



# RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 2024



FONDAZIONE PTV POLICLINICO

## Elenco delle modifiche

<b>Versione</b>	<b>Data</b>	<b>Paragrafi modificati</b>	<b>Note</b>
2025	12/06/2025	TUTTI	

	<b>Funzione</b>	<b>Data</b>
<b>Redazione</b>	UOC Controllo direzionale UOC Gestione e sviluppo risorse umane	12/06/2025
<b>Verifica</b>	Direttore Sanitario	17/06/2025
<b>Verifica</b>	Direttore Amministrativo	17/06/2025
<b>Verifica</b>	Commissario Straordinario Vicario	18/06/2025
<b>Approvazione</b>	Consiglio di Amministrazione	19/06/2025
<b>Validazione</b>	Organismo Indipendente di Valutazione	01/07/2025

## Sommario

<b>1.</b>	<b>CONTENUTI DELLA RELAZIONE ANNUALE SULLA PERFORMANCE.....</b>	<b>4</b>
<b>2.</b>	<b>PRINCIPALI RISULTATI RAGGIUNTI .....</b>	<b>5</b>
2.1	Produzione .....	5
2.1.1	Attività di ricovero e attività ambulatoriali .....	5
2.1.2	Attività di Pronto Soccorso .....	9
2.2	Esiti clinici.....	13
<b>3.</b>	<b>ANALISI DEL CONTESTO E DELLE RISORSE.....</b>	<b>14</b>
3.1	Analisi del contesto esterno .....	14
3.1.1	Ospedale ad alta specializzazione .....	15
3.1.2	Contesto territoriale .....	15
3.1.3	Il contesto epidemiologico: problema dell'invecchiamento della popolazione .....	16
3.1.4	Il contesto organizzativo: posizionamento del PTV nella programmazione regionale della rete ospedaliera, della rete dell'emergenza e delle reti tempo-dipendenti .....	16
3.1.5	Il contesto della rete integrata: l'integrazione "ospedale-territorio" .....	18
3.2	Analisi del contesto interno .....	20
3.2.1	L'innovazione tecnologica e la digitalizzazione .....	20
3.2.2	Il Risk Management.....	20
3.2.3	Studi Clinici .....	21
3.2.4	Il Sistema di Gestione per la Qualità della Fondazione Policlinico Tor Vergata ("SGQ").....	23
3.2.5	Le risorse umane .....	24
3.2.6	Bilancio di Genere.....	27
3.2.7	Quadro delle risorse strumentali e finanziarie .....	29
<b>4.</b>	<b>MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE.....</b>	<b>33</b>
4.1	Ciclo della performance.....	33
<b>5.</b>	<b>IL PROCESSO DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE .....</b>	<b>45</b>
<b>6.</b>	<b>VALUTAZIONE DEGLI STAKEHOLDER.....</b>	<b>47</b>
<b>7.</b>	<b>LE CRITICITA' E LE OPPORTUNITA' .....</b>	<b>49</b>

# 1. CONTENUTI DELLA RELAZIONE ANNUALE SULLA PERFORMANCE

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

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

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

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

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

## 2. PRINCIPALI RISULTATI RAGGIUNTI

Con riferimento al risultato d'esercizio 2024 si conferma il trend di miglioramento dei risultati gestionali avviato già dall'esercizio 2023, primo esercizio post pandemia che segnala una inversione di tendenza rispetto ai risultati d'esercizio conseguiti negli esercizi precedenti.

In particolare per l'esercizio 2024 si registra un incremento complessivo della Contribuzione in conto esercizio di 10,7 milioni di Euro di cui 6 milioni di Euro oggetto di accantonamento (le quote più rilevanti sono relative alle progettualità per i progetti di ricerca scientifica PNRR).

Si registra 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 successive sezioni della relazione.

L'incremento delle attività sanitarie ha determinato un incremento nell'acquisto di beni sanitari +13% rispetto all'esercizio 2023, un incremento dei servizi sanitari del 7% ed un incremento dei servizi non sanitari del 4%.

Nei paragrafi successivi si rappresenta un'analisi dettagliata dei risultati raggiunti anche mediante un confronto tra i valori economici dei bilanci (consuntivo 2023, CE IV trim 2024 e Bilancio di previsione 2025).

### 2.1 Produzione

#### 2.1.1 Attività di ricovero e attività ambulatoriali

Al PTV sono stati riconosciuti n. **671 posti letto** complessivi tra ordinari e day hospital, come da Determinazione della Giunta Regionale del 7 dicembre 2023, n. 896, relativa all'approvazione ed adozione del Documento Tecnico denominato: "Programmazione della rete ospedaliera 2024-2026 in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015". Come risultante da modello NSIS HSP12 al 31.12.2024 sono attivi 563 posti letto, di cui 508 ordinari e 55 diurni.

Nell'anno 2024 sono stati effettuati 26.838 ricoveri di cui 17.654 in regime ordinario e 9.234 in regime diurno (DH e DS) con un incremento relativo all' 8% per numero dimessi e al 7% per totale ricavi.

TABELLA RICOVERI ORDINARI				
DIPARTIMENTO	N° DIMESSI		RICAVI	
	2023	2024	2023	2024
DIPARTIMENTO DEL BENESSERE DELLA SALUTE MENTALE E NEUROLOGICA, DENTALE E DEGLI ORGANI SENSORIALI	2.583	2.731	€ 13.587.673	€ 14.169.572
DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE	2.469	2.665	€ 13.678.006	€ 14.848.561
DIPARTIMENTO DI ONCOEMATOLOGIA	989	977	€ 9.192.955	€ 8.321.735

TABELLA RICOVERI ORDINARI				
DIPARTIMENTO	N° DIMESSI		RICAVI	
	2023	2024	2023	2024
DIPARTIMENTO DEI PROCESSI ASSISTENZIALI INTEGRATI	576	484	€ 3.076.224	€ 2.386.286
DIPARTIMENTO DELLE SCIENZE CHIRURGICHE	4.406	4.749	€ 28.610.351	€ 32.923.420
DIPARTIMENTO DELLE SCIENZE MEDICHE	5.347	5.998	€ 29.704.425	€ 31.972.521
<b>TOTALE</b>	<b>16.370</b>	<b>17.604</b>	<b>€ 97.849.633</b>	<b>€ 104.622.094</b>

TABELLA DAY HOSPITAL		
DESCRIZIONE	2023	2024
N° RICOVERI	8.656	9.234
RICAVI	€ 8.651.004	€ 9.110.489

Anche relativamente alle attività ambulatoriali, nel 2024 si è mantenuto il trend di crescita rispetto al 2023, con un aumento delle prestazioni di circa il 7% e dei relativi ricavi di circa il 9%.

TABELLA ATTIVITA' AMBULATORIALI		
ANNO	N° PRESTAZIONI	RICAVI
2021	1.434.977	€ 35.034.647
2022	1.873.688	€ 43.190.286
2023	2.210.593	€ 49.054.282
2024	2.400.136	€ 52.337.161

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

Nell'anno 2024 sono state prodotte 155.293 giornate di degenza, valore superiore agli anni precedenti, inferiore rispetto all'anno 2019 (ultimo anno pre-covid), ma con un aumento considerevole del n° dei dimessi rispetto all'anno 2019.

Inoltre la complessità dei casi trattati, misurabile attraverso il Peso dei DRG prodotti, risulta ormai stabilmente in linea al periodo pre-covid.

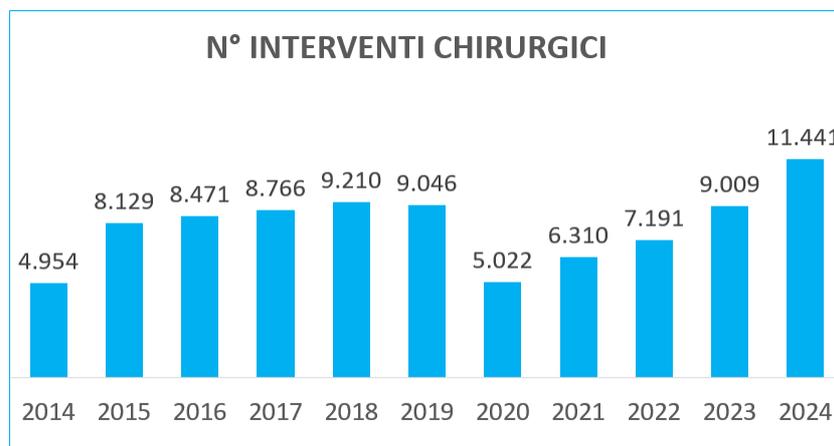
Come evidente dal grafico relativo al numero degli interventi chirurgici, da evidenziare che nel 2024 al PTV sono stati effettuati 11.441 interventi chirurgici, circa 2.432 in più rispetto al 2023 e di fatto con un aumento di circa il 27% rispetto al 2023 e del 26% rispetto al 2019.



