (gennaio 2026);
- è già stato completato e autorizzato all'esercizio, ed è di prossima attivazione, l'ospedale di comunità per complessivi 40 PL;

Sono in fase di completamento progettuale i lavori per:

- ampliamento del PS, che si svilupperà sull'area adiacente all'attuale e che ospitava la Medicina d'urgenza prima del trasferimento al nuovo reparto;
- trasferimento della Stroke Unit al 3° piano della torre 8;
- adeguamento del reparto di Trapianti di midollo ai nuovi requisiti autorizzativi e di accreditamento;
- è in fase di elaborazione, e sarà proposto alla regione per il relativo finanziamento, il progetto di fattibilità per le nuove sale operatorie, complessivamente 4, delle quali una sala ibrida.

Sono stati assegnati i posti letto a tutte le chirurgie specialistiche, in linea con la programmazione regionale. Sino ad oggi molte chirurgie specialistiche non disponevano di posti letto specificamente assegnati e si procedeva con una sorta di "daily planning" utilizzando i letti della week surgery. La suddetta ridistribuzione definisce le assegnazioni dei letti chirurgici secondo criteri di intensità di cure, volumi di attività, impatto sull'emergenza urgenza. In proposito si rappresenta che l'attivazione del nuovo ospedale di comunità libererà 20 PL, che saranno assegnati alle chirurgie, completando, così le previsioni di cui alla programmazione regionale della rete ospedaliera per il PTV.

ALL. 1 Delibera n. 64/2026 Ridistribuzione Posti letto chirurgici

SETTORE	UNITA'	POSTI LETTO
8 EST	CHIRURGIA TRAPIANTI	18
	EPATOLOGIA	4
8 OVEST	ORTOPEDIA A	11
	ORTOPEDIA B	11
7 OVEST	CHIRURGIA D'URGENZA	16
	CHIRURGIA MININVASIVA	6
7 EST	CHIRURGIA TORACICA	6
	CHIRURGIA VASCOLARE	6
	OTORINOLARINGOIATRIA	3
	BREAST UNIT	4
	CHIRURGIA PLASTICA	3
6 EST	UROLOGIA	7
	UROLOGIA ROBOTICA E MININVASIVA	7
	GINECOLOGIA	4
	CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE	4
6 OVEST	AREA TRANSIZIONALE CHIRURGICA	22
5 EST	NEUROCHIRURGIA	14
1 OVEST	CARDIOCHIRURGIA	20
	CHIRURGIA VASCOLARE	2

Nel quadro delle Rete Emergenza del Lazio, la riorganizzazione della rete ospedaliera prevista dalla Regione "Programmazione della rete ospedaliera 2024-2026 in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015" sono state attribuite al PTV le funzioni di Hub:

- Rete dell'emergenza adulti: il PTV è DEA di II livello, cui afferiscono come DEA di I livello l'Ospedale dei Castelli di Ariccia, il DEA di I dell'Ospedale di Velletri, il PS dell'Ospedale di Frascati ed il PS dell'Ospedale di Colleferro.
- La Rete dell'Emergenza Cardiologica (REC) è definita dalla Determina Regionale n. G08250 del 24.06.2022, e include i percorsi assistenziali relativi alla Sindrome Coronarica Acuta, alle Urgenze Cardiochirurgiche, allo Scompenso Cardiaco Acuto e alle Aritmie Gravi. Il Coordinamento Operativo è svolto dalla U.O. di Coordinamento Reti di Patologia istituita presso ARES 118.
- Per l'EMERGENZA CARDIOCHIRURGICA, al CEC del PTV afferiscono: Casilino, Pertini, Vannini, Velletri, NOC, Frascati, Colleferro, Frosinone, Cassino, Sora e Alatri.
- Per la SINDROME CORONARICA ACUTA, afferiscono al PTV l'Ospedale di Velletri, il PS dell'Ospedale di Frascati ed il PS dell'Ospedale di Colleferro
- La Rete del Trauma Grave è definita dalla Determina Regionale n. G15438 del 15.12.2020, include i percorsi assistenziali relativi al trauma grave e al neurotrauma con una sezione dedicata alla organizzazione della Rete del Trauma Grave Pediatrico, che per le competenze

necessarie assume una configurazione specifica in coerenza con l'Accordo Stato Regioni n. 248 del 21.12.2017. Il Coordinamento Operativo è svolto dalla U.O. di Coordinamento Reti di patologia istituita presso ARES 118. Il CTZ del PTV afferisce al Policlinico Umberto I.

- La Rete Ictus è definita dalla Determina Regionale n. G01837 del 14.02.2025 ed include le attività relative alle diverse forme eziologiche di tipo ischemico, emorragico e aspecifico. All'UTN II livello del PTV afferiscono gli UTN di I livello di Frosinone e del NOC, oltre a Casilino, Vannini, Velletri, Frascati, Colleferro, Cassino, Sora ed Alatri.
- Il PTV si inserisce inoltre quale HUB nella rete regionale delle Malattie infettive e nelle reti della medicina trasfusionale, nella rete oncologica, nella rete delle malattie rare.
- 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 2025, ha eseguito 27 trapianti di fegato e 49 trapianti di rene totali. L'attività trapiantologica è stata fortemente influenzata dall'emergenza pandemica che ha comportato la riconversione delle sale operatorie.

Nell'area medica una importante area di eccellenza è rappresentata dalla UOC di Ematologia che effettua trapianti di cellule staminali e trapianti di midollo osseo. Nell'ambito della rete Rome Transplant Network (RTN), il PTV si colloca quale struttura di riferimento per il trapianto allogenico di cellule staminali emopoietiche da donatore familiare e/o non correlato.

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

Il Policlinico Tor Vergata (PTV) svolge un ruolo centrale nell'assistenza territoriale, collaborando con le ASL del proprio bacino (RM2, RM5, RM6) per offrire un'assistenza integrata e programmata, in linea con la medicina di iniziativa. Riconosciuto come struttura di riferimento per prestazioni di secondo livello, il PTV è specializzato nella gestione delle patologie croniche e dei pazienti fragili.

Sono stati attivati, secondo le linee guida regionali, per ottimizzare risorse umane e tecnologiche, dei PDTA intra e interaziendali, ovvero condivisi tra PTV e ASL, per la presa in carico integrata e condivisa dei pazienti con patologie croniche.

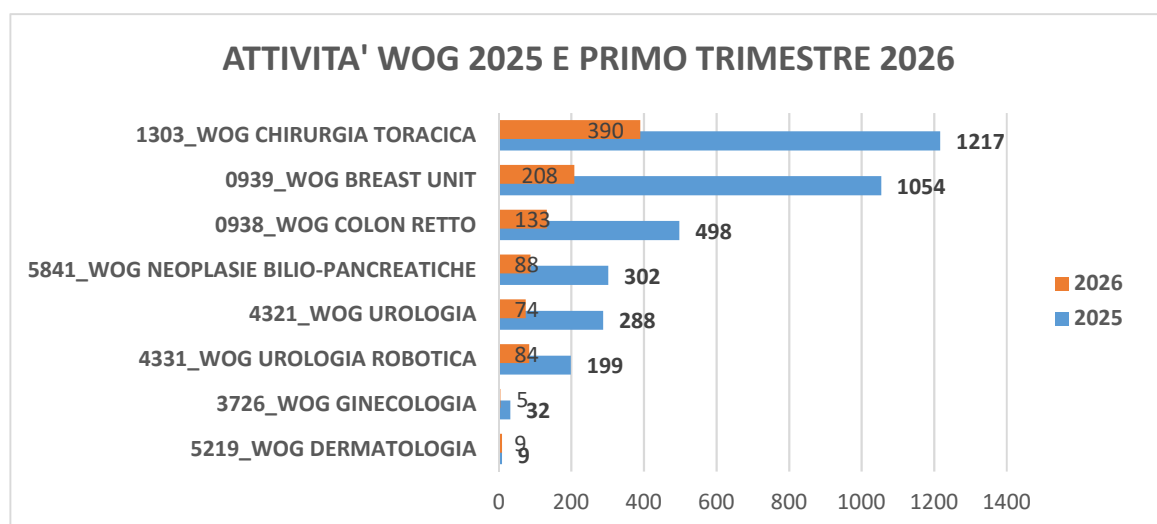
Obiettivi dei PDTA:

- **Globalità:** cura personalizzata e completa.
- **Appropriatezza:** prestazioni adeguate e di qualità.
- **Continuità delle cure:** transizione fluida tra ospedale e territorio.
- **Riduzione della variabilità:** uniformità dei trattamenti.

In riferimento alle “Linee Regionali Strategiche del Piano Oncologico Regionale, di cui alla determinazione n. G03356/2024”, il PTV fa parte della **rete oncologica tra ospedale e territorio** finalizzata a rispondere alle esigenze sanitarie e sociosanitarie delle persone affette da patologia oncologica nelle diverse fasi del percorso di cura.

In base ai piani di rete per patologia, sono stati adottati con deliberazioni aziendali i PDTA oncologici ed istituiti i gruppi oncologici multidisciplinari (**WOG**) con l'obiettivo di costruire un percorso assistenziale integrato e multidisciplinare per i pazienti oncologici, attraverso una rete ospedale-territorio.

La tabella indica il numero di Pazienti presi in carico nel PDTA e discussi nei WOG, in riferimento all'anno 2025 e primo semestre 2026.



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 *L'innovazione tecnologica e la digitalizzazione*

Nel 2025 si è concluso l'iter di messa in esercizio di tutte le Grandi Apparecchiature finanziate PNRR, in particolare con le attività di implementazione del sito angiografico del piano 1, con esecuzione dei lavori, ed installazione del sistema angiografico che ha poi condotto alla messa in esercizio dell'angiografo ad inizio 2026, in linea con le tempistiche regionali e ministeriali. Il sistema

angiografico, caratterizzato da elevate prestazioni diagnostiche e interventistiche, permette di ottenere immagini ad altissima definizione del sistema vascolare e cardiaco, supportando procedure sempre più precise, sicure e mini-invasive. Grazie alle più avanzate tecnologie di elaborazione delle immagini e alla riduzione delle dosi radiologiche, il nuovo angiografo migliora ulteriormente la qualità delle prestazioni cliniche, aumenta la sicurezza di pazienti e operatori e contribuisce a ridurre i tempi di esecuzione degli interventi. L'investimento rafforza ulteriormente la capacità del PTV di rispondere alle esigenze assistenziali più complesse, consolidando il ruolo dell'Azienda come punto di riferimento per l'innovazione tecnologica e l'eccellenza delle cure nel panorama sanitario regionale e nazionale.

Nel 2025 il PTV ha poi portato a compimento l'implementazione della nuova Centrale di Sterilizzazione di ultima generazione, progettata secondo i più elevati standard tecnologici, organizzativi e di sicurezza. La struttura, particolarmente ampia e moderna, consente di ottimizzare l'intero processo di ricondizionamento dei dispositivi medici, garantendo elevati livelli di qualità, tracciabilità e controllo in tutte le fasi operative. Grazie all'automazione dei processi, alla separazione funzionale dei percorsi pulito/sporco e all'impiego di apparecchiature ad alta efficienza, la nuova centrale assicura maggiore capacità produttiva, riduzione dei tempi di lavorazione, miglioramento della sicurezza per operatori e pazienti e piena conformità alle più recenti normative di settore. L'investimento rappresenta un importante passo avanti nel potenziamento dell'infrastruttura ospedaliera, contribuendo ad aumentare l'efficienza dei servizi chirurgici e la qualità complessiva dell'assistenza sanitaria.

Si rappresenta inoltre che, una Struttura come il PTV deve essere il fiore all'occhiello regionale in materia di altissima tecnologia e di innovazione scientifica, con un rinnovamento delle grandi macchine (in corso d'opera con il suddetto PNRR), ma contestualmente deve rinnovare anche quel substrato cruciale di strumenti di medio-bassa tecnologia, che rappresentano linfa vitale necessaria per le attività ordinarie di base nei reparti e che consentono una gestione del paziente sempre sicura, efficiente ed efficace. Il percorso è proseguito nel 2025, utilizzando i finanziamenti associati al Giubileo 2025, nonché eseguendo laddove possibile delle manutenzioni evolutive per migliorare la performance di alcune tecnologie.

Le tipologie di apparecchiature acquistate nel 2025 proprio a tal fine sono sintetizzate, a titolo esemplificativo, di seguito:

N.50 pompe infusionali

N.4 defibrillatori

N.5 apparecchi per anestesia

N.5 Monitor multiparametrici

N.5 Modulo entropia

N.5 Moduli NMT

N.5 Moduli CO2
N.5 apparecchi per ossigenoterapia ad alto flusso
N.4 sedia bilancia
N. 4 Elettrocardiografi
N.2 Ecotomografi
N.12 ventilatori polmonari
N.8 Cardiosstimolatori esterni
N.10 Radiologici endorali
N.7 letti per terapia intensiva
N.1 Lettino elettrificato
N.1 Centrifuga per sacche
N.1 Sistema endoscopico ambulatoriale completo di Videonasofibroscopio
N. 1 Pompa per infusione di radiofarmaci
N.1 Microtrapano con dermatomo
N.1 Luce LED chirurgica
N.1 Generatore per ozonoterapia
N.3 Polissonnigrafi cardiorespiratori
N.1 Apparecchiatura per sedazione cosciente
N.20 travi testaletto
N.2 Sollevapazienti
N.44 Letti di degenza
N.2 Frigoriferi da reparto
N.1 Radiologico portatile con Detettore digitale
N.1 Stazione di Monitoraggio
N.2 Sistemi di visualizzazione
N.16 monitor multiparametrici
N.10 Monitor Multiparametrici compatti
N.4 Otoscopi
N.4 Oftalmoscopi
N.6 telemetrie
N.1 Lettino elettrificato
N. 2 Ecotomografo completi di Sonde
N.1 Sonda beta/gamma detector
N.3 videolaringoscopi
N.5 Carrelli Scaldafluidi
N.20 travi testaletto

N.4 Radiografici endorali
N.1 Radiografici endorali
N.1 Sistema per analisi da sforzo
N.1 Pedana a nastro mobile
N.6 lettini da visita
N.1 Radiografico endorale portatile
N.1 Poltrona elettrificata

Per quanto riguarda l'IT (Information Technology), nel 2025 si è continuato a lavorare su un processo di graduale potenziamento dell'intero sistema infrastrutturale informatico per il necessario rinnovamento tecnologico e per supportare tutte le iniziative correlate, riferendoci a titolo esemplificativo:

- Alle nuove reti LAN e WAN con migliori prestazioni in termini di affidabilità e velocità di trasmissione (progetti PNRR);
- Al nuovo sistema di alimentazione energetica di emergenza del CED;
- Alla sostituzione di centinaia di postazioni informatizzate con pc di nuova generazione e di carrelli informatizzati (progetto PNRR);
- Al proseguimento del progetto di micrologistica ospedaliera automatizzata e di implementazione di una nuova piattaforma di interoperabilità;
- All'implementazione di app dedicate alla semplificazione dell'esperienza sanitaria del cittadino;
- All'epocale migrazione degli applicativi al Polo Strategico Nazionale (PSN), conclusasi a fine 2025 con l'asseverazione formalmente certificata con esito positivo;
- Al Raggiungimento del livello n.2 di digitalizzazione HIMSS, con conseguimento del target PNRR regionale e ministeriale;
- All'aggiornamento continuo delle funzionalità degli applicativi sanitari principali quali la Cartella Clinica Ellipse e la piattaforma O4C per la digitalizzazione del percorso chirurgico, nell'ambito degli strumenti contrattuali in essere;
- All'implementazione di ulteriori integrazioni con FSE 2.0, secondo il cronoprogramma Regionale;
- Al deciso rafforzamento della postura di cybersecurity (SIEM, SOC, EDR, etc) secondo un paradigma molto più strutturato anche proceduralmente ed in linea con i dettami della NIS 2 e dell'ACN.

Nell'ambito dei finanziamenti PNRR Lavori, a fronte della DGR 1005 del dicembre 2021, nel 2025 si è raggiunto uno stato di avanzamento lavori del 70% per la realizzazione dell'Ospedale di Comunità per 40 p.l. (concluso a marzo 2026), presso il Piano 7 della Torre 8, per una superficie

lorda di circa 2.250 mq. I lavori hanno consentito la realizzazione di due reparti di degenza di n. 20 p.l. ciascuno e relativi locali accessori, oltre ad un nucleo centrale a carattere riabilitativo costituito da una palestra, locali visita, spogliatoi e locali di servizio.

Nell'ambito dei finanziamenti Giubilari, a fronte della DGR 22 del 18 gennaio 2024, si sono conclusi i lavori di realizzazione di un nuovo Reparto di Medicina d'Urgenza per 20 p.l. presso il Piano 4 della Torre 8 Lato Nord, e lo stesso è stato messo in funzione in occasione del Giubileo dei Giovani previsto presso l'area di Tor Vergata nella prima settimana del mese di agosto.

Sempre nell'ambito della stessa DGR 22, a finanziamento Giubileo 2025, è stato completato e collaudato anche un altro Reparto ordinario per 20 p.l. di geriatria presso il Piano 4 della Torre 8 Lato Sud. I Reparti sono corredati dei necessari locali accessori e di ambienti adibiti a locali visita/ambulatori utilizzabili anche in modo autonomo.

Entrambi i reparti sono stati realizzati secondo criteri innovativi per la gestione delle condizioni termoigrometriche degli ambienti, con un impianto di climatizzazione del tipo a "travi fredde attive", e nel rispetto dei criteri ambientali minimi prescritti dalla normativa vigente, anche in relazione al risparmio energetico ed al consumo dell'acqua.

3.2.2 Il Risk Management

Nel corso del 2025 il Policlinico Tor Vergata ha proseguito il percorso di consolidamento del sistema aziendale di gestione del rischio sanitario, in coerenza con gli indirizzi regionali e con il quadro normativo nazionale in materia di sicurezza delle cure e responsabilità professionale. Il Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario rappresenta lo strumento di programmazione, monitoraggio e rendicontazione delle azioni finalizzate alla prevenzione degli eventi avversi, al miglioramento della qualità assistenziale, alla promozione della cultura della sicurezza e al governo del rischio infettivo. Il documento integra, in una visione unitaria, le attività di Risk Management e quelle connesse alla prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza, anche attraverso il coordinamento con la Direzione Sanitaria, il CC-ICA, il Servizio Prevenzione e Protezione, la Medicina del Lavoro, le strutture clinico-assistenziali e gli altri organismi aziendali coinvolti.

La gestione del rischio clinico si fonda su un sistema strutturato di Incident Reporting aziendale, alimentato dalle segnalazioni degli operatori sanitari, anche in forma anonima, e finalizzato all'identificazione precoce delle criticità, all'analisi degli eventi e alla definizione di azioni correttive. Nel 2025 sono pervenute alla UOSD Risk Management 183 segnalazioni attraverso il canale di Incident Reporting. Complessivamente, nel sistema SIRES risultano inseriti 321 eventi, classificati in 28 near miss, 284 eventi avversi e 9 eventi sentinella. I principali fattori causali o contribuenti individuati riguardano soprattutto la comunicazione, le procedure, gli aspetti organizzativi e, in misura minore, quelli strutturali, confermando la necessità di interventi trasversali

orientati sia alla standardizzazione dei processi sia al rafforzamento della comunicazione tra professionisti e setting assistenziali.

Tra gli eventi oggetto di particolare attenzione, le cadute accidentali della persona assistita rappresentano l'evento avverso a maggiore frequenza di accadimento e segnalazione: nel 2025 sono stati registrati 304 eventi, prevalentemente di gravità lieve o moderata. Risulta inoltre monitorato il fenomeno degli atti di violenza a danno degli operatori, con 8 eventi segnalati nell'anno. Tali dati confermano l'importanza di un approccio alla sicurezza che non sia limitato al paziente, ma che includa anche la tutela degli operatori e delle strutture, in coerenza con una visione integrata della sicurezza organizzativa.

Nel corso del 2025 sono state realizzate numerose attività finalizzate alla diffusione della cultura della sicurezza delle cure. In particolare, sono stati erogati sei corsi ECM sul rischio clinico e sulle raccomandazioni ministeriali e ulteriori sei corsi ECM dedicati al tema "Rischio Clinico e Medicina Legale: approccio condiviso", con approfondimento delle procedure aziendali e dei documenti di indirizzo regionali. Sono stati inoltre avviati sopralluoghi per il monitoraggio dell'aderenza alle procedure in diverse aree assistenziali, tra cui Ematologia Trapianti, Ematologia, Chirurgia mininvasiva, Chirurgia toracica e Urologia. Tali attività, pur in parte ancora da completare rispetto alla programmazione iniziale, rappresentano un elemento rilevante del sistema di controllo interno e di miglioramento continuo.

Particolare rilievo ha assunto anche il lavoro interfunzionale per la prevenzione e il contrasto delle aggressioni a danno degli operatori. Nel 2025 il Risk Management ha partecipato, insieme al Servizio Prevenzione e Protezione e alla Medicina del Lavoro, alla definizione di interventi formativi, informativi e organizzativi, tra cui il ripristino e l'implementazione dei monitor nella sala d'attesa del Pronto Soccorso, la cartellonistica informativa sul quadro normativo vigente, la formazione sulla gestione dell'aggressività in ambito ospedaliero rivolta a 150 operatori del Pronto Soccorso e un corso sulla comunicazione efficace rivolto agli operatori del Pronto Soccorso e del servizio di vigilanza. Le criticità emerse dagli audit organizzativi sono state inoltre condivise in sede di Comitato Valutazione Sinistri, favorendo il raccordo tra analisi degli eventi, contenzioso e azioni di miglioramento.

Un ambito strategico della gestione del rischio sanitario è rappresentato dalla prevenzione del rischio infettivo. Le infezioni correlate all'assistenza costituiscono infatti un problema rilevante per le strutture sanitarie, sia per l'impatto sulla salute dei pazienti sia per le conseguenze organizzative ed economiche. Il PTV si è dotato di una struttura di governance dedicata, rappresentata dal Comitato di Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza e dal relativo gruppo operativo, in staff alla Direzione Sanitaria. Le attività 2025 hanno riguardato il monitoraggio, la prevenzione e il controllo delle infezioni della ferita chirurgica, la gestione della sepsi e le misure di

contrasto alla resistenza antimicrobica, attraverso programmi di antimicrobial stewardship, monitoraggio laboratoristico delle infezioni del sito chirurgico e sorveglianza delle batteriemie da microrganismi multiresistenti.

In tale ambito, il Policlinico utilizza la piattaforma digitale DARM, finalizzata a mettere in relazione microbiologia, farmacia, sistema di gestione e igiene ospedaliera, consentendo il monitoraggio dei parametri di Infection Prevention and Control, della colonizzazione da germi multiresistenti, del consumo di gel idroalcolico e degli antibiotici. L'aderenza degli operatori all'igiene delle mani mostra un andamento in miglioramento nel triennio, passando dal 55% nel 2023 al 60% nel 2024 e al 67% nel 2025. Anche il consumo di gel idroalcolico è aumentato, passando da 14,3 litri nel 2023 a 18,2 litri nel 2024, fino a 30,6 litri nel 2025. Tali risultati testimoniano l'efficacia progressiva delle azioni di sensibilizzazione, formazione e monitoraggio, pur evidenziando la permanenza di margini di miglioramento.

Nel 2025 sono state inoltre realizzate attività formative specifiche sul rischio infettivo, tra cui corsi sulla gestione del rischio infettivo in odontoiatria, sulle precauzioni di isolamento nei diversi contesti assistenziali e sulla gestione dei rifiuti sanitari. Sono stati diffusi contenuti informativi tramite loop video sul corretto uso degli antibiotici, sui vaccini e sull'igiene delle mani, nonché materiali informativi per la prevenzione di focolai di influenza aviaria. Il Piano Locale per l'Igiene delle Mani ha previsto 12 edizioni ECM e 3 edizioni dedicate a setting specialistici, raggiungendo 237 operatori; il monitoraggio ha registrato 6.123 opportunità osservate, con un'aderenza complessiva pari al 67%, e un consumo di circa 4.678 litri di prodotti idroalcolici, pari a 30,68 litri per 1.000 giornate di degenza.

Per il 2026 il PARS (Piano Annuale Rischio Sanitario) individua obiettivi orientati al rafforzamento della cultura della sicurezza, al miglioramento dell'appropriatezza assistenziale e organizzativa e alla promozione di una visione unitaria della sicurezza, riferita sia ai pazienti sia agli operatori. Le attività programmate comprendono la realizzazione di eventi formativi sul rischio clinico e medico-legale, sopralluoghi per il monitoraggio dell'aderenza alle procedure in blocco operatorio, terapia intensiva, reparti di degenza e Pronto Soccorso, nonché il controllo delle cartelle cliniche mediante check-list per la verifica dell'appropriatezza e dell'aderenza ai requisiti documentali. È inoltre previsto il proseguimento del lavoro congiunto per il contrasto alle aggressioni a danno degli operatori e la condivisione periodica delle criticità rilevate in sede di Comitato Valutazione Sinistri.

Sul versante del rischio infettivo, gli obiettivi 2026 confermano l'impegno su tre direttrici principali: diffusione della cultura della sicurezza con specifico riferimento alla prevenzione delle infezioni, mantenimento e miglioramento del Piano Locale di Igiene delle Mani, miglioramento dell'appropriatezza assistenziale e organizzativa nella prevenzione e contenimento delle ICA, incluse quelle da enterobatteri produttori di carbapenemasi. Sono previste, inoltre, attività dedicate alla prevenzione e controllo delle infezioni della ferita chirurgica, alla gestione della sepsi,

all'antimicrobial stewardship, al monitoraggio dell'uso degli antibiotici secondo la classificazione AWaRe e al programma di controllo della legionellosi.

Nel complesso, le attività svolte e programmate evidenziano un progressivo rafforzamento del sistema aziendale di governo del rischio sanitario. La disponibilità di strumenti di segnalazione, audit, formazione, sorveglianza epidemiologica, monitoraggio informatizzato e integrazione multiprofessionale consente al PTV di orientare le proprie azioni verso il miglioramento della sicurezza delle cure, dell'appropriatezza dei percorsi assistenziali e della tutela degli operatori, contribuendo in modo significativo alla performance organizzativa complessiva dell'Azienda.

Regolamento cartella clinica e certificazione scansione cartelle cliniche

Il progetto prevede l'avvio, presso il Policlinico Tor Vergata, di un percorso strutturato di dematerializzazione della documentazione sanitaria e di migrazione dei relativi servizi su infrastruttura cloud del Polo Strategico Nazionale, in coerenza con le strategie nazionali di digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e della sanità. L'intervento mira alla progressiva digitalizzazione delle cartelle cliniche e dei fascicoli del personale, attraverso processi certificati e l'evoluzione della piattaforma documentale già in uso, con l'obiettivo di garantire maggiore sicurezza, tracciabilità, interoperabilità e rapidità di accesso alle informazioni da parte degli operatori autorizzati. Tale iniziativa è finalizzata a migliorare l'efficienza dei processi documentali, ridurre costi e spazi legati agli archivi cartacei e assicurare una gestione moderna, sicura e resiliente del patrimonio informativo sanitario.

3.2.3 Azioni positive del Comitato Valutazione Sinistri (CVS)

Nell'ambito del PTV è costituito il Comitato Valutazione Sinistri, Organismo aziendale posto in diretto staff alla Direzione Aziendale, con funzioni istruttorie e, se del caso, di proposta alla definizione transattiva, deputato ad esaminare le richieste risarcitorie e definire le modalità di gestione delle stesse, nonché di valorizzazione dei sinistri rientranti nella franchigia/SIR, sulla base di apposito parere medico legale elaborato dal medico legale del PTV, ovvero di vagliare le proposte transattive condotte dalla Compagnia di assicurazione per i sinistri sopra franchigia/SIR.

In particolare il Comitato Valutazione Sinistri - composto dal Direttore degli Affari Generali che lo coordina, dal Medico legale aziendale, dal Risk Manager, da un membro della Direzione Sanitaria e della Direzione infermieristica, da un Legale del libero foro, da un rappresentante della Compagnia di Assicurazione - ha tra i suoi obiettivi:

- l'individuazione delle attività che generano contenziosi;
- l'individuazione delle aree di criticità;

- la definizione delle priorità di azione;
- la implementazione e verifica delle azioni correttive;
- l'affiancamento del Risk Manager per una implementazione delle attività di Clinical Risk management;
- l'interfaccia con la Compagnia di Assicurazioni per una migliore gestione congiunta dei sinistri denunciati;
- l'abbattimento del fondo rischi aziendale.

Nell'ambito del CVS va segnalata la particolare attenzione posta in merito all'avvio di una tempestiva e adeguata procedura di audit, nel rispetto degli attuali assetti normativi e giurisprudenziali, in merito alle richieste risarcitorie sottoposte al CVS medesimo, di particolare e rilevante rilievo sia sotto il profilo dell'entità del danno che sotto il profilo dell'evento, da effettuare a cura del Risk Manager, coadiuvato dai facilitatori del rischio.

La SIR prevista ad oggi in Polizza (pari ad € 180.000,00) che copre il rischio RCT/RCO, ha reso ancora più importante il ruolo del Comitato Valutazione Sinistri che si è arricchito di ulteriore potenzialità, divenendo il fulcro essenziale per poter “condurre in proprio” una gestione positiva ed oculata dei singoli sinistri. Si forniscono i dati relativi al numero dei sinistri notificati a PTV nel corso dell'anno 2025, i sinistri liquidati e i sinistri complessivamente oggetto di discussione in ambito di CVS:

- n. 48 nuove richieste risarcitorie, di cui:
 - n. 29 sinistri denunciati in quanto valutati al di sopra della SIR;
 - n. 19 sinistri non denunciati alla Compagnia poiché valutati al di sotto della SIR – gestione diretta del CVS;
- n. 12 sinistri liquidati nel 2025 riferiti a sinistri aperti negli anni precedenti.
- n. 65 sinistri oggetto di discussione in ambito del CVS

Il complesso delle attività poste in essere dal Comitato Valutazione Sinistri e dal competente settore dell'Amministrazione del PTV rientra nell'ambito del più generale processo di implementazione dei percorsi volti alla tutela della sicurezza delle cure e della gestione dei sinistri da malpractice, predicata peraltro dalla Legge 24/2017 (Gelli/Bianco) e dal successivo Decreto attuativo 232/2023.

Preme porre in evidenza i vantaggi ottenuti dall'operato del CVS, tra i quali va indicata, senza dubbio, la valutazione e il monitoraggio, anche predittivo, del “fondo rischi” aziendale.

In ambito CVS, infatti, si è data sempre maggiore attenzione alla fase di valorizzazione e quantificazione del presunto danno oggetto di richiesta risarcitoria da appostare su detto “Fondo Rischi”. Detta valorizzazione e conseguente quantificazione del fondo risulta in linea con quanto introdotto dalla recente regolamentazione introdotta dal DM 232/23, in attuazione della L. 24/17

(Legge Gelli), in tema di “misure analoghe”, anche in presenza di un “sistema assicurativo misto” per la costituzione del “fondo messa a riserva sinistri per competenza dei risarcimenti relativi a sinistri che comprende l'ammontare complessivo delle somme necessarie per far fronte alle richieste di risarcimento presentate nel corso dell'esercizio o nel corso di quelli precedenti, relative a sinistri denunciati e non ancora pagati e relative spese di liquidazione”.

Tra le opportunità, indotte da tale approccio integrato, va evidenziato il necessario collegamento tra la Gestione Sinistri e il Clinical Risk Management aziendale per migliorare/diminuire tutti i fattori di rischio ed operare una implementazione delle attività di prevenzione dei danni derivanti dai rischi assicurati.

3.2.4 Studi Clinici

Nel 2025 l'Ufficio Studi Clinici afferente alla UOC Affari generali della Direzione amministrativa ha curato la stipula di contratti profit e no profit, predisponendo gli atti autorizzativi per l'avvio degli studi clinici da parte del Direttore Generale, in esito alle attività propedeutiche del CET che ne ha espresso il parere favorevole.

È utile richiamare le attività amministrative correlate agli Studi clinici:

- fatturazione dei proventi maturati;
- aggiornamento contabile dei quadri economici;
- gestione dell'utilizzo dei proventi per
 - acquisto/noleggio di materiale e attrezzature, pubblicazioni scientifiche, rapporti libero professionali;
 - liquidazioni al PI e al personale coinvolto;
 - rimborsi spese per congressi;
- chiusura amministrativa degli studi.

Attività principali svolte nel corso dell'anno 2025:

- **n. 56** contratti stipulati con **promotori profit** (inclusi contratti di service);
- **n. 25** contratti con **promotori no profit**;
- totale **corrispettivi** per Studi profit avviati nell'anno 2025: **€ 3.151.589,62 + IVA**
- totale fatturazioni nell'anno 2025 per € 1.919.258,09;

Tabella A - FONDI IMPEGNATI PER UTILIZZI NEL 2025

FONDI IMPEGNATI PER UTILIZZI NEL 2025	
ATTIVAZIONE RAPPORTO LIB/PROF.	€ 615.330
LIQUIDAZIONE COMPENSI AL PERSONALE DIRETTO	€ 191.449
ACQUISTO O NOLEGGIO MATERIALE/ATTREZZATURE – PAG. PUBBLICAZIONI SCIENT.- SERVIZI	€ 254.370
RIMBORSO SPESE PER PARTECIPAZIONE A CONGRESSI	€ 6.898
Totale	€ 1.068.047

Tabella B

STUDI AVVIATI 2025	
Studi Profit	56
Studi no-Profit	25
Ricerche Finalizzate	0
TOTALE	81

Tabella C

TOTALE STUDI IN GESTIONE/APERTI
694
FATTURATO 2025
€ 1.919.258

3.2.5 Progetti di ricerca scientifica - PNRR

Il PTV, nel corso dell'anno 2025, ha gestito i complessivi 13 progetti di ricerca nell'ambito del PNRR - M6C2 Investimento 2.1: Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN di cui PTV stesso è stato destinatario di finanziamenti provenienti dall'Unione Europea "Next Generation EU" PNRR - Ministero della Salute relativamente a Progetti inerenti l'utilizzo di metodi di medicina molecolare combinati con intelligenza artificiale per definire nuovi biomarcatori e obiettivi terapeutici nell'aterosclerosi, nelle distrofie miotoniche, nella sindrome di Marfan, in malattie neurodegenerative e oncologiche.

Nello specifico, nell'anno 2022 il Policlinico Tor Vergata ha attivato n. 5 Progetti di ricerca in cui è Capofila e n. 1 Progetto di Ricerca in cui è UO secondaria finanziati nell'ambito del PNRR sulle seguenti tematiche:

1. Proof of concept (PoC)
2. Malattie Rare (MR)
3. Malattie Croniche non Trasmissibili (MCnT) ad alto impatto sui sistemi sanitari e socio-assistenziali:
 - 3.1 Fattori di rischio e prevenzione
 - 3.2 Eziopatogenesi e meccanismi di malattia

Nell'anno 2023 il Policlinico Tor Vergata ha attivato n. 5 Progetti di ricerca nel quale riveste il ruolo di Capofila e n. 2 progetti nel quale è UO secondaria nell'ambito delle seguenti tematiche:

1. Proof of concept (PoC)
2. Tumori Rari (TR)

3. Malattie Rare (MR)

4. Malattie Croniche non Trasmissibili (MCnT) ad alto impatto sui sistemi sanitari e socioassistenziali:

a. Innovazione in campo diagnostico

b. Innovazione in campo terapeutico

5. Malattie Croniche non Trasmissibili (MCnT) ad alto impatto sui sistemi sanitari e socioassistenziali:

a. Fattori di rischio e prevenzione

b. Eziopatogenesi e meccanismi di malattia

Si riportano di seguito i Progetti di ricerca Anno 2022 e Anno 2023 in dettaglio:

Titolo progetto	Anno	PTV Master UO secondaria	Finanziamento complessivo del Progetto
Development of an integrated tool based on genetic, epigenetic and clinical analysis to optimize the diagnosis, prognosis and treatment of myotonic dystrophies (GEPINDM)	2022	Master	€ 606.690
Integration of Human Carotid Atherosclerotic Plaques Transcriptomics and Metabolomics-based signature to identify new therapeutic targets and biomarkers for Cardiovascular Diseases	2022	Master	€ 1.000.000
Role of Peroxiredoxin-6 as New Insulin and GLP-1 secretagogue agent and Peroxiredoxins as Common Soil In Type 2 Diabetes, COPD and Asthma	2022	Master	€ 1.000.000
Innova Migraine: exploring the sleep-wake cycle, autonomic balance and neuroimmune system in migraine to unveil chronicization	2022	Master	€ 1.000.000
Identification of new biomolecular markers of disease progression for personalized clinical management of Marfan Syndrome and bicuspid aortopathy patients	2022	Master	€ 450.000
Targeting therapy-induced paracrine signaling pathways in prostate cancer to prevent disease progression and resistance	2023	Master	€ 1.000.000
Development of Innovative Personalized Idiopathic mRNA-Based Dendritic Cells and Lipid Nanoparticle Vaccines, for Indolent B-Cell Lymphomas and Chronic Lymphocytic Leukemias	2023	Master	€ 998.845
Tmao and oxidative stress biomarkers as innovative diagnostic tool in cardio-renal metabolic diseases: a pilot study	2023	Master	€ 992.000
Exploring the upper airways through an integrated multidisciplinary approach to tackle pathogenic trajectories and disclose novel targets in Parkinson disease.	2023	Master	€ 1.000.000
Hereditary Angioedema due to C1-inhibitor deficiency in women: a model to explore the neuro-hormonal interplay in the bradykinin-mediated inflammation of human pain, from puberty to pregnancy.	2023	Master	€ 1.000.000
Brain Synchronization to treatment early stage alzheimer disease-brainsync -ad	2022	UO secondaria	€ 820.000 / € 94.000
The identification of microbial prognostic markers in tuberous sclerosis complex-related autism spectrum	2023	UO secondaria	€ 840.065 / € 56.175
Identification of new predictive and therapeutic targets	2023	UO secondaria	€ 1.000.000 / € 260.000

3.2.6 Il Sistema di Gestione per la Qualità dell'AOU Policlinico Tor Vergata ("SGQ")

Il Sistema di Gestione per la Qualità della Azienda Universitaria integrata 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, nel 2023 e nel 2024 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 ad aprile 2028.

3.2.7 Le risorse umane

La Regione Lazio definisce le facoltà assunzionali delle Aziende Sanitarie attribuendo alle stesse un budget annuale complessivo da destinare al costo del personale, finalizzato sia all'acquisizione nei ruoli di nuove risorse a tempo indeterminato, che alla stabilizzazione del personale precario, nonché, altresì, al conferimento degli incarichi di Direzione delle strutture aziendali.

A tal riguardo, con riferimento all'esercizio 2025, il PTV ha orientato le proprie politiche di reclutamento partendo dalla redazione di un atto di programmazione (Piano dei Fabbisogni 2025) che, proprio in quanto atto di programmazione, indirizza l'attività di reclutamento in modo flessibile, alla luce delle mutevoli esigenze aziendali.

Il Piano dei Fabbisogni 2025 è stato oggetto di un articolato confronto con la Direzione Regionale, finalizzato a riallineare la programmazione dell'acquisizione di risorse umane, tra gli altri, a tali obiettivi: riconfigurazione dei posti letto per intensità di cura, piena messa a regime delle sale operatorie e attivazione di nuovi servizi sanitari coerenti con la rete ospedaliera regionale.

Dal confronto suddetto va segnalato che nel 2025 la Regione Lazio ha autorizzato un anticipo del Fabbisogno 2025, pari a *19 unità* che, a seguito di specifiche analisi funzionali e organizzative, connesse in particolar modo all'attivazione di servizi sanitari strategici e al potenziamento di quelli in essere, ha determinato il reclutamento dei seguenti professionisti:

- n. 15 unità di Infermieri,
- n. 1 unità di Dirigente Medico nella disciplina di Ginecologia,
- n. 1 unità di Dirigente Medico nella disciplina di Medicina Interna,
- n. 2 unità di Dirigente medico nella disciplina di Igiene Epidemiologia e Sanità Pubblica.

Sempre nell'anno 2025, unitamente alle procedure sopra richiamate, si è proceduto a:

- reclutare personale a tempo determinato dedicato alla gestione dell'evento straordinario del Giubileo, al fine di fronteggiare l'incremento dei flussi assistenziali e garantire la continuità dei servizi di emergenza-urgenza;
- con riferimento al concorso a valenza regionale per Operatori Socio-Sanitari, figura essenziale per il rispetto degli standard assistenziali nei reparti di degenza e nelle aree ad alta intensità di cura, si è proceduto:
 - perfezionare la procedura di reclutamento a livello regionale per l'assunzione di n° 485 OSS, adottando il provvedimento di approvazione finale della graduatoria per n° 7.136 unità idonee;
 - assegnare per il conseguente reclutamento n° 2.579 unità di personale alle Aziende del Sistema Sanitario della Regione Lazio;
 - contrattualizzare n° 126 OSS presso il PTV;
- Con particolare riferimento alle procedure concorsuali indette nel corso del 2025, si evidenzia il reclutamento di discipline strategiche per la rete ospedaliera regionale e per la presa in

carico del paziente complesso, tra cui la Gastroenterologia (concorso concluso a dicembre 2025), la Medicina d'Emergenza-Urgenza (la cui procedura si è perfezionata a gennaio 2026), la Cardiocirurgia (in corso di espletamento), in coerenza con i volumi di attività e la complessità assistenziale;

- reclutare circa il 90% delle unità residue del Piano dei Fabbisogni 2024, mediante procedure autonome e in aggregazione, con priorità alle strutture maggiormente coinvolte nei percorsi assistenziali di rete. Ad ogni buon fine, si riepilogano di seguito le unità autorizzate nel Piano del Fabbisogno 2024, la procedura di assunzione si è conclusa nel corso dell'esercizio 2025, calcolate in FTE:

PROFILO	UNITA'
DIRIGENTE MEDICO - ANESTESIA, RIANIMAZIONE, TERAPIA INTENSIVA E DEL DOLORE	8,58
DIRIGENTE MEDICO - CHIRURGIA TORACICA	0,84
DIRIGENTE MEDICO - GASTROENTEROLOGIA	0,74
DIRIGENTE MEDICO - GINECOLOGIA E OSTETRICIA	0,74
DIRIGENTE MEDICO - IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA	3,68
DIRIGENTE MEDICO - MALATTIE DELL'APPARATO CARDIOVASCOLARE	1,00
DIRIGENTE MEDICO - MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	1,74
DIRIGENTE MEDICO - MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	0,74
DIRIGENTE MEDICO - MEDICINA DEL LAVORO	0,74
DIRIGENTE MEDICO - MEDICINA D'EMERGENZA-URGENZA	4,74
DIRIGENTE MEDICO - MEDICINA INTERNA	3,58
DIRIGENTE MEDICO - NEFROLOGIA	1,00
DIRIGENTE MEDICO - NEUROLOGIA	0,74
DIRIGENTE MEDICO - ONCOLOGIA MEDICA	3,00
DIRIGENTE MEDICO - PATOLOGIA CLINICA E BIOCHIMICA CLINICA	1,84
DIRIGENTE MEDICO - PEDIATRIA	1,00
DIRIGENTE MEDICO - PSICHIATRIA	1,84
DIRIGENTE MEDICO - RADIODIAGNOSTICA	7,00
DIRIGENTE MEDICO - RADIOTERAPIA	2,00
DIRIGENTE MEDICO - MEDICINA TRASFUSIONALE	1,00
DIRIGENTE FISICO	0,84
DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	1,00
INFERMIERE	45,00
TECNICO SANITARIO DI LABORATORIO BIOMEDICO	1,00
TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA	2,00
OSS - (OPERATORE SOCIO SANITARIO)	126,00
ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	4,00
COADIUTORE AMMINISTRATIVO	2,00

L'Azienda contestualmente alla gestione delle procedure di reclutamento del personale, come sopra meglio dettagliate, ha avviato e perfezionato le procedure di stabilizzazione del personale precario in possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente. Di seguito la tabella riassuntiva dei professionisti immessi nei ruoli di PTV:

Area della Dirigenza

PROFILO	UNITA'
DIRIGENTE MEDICO - ANESTESIA, RIANIMAZIONE, TERAPIA INTENSIVA E DEL DOLORE	1
DIRIGENTE MEDICO - MEDICINA INTERNA	1
DIRIGENTE MEDICO - NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	1
DIRIGENTE MEDICO - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1
DIRIGENTE FARMACISTA	1
DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	1

Area del Comparto

PROFILO	UNITA'
INFERMIERE	13

Il piano dei Fabbisogni relativo all'anno 2025, ferme restando le n. 19 autorizzazioni quali anticipazioni a reclutamento a valere sul 2025 e al netto del fabbisogno 2024 non ancora concluso, è stato definito dalla Regione con nota prot. RL U.0333700/2026 del 27/03/2026, integrata successivamente con nota prot. RL U.0617264 del 16/06/2026. Con tali note la Regione ha autorizzato il reclutamento di n. 277 unità, destinato alle seguenti finalità:

- Fabbisogno per Ospedale di Comunità;
- Fabbisogno aumento PL ospedalieri;
- Fabbisogno Sale Operatorie;
- Potenziamento servizi ospedalieri.

Si rappresentano, di seguito, nel dettaglio, le unità di personale autorizzate:

TIPOLOGIA	PROFILO UNIVOCO	FABBISOGNO AUTORIZZATO
MEDICI	ANATOMIA PATOLOGICA	2
MEDICI	ANESTESIA, RIANIMAZIONE, TERAPIA INTENSIVA E DEL DOLORE	6
MEDICI	CHIRURGIA GENERALE	7
MEDICI	CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE	1
MEDICI	CHIRURGIA PLASTICA, RICOSTRUTTIVA ED ESTETICA	2
MEDICI	CHIRURGIA VASCOLARE	1
MEDICI	ENDOCRINOLOGIA E MALATTIE DEL METABOLISMO	2
MEDICI	GASTROENTEROLOGIA	4
MEDICI	MALATTIE DELL'APPARATO CARDIOVASCOLARE	3
MEDICI	MEDICINA INTERNA	9
MEDICI	MEDICINA LEGALE	1
MEDICI	MEDICINA TRASFUSIONALE	1
MEDICI	NEUROCHIRURGIA	1
MEDICI	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	1
MEDICI	ONCOLOGIA MEDICA	2
MEDICI	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	3
MEDICI	PSICHIATRIA	1
MEDICI	RADIODIAGNOSTICA	3
MEDICI	RADIOTERAPIA	1
MEDICI	UROLOGIA	2
FARMACISTI	DIRIGENTE FARMACISTA	1
DIR. SAN. NON MEDICI	DIRIGENTE PSICOLOGO	2
DIRIGENTI	DIRIGENTE INGEGNERE	1
DIRIGENTI	DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	3
DIR. SAN. NON MEDICI - PROF. SAN.	DIR. PROF. SANITARIE INFERMIERISTICHE	2
INFERMIERI	COLL.PROF.SAN. INFERMIERE	38
TECNICI SANITARI	TECNICO AUDIOMETRISTA	1
TECNICI SANITARI	COLL.PROF.SAN. TECNICO SANITARIO DI LABORATORIO BIOMEDICO	4
TECNICI SANITARI	COLL.PROF.SAN. TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA	10
RIABILITATORI	COLL.PROF.SAN. FISIOTERAPISTA	7
RIABILITATORI	COLL.PROF.SAN. ORTOTTISTA - ASSISTENTE DI OFTALMOLOGIA	1
TECNICI	ASSISTENTE SOCIALE	1
TECNICI	COLLABORATORE TECNICO PROFESSIONALE	1
TECNICI	OSS - (OPERATORE SOCIO SANITARIO)	140
PERS. AMMINISTRATIVO	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	2
PERS. AMMINISTRATIVO	COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROFESSIONALE	10
		277

Il reclutamento del personale nel primo quadrimestre del 2026, ha definito le seguenti procedure:

- indizione del concorso pubblico per il reclutamento di n. 4 dirigenti medici nella disciplina di *Anatomia Patologica*;
- indizione del concorso pubblico per il reclutamento di n. 3 dirigenti medici nella disciplina di *Geriatrica*;
- indizione avvisi pubblici per l'assunzione a tempo determinato (nelle more dell'espletamento di concorsi pubblici) di dirigenti medici nelle discipline di *Urologia* e *Neuropsichiatria Infantile*, nonché per il profilo di Dirigente Ingegnere Civile;
- indizione avviso di mobilità nazionale per l'assunzione di n. 1 collaboratore amministrativo;
- avvio del concorso per il reclutamento di n. 3 dirigenti medici nella disciplina di *Cardiochirurgia*;
- assunzione di n. 27 infermieri mediante scorrimento della graduatoria a valenza regionale della ASL Roma 2 e di ulteriori n. 12 OSS dalla graduatoria aziendale;
- assunzione di n. 10 Dirigenti medici in varie discipline, n. 1 Dirigente Farmacista e n. 2 Dirigenti delle Professioni Sanitarie Infermieristiche;
- indizione di n. 4 incarichi di Direzione di struttura complessa, di cui n. 2 conferiti e n. 2 in corso di espletamento.
-

Riqualficazione e valorizzazione delle professionalità interne

Nell'anno 2025, 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 universitario.

Per l'anno 2025, dando corso alle autorizzazioni regionali, sono state concluse n. 14 nuove strutturazioni relative al personale medico, in varie discipline.

Formazione.

Nel 2025, il PTV, proseguendo nell'impegno di investire efficacemente sulla formazione rispondendo alle vigenti disposizioni legislative e contrattuali per garantire la crescita professionale delle proprie risorse ed elevare gli standard di servizio migliorando la qualità dell'assistenza sanitaria

erogata, per snellire ed agevolare le attività, si è dotato di un gestionale dedicato che, terminata la fase di startup, favorirà la transizione digitale obiettivo fondamentale della Direzione Strategica.

L'attività formativa mira a consolidare e sviluppare le competenze trasversali connesse all'utilizzo in sicurezza di strumenti tecnologici e modalità innovative di lavoro improntate sulla delega decisionale, sulla collaborazione e sulla condivisione delle informazioni al fine di agevolare e ultimare il processo di transizione digitale, ecologica e amministrativa attraverso la promozione e il monitoraggio delle attività stesse e dei risultati conseguiti.

L'Amministrazione, unitamente all'osservanza della Direttiva del Ministero per la Pubblica Amministrazione "*Nuove indicazioni in materia di misurazione e di valutazione della performance individuale*" del 28/11/2023 attuata nell'anno 2024, ha applicato quanto previsto dalla Direttiva Zangrillo del 14/01/2025 in materia di valorizzazione delle persone e produzione di valore pubblico attraverso la formazione che ha introdotto l'obbligo di almeno 40 ore annue di formazione per tutti i dipendenti pubblici, assegnando, a tutto il personale del Comparto e di livello dirigenziale, obiettivi che prevedono attività formative finalizzate all'aggiornamento e/o al miglioramento delle conoscenze e delle competenze.

A tal proposito si specifica che, il raggiungimento degli obiettivi formativi è stato espressamente considerato nell'ambito del sistema di valutazione della performance, mediante l'attribuzione di uno specifico peso all'obiettivo relativo alla formazione. In particolare, per il personale del comparto tale obiettivo ha inciso sulla performance individuale con un peso variabile dal 5% al 10%, nell'ambito della quota complessiva del 20% riservata alla valutazione della performance individuale. Per il personale titolare di incarichi amministrativi, l'obiettivo formativo ha concorso alla valutazione con un peso variabile dall'11% al 26%. Pertanto gli esiti delle attività formative hanno contribuito in modo diretto alla determinazione della valutazione finale individuale.

Per il personale dirigente dell'area clinica è stata acquisita dai Direttori delle strutture competenti l'attestazione dell'effettivo svolgimento dell'attività formativa annuale prevista. Tale attestazione è avvenuta mediante la trasmissione della documentazione comprovante l'attività formativa svolta, ivi inclusa quella relativa ai crediti ECM conseguiti dai professionisti interessati, ai fini della verifica dell'assolvimento dell'obbligo formativo previsto.

Digitalizzazione delle procedure di gestione del personale

L'AOU PTV, al fine di efficientare la gestione del personale in tutte le sue componenti (trattamento giuridico ed economico del personale, procedure di reclutamento, procedura di gestione ed affidamento degli incarichi professionali e gestionali, procedura di gestione delle presenze/assenze, procedura di gestione degli istituti previdenziali, procedura di gestione della formazione e della performance), con deliberazione del Direttore Generale n. 28 del 28.03.2026, in adesione all'Accordo Quadro dei servizi applicativi e di servizi di supporto in ambito "Sanità Digitale

– Sistemi Informativi Gestionali” per le Pubbliche Amministrazioni del SSN, ha affidato il Servizio di avviamento e manutenzione della nuova piattaforma di Gestione delle Risorse Umane.

Dall'analisi dei processi esistenti, in termini di procedure operative e di flussi informativi, sono state individuate aree di miglioramento, dalla reingegnerizzazione dei processi HR, con revisione dei flussi autorizzativi e delle connesse responsabilità organizzative, sino alla digitalizzazione di gestione dei dati, integrati con gli adempimenti regionali e in coerenza con gli obiettivi strategici. Successivamente a tale fase di analisi e design, è prevista la completa e piena implementazione e configurazione degli ambienti “Payroll, Giuridico, Presenze/Assenze e Formazione/Valutazione” già a partire dal 1° ottobre 2026, come da Piano di Progetto.

Le intervenute modifiche dell'assetto organizzativo aziendale hanno, infatti, determinato l'esigenza di accelerare l'intervento finalizzato alla realizzazione di un ecosistema digitale integrato per la gestione del capitale umano, capace di ottimizzare i processi amministrativi, migliorare la qualità dei dati e supportare i processi decisionali della nuova Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Tor Vergata.

3.2.8 Prevenzione della corruzione e trasparenza – Risultati conseguiti nel 2025

Nel corso del 2025 la Fondazione PTV ha proseguito il percorso di rafforzamento del sistema di prevenzione della corruzione e di garanzia della trasparenza, in coerenza con gli obiettivi previsti dal PIAO 2025-2027 e dal Piano Nazionale Anticorruzione.

Particolare rilievo ha assunto l'attività di gestione e monitoraggio della sezione “Amministrazione Trasparente” del sito istituzionale. Attraverso il coinvolgimento delle strutture competenti, il coordinamento del RPCT e le verifiche effettuate dall'Organismo Indipendente di Valutazione, è stato assicurato il costante aggiornamento dei dati e dei documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria. Le attività di controllo hanno consentito di migliorare la completezza, la tempestività e la qualità delle informazioni pubblicate, garantendo una maggiore accessibilità e fruibilità dei contenuti da parte dei cittadini e degli stakeholder. Le verifiche periodiche hanno inoltre evidenziato un elevato livello di conformità agli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente e dalle indicazioni dell'ANAC, come da attestazione dell'OIV e dal monitoraggio effettuato a campione dal RPCT, ma hanno evidenziato anche la necessità di interventi di aggiornamento ed adeguamento per sopravvenute modifiche organizzative o normative.

I dati dimostrano l'efficacia del sistema di prevenzione adottato e la capacità dell'amministrazione di intervenire tempestivamente su eventuali criticità, garantendo il miglioramento continuo. Gli esiti del monitoraggio costituiscono sempre la base di partenza per la definizione della nuova strategia triennale di prevenzione 2026-2028, orientata a rafforzare ulteriormente la proporzionalità, l'efficienza e l'efficacia delle misure adottate e la revisione ed il miglioramento di alcuni processi organizzativi.

È stato inoltre consolidato il sistema di gestione del rischio corruttivo mediante l'aggiornamento della mappatura dei processi, il monitoraggio delle misure di prevenzione con il supporto costante della rete dei referenti aziendali, supportato dalla piattaforma digitale dedicata alla gestione del ciclo della prevenzione della corruzione.

A partire dal dato fornito nella Relazione del RPCT, pubblicata nell'apposita sezione di Amministrazione trasparente, non risultano procedimenti disciplinari avviati per eventi connessi a tipologie corruttive e riconducibili ai reati e complessivamente la relazione mostra un andamento sempre più consapevole della gestione della prevenzione.

Particolare attenzione è stata riservata alla diffusione della cultura della legalità e della trasparenza attraverso attività formative rivolte ai dirigenti, ai responsabili di struttura e al personale aziendale. In tale ambito sono state realizzate le Giornate della Trasparenza 2025, accreditate ECM, dedicate ai temi dell'anticorruzione, della trasparenza amministrativa, della protezione dei dati personali, dell'accesso civico, della gestione dei fondi PNRR e dell'utilizzo dell'intelligenza artificiale nella Pubblica Amministrazione ed al miglioramento della trasparenza percepita dall'utenza, contribuendo alla costruzione di un rapporto di fiducia tra cittadini e amministrazione.

Le attività programmate per l'anno risultano complessivamente attuate secondo il cronoprogramma previsto, contribuendo al rafforzamento dei presidi di legalità, trasparenza e buon andamento dell'azione amministrativa, nonché al miglioramento della capacità del Policlinico a garantire accessibilità delle informazioni e tutela del valore pubblico.

3.2.9 Benessere organizzativo - Pari opportunità - Bilancio di Genere.

L'azienda persegue nel 2025 l'obiettivo di valorizzare il benessere organizzativo attraverso l'attuazione degli obiettivi in materia di sicurezza previsti dal Decreto Legislativo 81/2008, con l'intento di migliorare i percorsi interni dedicati alla prevenzione della salute dei lavoratori.

Attraverso il Comitato Unico di Garanzia (CUG), l'azienda ha istituito un sistema basato su un piano di azioni positive che include anche il contrasto alle discriminazioni e a ogni forma di violenza sul lavoro. Le principali azioni intraprese riguardano:

- La presenza di una Consigliera di fiducia, a cui i lavoratori possono riferirsi per chiedere aiuto e ricevere informazioni in sicurezza senza essere ascoltati dai loro aggressori;
- L'organizzazione di corsi di formazione accreditati e con crediti formativi (ECM) su tematiche quali:
 - o La Responsabilità delle figure apicali sullo sviluppo del Capitale Umano
 - o La medicina di genere: le patologie femminili tra storia e scienza

La promozione delle pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e il contrasto a qualsiasi forma di discriminazione rappresentano obiettivi fondamentali per l'Azienda, che investe risorse e progettualità nella consapevolezza che un ambiente lavorativo rispettoso delle

diversità e della dignità di ogni individuo aumenta la motivazione, il senso di appartenenza al gruppo e alla missione aziendale, favorendo così la competitività e la soddisfazione degli utenti.

Con deliberazione del Direttore Generale n. 26 del 04.01.2024 è stato nominato il Presidente e aggiornata la composizione del CUG, organismo istituito ai sensi dell'art. 21 della legge 183/2010 con funzioni propositive, consultive e di verifica. Il CUG ha il compito di favorire l'ottimizzazione del lavoro pubblico e migliorare l'efficienza delle prestazioni, promuovendo un ambiente di lavoro improntato ai principi di pari opportunità, benessere organizzativo e contrasto a ogni forma di violenza.

Gli obiettivi e le attività del CUG, definiti dalla Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 4 marzo 2011, comprendono:

- Sviluppare proposte e verificare l'attuazione delle azioni positive per favorire l'uguaglianza sostanziale tra lavoratrici e lavoratori;
- Promuovere politiche di conciliazione tra vita privata e lavoro;
- Diffondere la cultura della parità, delle pari opportunità e del rispetto della dignità della persona, coinvolgendo tutti i livelli dell'organizzazione, con un ruolo guida per i dirigenti;
- Proporre analisi, studi e programmazioni di genere, nonché iniziative per l'applicazione delle direttive comunitarie e ministeriali;
- Promuovere la diffusione di conoscenze e soluzioni su tematiche di parità, prevenzione delle discriminazioni e violenze sessuali, morali e psicologiche;
- Formulare pareri su riorganizzazioni, piani di formazione e criteri di valutazione del personale;
- Verificare i risultati delle azioni positive, delle iniziative per il benessere organizzativo e le azioni di contrasto a discriminazioni e violenze sul lavoro.

Dal novembre 2022, la Consiglieria di fiducia supporta il CUG, proponendo l'adozione di un Codice di Condotta per la tutela della dignità dei lavoratori e la prevenzione di discriminazioni, molestie e mobbing, adottato ufficialmente nel 2023.

Nella prima seduta del 2025, il CUG ha elaborato il Piano delle Azioni Positive, integrato nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), ha programmato incontri bimestrali e ha incaricato i referenti dei gruppi di lavoro di formulare proposte operative da discutere nelle future riunioni plenarie.

3.2.10 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 – 2025 e la previsione per l'esercizio 2026.

CE NEW	CONTO ECONOMICO	Consuntivo 2022	Consuntivo 2023	Consuntivo 2024	Consuntivo 2025	BEP 2026
A1	Contributi F.S.R.	51.542.242	51.364.249	58.676.585,00	54.314.631,75	58.676.585,02
A2	Saldo Mobilità	202.731.166	222.553.490	238.416.455,00	255.766.082,55	251.445.678,92
A3	Entrate Proprie	12.105.016	15.113.578	18.558.921,00	18.832.956,86	12.745.167,61
A4	Saldo Intramoenia	937.678	191.310	204.524,00	101.041,96	790.229,45
A5	Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-5.845.551	-2.853.820	-2.312.120,00	-1.916.364,41	-4.552.312,60
A6	Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati	-265.731	-3.443.541	-1.987.774,00	1.514.572,07	5.995.430,00
A	Totale Ricavi Netti	261.204.820	282.925.266	311.556.591	328.612.921	325.100.778
B1	Personale	98.961.988	108.420.200	108.647.245,00	123.322.945,92	136.706.707,60
B2	Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	70.689.282	79.919.440	90.406.710,00	97.961.989,19	98.434.587,00
B3	Altri Beni E Servizi	125.352.396	120.538.179	132.977.050,00	149.011.034,74	136.658.757,30
B4	Ammortamenti E Costi Capitalizzati	438.497	473.572	371.269,00	371.268,77	371.269,00
B5	Accantonamenti	5.437.037	7.789.687	6.718.019,00	5.445.915,14	6.719.050,04
B6	Variazione Rimanenze	617.344	-5.990	-2.034.064,00	-3.849.696,02	
B	Totale Costi Interni	301.496.544	317.135.088	337.086.229	372.263.458	378.890.371
C1	Medicina Di Base					
C2	Farmaceutica Convenzionata					
C3	Prestazioni Da Privato	12.857.659	12.445.766	12.961.206	13.615.977	13.134.233
C	Totale Costi Esterni	12.857.659	12.445.766	12.961.206	13.615.977	13.134.233
D	Totale Costi Operativi (B+C)	314.354.203	329.580.854	350.047.435	385.879.434	392.024.604
E	Margine Operativo (A-D)	-53.149.383	-46.655.588	-38.490.844	-57.266.514	-66.923.826
F1	Svalutazione Immobilizzazioni, Crediti, Rivalutazioni E Svalutazioni Finanziarie	611.474	3.331.299			
F2	Saldo Gestione Finanziaria	41.811	17.012	38.220,00	25.756,09	29.590,19
F3	Oneri Fiscali	7.282.688	8.398.464	8.588.451,00	9.570.590,55	
F4	Saldo Gestione Straordinaria	-2.153.269	-7.319.847	1.555.742,00	-891.363	
F	Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie	5.782.704	4.426.928	10.182.413,00	8.704.983,37	10.720.787,55
G	Risultato Economico (E-F)	-58.932.087	-51.082.516	-48.673.257	-65.971.497	-77.644.613

La complessiva gestione del 2025 ha consuntivato i seguenti risultati rispetto alla Previsione di cui al Concordamento 2025:

CE NEW	CONTO ECONOMICO	Consuntivo 2025	Previsione 2025	Consuntivo 2025 - Previsione 2025
A1	Contributi F.S.R.	54.314.631,75	55.059.129	(744.497)
A2	Saldo Mobilità	255.766.082,55	254.474.410	1.291.673
A3	Entrate Proprie	18.832.956,86	17.265.575	1.567.382
A4	Saldo Intramoenia	101.041,96	191.310	(90.268)
A5	Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-1.916.364,41	(6.815.956)	4.899.592
A6	Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati	1.514.572,07	2.652.797	(1.138.225)
A	Totale Ricavi Netti	328.612.920,78	322.827.264	5.785.656
B1	Personale	123.322.945,92	122.160.232	1.162.713

CE NEW	CONTO ECONOMICO	Consuntivo 2025	Previsione 2025	Consuntivo 2025 - Previsione 2025
B2	Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	97.961.989,19	93.000.000	4.961.989
B3	Altri Beni E Servizi	149.011.034,74	145.386.981	3.624.054
B4	Ammortamenti E Costi Capitalizzati	371.268,77	473.571	(102.303)
B5	Accantonamenti	5.445.915,14	5.926.860	(480.945)
B6	Variazione Rimanenze	-3.849.696,02	-	(3.849.696)
B	Totale Costi Interni	372.263.457,74	366.947.645	5.315.813
C1	Medicina Di Base	0,00	-	-
C2	Farmaceutica Convenzionata	0,00	-	-
C3	Prestazioni Da Privato	13.615.976,73	12.646.668	969.309
C	Totale Costi Esterni	13.615.976,73	12.646.668	969.309
D	Totale Costi Operativi (B+C)	385.879.434,47	379.594.313	6.285.121
E	Margine Operativo (A-D)	-57.266.513,69	(56.767.049)	(499.465)
F1	Svalutazione Immobilizzazioni, Crediti, Rivalutazioni E Svalutazioni Finanziarie	0,00	-	-
F2	Saldo Gestione Finanziaria	25.756,09	17.021	8.735
F3	Oneri Fiscali	9.570.590,55	9.213.176	357.414
F4	Saldo Gestione Straordinaria	-891.363,27	-	(891.363)
F	Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie	8.704.983,37	9.230.197	(525.214)
G	Risultato Economico (E-F)	-65.971.497,06	(65.997.246)	25.749

Il risultato di gestione per l'esercizio 2025 è pari a € -65.971.497,06. Detto risultato ancorché in aumento rispetto alle perdite registrate negli esercizi precedenti, risulta essere coerente con il risultato programmato in sede di previsione.

In particolare per l'esercizio 2025 si registra una importante riduzione della contribuzione in conto esercizio di circa 6.6 milioni di Euro (-10 % rispetto al 2024), si registra invece un incremento dei ricavi per prestazioni sanitarie del 7% per oltre 16 milioni di Euro, conseguito attraverso un importante incremento delle attività sanitarie come meglio dettagliato nelle precedenti sezioni della relazione.

L'incremento delle attività sanitarie ha determinato un incremento nell'acquisto di beni sanitari +9% rispetto all'esercizio 2024, un incremento dei servizi sanitari del 6% e un incremento dei servizi non sanitari del 11%.

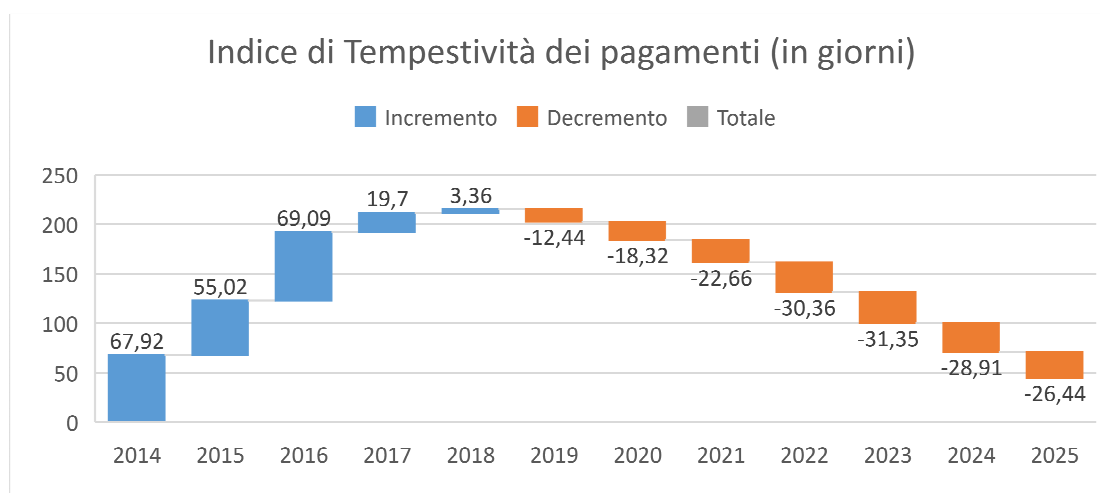
Si segnala inoltre un incremento dell'15% del costo del personale, dove sono contabilizzati tra l'altro gli oneri del personale reclutato per le attività riferite al Giubileo 2025. Questo personale è stato reclutato in funzione della disponibilità di un finanziamento finalizzato assegnato dalla Regione pari a € 5.477.875,68, pienamente utilizzato, ma non iscritto a bilancio nella voce ricavi e trattenuto dalla Regione in GSA.

Le cause della perdita di esercizio sono da ritrovarsi essenzialmente nella tariffazione delle prestazioni, in particolare il rimborso delle tariffe dei DRG risulta non essere sempre remunerativo dei costi sostenuti e in linea con i costi attuali di dispositivi e delle metodologie chirurgiche (basti pensare alla robotica), personale e servizi.

A titolo esemplificativo si rappresenta che per l'esercizio 2025 si è registrato un incremento dei dimessi dal Dipartimento di Scienze Chirurgiche del 14 % e un corrispondente incremento dei ricavi del 19%, sempre con riferimento al Dipartimento di Scienze Chirurgiche si indica un incremento del peso medio (complessità dei casi trattati) che passa da 1,98 a 2,02. A detto incremento corrisponde un incremento inferiore dei costi, in particolare come rinvenibile nella relazione sulla gestione si rileva un incremento del costo dei Dispositivi Medici di uso specialistico e di quelli comuni del 12% rispetto all'esercizio precedente. Analogamente la maggiore produzione registrata determina maggiori costi relativamente ai servizi ed in particolare per i costi della mensa degenti, del lavanolo direttamente correlati alla maggiore produzione e dei servizi di pulizia e trasporti interni ed esterni incrementati proprio per il maggiore turn over delle attività di ricovero. I maggiori costi registrati nei servizi sono la condizione minimale per garantire l'ottimizzazione e l'efficienza recettiva del sistema ospedaliero nel suo complesso.

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 2025, confrontato con quello degli ultimi 2 esercizi.

	2025	2024	2023
Indice di tempestività dei pagamenti (in giorni)	-26,44	-28,91	-31,35



Con riferimento all'esercizio 2025 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 2025 registra un valore di – -27,64 giorni. Tale misura indica la correntezza dei pagamenti ordinari che vengono effettuati in media 28 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
2019	9.049,60	-262.438,40	-29,00
2020	40.700,00	12.064.900,00	296,43
2021	6.000,00	114.400,00	19,07
2022	6.199,00	-27.567,00	-4,45
2023	440,39	-11.010,29	-25,00
2024	21.160.431,36	-311.705.722,09	-14,73
2025	218.177.880,21	-6.029.408.772,45	-27,64
Totale complessivo	239.400.700,56	-6.329.236.210,23	-26,44

* Si specifica che l'indicatore di tempestività dei pagamenti è pubblicato sul sito del PTV nella sezione http://ptvweb/amm_trsp_ind-tmps.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
2019	9.049,60	0,00%
2020	40.700,00	0,02%
2021	6.000,00	0,00%
2022	6.199,00	0,00%
2023	440,39	0,00%
2024	21.160.431,36	8,84%
2025	218.177.880,21	91,14%
Totale complessivo	239.400.700,56	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 2025 per anno di emissione fattura							Importo dei pagamenti effettuati oltre i termini previsti dal d.p.c.m. 22/09/2014
Ante 2020	2021	2022	2023	2024	Totale pagamenti 2025	Totale complessivo	
49.749,60	6.000,00	6.199,00	440,39	21.160.431,36	218.177.880,21	218.240.269,20	14.259.097,66
0,02%	0,00%	0,00%	0,00%	9,70%	99,97%		6,53%

4. MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

4.1 *Ciclo della performance*

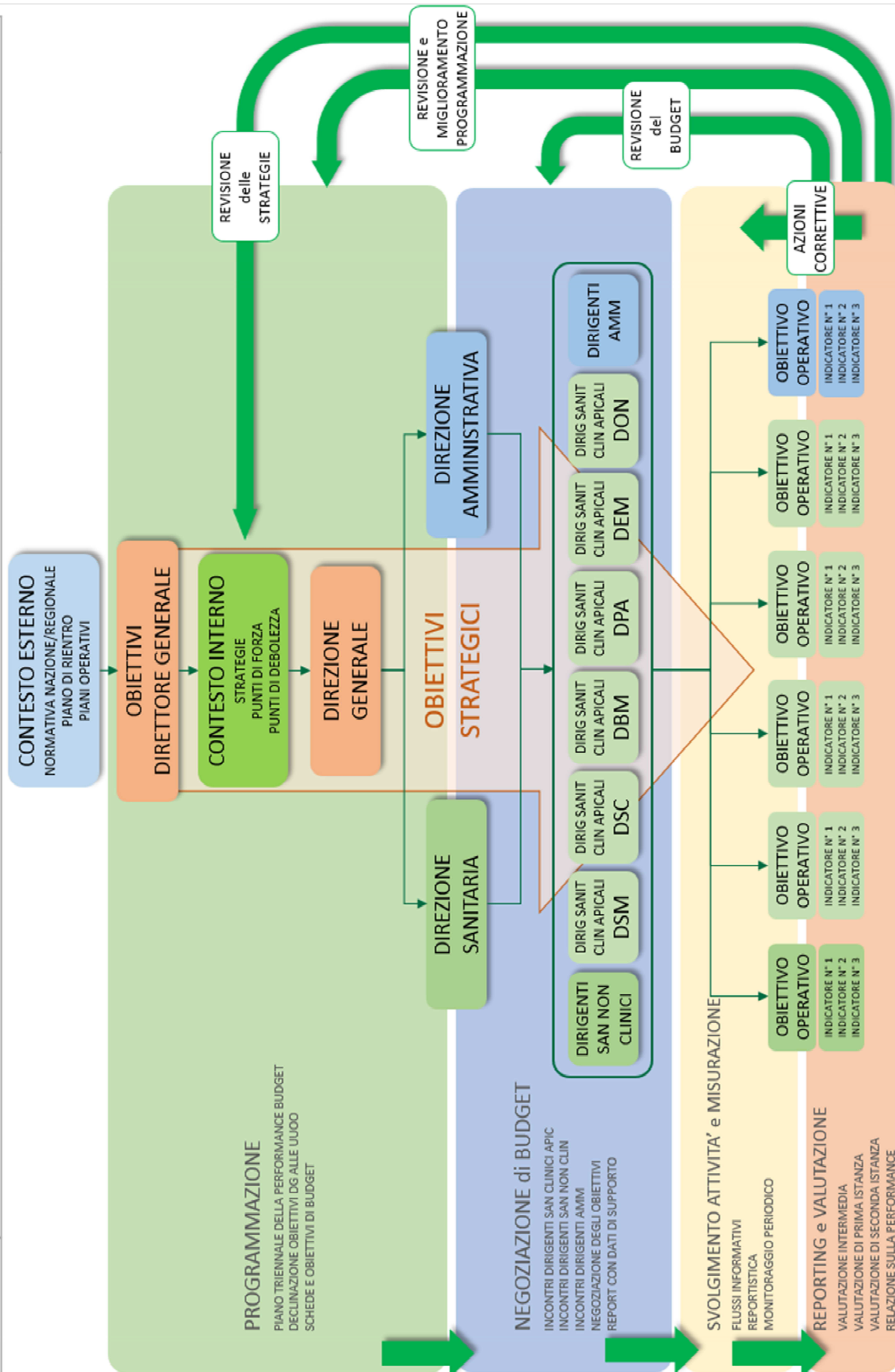
Il PTV, in considerazione dei soggetti istituzionali con cui si relaziona (UTV e Regione, quali enti di indirizzo strategico), degli attuali vincoli di bilancio in termini di risorse, della propria *mission*, del contesto esterno e interno in cui opera e delle relative criticità/opportunità, della complessa 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 2023 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
- Obiettivo economico-finanziario



Il processo di valutazione della performance relativo all'anno 2025 è stato condotto nel rispetto dei principi di trasparenza, imparzialità, oggettività e partecipazione, in coerenza con quanto previsto dal Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance aziendale.

Valutazione della dirigenza apicale

La definizione degli obiettivi della dirigenza apicale è avvenuta attraverso un processo di confronto e condivisione con la Direzione Generale, finalizzato alla contrattazione degli obiettivi annuali in coerenza con gli indirizzi strategici aziendali e con gli obiettivi assegnati alle strutture di competenza.

La valutazione finale è stata articolata su due livelli. In una prima fase, i risultati conseguiti sono stati esaminati dal Direttore Sanitario o dal Direttore Amministrativo, in relazione all'area di afferenza del dirigente valutato. Successivamente, il Direttore Generale ha effettuato e validato la valutazione finale, tenendo conto delle risultanze istruttorie e del grado di conseguimento degli obiettivi assegnati.

La misurazione della performance dei dirigenti apicali è stata determinata sulla base del raggiungimento degli obiettivi assegnati.

Valutazione della dirigenza non apicale

Gli obiettivi della dirigenza non apicale sono stati definiti in coerenza con quelli assegnati al dirigente apicale di riferimento e alle strutture organizzative di appartenenza.

La valutazione finale è stata determinata attribuendo:

- l'80% del punteggio al grado di raggiungimento degli obiettivi della struttura e del dirigente apicale di riferimento;
- il restante 20% alla valutazione dei comportamenti organizzativi e professionali, rilevati attraverso l'apposita scheda comportamentale prevista dal Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance.

La rendicontazione dei risultati è stata effettuata dai responsabili delle strutture di riferimento, che hanno attestato il livello di conseguimento degli obiettivi assegnati e fornito gli elementi necessari alla valutazione finale.

Valutazione del personale del comparto

Per il personale del comparto, il processo di valutazione si è articolato nelle seguenti fasi:

- **Assegnazione degli obiettivi**

Gli obiettivi individuali e di gruppo sono stati assegnati dal responsabile della struttura di appartenenza, in coerenza con gli obiettivi organizzativi attribuiti all'unità operativa e con le attività istituzionali svolte.

- **Monitoraggio intermedio**

Nel corso dell'anno è stato effettuato un monitoraggio intermedio, indicativamente al termine del primo semestre, finalizzato alla verifica dello stato di avanzamento degli obiettivi e all'individuazione di eventuali criticità o azioni correttive.

- **Rendicontazione dei risultati**

Al termine dell'esercizio, il responsabile della struttura di afferenza ha provveduto alla rendicontazione dei risultati conseguiti e alla compilazione delle schede di valutazione, tenendo conto del contributo fornito da ciascun dipendente al raggiungimento degli obiettivi assegnati, nonché dei comportamenti organizzativi e professionali osservati durante il periodo di riferimento.

Le valutazioni così formulate hanno costituito la base per la determinazione dei livelli di performance e per la successiva attribuzione della premialità prevista dalla normativa vigente e dalla contrattazione integrativa aziendale.

Di seguito vengono riportati i riquadri sinottici dei risultati raggiunti nel corso dell'anno 2025:

UNITA' di AREA SANIT. CLINICA - ORGANIZZATIVA	
TIPO OBIETTIVO	% RAGGIUNGIMENTO
OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	88,3%
QUALITA' e APPROPRIATEZZA	98,2%
EFFICIENZA	88,7%
PROCESSI	84,6%
TOTALE	90,0%

UNITA' di AREA SANIT. CLINICA			
FASCE DI PUNTEGGIO PERFORMANCE O.	UU.OO.	Inc %	Inc % cum
96% - 100%	14	19,4%	19,4%
90% - 95%	34	47,2%	66,7%
70% - 89%	24	33,3%	100,0%
40% - 69%	-	-	-
0% - 39%	-	-	-
<i>Non valutato</i>	-	-	-
TOTALE	72	-	-

UNITA' di AREA AMM. e SANIT. NON CLINICA			
FASCE DI PUNTEGGIO	UU.OO.	Inc %	Inc % cum
90% - 100%	16	89,9%	89,9%
90% - 95%	1	5,6%	94,4%
70% - 89%	1	5,6%	100,0%
40% - 69%	-	-	-
0% - 39%	-	-	-
<i>Non valutato</i>	-	-	-
TOTALE	18	-	-

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%	2	100,0%	100,0%
70% - 89%	-	-	-
40% - 69%	-	-	-
0% - 39%	-	-	-
<i>Non valutato</i>	-	-	-
TOTALE	2	-	-

PERSONALE COMPARTO AZIENDA OSPEDALIERA			
FASCE DI PUNTEGGIO	N° DIP.	Inc %	Inc % cum
90% - 100%	813	97,1%	97,1%
70% - 89%	6	0,7%	97,8%
40% - 69%	-	-	-
0% - 39%	1	0,1%	98,0%
<i>Non valutato</i>	17	2,2%	100,0%
TOTALE	837	-	-

PERSONALE COMPARTO FONDAZIONE			
FASCE DI PUNTEGGIO	N° DIP.	Inc %	Inc % cum
90% - 100%	854	95,5%	95,5%
70% - 89%	4	0,4%	96,0%
40% - 69%	-	-	-
0% - 39%	-	-	-
<i>Non valutato</i>	36	4,0%	100,0%
TOTALE	894	-	-

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

Nelle tabelle seguenti il dettaglio delle UU.OO. cliniche a cui sono state assegnati obiettivi nell'anno 2025 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 della presente relazione 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'	RESP UNITA'	TIPO OBIETTIVO	% RAGGIUNGIMENTO	% RISULTATO PESATO
DIPARTIMENTO DEL BENESSERE DELLA SALUTE MENTALE E NEUROLOGICA, DENTALE E DEGLI ORGANI SENSORIALI	Programma Diagnosi e trattamenti in Odontoiatria dell'età evolutiva (0-14 anni)	Prof.ssa Docimo	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO EFFICIENZA	100% STERILIZZATO	100%
	U.O.C. Neurochirurgia	Prof. Salvati	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	50%	89%
			QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%	
			EFFICIENZA	87%	
	U.O.C. Neurologia	Prof. Mercuri	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100%	89%
			QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%	
			EFFICIENZA	86%	
	U.O.C. Psichiatria e Psicologia Clinica	Prof.ssa Niolu	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100%	90%
			QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%	
			EFFICIENZA	83%	
	U.O.S.D. Attività ambulatoriale- DH-PAC E PDTA	Prof. Mercuri	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	50%	85%
			QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%	
			EFFICIENZA	100%	
	U.O.S.D. Demenze	Prof. Martorana	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100%	90%
			QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%	
			EFFICIENZA	81%	
	U.O.S.D. Neuropsichiatria Infantile	Prof. Mazzone	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100%	100%
			QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%	
			EFFICIENZA	100%	
	U.O.S.D. Oculistica / Programma Trattamento del Glaucoma	Prof. Nucci	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100%	93%
			QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%	
			EFFICIENZA	90%	
	U.O.S.D. Odontoiatria con percorsi protetti - Centro diagnosi, igiene e prevenzione orale	Prof. Bollero	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	90%	89%
			EFFICIENZA	90%	
	U.O.S.D. Otorinolaringoiatria	Prof. Di Girolamo	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100%	91%
			QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%	
			EFFICIENZA	87%	
U.O.S.D. Parkinson	Prof. Stefani	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100%	94%	
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%		
		EFFICIENZA	90%		
U.O.S.D. PS odontoiatrico e trattamento pazienti vulnerabili sociali	Prof. Campanella	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100%	100%	
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%		
		EFFICIENZA	STERILIZZATO		
U.O.S.D. Sclerosi Multipla	Prof.ssa Marfia	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	50%	90%	
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%		
		EFFICIENZA	100%		
U.O.S.D. Stroke Unit	Prof.ssa Diomedi	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	50%	90%	
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%		
		EFFICIENZA	93%		
Unit Patologie retiniche	Prof. Ricci	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100%	94%	
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%		
		EFFICIENZA	81%		
TOTALE DIPARTIMENTO					92%

DIPARTIMENTO	UNITA'	RESP UNITA'	TIPO OBIETTIVO	% RAGGIUNGIMENTO	% RISULTATO PESATO
DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE	U.O.C. Anestesia e Rianimazione	Prof. Dauri	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%	100%
	U.O.C. Malattie dell'apparato Respiratorio	Prof.ssa Rogliani	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	93%	92%
			QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%	
			EFFICIENZA	87%	
	U.O.C. Ortopedia e Traumatologia	Prof.ssa Gasbarra	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	64%	89%
			QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%	
			EFFICIENZA	95%	
	U.O.C. Pronto Soccorso	Dott.ssa Paganelli	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	90%	86%
			EFFICIENZA	80%	
			PROCESSI	80%	
	U.O.S.D. Chirurgia d'Urgenza	Prof. Grande	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100%	85%
			QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%	
			EFFICIENZA	87%	
			PROCESSI	48%	
	U.O.S.D. Chirurgia Maxillo Facciale	n.a.	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	83%	90%
			QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%	
			EFFICIENZA	92%	
U.O.S.D. OBI e Medicina d'urgenza	Prof. Legramante	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100%	83%	
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%		
		EFFICIENZA	65%		
		PROCESSI	100%		
U.O.S.D. Percorsi interni	Dott.ssa Alivernini	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	83%	85%	
		EFFICIENZA	STERILIZZATO		
		PROCESSI	100%		
U.O.S.D. Radiologia PS	Prof. Garaci	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%	100%	
		EFFICIENZA	100%		
U.O.S.D. Terapia Intensiva - Coordinamento aziendale per la donazione di organi e tessuti	Prof.ssa Leonardis	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	97%	89%	
		EFFICIENZA	85%		
TOTALE DIPARTIMENTO					90%

DIPARTIMENTO	UNITA'	RESP UNITA'	TIPO OBIETTIVO	% RAGGIUNGIMENTO	% RISULTATO PESATO
DIPARTIMENTO DEI PROCESSI ASSISTENZIALI INTEGRATI	Programma Fisiatria	Prof. Foti	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100%	94%
			QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%	
			EFFICIENZA	96%	
	Programma Cardiologia Preventiva e Medicina dello Sport	Prof. Iellamo	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	70%	87%
			QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%	
			EFFICIENZA	STERILIZZATO	
	U.O.C. Diagnostica per Immagini / U.O.S.D. Radiologia interventistica	Prof. Garaci	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100%	95%
			QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%	
			EFFICIENZA	93%	
	U.O.C. Malattie Infettive	Prof.ssa Sarmati	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100%	88%
			QUALITA' e APPROPRIATEZZA	97%	
			EFFICIENZA	82%	
	U.O.C. Medicina di Laboratorio - Unit Microbiologia - Unit Parassitologia - Unit Virologia - Unit Analisi biochimiche	Prof. Bernardini	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	85%	97%
			QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%	
			PROCESSI	100%	
	U.O.S.D. Anatomia Patologica ad indirizzo Citopatologico	Prof. Mauriello	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100%	92%
			QUALITA' e APPROPRIATEZZA	87%	
			EFFICIENZA	100%	
	U.O.S.D. Anatomia Patologica ad indirizzo Istopatologico	Prof. Orlandi	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	90%	90%
			QUALITA' e APPROPRIATEZZA	87%	
			EFFICIENZA	100%	
U.O.S.D. Counseling psichiatrico e psicologico di supporto al benessere organizzativo e alle attività cliniche	Prof. Di Lorenzo	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100%	88%	
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%		
		EFFICIENZA	75%		
U.O.S.D. Medicina Trasfusionale	Prof. Buccisano	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100%	100%	
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%		
		EFFICIENZA	100%		
U.O.S.D. Neuroradiologia	Prof. Garaci	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100%	95%	
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%		
		EFFICIENZA	95%		
U.O.S.D. Terapia Antalgica	Prof. Dauri	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	70%	90%	
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%		
		EFFICIENZA	95%		
TOTALE DIPARTIMENTO					92%

DIPARTIMENTO	UNITA'	RESP UNITA'	TIPO OBIETTIVO	% RAGGIUNGIMENTO	% RISULTATO PESATO
DIPARTIMENTO SCIENZE CHIRURGICHE	U.O.C. Cardiocirurgia	Prof. D'Onofrio	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100%	94%
			QUALITA' e APPROPRIATEZZA	97%	
			EFFICIENZA	93%	
	Programma Chirurgia Plastica e Ricostruttiva	Prof. Cervelli	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100%	91%
			QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%	
			EFFICIENZA	85%	
	U.O.C. Chirurgia Epatobiliare e Trapianti	Prof. Tisone	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	98%	91%
			QUALITA' e APPROPRIATEZZA	97%	
			EFFICIENZA	88%	
	U.O.C. Chirurgia Toracica	Prof. Ambrogi	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100%	92%
			QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%	
			EFFICIENZA	85%	
	U.O.C. Chirurgia Vascolare	Prof. Martelli	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	65%	90%
			QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%	
			EFFICIENZA	89%	
	U.O.C. Ginecologia	Prof. Sesti	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100%	89%
			QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%	
			EFFICIENZA	81%	
	U.O.C. Ortopedia	Prof. Farsetti	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100%	94%
			QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%	
			EFFICIENZA	95%	
	U.O.S.D. Breast Unit	Prof. Buonomo	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	60%	87%
			QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%	
			EFFICIENZA	91%	
U.O.S.D. Cardio Toraco Anestesia	Dott.ssa Aiello	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	50%	87%	
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%		
		EFFICIENZA	90%		
U.O.S.D. Chirurgia Mininvasiva e dell'apparato digerente	Prof. Sica	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	67%	92%	
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%		
		EFFICIENZA	97%		
U.O.S.D. Terapia intensiva post-operatoria	Prof. Dauri	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%	99%	
		EFFICIENZA	97%		
U.O.S.D. Urologia	Prof. Finazzi Agrò	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100%	88%	
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%		
		EFFICIENZA	80%		
U.O.S.D. Urologia robotica e mininvasiva	Prof. Bove	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100%	88%	
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%		
		EFFICIENZA	84%		
TOTALE DIPARTIMENTO					91%

DIPARTIMENTO	UNITA'	RESP UNITA'	TIPO OBIETTIVO	% RAGGIUNGIMENTO	% RISULTATO PESATO
DIPARTIMENTO SCIENZE MEDICHE	U.O.C. Attività ambulatoriale - DH-PAC-PDTA Medici	Prof. Federici	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100%	94%
			QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%	
			EFFICIENZA	90%	
	Programma Elettrofisiologia ed Elettrostimolazione	Prof. Natale	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	STERILIZZATO	100%
			QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%	
			EFFICIENZA	STERILIZZATO	
	U.O.C. Cardiologia	Prof. Montelone	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	70%	90%
			QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%	
			EFFICIENZA	90%	
	U.O.C. Endocrinologia e Diabetologia	Prof. Lauro	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100%	90%
			QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%	
			EFFICIENZA	84%	
	U.O.C. Epatologia e Nutrizione clinica	Prof. Della Morte Canosci	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	83%	91%
			QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%	
			EFFICIENZA	92%	
	U.O.C. Gastroenterologia	Prof. Monteleone	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	87%	91%
			QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%	
			EFFICIENZA	90%	
	U.O.C. Medicina Interna - Centro Medico dell'Obesità	Prof. Sbraccia	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	80%	89%
			QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%	
			EFFICIENZA	90%	
	U.O.C. Medicina Interna - Centro per l'Iipertensione	Prof. Tesaro	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100%	89%
			QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%	
			EFFICIENZA	80%	
	U.O.C. Reumatologia	Prof. Bergamini	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	93%	88%
			QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%	
EFFICIENZA			78%		
U.O.S.D. Dermatologia	Prof. Bianchi	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	STERILIZZATO	88%	
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%		
		EFFICIENZA	79%		
U.O.S.D. Immunopatologia e Allergologia Pediatrica	Prof.ssa Moschese	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	90%	93%	
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%		
		EFFICIENZA	90%		
U.O.S.D. Nefrologia e Dialisi	Prof.ssa Mitterhofer	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100%	91%	
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%		
		EFFICIENZA	85%		
UNIT Medicina delle fragilità sociali	Prof.ssa Ercoli	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100%	100%	
		EFFICIENZA	STERILIZZATO		
Unità Geriatria	Prof. Della Morte Canosci	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100%	90%	
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%		
		EFFICIENZA	80%		
TOTALE DIPARTIMENTO					92%

DIPARTIMENTO	UNITA'	RESP UNITA'	TIPO OBIETTIVO	% RAGGIUNGIMENTO	% RISULTATO PESATO
DIPARTIMENTO DI ONCOEMATOLOGIA	U.O.C. Laboratorio di Genetica Medica	Prof. Novelli	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100%	100%
			QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%	
			EFFICIENZA	100%	
	U.O.C. Medicina Nucleare	Prof. Garaci	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	90%	93%
			QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%	
			EFFICIENZA	100%	
	U.O.C. Patologie Linfoproliferative	Prof. Postorino	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	42%	88%
			QUALITA' e APPROPRIATEZZA	97%	
			EFFICIENZA	96%	
	U.O.C. Radioterapia	Prof. D'Angelillo	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	90%	96%
			QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%	
			EFFICIENZA	STERILIZZATO	
	U.O.C. Trapianto cellule staminali	Prof. Venditti	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100%	94%
			QUALITA' e APPROPRIATEZZA	97%	
			EFFICIENZA	92%	
	U.O.S.D. Diagnostica Avanzata Oncoematologica	Prof.ssa Voso	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100%	100%
			QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%	
			EFFICIENZA	100%	
U.O.S.D. Oncologia	Prof. Roselli	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	93%	89%	
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%		
		EFFICIENZA	81%		
U.O.S.D. Patologie Mieloproliferative	Prof. Venditti	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	90%	92%	
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	97%		
		EFFICIENZA	82%		
TOTALE DIPARTIMENTO					94%
DIREZIONE AMMINISTRATIVA	U.O.S.D. Medicina del Lavoro	Prof. Magrini	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100%	100%
			QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100%	
			EFFICIENZA	100%	
TOTALE DIPARTIMENTO					100%
TOTALE COMPLESSIVO					91,0%

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	Incremento della produzione nelle attività ambulatoriali	90,9%	88,3%
	Incremento della produzione nelle attività di ricovero	80,4%	
	Mantenimento della produzione nelle attività di ricovero	91,1%	
	Mantenimento della produzione nelle attività ambulatoriali	93,6%	
	Riduzione n° esami richiesti ad enti esterni	85,0%	
QUALITA' e APPROPRIATEZZA	Accessi con esito ricovero/trasferimento e tempo di permanenza >24 ore	88,0%	98,2%
	Appropriatezza Triage	97,0%	
	Migliorare la qualità delle cure	100,0%	
	Qualità servizio PS	95,0%	
	Riduzione campioni non pervenuti, mancanti o insufficienti	100,0%	
	Riduzione ricoveri in DH medico con finalità diagnostica	100,0%	
	Riduzione tempi di risposta	100,0%	
	Tempestività trattamento	100,0%	
	Riduzione tempo medio di attesa in PS (tempo intercorso tra il triage e il ricovero in reparto di degenza)	80,0%	
	Riduzione ricoveri	90,0%	
	Adeguatezza tempo risposta TAT (tempo di refertazione) esami complessi	80,0%	
	Adeguatezza tempo risposta TAT (tempo di refertazione) esami non complessi	80,0%	
	Riduzione tempi di attesa su percorsi post PS	70,4%	
	Ottemperare alle linee guida nazionali e internazionali relative alla preparazione di radiofarmaci in medicina nucleare per assicurare il miglioramento della qualità per garantire efficacia ed efficienza nell'erogazione delle prestazioni	100,0%	
	Mantenimento e/o attivazione delle Scuole di specializzazione	100,0%	
	Formare e promuovere l'implementazione dell'igiene mani	100,0%	
	Implementare l'igiene mani	100,0%	
	Promuovere la raccolta delle segnalazioni ICA	90,0%	
	Abbattimento costi chirurgia robotica	n.v.	
EFFICIENZA	Aumento del numero di pazienti di PS con esito "a domicilio"	80,0%	88,7%
	Corretta rendicontazione attività Convenzione PTV/UTV per sorveglianza sanitaria e promozione salute	100,0%	
	Incremento accertamenti morte cerebrale	94,1%	
	Incremento delle donazioni dei tessuti	65,0%	
	Incremento delle donazioni di organi e tessuti	100,0%	
	Miglioramento performance	100,0%	
	Migliorare la qualità delle cure	100,0%	
	Ottimizzazione delle attività di identificazione dei potenziali donatori d'organo	93,8%	
	Ottimizzazione livello degenza media	90,9%	
	Razionalizzazione spesa farmaci (nel rispetto delle note AIFA e regionali)	81,3%	
	Tempestività refertazione	94,0%	
	Tempo di refertazioni per prelievi biotici estemporanei max 30 minuti dall'invio della richiesta	100,0%	
	Tempestività chiusura cartelle cliniche	89,0%	
	Ottimizzazione dei percorsi	53,3%	
	Aggiornamento del Personale	50,0%	
	Riduzione degenza media	96,1%	
	Riduzione sovraffollamento PS	81,7%	
	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, al di fuori della periodicità ordinaria	100,0%	
	Corretta rendicontazione attività Convenzione Ministero/UTV per sorveglianza sanitaria e promozione salute	100,0%	
	Aumento numero sacche sangue	100,0%	
	Mantenimento/Incremento livello prestazioni SSN erogate	80,0%	
	Valutazione conformità ausili prescritti protesi e tutori	100,0%	
	Consegna referti Relazioni fisiatriche per disabilità	100,0%	
	Esiti	92,4%	
	Rispetto dei tempi massimi di attesa per le prestazioni ambulatoriali in Classe di priorità B	86,3%	
	Erogazione consulenze presso l'Ospedale di comunità	100,0%	
PROCESSI	Rispetto delle procedure in accettazione	100,0%	84,6%
	Ottimizzazione dei percorsi	90,0%	
	Migliorare l'efficienza organizzativa attraverso la riduzione della degenza media preoperatoria	47,6%	

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	89,0%
Direttore U.O.C. Affari Generali	100,0%
Direttore U.O.C. Direzione infermieristica	100,0%
Direttore U.O.C. Direzione medica	100,0%
Direttore U.O.C. Farmacia	99,5%
Direttore U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane	97,7%
Direttore U.O.C. Progettazione, sviluppo e gestione del patrimonio	94,7%
Direttore U.O.C. Risorse economiche e finanziarie	100,0%
Direttore U.O.S.D. Accoglienza, Tutela e partecipazione	100,0%
Direttore U.O.S.D. ALPI	100,0%
Direttore U.O.S.D. Direzione tecnica	100,0%
Direttore U.O.S.D. Governo dell'appropriatezza flussi informativi e cartelle cliniche	100,0%
Direttore U.O.S.D. Medicina Legale	100,0%
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	99,4%
Direttore Unit Governo tecnologie biomediche	100,0%
Direttore U.O.S.D. Qualità	100,0%
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
EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Rispetto tempistica Sistema di misurazione e valutazione della performance e dei risultati del personale di comparto afferente e del personale dirigente	100%
	Adempimenti previsti dalla normativa sulla Anticorruzione e Trasparenza secondo le tempistiche ivi previste	100%
	Controllo giacenze di magazzino nei reparti	100%
	Corretta gestione contratti di manutenzione	100%
	Definizione conclusiva dei capitolati/documentazione tecnica relativamente ai servizi e/o forniture di competenza dell'Area Elettromedicali	100%
	Miglioramento dei percorsi interni	100%
	Monitoraggio andamento tempi liquidazione stock di debito	100%
	Monitoraggio e verifica versamenti di competenza aziendale tramite POS da parte dei professionisti	100%
	Predisposizione atti di programmazione	100%
	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%
	Risoluzione problematiche Hardware e software in aree critiche (Blocchi operatori, PS, CUP) entro 1 giorno lavorativo	100%
	Rispetto dei tempi di liquidazione delle fatture	90%
	Progetti PNRR di cui alla Delibera Regionale n° 75 del 25/02/2022	100%
	Monitoraggio dello stato di attuazione degli interventi del PNRR e PNC - M6 C2 1.3.1	100%
	Predisposizione Regolamenti / Procedure aziendali	100%
	Cronoprogramma sulla nuova organizzazione dei flussi lavorativi e relativi spazi.	100%
	Garantire idonea formazione per interscambiabilità tra personale	100%
	Monitoraggio della formazione dell'area tecnica.	100%
	Coordinare e garantire la corretta realizzazione delle attività relative al rinnovo RSU 2025 e alla rilevazione delle deleghe sindacali, assicurando il rispetto delle indicazioni ARAN e delle tempistiche previste	100%

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	% RISULTATO RAGGIUNTO
	Assicurare la direzione e il monitoraggio delle attività di contrattazione integrativa degli accordi aziendali relativamente al personale di Dirigenziale e al personale di Comparto garantendo il rispetto delle normative e delle scadenze previste	100%
	Flusso informativo dispositivi medici	100%
	Flusso informativo consumi farmaci (File F e File R)	100%
	Rispetto adempimenti in ambito Privacy	100%
	Recupero Crediti pregressi liberi professionisti in collaborazione con UOC Affari Generali e UOC Risorse economiche e finanziarie	100%
	Aggiornamento del PEIMAF.	100%
	Gestione segnalazioni e customer satisfaction	100%
	Gestione social e sito istituzionale	100%
	Iniziative inerenti donazione sangue, solidarietà, eventi istituzionali in collaborazione con la UOSD Medicina Trasfusionale e Associazioni	100%
	Collaborazione con la Medicina Legale per l'individuazione di linee preventive dei rischi clinici partendo dall'analisi dei risarcimenti richiesti.	100%
	Sistema gestione Qualità	100%
	Adozione di misure stringenti (per il tramite dei DEC di riferimento e in coordinamento con il Dirigente incaricato del coordinamento tecnico della gestione dei contratti) di controllo dei contratti di lavanolo, pulizie, ausiliari/oss	100%
	Sviluppo percorso interno per pazienti vulnerabili	100%
	Monitoraggio dotazione organica	100%
	Predisposizione documentazione contenente la programmazione biennale degli acquisti per beni e servizi entro il termine previsto dalla Regione Lazio e relativo caricamento sul portale S.tel.la	100%
	Regolamentare le acquisizioni in regime di infungibilità e privativa industriale	100%
	Gare centralizzate regionali	100%
	Ricetta dematerializzata	100%
	Adempimento degli obblighi informativi nei confronti della Regione	100%
	Adempimenti degli obblighi informativi nei confronti del Ministero della Salute	100%
EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO DEI PERCORSI CHIRURGICI E DI EMERGENZA	Monitoraggio Piano nazionale delle liste di attesa	100%
	Monitoraggio P.RE.VALE.	100%
	Condivisione dati di performance del percorso chirurgico	100%
	Implementazione SW applicativo percorso chirurgico	100%
PATRIMONIO EDILIZIO E TECNOLOGICO	PNRR Missione 6 C2 1.1.2 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi Apparecchiature)	100%
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%
	Adeguate formazione del personale sulla vigente normativa in materia di Privacy e sugli obblighi da essa derivanti per garantire il rispetto del principio di accountability	100%
	Aderenza al piano di sicurezza informatica attraverso interfaccia con AGID e Regione	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%
	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%
	Rispetto tempistiche manutenzione e sviluppo cartella clinica, cartella ambulatoriale, blocco operatorio e sistema di interoperabilità	100%
	Promozione e partecipazione ai percorsi formativi destinati al dirigente e al personale assegnato alla struttura volti a sviluppare sia le competenze trasversali e tecnico specialistiche con impegno complessivo di almeno 40 ore annue	100%
	PAC	100%
	PIAO	100%
	Rispetto tempistica sistema di misurazione e valutazione delle performance e dei risultati del personale di comparto afferente.	100%
	PNRR - Corso Infezioni correlate all'assistenza (ICA)	100%
SICUREZZA DELLE CURE E DEI LAVORATORI E GESTIONE SINISTRI	Collaborazione con il Risk manager per l'individuazione di linee preventive dei rischi clinici partendo dall'analisi dei risarcimenti richiesti.	100%
	Elaborazione del conclusivo parere medico legale sulle richieste risarcitorie da malpractice entro 60 giorni decorrenti dalla conclusione della fase istruttoria, come da Regolamento del CVS approvato con DDG 287/2016: a) per i sinistri in SIR, all'esito della visita medico legale del danneggiato; b) per i sinistri denunciati alla Compagnia, dalla disamina della documentazione clinica	100%
APPROPRIATEZZA E MONITORAGGIO CONSUMI (FARMACI E DISPOSITIVI)	Invio dati per CE mensile entro il 5 del mese successivo a quello oggetto di analisi	92%
PATRIMONIO EDILIZIO E TECNOLOGICO E GESTIONE	Cyber security	100%

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	% RISULTATO RAGGIUNTO
DELLA SICUREZZA INFORMATICA		
APPROPRIATEZZA E MONITORAGGIO CONSUMI	Monitoraggio magazzino reagenti su modulab.	100%
	Monitoraggio magazzino reagenti su areas.	100%
APPROPRIATEZZA E MONITORAGGIO CONSUMI FARMACI E DISPOSITIVI	Invio dati per CE mensile entro il 5 del mese successivo a quello oggetto di analisi	100%
	Monitoraggio consumi farmaci	100%
TOTALE COMPLESSIVO		99%

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 2025 come per il 2024, 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 2025 sono stati assegnati ai dirigenti medici dell'area clinica (non apicali, UOS, professional), obiettivi individuali/comportamentali.

Si segnala che, come per l'anno 2024, anche per l'anno 2025 è stato assegnato ai Dirigenti non clinici amministrativi e sanitari interessati l'obiettivo di pubblicazione e aggiornamento delle

informazioni, dei dati e degli atti secondo le prescrizioni del D.LGS. N. 33 del 14/03/2013 relative agli obblighi di Trasparenza.

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.

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.

L'anno 2025 ha rappresentato, per quanto riguarda la raccolta e l'analisi dei questionari di soddisfazione, una reale criticità. Nonostante siano state attivate diverse modalità di diffusione e raccolta dei questionari di soddisfazione — attraverso QR code, moduli cartacei, piattaforme online, comunicazioni sul sito istituzionale e materiale informativo collocato nelle sale di attesa e nelle aree di degenza — il numero di questionari compilati non ha raggiunto una soglia statisticamente significativa. Pertanto, si è proceduto esclusivamente a una verifica qualitativa, senza contabilizzazione formale, dei "like" e delle interazioni presenti nei post dei social istituzionali, utilizzati come ulteriore strumento di monitoraggio del gradimento e della percezione dei servizi erogati. Dall'analisi effettuata è emerso comunque un andamento complessivamente positivo della comunicazione e delle attività promosse dall'Azienda. La limitata partecipazione degli utenti non ha pertanto consentito di ottenere dati rappresentativi, affidabili e confrontabili, tali da permettere un'analisi quantitativa corretta degli indicatori di gradimento e della qualità percepita dei servizi erogati. Per tale motivo, al fine di evitare interpretazioni non attendibili o distorsioni nella lettura dei risultati, non è stato possibile predisporre un report strutturato di Customer Satisfaction per l'anno

2025. Nel 2026 sarà attiva un'APP che speriamo ci aiuterà ad ampliare la partecipazione dei cittadini. Si allega la relazione pubblicata del 2025: <https://www.ptvonline.it/index.php/menu-at/tutela-accoglienza-e-partecipazione-urp>

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

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

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

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

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

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

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

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 nel febbraio 2022 che si avvale della possibilità di inviare online il questionario di valutazione. Abbiamo avviato la progettazione nel 2025 dell'avvio di un APP dedicata alla acquisizione di questionari/focus su alcuni servizi e soddisfazione degli ospiti.

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, Youtube (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.

Coinvolgimento degli stakeholder interni e benessere organizzativo

Nell'ambito delle politiche di coinvolgimento degli stakeholder interni, il Policlinico dedica particolare attenzione alla tutela del benessere organizzativo e della salute psicofisica del personale, riconoscendo il valore strategico delle risorse umane per il raggiungimento degli obiettivi aziendali e per la qualità dell'assistenza erogata.

Particolare rilevanza assume il coinvolgimento degli stakeholder interni, costituiti dal personale sanitario, tecnico, amministrativo e dai responsabili delle strutture organizzative del Policlinico. Tali soggetti rappresentano una componente essenziale del sistema di governance aziendale, in quanto contribuiscono direttamente al raggiungimento degli obiettivi strategici, alla qualità delle prestazioni erogate e al miglioramento continuo dei processi organizzativi.

La comunicazione interna svolge un ruolo determinante nel rafforzare il senso di appartenenza e la partecipazione del personale. Attraverso la piattaforma intranet aziendale, le comunicazioni istituzionali via posta elettronica, le bacheche informative e gli incontri dedicati, il Policlinico garantisce la diffusione delle informazioni relative agli obiettivi strategici, ai risultati raggiunti, ai progetti in corso e alle iniziative organizzative.

In tale contesto, un ruolo significativo è svolto dal Comitato Unico di Garanzia (CUG), organismo deputato alla promozione delle pari opportunità, del benessere lavorativo e alla prevenzione di ogni forma di discriminazione, violenza o disagio negli ambienti di lavoro.

Tra gli strumenti adottati per monitorare il clima organizzativo e individuare eventuali criticità, rientrano le **periodiche rilevazioni sul rischio da stress lavoro-correlato** attraverso questionari rivolti al personale, finalizzati a raccogliere informazioni sulle condizioni di lavoro, sul livello di benessere percepito e sui principali fattori di disagio organizzativo. I risultati di tali indagini costituiscono un importante supporto per la programmazione di interventi mirati al miglioramento dell'ambiente lavorativo e alla prevenzione dei rischi psicosociali.

A supporto del personale è inoltre attivo, da tempo, uno **sportello di ascolto e supporto psicologico**, accessibile a tutti i dipendenti, che rappresenta uno strumento di sostegno per affrontare situazioni di stress, difficoltà relazionali o particolari condizioni di disagio connesse all'attività lavorativa. Tale servizio si inserisce in una più ampia strategia aziendale di promozione della salute organizzativa e di attenzione al benessere delle persone.

Il Policlinico promuove inoltre iniziative formative, informative e di sensibilizzazione volte a migliorare il clima lavorativo, rafforzare le competenze relazionali e organizzative, favorire la conciliazione tra vita professionale e vita privata e prevenire fenomeni di burnout. Queste attività vogliono contribuire a consolidare il coinvolgimento degli stakeholder interni, incrementando la

partecipazione attiva del personale ai processi di miglioramento organizzativo e favorendo una maggiore qualità dei servizi erogati ai cittadini.

7. LE CRITICITA' E LE OPPORTUNITA'

Criticità rilevate e azioni intraprese – Anno 2025.

Nel corso dell'anno 2025 sono state rilevate alcune criticità connesse principalmente all'adozione e all'aggiornamento dei regolamenti aziendali, necessari per adeguarsi alla normativa vigente. Tali difficoltà derivavano dalla fase transitoria che l'Azienda stava attraversando in vista del passaggio a un'Azienda unica, secondo quanto previsto dall'art. 44-bis del Decreto-Legge n. 19 del 2 marzo 2024.

Il sistema di misurazione della performance attualmente in vigore rappresenta un riferimento essenziale per la valutazione interna. Tuttavia, l'OIV evidenziava la necessità di un aggiornamento complessivo dello stesso, da attuarsi in parallelo al completamento del processo di istituzione della nuova Azienda, il quale avrebbe comportato una profonda riorganizzazione sia sotto il profilo strutturale sia gestionale.

Azioni di miglioramento previste per l'anno 2026.

Per l'anno 2026 le principali azioni di miglioramento sono orientate all'avvio dei processi di elaborazione di tutti i regolamenti aziendali in conformità al nuovo assetto giuridico della neo costituita Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Tor Vergata e al nuovo assetto organizzativo. In tale contesto, a seguito dell'acquisto del nuovo applicativo informatizzato per la gestione del sistema della performance, il 2026 rappresenterà l'anno di implementazione e progressiva attuazione della piattaforma. Il nuovo strumento permetterà di supportare in modo integrato tutte le fasi del ciclo della performance, dalla programmazione al monitoraggio fino alla rendicontazione degli obiettivi, garantendo maggiore efficacia, efficienza e trasparenza nei processi di misurazione e valutazione delle performance organizzative e individuali. Inoltre, l'adozione del sistema consentirà di migliorare la qualità e l'affidabilità dei dati, nonché la tempestività delle informazioni a supporto dei processi decisionali.

Roma li, 24 giugno 2026

Il Prof. Ferdinando Romano

Direttore generale della AUO Policlinico Tor Vergata
Direttore generale della Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata