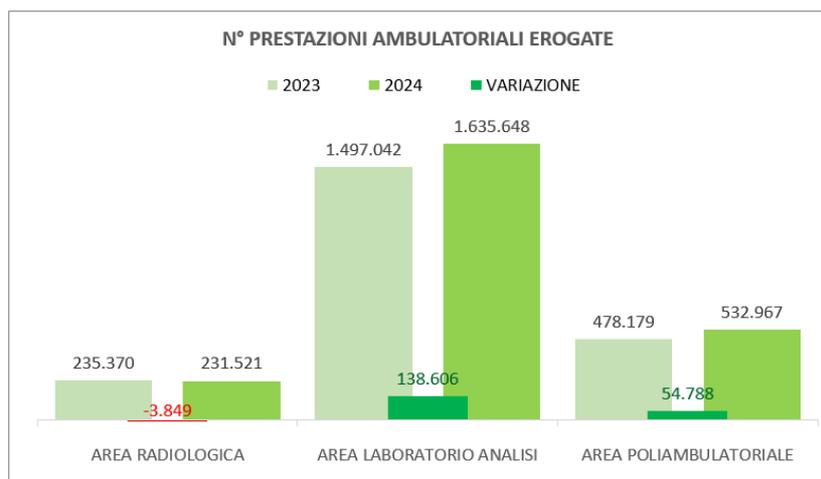
FONTE DATI: CONTROLLO DIREZIONALE



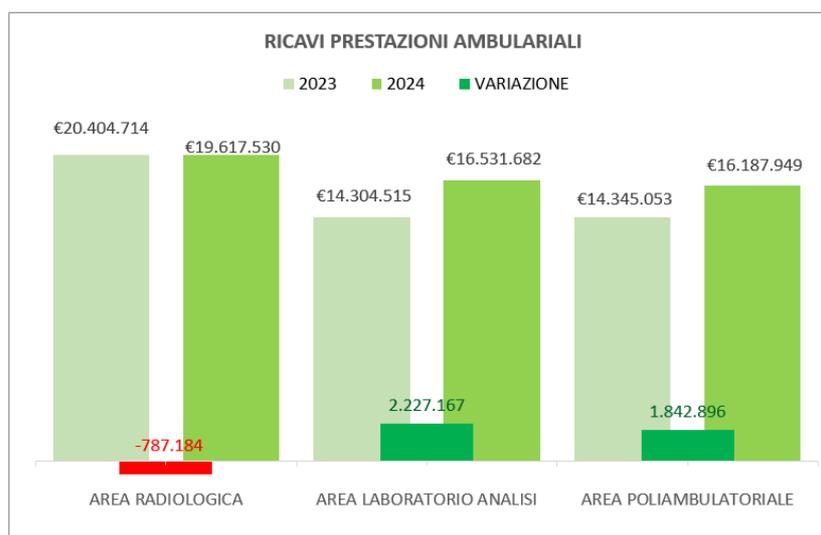
FONTE DATI: CONTROLLO DIREZIONALE



FONTE DATI: CONTROLLO DIREZIONALE E OPERATION MANAGEMENT



FONTE DATI: CONTROLLO DIREZIONALE



FONTE DATI: CONTROLLO DIREZIONALE

Si evidenzia che, pur interessando il periodo estivo, a partire dal 2° semestre del 2024, le attività produttive (ricoveri ordinari e prestazioni ambulatoriali) hanno registrato un incremento di circa il 40% rispetto al 1° semestre del 2024.

ATTIVITA' AMBULATORIALE					
GEN-MAG 2024		GIU-DIC 2024		DELTA PREST	DELTA RICAVI
N° PREST	RICAVI	N° PREST	RICAVI		
1.020.457	21.716.312,99	1.379.679	30.620.848,04	35%	41%

ATTIVITA' DEGENZE ORDINARIE					
GEN-MAG 2024		GIU-DIC 2024		DELTA PREST	DELTA RICAVI
N° DIMESSI	RICAVI	N° DIMESSI	RICAVI		
7.462	43.730.103	10.142,00	60.891.992,00	36%	39%

## 2.1.2 Attività di Pronto Soccorso

Gli accessi al Pronto Soccorso del PTV sono progressivamente aumentati nel tempo e continuano ad incrementarsi nel 2025.



Nel 2024, ed in particolare nel 2° semestre, la Direzione Strategica ha evidenziato una serie di criticità legate all'assenza di percorsi assistenziali e di procedure all'interno del Pronto Soccorso per la migliore gestione dei pazienti con punte di oltre 3.100 minuti tra la presa in carico del paziente stesso ed il ricovero nei Reparti. Le criticità si rilevava anche nell'ambito delle dimissioni.

Per tali ragioni sono state messe in atto le seguenti attività tra giugno e dicembre 2024 per la gestione ed il monitoraggio del sovraffollamento del PS:

- Riunioni periodiche del Collegio di Direzione e conseguenti incontri con le UU.OO., per l'analisi dei dati dei primi mesi del 2024 e valutazioni sul fabbisogno di posti letto di ciascuna disciplina e utilizzo appropriato dei posti letto rispetto ai bisogni registrati per i pazienti.
- Revisione dei processi interni, in particolar modo per quanto riguarda le prestazioni di diagnostica e le consulenze nel Dipartimento di Medicina. L'obiettivo è stato quello di individuare percorsi assistenziali condivisi tra le Unità operative per gruppi di pazienti.
- Apertura di 20 p.l. dell'Ospedale di Comunità, in anticipo di 2 anni rispetto al target PNRR fissato a luglio 2026, azione strategica per la riduzione della degenza media nelle Unità operative di Medicina.

- Protocollo di Intesa tra PTV, ASL Roma 2 – Distretto sanitario VI e Municipio VI per la continuità di cura e presa in carico ospedale-territorio dei pazienti con fragilità sociosanitaria, che nel solo anno 2024 sono risultati essere 350, di cui 100 extracomunitari e 250 cittadini italiani anziani e con disabilità.
- Attivazione del cruscotto di monitoraggio sui tempi di refertazione delle consulenze interne.
- Riprogrammazione dell'attribuzione degli spazi alle diverse discipline in vista delle aperture di nuovi posti previste nel 2025 presso la Torre 8.
- Attivazione dell'Osservazione Breve Intensiva, prevista ma mai divenuta operativa.
- Ridefinizione del TOH (Team Operativo Ospedaliero con funzioni di governo dei flussi).
- Invio immediato dei pazienti sottoposti in emergenza a procedure complesse presso le Unità operative di destinazione senza attese.
- Nuovo protocollo dei ricoveri.
- Nuovo protocollo delle consulenze.
- Comunicazione quotidiana della situazione dei pazienti in destino da parte del referente del boarding.
- Riunioni periodiche sia all'interno della Direzione Generale sia presso il Pronto Soccorso.
- Ampliamento della sala rossa, maggiori spazi dedicati al boarding e raddoppio del box medico.
- Raddoppio dell'attività di radiologia al servizio del PS.
- Azzeramento del numero di pazienti oncologici inseriti in lista d'attesa prima del 2024.

Tutti questi risultati sono stati ottenuti senza ridurre l'attività operatoria anzi posizionando il PTV come la prima struttura del Lazio per l'abbattimento liste d'attesa chirurgica. È stata infatti azzerata la lista d'attesa per i pazienti oncologici e per la classe di priorità A, per la classe di priorità B si è ottenuto il 75% di abbattimento delle tempistiche di lista d'attesa. Nel complesso l'attività chirurgica è arrivata a saturazione degli spazi operatori e dei corrispondenti letti chirurgici. La scelta di non limitare l'attività chirurgica è legata, oltre che alla produzione, all'esigenza di non danneggiare i cittadini che aspettano un intervento e supportare la Regione nello sforzo di ridurre le liste di attesa.

In particolare, si intende di seguito, meglio descrivere i risultati del lavoro svolto nell'anno 2024 sui dati 2025 dai quali si ricava una significativa riduzione del numero di pazienti in attesa, che in passato rappresentava la principale criticità del Pronto Soccorso. Tale affermazione appare chiaramente evidente anche dal mero confronto numerico di due lunedì rappresentativi del 2024 e del 2025:

- **8 aprile 2024, ore 18:40** – si registravano **132 pazienti aperti**, il dato più elevato tra tutte le strutture della ASL Roma 2 (ulteriori dati disponibili per lo stesso periodo confermano la tendenza).

Tutte					Pazienti in ATTESA							Pazienti in TRATTAMENTO							Ricovero / Trasferimento		Osservazione	TOTALE
STRUTTURA	COMUNE	ASL	TIPO	Ultimo Agg.	R	Ar	Az	V	B	TNE	TOT	R	Ar	Az	V	B	TNE	TOT				
Campus Biomedico	Roma	RM2	DEA I	08/04/2024 18:40	0	1	23	9	0	0	33	1	13	10	6	0	0	30	28	4	95	
Madre G. Vannini	Roma	RM2	DEA I	08/04/2024 18:40	0	2	9	2	0	1	14	2	8	6	1	0	0	17	5	10	46	
Pol. Univ. Tor Vergata	Roma	RM2	DEA I	08/04/2024 18:40	0	4	26	9	1	0	40	3	25	27	7	0	0	62	30	0	132	
Policlinico Casilino	Roma	RM2	DEA I	08/04/2024 18:40	1	4	32	3	0	1	41	3	9	8	4	0	0	24	22	0	87	
Sandro Pertini	Roma	RM2	DEA I	08/04/2024 18:40	1	4	11	1	0	0	17	4	13	10	0	0	0	27	41	0	85	
Sant'Eugenio	Roma	RM2	DEA I	08/04/2024 18:40	0	2	7	5	0	0	14	4	13	4	3	0	0	24	24	4	66	
C.T.O. Andrea Alesini	Roma	RM2	PS SPEC.	08/04/2024 18:40	0	0	0	4	0	0	4	0	0	1	4	0	0	5	0	0	9	
<b>TOTALE</b>					<b>2</b>	<b>17</b>	<b>108</b>	<b>33</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>163</b>	<b>17</b>	<b>81</b>	<b>66</b>	<b>25</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>189</b>	<b>150</b>	<b>18</b>	<b>520</b>	

- **16 giugno 2025, ore 22:00** – i pazienti aperti erano **69**, un valore inferiore rispetto al Policlinico Casilino e al Sandro Pertini, presidi ospedalieri della ASL Roma2.

Tutte					Pazienti in ATTESA							Pazienti in TRATTAMENTO							Ricovero / Trasferimento		Osservazione	TOTALE
STRUTTURA	COMUNE	ASL	TIPO	Ultimo Agg.	R	Ar	Az	V	B	TNE	TOT	R	Ar	Az	V	B	TNE	TOT				
Campus Biomedico	Roma	RM2	DEA I	16/06/2025 22:01	0	1	15	5	0	0	21	2	1	6	2	0	0	11	29	6	67	
Madre G. Vannini	Roma	RM2	DEA I	16/06/2025 22:01	0	2	12	7	1	0	22	0	11	6	0	0	0	17	9	6	54	
Policlinico Casilino	Roma	RM2	DEA I	16/06/2025 22:01	0	6	24	13	2	0	45	4	8	12	2	0	0	26	22	0	93	
Sandro Pertini	Roma	RM2	DEA I	16/06/2025 22:01	1	1	9	4	0	0	15	5	16	11	0	0	0	32	31	9	87	
Sant'Eugenio	Roma	RM2	DEA I	16/06/2025 22:01	0	0	5	2	0	0	7	0	4	13	2	0	0	19	31	6	63	
C.T.O. Andrea Alesini	Roma	RM2	PS SPEC.	16/06/2025 22:01	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Pol. Univ. Tor Vergata	Roma	RM2	DEA II	16/06/2025 22:00	1	1	11	5	0	0	18	1	4	6	3	0	0	14	32	5	69	
<b>TOTALE</b>					<b>2</b>	<b>11</b>	<b>76</b>	<b>36</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>128</b>	<b>12</b>	<b>44</b>	<b>54</b>	<b>9</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>119</b>	<b>154</b>	<b>32</b>	<b>433</b>	

Inoltre, dall'analisi dei dati dei primi 5 mesi del 2025, messi a confronto con lo stesso periodo del 2024 per gli indicatori di iperafflusso regionali, si evidenzia:

### 1. Incremento di accessi

POS.	STRUTTURA	ACCESSI MEDI 2024	ACCESSI MEDI 2025	Δ ACCESSI (±)	Δ %
1	San Giovanni Addolorata	138,0	144,9	+6,8	+4,9%
2	Tor Vergata	126,6	131,5	+4,9	+3,9%
3	Sandro Pertini	157,4	154,0	-3,4	-2,1%
4	Gemelli	186,3	175,5	-10,8	-5,8%

Il PTV mantiene un forte trend di crescita degli accessi anche nel 2025 arrivando al 2° posto tra le strutture della città (escluso il Policlinico Umberto I che ha accorpato al PS generale quelli odontoiatrici e ginecologico).

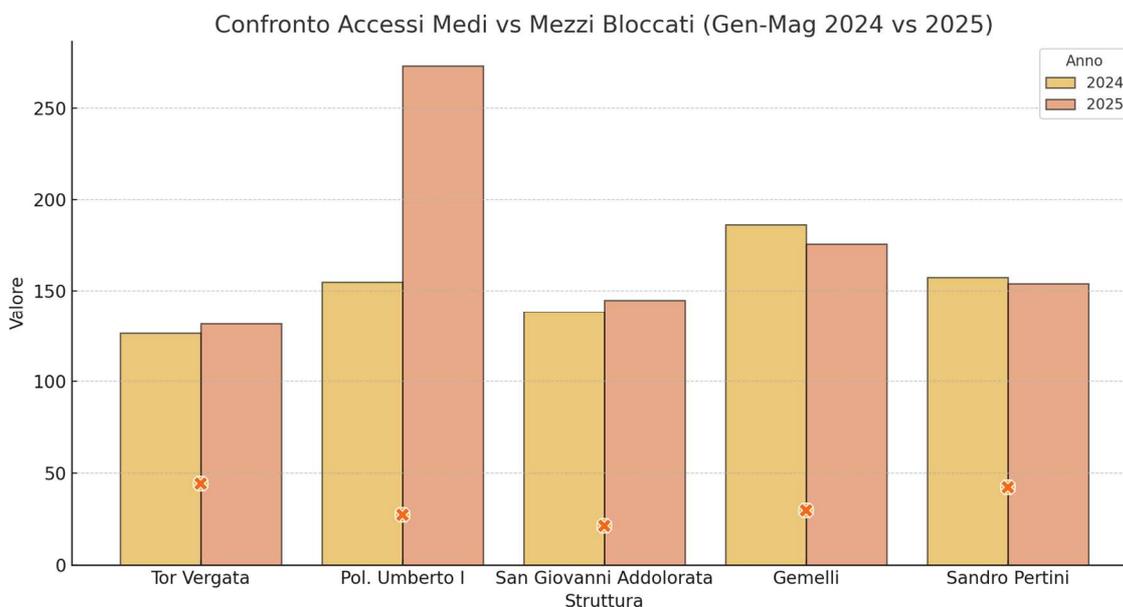
## 2. Decremento n° di pazienti presenti alle ore 14

La riduzione di 16,5 pazienti medi alle ore 14 è un indicatore di iperafflusso che documenta un forte miglioramento della gestione complessiva del flusso di pazienti provenienti da PS. Si tratta della performance migliore dopo il Sant'Andrea.

## 3. Mantenimento del ruolo nella rete emergenze di Ares 118

ANNO	Accessi PS Medi	Accessi ARES Medi	% da ARES 118
2024	126,6	40,2	31,8%
2025	131,5	38,9	29,6%

Nonostante l'aumento degli accessi, il numero totale di mezzi bloccati da Ares 118 è rimasto invariato: 44,4 nei primi cinque mesi sia del 2024 che del 2025. Nel confronto regionale, il PTV continua a presentare una delle più alte incidenze di accessi da Ares 118, insieme a San Giovanni Addolorata. Tuttavia, rispetto a strutture come Umberto I e Gemelli, il PTV riesce a gestire un numero consistente di accessi mantenendo sotto controllo i blocchi. Quanto detto è sintetizzato nel grafico sottostante dove si osserva come il PTV mantenga un buon equilibrio tra accessi elevati e blocchi stabili nel biennio analizzato.



Accessi medi giornalieri al Pronto Soccorso (barre verticali, 2024 e 2025) Numero totale di mezzi ARES 118 bloccati (simboli X sovrapposti)

## 2.2 Esiti clinici

Annualmente la Regione Lazio, nell'ambito del Sistema di misurazione esiti P.re.Val.E. (Programma Regionale Valutazione Esiti) monitora volumi ed esiti. Il treemap relativo all'anno 2023 mostrava già, rispetto all'anno precedente, un lieve miglioramento dei settori "nervoso" e "respiratorio" a fronte di un lieve peggioramento del settore "cardiocircolatorio" e del mantenimento degli ottimi risultati del settore "chirurgia generale".



Il treemap 2024 non è ancora stato pubblicato dal Dipartimento di Epidemiologia della Regione Lazio; il monitoraggio interno degli indicatori inclusi nel treemap (che non include gli indicatori di mortalità e lo STEMI in quanto sono computabili solo dalla Regione Lazio in base ai dati provenienti anche da altre aziende sanitarie), effettuato mensilmente dalla UOSD Operations Management con la collaborazione del SIO, evidenzia per il 2024 il generale mantenimento dei buoni risultati 2023, la decisa crescita del numero di TM prostata (raddoppiati rispetto al 2023 e quintuplicati rispetto al 2022) e di TM rene, ed il permanere delle pregresse criticità negli indicatori relativi a:

- protesi del ginocchio (volumi lontani dalla soglia di accreditamento);
- bypass aorto-coronarico (volumi raddoppiati rispetto al 2023 ma ancora inferiori alla soglia di accreditamento);
- aneurisma aorta addominale (soglia di accreditamento sfiorata ma non raggiunta);
- TM stomaco, pancreas, fegato (volumi lontani dalla soglia di accreditamento);

La UOSD Operations Management è tuttora in attesa dello sviluppo di una funzione di business intelligence che consentirebbe di avere il monitoraggio istantaneo di tutti gli indicatori del treemap: per ora il monitoraggio è manuale e deve attendere la chiusura delle SDO, per cui è differito di mesi rispetto al periodo cui si riferisce.

## **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 24 novembre 2017.

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

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

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

È utile informare che in data 31 maggio 2022 è stato sottoscritto il nuovo Protocollo di Intesa tra Regione Lazio e Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

Con DGR n. 961 del 22 novembre 2024 ad oggetto "Avvio del procedimento di costituzione della nuova Azienda Ospedaliera Universitaria "Policlinico Tor Vergata" la Regione Lazio e l'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" hanno decretato la promozione della costituzione dell'Azienda Ospedaliera Universitaria "Policlinico Tor Vergata" trasmettendo la su indicata DGR al Ministro dell'Università e al Ministro della Salute, affinché sentita la Conferenza Stato – Regioni, adottino il Decreto di autorizzazione e successivamente inoltrino alla Presidenza del Consiglio dei Ministri per la successiva adozione da parte del Presidente del Consiglio dei Ministri del decreto di cui all'art. 8 del D.Lgs. n. 517 del 1999.

### **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.

Tale prospettiva sarà oggetto di ulteriore sviluppo, in quanto l’attuale quadro istituzionale - basato, su assetti convenzionali, quelli di cui all’attuale protocollo di intesa, e orientato al definitivo passaggio di proprietà dei beni mobiliari e immobiliari dell’Università alla Fondazione di diritto pubblico IRCCS PTV - sarà materia di futura ridefinizione, ai sensi del comma 120 dell’articolo 22 della nuova Legge Regionale 27 febbraio 2020, n. 1, a seguito della ivi prevista stipula di un nuovo protocollo di Intesa tra Regione e Università per la parte relativa alla definizione dell’assetto della “nuova” Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico Tor Vergata e al superamento, tra l’altro, delle vigenti previsioni statutarie della Fondazione PTV.

### **3.1.2 Contesto territoriale**

La Fondazione PTV 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***

La programmazione della rete ospedaliera regionale 2024 – 2026, in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015, rivalutando il fabbisogno attuale e prospettico dei posti letto ospedalieri, ha previsto per la Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata nel periodo 2024-2026, n. 671 posti letto complessivi, ossia 616 posti letto ordinari e 55 p.l. di day hospital. Al momento sono stati comunicati 563 posti letto compresi i posti letto di day hospital e day surgery, di cui 508 ordinari e 55 diurni attivi al 31.12.2024 come risultante da modello NSIS HSP12.

Per completare quanto previsto dalla Rete di Programmazione ospedaliera 2024-2026, sono stati avviati una serie di lavori volti all'ampliamento della disponibilità di posti letto presso la Torre 8, ad oggi solo parzialmente completata ed attiva. Pertanto, la corrispondenza tra la programmazione attuale e la reale attivazione dei letti previsti sarà subordinata al completamento dei suddetti lavori.

I lavori in corso porteranno, infatti, ad avere 3 ulteriori piani nella Torre 8 (4°, 7° e 3°, in ordine di consegna) per un totale di 80 posti letto per acuti + 40 posti letto di Ospedale di Comunità.

È confermata l'intenzione di questa Direzione di orientare torre 8 alla prevalente presa in carico di pazienti Low-Care, mentre per la torre 6, a valle di adeguati interventi, dedicare i percorsi di degenza propri di una tipologia High-Care.

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

Nel quadro delle Rete Emergenza del Lazio, la riorganizzazione della rete ospedaliera prevista dalla Regione “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 Colferro

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, Colferro, 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 Colferro

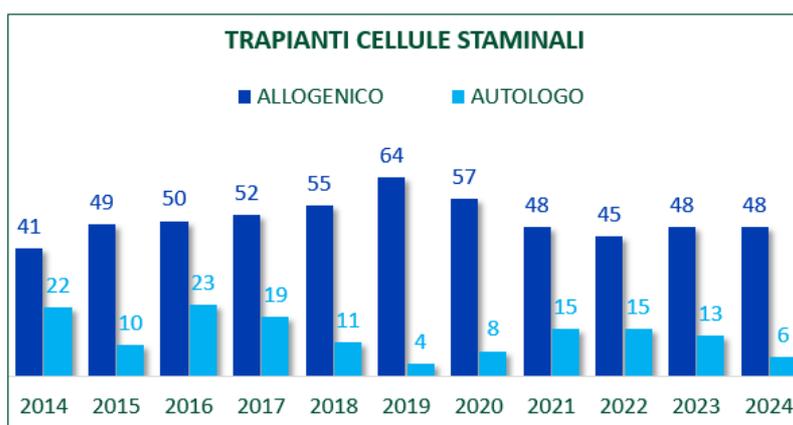
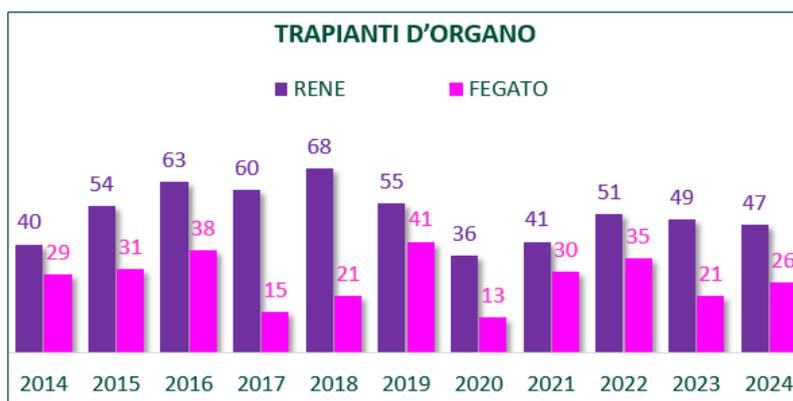
La Rete del Trauma Grave è definita dalla Determina Regionale n. G15438 del 15.12.2020, include i percorsi assistenziali relativi al trauma grave e al neurotrauma con una sezione dedicata alla organizzazione della Rete del Trauma Grave Pediatrico, che per le competenze necessarie assume una configurazione 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. G11799 del 13.10.2020 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, Pertini, Vannini, Velletri, Frascati, Colferro, 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 2024, ha eseguito 31 trapianti di fegato e 51 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.



FONTE DATI: CONTROLLO DIREZIONALE

### **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.

Dal 2023 sono stati attivati sei percorsi condivisi tra PTV e ASL, secondo le linee guida regionali, per ottimizzare risorse umane e tecnologiche. La progettazione dei PDTA intra e interaziendali si basa sulla determina G15691/2020, con il coinvolgimento di tutte le Unità Operative e integrazione nei budget aziendali.

Incontri interdisciplinari con le ASL confinanti hanno favorito la progettazione di PDTA interaziendali mirati ai bisogni locali.

PDTA attivi ospedale-territorio:

- Radioterapia per tumori avanzati (genito-urinari, gastroenterici, testa-collo)
- Trasfusioni domiciliari
- Gestione del glaucoma
- Riconoscimento precoce dei disturbi del neurosviluppo (0-5 anni)

La condivisione dei dati clinici tra Roma 2 e PTV e l'integrazione delle agende CUP migliorano la continuità assistenziale e la gestione delle patologie croniche.

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

1	DDG.407	19.04.2022	Percorsi Diagnostici Terapeutici e Assistenziali (PDTA) della Patologia Tiroidea
2	DDG 491	12.05.2022	Percorso Diagnostico Terapeutico e Assistenziale (PDTA) della Cataratta
3	DDG 498	12.05.2022	Percorso Diagnostico Terapeutico e Assistenziale (PDTA) delle Malattie infiammatorie croniche immuno- mediate (IMIDs)
4	DDG 514	18.05.2022	Percorso Diagnostico Terapeutico e Assistenziale (PDTA) dell'incontinenza urinaria maschile post chirurgia e radioterapia
5	DDG 593	06.06.2022	Percorso Diagnostico Terapeutico e Assistenziale (PDTA) del paziente con melanoma cutaneo
6	DDG 954	16.09.2022	Procedura per la presa in carico del paziente con piede diabetico da Pronto Soccorso
7	DDG 955	16.09.2022	Percorso Diagnostico Terapeutico e Assistenziale (PDTA) Carenza congenita di Alfa 1 Antitripsina (AAT)
8	DDG 956	16.09.2022	Percorso Diagnostico Terapeutico e Assistenziale (PDTA) Fibrosi polmonare idiopatica (IPF)
9	DDG 1312	12.12.2022	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) delle patologie valvolari
10	DDG 1314	12.12.2022	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) della U.O.S.D. Breast Unit
11	DDG 1310	12.12.2022	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) Paziente con Lesione Polmonare
12	DDG 1311	12.12.2022	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) Presa in carico del Paziente Oncologico in Pronto Soccorso
13	DDG 1444	28.12.2022	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) Paziente candidato al Trapianto di Rene
14	DDG 334	15.03.2023	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) della paziente affetta da carcinoma dell'endometrio
15	DDG 663	01.06.2023	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per la persona che necessita di gastrostomia
16	DDG 694	07.06.2023	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) Fracture and Fragility Liaison Service
17	DDG 699	12.06.2023	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per l'assistenza ai pazienti 0-18 anni con diabete mellito di tipo 1
18	DDG 700	12.06.2023	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per il paziente affetto da tumore alla vescica
19	DDG 812	30.06.2023	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) immunodeficienze primitive
20	DDG 264	27.02.2024	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) Ictus giovanile e malattie cerebrovascolari rare.
21	DDG 264	27.02.2024	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) del Paziente con tumore del Colon retto
22	DDG 265	27.02.2024	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per la presa in carico del Paziente affetto da Demenza
23	DDG 1339	21.10.2024	Percorso Diagnostico Terapeutico ed assistenziale (PDTA) per la gestione dei Pazienti con emorragia digestiva del Policlinico di Tor Vergata

## **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 2024 il Policlinico Tor Vergata ha completato l'installazione e il collaudo di 27 grandi apparecchiature elettromedicali finanziate dal PNRR (DGR 1006/2021 e 332/2022), tutte operative al 31/12/2024. Tra quelle installate:

- 2 Risonanze Magnetiche
- 1 Gamma Camera - SPECT
- 2 Mammografi
- 2 Sistemi radiologici telecomandati

Parallelamente è proseguito l'ammodernamento di apparecchiature di media e bassa tecnologia, tra cui endoscopi, ventilatori polmonari, biometri, pensili operatori, mini-ecografi, polisonnigrafi, videocapillaroscopi, telecamere a indocianina, sistemi neurochirurgici intraoperatori, monitor amagnetici, caschetti a LED.

In ambito IT, principali interventi 2024:

- Potenziamento rete LAN/WAN e aggiornamento postazioni informatiche (PNRR);
- Inizio migrazione al Polo Strategico Nazionale (PSN), conclusione attesa per fine 2025;
- Aggiornamenti di Ellipse e O4C (chirurgia digitale);
- Integrazione con il Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0;
- Installazione di lettori badge, stampanti, videocitofoni e componenti hardware per migliorare le performance del sistema informatico.

### **3.2.2 Il Risk Management**

Presso il PTV è attivo un processo strutturato di Clinical Risk Management, con figure professionali dedicate a gestire il rischio organizzativo. Il sistema valorizza i "near miss", previene gli "eventi avversi" e segnala tempestivamente gli "eventi sentinella", tutelando pazienti e operatori e riducendo l'impatto economico del rischio clinico.

Il Risk Management garantisce:

- impostazione, promozione e verifica delle politiche di prevenzione e gestione del rischio;
- supporto agli Affari generali e al Comitato Valutazione Sinistri nello sviluppo di strategie per la riduzione del rischio aziendale e contenzioso;
- condivisione di attività con i Risk Manager delle strutture sanitarie regionali;
- promozione di audit e analisi degli eventi (avversi/sentinella/mediatici), con azioni di miglioramento e monitoraggio;
- redazione e pubblicazione annuale del piano e della relazione consuntiva (PARS) sul sito PTV;
- applicazione e monitoraggio delle iniziative sulla qualità e sicurezza delle cure;
- coordinamento delle attività su rischio e sicurezza del paziente secondo linee guida ministeriali e nazionali;
- elaborazione e monitoraggio dei flussi informativi su sicurezza del paziente, in conformità alla Legge n° 24/2017.

In attuazione della determinazione regionale G01424/2014 e della delibera n. 462/2021, il Risk Manager partecipa al CCICA per definire protocolli contro le infezioni correlate all'assistenza.

Durante la pandemia, il Risk Management ha contribuito alla stesura di progetti sanitari, includendo:

- A. Gestione sicurezza operatori in collaborazione con SPP (tavolo aggressioni).
- B. Inserimento dati su SIREs (cadute, eventi, aggressioni), secondo le direttive regionali.

### **3.2.3 Studi Clinici**

Nel 2024, l'Ufficio Studi Clinici del PTV 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.

Le attività hanno incluso:

- 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.

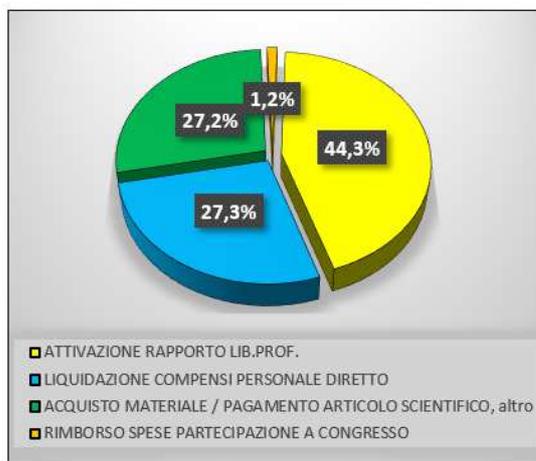
Attività principali svolte:

- 74 contratti stipulati con promotori profit (inclusi contratti di service);
- 25 contratti con promotori no profit;
- 2 ricerche finalizzate;
- fatturazioni per € 1.401.764,11;
- autorizzazione e gestione di 108 richieste di utilizzo per un totale di € 1.082.042,71;
- predisposizione e pubblicazione di 41 delibere di utilizzo.

**Tabella A - FONDI IMPEGNATI PER UTILIZZI NEL 2024**

ATTIVAZIONE RAPPORTO LIB/PROF.	479.680,57
LIQUIDAZIONE COMPENSI AL PERSONALE DIRETTO	295.890,70
ACQUISTO O NOLEGGIO MATERIALE/ATTREZZATURE – PAG. PUBBLICAZIONI SCIENT. - SERVIZI	293.799,44
RIMBORSO SPESE PER PARTECIPAZIONE A CONGRESSI	12.672,00
<b>Totale</b>	<b>1.082.042,71</b>

A vario titolo sono state gestite e autorizzate **108** richieste di utilizzo per un ammontare di **1.082.042,71**.



**Tabella B**

STUDI AVVIATI	2024
Studi Profit	74
Studi no-Profit	25
Ricerche Finalizzate	2
<b>TOTALE</b>	<b>101</b>

**Tabella C**

<b>TOTALE STUDI IN GESTIONE/APERTI</b>
<b>640</b>
<b>FATTURATO 2024</b>
<b>1.401.764</b>

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

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

Il 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 al 22 aprile 2025.

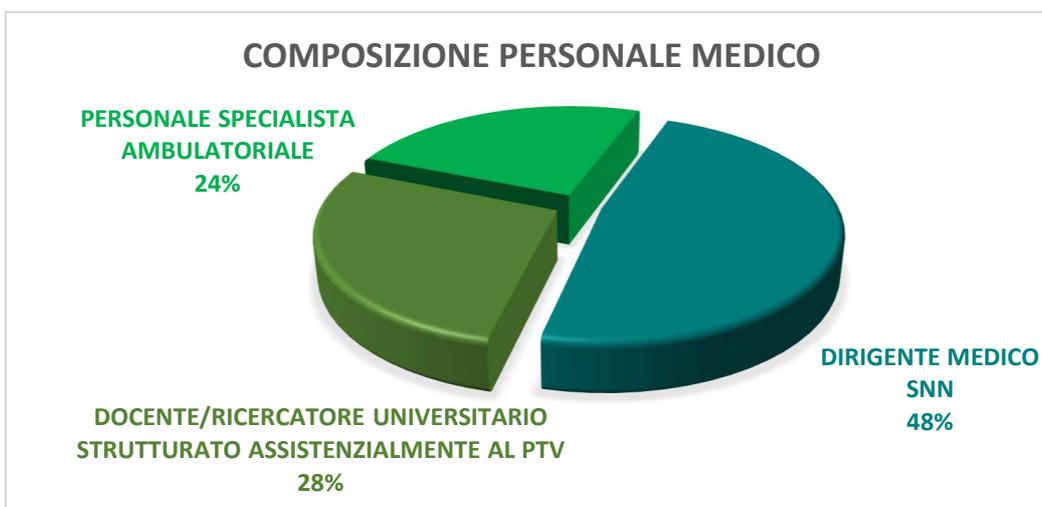
### 3.2.5 Le risorse umane

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

Le **funzioni** sono descritte nel Funzionigramma Aziendale, allegato al citato "Atto aziendale" a cui, parimenti, si rinvia. Nelle tabelle di seguito inserite, sono riportate le informazioni relative alle **risorse umane** afferenti al PTV.

<b>PERSONALE al 31/12/2024</b>		
<b>TIPO DIPENDENTE</b>	<b>RUOLO</b>	<b>N°</b>
<b>PERSONALE DIPENDENTE</b>	RUOLI NON DIRIGENZIALI	1.492
	DIRIGENTI DEI RUOLI STPA	13
	DIRIGENTI AREA SANITA'	343
<b>PERSONALE UNIVERSITARIO</b>	DOCENTE / RICERCATORE STRUTTURATO ASSISTENZIALMENTE AL PTV	185
	RUOLI NON DIRIGENZIALI	11
PERSONALE CON CONTRATTO art. 7 comma 6 D.lgs 165/2001		119
PERSONALE SPECIALISTA AMBULATORIALE		174
<b>TOTALE PERSONALE PTV</b>		<b>2.337</b>

<b>INCREMENTO DEL PERSONALE DIPENDENTE</b>			
<b>PERSONALE</b>	<b>PRESENTI AL 31/12/2023</b>	<b>PRESENTI AL 31/12/2024</b>	<b>DIFFERENZA</b>
PERSONALE non dirigente	1.459	1.492	+33
DIRIGENTI SPTA	14	13	-1
DIRIGENTI AREA SANITA'	321	343	+22
<b>TOTALE</b>	<b>1.794</b>	<b>1.848</b>	<b>+54</b>



### ***Consolidamento organico - Processi di stabilizzazione.***

In tema di risorse umane anche l'anno 2024 si è caratterizzato come anno di consolidamento dei percorsi già avviati negli anni precedenti, in ragione dell'avvenuta stabile acquisizione di personale già titolare di contratto di natura precaria, acquisito nell'ambito dell'emergenza pandemica e confermato in servizio, in ossequio alle direttive di politica sanitaria regionale, al fine di assicurare la medesima offerta assistenziale sui bisogni di assistenza ordinaria tramite mantenimento in via stabile dei servizi attivati in fase di emergenza.

A seguito di detta implementazione, confermata in sede previsionale per l'anno 2024, è stato pertanto necessario attivare processi di stabilizzazione ad invarianza di costi per il personale precario acquisito negli anni 2021-2022 in esito all'emergenza, impegnato in servizi di rilevante strategicità.

Detti processi, autorizzati ed inclusi nel PFP 2024 del Policlinico Tor Vergata (*R. Lazio prot. U.0660376 del 21-05-2024*), sono stati portati a termine in applicazione della DR G05286-23 (RL U0844304-23 Reclutamento), tramite accordi convenzionali con Aziende titolari di graduatorie ai sensi delle disposizioni legislative in materia nonché in esito alla disciplina di cui all'art. 1 – c. 268 -

lettera b) della Legge n. 234/2021 e smi, con conseguente rafforzamento degli organici per effetto della trasformazione del personale con rapporto a tempo determinato in personale di ruolo.

Si precisa che i processi di stabilizzazione ad invarianza di costi, conclusi nell'anno 2024 in applicazione della DR G05286-23 e dell'art. 1 - comma 268 - lettera b) della Legge n. 234/2021 e smi, hanno interessato complessivamente *91 unità di personale sanitario*.

### ***Assunzioni ex novo.***

Le assunzioni di personale ex novo per l'anno 2024 – avviate secondo il Piano dei fabbisogni del Policlinico Tor Vergata autorizzato per l'anno 2024 (R. Lazio prot. U.0660376 del 21-05-2024) - hanno principalmente interessato profili afferenti alla Dirigenza Medica ed al ruolo sanitario del Comparto, destinate alle strutture operative aziendali interessate da carenza di personale ovvero da cessazioni intervenute in esito a quiescenza, mobilità e dimissioni che ne hanno inficiato l'ordinaria operatività. Si riporta, a seguire, riepilogo assunzioni PFP 2024 effettuate con contratto subordinato a tempo indeterminato:

- PFP 2024-Assunzioni concluse anno 2024: 117
- PFP 2024-Assunzioni concluse I° sem. 2025: 149
- PFP 2024-Residuo Assunzioni: 93

### ***Riqualificazione e valorizzazione delle professionalità interne***

Nell'anno 2024, nell'ottica di riqualificazione e valorizzazione delle professionalità interne, sono stati definiti i passaggi orizzontali all'interno della medesima categoria, tra profili diversi dello stesso livello economico.

### ***Personale convenzionato A.C.N.***

Sul piano degli interventi che hanno interessato il personale convenzionato ai sensi dell'A.C.N. 04.04.2024 per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti e le altre professionalità ambulatoriali è stato dato corso alle autorizzazioni regionali intervenute a legittimare l'incremento del numero di ore contrattuali ad alcune unità di detto personale operante presso strutture/servizi che nell'anno hanno registrato particolari carenze o per potenziare talune aree ritenute aziendalmente strategiche. Tale incremento ha consentito di riassorbire quota parte delle ore di plus orario garantite da tale personale con notevoli risparmi a bilancio.

Inoltre, sempre previa autorizzazione regionale, sono stati conferiti i seguenti incarichi a tempo indeterminato ACN: n° 2 biologi a 38h settimanali, n° 1 dermatologo a 15h settimanali, n° 1 diabetologo a 15h settimanali, n° 8 chirurghi per la branca di urologia robotica complessivamente per n° 152h settimanali.

### ***Personale universitario.***

Per l'anno 2024, dando corso alle autorizzazioni regionali, sono state concluse n. 20 nuove strutturazioni relative al personale medico, in varie discipline, e a 2 unità di personale amministrativo.

### ***Formazione.***

Nel 2024 il PTV ha ritenuto opportuno investire ulteriormente sulla formazione rispondendo efficacemente alle specifiche disposizioni legislative e contrattuali con l'obiettivo di garantire la crescita professionale delle proprie risorse ed elevare gli standard di servizio migliorando la qualità dell'assistenza sanitaria erogata.

L'Amministrazione in osservanza alla Direttiva del Ministero per la Pubblica Amministrazione "Nuove indicazioni in materia di misurazione e di valutazione della performance individuale" del 028/11/2023, ha assegnato a tutto il personale di livello dirigenziale obiettivi che prevedono attività formative finalizzate all'aggiornamento e/o al miglioramento delle conoscenze e delle competenze prevedendo un impegno non inferiore a 24 ore annue.

L'attività formativa volta 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 il processo di transizione digitale, ecologica e amministrativa attraverso la promozione e il monitoraggio delle attività stesse e dei risultati conseguiti.

### ***3.2.6 Bilancio di Genere.***

L'azienda persegue nel 2024 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 nomina di un consigliere 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 Violenza sulle donne: riconoscerla per intervenire e costruire una nuova cultura del rispetto;
- o Comportamento etico e etica pubblica: nuove norme e nuovi valori.

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, il consigliere 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 2024, 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.

### 3.2.7 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 – 2024 e la previsione per l'esercizio 2025.

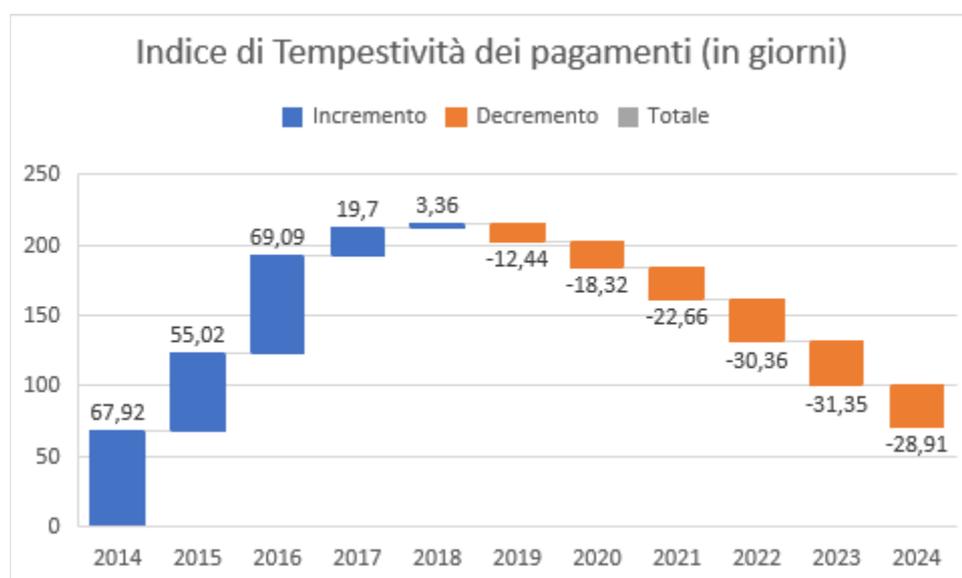
CE NEW	CONTO ECONOMICO	Consuntivo 2022	Consuntivo 2023	Consuntivo 2024	BEP 2025
A1	Contributi F.S.R.	51.542.242	51.364.249	58.676.585,00	55.059.129
A2	Saldo Mobilità	202.731.166	222.553.490	238.416.455,00	254.474.410
A3	Entrate Proprie	12.105.016	15.113.578	18.558.921,00	17.265.575
A4	Saldo Intramoenia	937.678	191.310	204.524,00	191.310
A5	Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	- 5.845.551	- 2.853.820	- 2.312.120,00	- 6.815.956,00
A6	Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati	- 265.731	- 3.443.541	- 1.987.774,00	2.652.797
<b>A</b>	<b>Totale Ricavi Netti</b>	<b>261.204.820</b>	<b>282.925.266</b>	<b>311.556.591</b>	<b>322.827.265</b>
B1	Personale	98.961.988	108.420.200	108.647.245,00	122.160.232
B2	Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	70.689.282	79.919.440	90.406.710,00	93.000.000
B3	Altri Beni E Servizi	125.352.396	120.538.179	132.977.050,00	145.386.981
B4	Ammortamenti E Costi Capitalizzati	438.497	473.572	371.269,00	473.572
B5	Accantonamenti	5.437.037	7.789.687	6.718.019,00	5.926.860
B6	Variazione Rimanenze	617.344	- 5.990	- 2.034.064,00	-
<b>B</b>	<b>Totale Costi Interni</b>	<b>301.496.544</b>	<b>317.135.088</b>	<b>337.086.229</b>	<b>366.947.645</b>
C1	Medicina Di Base				
C2	Farmaceutica Convenzionata				
C3	Prestazioni Da Privato	12.857.659	12.445.766	12.961.206	12.646.668
<b>C</b>	<b>Totale Costi Esterni</b>	<b>12.857.659</b>	<b>12.445.766</b>	<b>12.961.206</b>	<b>12.646.668</b>
<b>D</b>	<b>Totale Costi Operativi (B+C)</b>	<b>314.354.203</b>	<b>329.580.854</b>	<b>350.047.435</b>	<b>379.594.313</b>
<b>E</b>	<b>Margine Operativo (A-D)</b>	<b>- 53.149.383</b>	<b>- 46.655.588</b>	<b>- 38.490.844</b>	<b>- 56.767.048</b>
F1	Svalutazione Immobilizzazioni, Crediti, Rivalutazioni E Svalutazioni Finanziarie	611.474	3.331.299		-
F2	Saldo Gestione Finanziaria	41.811	17.012	38.220,00	17.021
F3	Oneri Fiscali	7.282.688	8.398.464	8.588.451,00	9.213.176
F4	Saldo Gestione Straordinaria	- 2.153.269	- 7.319.847	1.555.742,00	-
<b>F</b>	<b>Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie</b>	<b>5.782.704</b>	<b>4.426.928</b>	<b>10.182.413,00</b>	<b>9.230.197</b>
<b>G</b>	<b>Risultato Economico (E-F)</b>	<b>- 58.932.087</b>	<b>- 51.082.516</b>	<b>- 48.673.257</b>	<b>- 65.997.245</b>

Di seguito si riporta il confronto con i dati di consuntivo 2024 rispetto alla previsione 2024 concordata con la Regione Lazio con Deliberazione di Giunta n. 991 del 29.12.2023 ad oggetto "Approvazione assestamento Bilancio Economico Preventivo (BEP) per l'esercizio 2023 e approvazione del Bilancio Economico Preventivo (BEP) per l'esercizio 2024 degli Enti del S.S.R. rientranti nel perimetro di consolidamento, della GSA e del Consolidato S.S.R. ai sensi dell'art. 32, c. 5 del D.Lgs 118/2011" e con la nota prot. U.0660376.21-05-2024 a seguito della definizione del Piano dei Fabbisogni del Personale.

CE NEW	CONTO ECONOMICO	Consuntivo 2024	BEP 2024	Consuntivo 2024 - BEP 2024
		A	B	A-B
A1	Contributi F.S.R.	58.676.585	42.264.308	16.412.277
A2	Saldo Mobilità	238.416.455	235.288.669	3.127.787
A3	Entrate Proprie	18.558.921	12.977.726	5.581.195
A4	Saldo Intramoenia	204.524	451.363	- 246.839
A5	Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	- 2.312.120	- 2.400.000	87.880
A6	Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati	- 1.987.774	-	- 1.987.774
<b>A</b>	<b>Totale Ricavi Netti</b>	<b>311.556.593</b>	<b>288.582.066</b>	<b>22.974.526</b>
B1	Personale	108.647.245	117.206.447	- 8.559.202
B2	Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	90.406.710	92.000.000	- 1.593.290
B3	Altri Beni E Servizi	132.977.050	137.216.713	- 4.239.663
B4	Ammortamenti E Costi Capitalizzati	371.269	371.269	- 0
B5	Accantonamenti	6.718.019	6.136.318	581.701
B6	Variazione Rimanenze	- 2.034.064	-	- 2.034.064
<b>B</b>	<b>Totale Costi Interni</b>	<b>337.086.229</b>	<b>352.930.747</b>	<b>- 15.844.518</b>
C1	Medicina Di Base	-	-	-
C2	Farmaceutica Convenzionata	-	-	-
C3	Prestazioni Da Privato	12.961.206	12.524.236	436.970
<b>C</b>	<b>Totale Costi Esterni</b>	<b>12.961.206</b>	<b>12.524.236</b>	<b>436.970</b>
<b>D</b>	<b>Totale Costi Operativi (B+C)</b>	<b>350.047.435</b>	<b>365.454.983</b>	<b>- 15.407.547</b>
<b>E</b>	<b>Margine Operativo (A-D)</b>	<b>- 38.490.843</b>	<b>- 76.872.917</b>	<b>38.382.074</b>
F1	Svalutazione Immobilizzazioni, Crediti, Rivalutazioni E Svalutazioni Finanziarie	-	-	-
F2	Saldo Gestione Finanziaria	38.220	95.083	- 56.863
F3	Oneri Fiscali	8.588.451	8.874.938	- 286.487
F4	Saldo Gestione Straordinaria	1.555.742	-	1.555.742
<b>F</b>	<b>Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie</b>	<b>10.182.413</b>	<b>8.970.021</b>	<b>1.212.391</b>
<b>G</b>	<b>Risultato Economico (E-F)</b>	<b>- 48.673.255</b>	<b>- 85.842.938</b>	<b>37.169.683</b>
AA0080	A.1.B.1.2) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA	-	-	-
<b>H</b>	<b>Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
<b>I</b>	<b>Risultato Economico con risorse aggiuntive LEA (G+H)</b>	<b>- 48.673.255</b>	<b>- 85.842.938</b>	<b>37.169.683</b>

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 2024, confrontato con quello degli ultimi 2 esercizi. Si specifica che l'indicatore di tempestività dei pagamenti è pubblicato sul sito della Fondazione PTV nella sezione [http://ptvweb/amm\\_trsp\\_ind-tmps.asp](http://ptvweb/amm_trsp_ind-tmps.asp).

	2024	2023	2022	2021
Indice di tempestività dei pagamenti (in giorni)	-28,91	-31,35	-30,36	-22,7



Con riferimento all'esercizio 2024 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 2024 registra un valore di – 30,06 giorni. Tale misura indica la correttezza dei pagamenti ordinari che vengono effettuati in media 30 giorni prima della scadenza di legge fissata in 60 giorni.

ANNO EMISSIONE FATTURA	Somma di Importo liq/sca	Somma di Importo liq/sca * giorni pag	Somma di ITP per anno fattura
2015	4.760,00	114.000,00	23,95
2016	1.794,25	411.870,70	229,55
2017	22.320,67	-587.072,37	-26,30
2018	17.101,22	4.874.128,10	285,02
2019	294.621,38	28.228.974,51	95,81
2020	43.020,76	85.126,52	1,98

2021	9.094,20	26.667,00	2,93
2022	47.935,79	-573.764,57	-11,97
2023	19.197.522,71	-373.654.610,74	-19,46
2024	197.577.333,93	-5.938.868.773,11	-30,06
<b>Totale complessivo</b>	<b>217.215.504,91</b>	<b>-6.279.943.453,96</b>	<b>-28,91</b>

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
2015	4.760,00	0,00%
2016	1.794,25	0,00%
2017	22.320,67	0,01%
2018	17.101,22	0,01%
2019	294.621,38	0,14%
2020	43.020,76	0,02%
2021	9.094,20	0,00%
2022	47.935,79	0,02%
2023	19.197.522,71	8,84%
2024	197.577.333,93	90,96%
Totale complessivo	217.215.504,91	100,00%

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

<i>Pagamenti (ammontare) effettuati durante il 2024 per anno di emissione fattura</i>						<b>Importo dei pagamenti effettuati oltre i termini previsti dal d.p.c.m. 22/09/2014</b>
<i>Ante 2021</i>	<i>2022</i>	<i>2022</i>	<i>2023</i>	<i>Totale pagamenti 2024</i>	<i>Totale complessivo</i>	
392.712,48	47.935,79	47.935,79	19.197.522,71	197.577.333,93	217.263.440,70	10.817.583,99

## 4. MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

### 4.1 *Ciclo della performance*

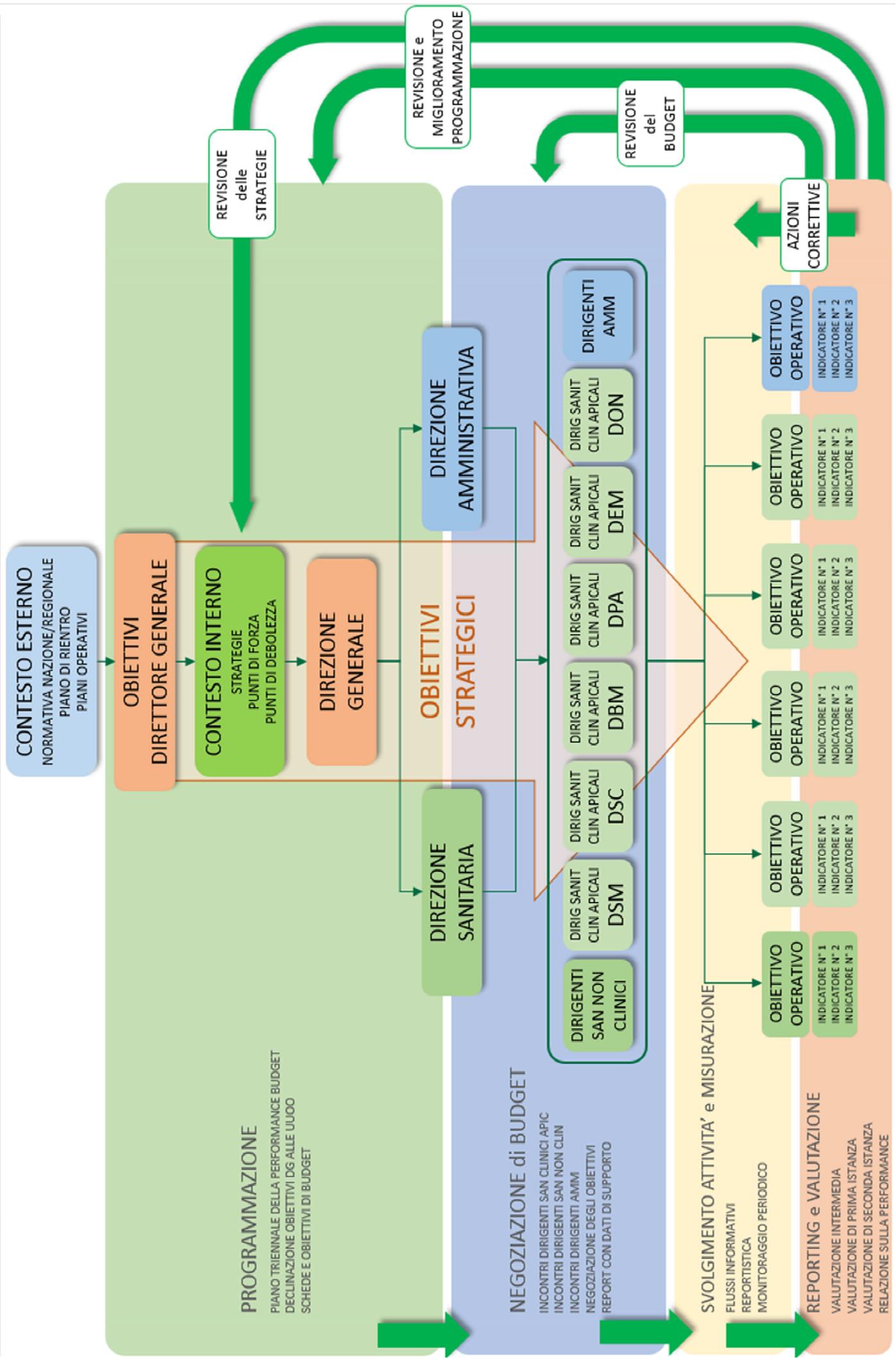
Il PTV, in considerazione dei soggetti istituzionali con cui si relaziona (UTV e Regione, quali enti di indirizzo strategico), degli attuali vincoli di bilancio in termini di risorse, della propria *mission*, del contesto esterno e interno in cui opera e delle relative criticità/opportunità, della complessa platea degli *stakeholder* interni ed esterni utenti, seleziona i propri obiettivi strategici in linea di sostanziale continuità con la precedente prospettazione, tenuto conto della trasformazione degli assetti aziendali avviata nel 2018.

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

La strategia Aziendale è dettata dal rispetto dei vincoli imposti dalla Regione Lazio, dal protocollo di intesa cui è scaturito l'atto aziendale approvato nel dicembre 2017 (diventato operativo a luglio 2018) e dagli obiettivi assegnati dalla Regione Lazio al Direttore Generale che per l'anno 2023 sono stati assegnati il 22 maggio 2013 Deliberazione regionale n° 197.

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

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



Con riferimento agli obiettivi assegnati ai titolari di posizione organizzativa, sia in ambito amministrativo che sanitario, nonché ai titolari di funzione di coordinamento, si evidenzia che tutti gli obiettivi previsti per il periodo di riferimento sono stati raggiunti al 100%.

Si segnala che gli incarichi attualmente in essere sono stati conferiti rispettivamente nel 200 (area sanitaria) e nel 2009 (area amministrativa) e, da allora, non sono stati oggetto di aggiornamento. Nel tempo, l'evoluzione dell'assetto organizzativo e del personale ha comportato un progressivo ampliamento delle responsabilità gestite dai titolari attuali, i quali hanno garantito comunque un pieno presidio delle attività.

Pur in tale contesto, i titolari di incarico hanno assicurato una performance di livello ottimale, dimostrando capacità di adattamento e mantenendo elevati standard di efficacia e continuità operativa.

L'Azienda auspica, nel breve periodo, di procedere a un nuovo conferimento degli incarichi e a una revisione sia del regolamento di affidamento delle posizioni organizzative e delle funzioni di coordinamento, sia del sistema di valutazione e assegnazione degli obiettivi, prevedendo obiettivi maggiormente performanti e pienamente coerenti con i ruoli assegnati e con le attuali esigenze organizzative dell'Azienda.

UNITA' di AREA CLINICA	
TIPO OBIETTIVO	% RAGGIUNGIMENTO
OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	94,1%
QUALITA' e APPROPRIATEZZA	94,3%
EFFICIENZA	82,8%
PROCESSI	70,0%
<b>TOTALE</b>	<b>85,3%</b>

UNITA' di AREA CLINICA			
FASCE DI PUNTEGGIO	UU.OO.	Inc %	Inc % cum
96% - 100%	20	29,0%	29,0%
90% - 95%	47	68,1%	97,1%
70% - 89%	2	2,9%	100,0%
40% - 69%	-	-	-
0% - 39%	-	-	-
<i>Non valutato</i>	-	-	-
<b>TOTALE</b>	<b>69</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

UNITA' di AREA AMMINISTRATIVA e SANITARIA NON CLINICA			
FASCE DI PUNTEGGIO	UU.OO.	Inc %	Inc % cum
90% - 100%	17	81,0%	81,0%
90% - 95%	3	14,3%	95,2%
70% - 89%	1	4,8%	100,0%
40% - 69%	-	-	-
0% - 39%	-	-	-
<i>Non valutato</i>	-	-	-
<b>TOTALE</b>	<b>21</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

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

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

<b>PERSONALE COMPARTO AZIENDA OSPEDALIERA</b>			
<b>FASCE DI PUNTEGGIO</b>	<b>N° DIP.</b>	<b>Inc %</b>	<b>Inc % cum</b>
90% - 100%	834	97,1%	97,1%
70% - 89%	5	0,6%	97,7%
40% - 69%	1	0,1%	97,8%
0% - 39%	-	-	-
<i>Non valutato</i>	19	2,2%	100,0%
<b>TOTALE</b>	<b>859</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

<b>PERSONALE COMPARTO FONDAZIONE</b>			
<b>FASCE DI PUNTEGGIO</b>	<b>N° DIP.</b>	<b>Inc %</b>	<b>Inc % cum</b>
90% - 100%	690	95,7%	95,7%
70% - 89%	1	0,1%	95,8%
40% - 69%	1	0,1%	96,0%
0% - 39%	-	-	-
<i>Non valutato</i>	29	4,0%	100,0%
<b>TOTALE</b>	<b>721</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

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

Nelle tabelle seguenti il dettaglio delle UU.OO. cliniche a cui sono state assegnati obiettivi nell'anno 2024 con la relativa percentuale di raggiungimento suddivisa per tipologia di obiettivo. Il dato riportato relativo alla percentuale di raggiungimento è parziale e non definitivo in quanto alla data di redazione del presente piano non sono ancora disponibili i monitoraggi degli indicatori presenti nel sistema P.RE.VAL.E. e non monitorabili dagli uffici aziendali (es. mortalità post-dimissione).

DIPARTIMENTO	UNITA'	RESP UNITA'	TIPO OBIETTIVO	% RAGGIUNGIMENTO	% RISULTATO PESATO
<b>DIPARTIMENTO DEL BENESSERE DELLA SALUTE MENTALE E NEUROLOGICA, DENTALE E DEGLI ORGANI SENSORIALI</b>	U.O.C. Neurochirurgia	Prof. Salvati	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100,0%	<b>90%</b>
			QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100,0%	
			EFFICIENZA	76,4%	
	U.O.C. Neurologia	Prof. Mercuri	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100,0%	<b>90%</b>
			QUALITA' e APPROPRIATEZZA	79,0%	
			EFFICIENZA	87,1%	
	U.O.C. Psichiatria e Psicologia Clinica	Prof.ssa Niolu	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100,0%	<b>90%</b>
			QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100,0%	
			EFFICIENZA	77,2%	
	U.O.S.D. Demenze	Prof. Martorana	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100,0%	<b>91%</b>
			QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100,0%	
			EFFICIENZA	78,0%	
	U.O.S.D. Neuropsichiatria Infantile	Prof. Mazzone	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100,0% 100,0%	<b>100%</b>
	U.O.S.D. Oculistica	Prof. Nucci	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100,0%	<b>95%</b>
			QUALITA' e APPROPRIATEZZA	87,5%	
			EFFICIENZA	91,2%	
	U.O.S.D. Odontoiatria con percorsi protetti - Centro diagnosi, igiene e prevenzione orale	Prof. Bollero	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100,0%	<b>90%</b>
			QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100,0%	
			EFFICIENZA	79,1%	
	U.O.S.D. Ortognatodonzia	Prof. Bollero	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	90,0%	<b>92%</b>
QUALITA' e APPROPRIATEZZA			100,0%		
EFFICIENZA			STERILIZZATO		
U.O.S.D. Otorinolaringoiatria	Prof. Di Girolamo	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100,0%	<b>90%</b>	
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100,0%		
		EFFICIENZA	57,5%		
U.O.S.D. Parkinson	Prof. Stefani	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	72,0%	<b>90%</b>	
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100,0%		
		EFFICIENZA	83,5%		
U.O.S.D. PS odontoiatrico e trattamento pazienti vulnerabili sociali	Prof. Campanella	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100,0%	<b>100%</b>	
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100,0%		
U.O.S.D. Sclerosi Multipla	Prof.ssa Marfia	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100,0%	<b>96%</b>	
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100,0%		
		EFFICIENZA	93,3%		
U.O.S.D. Stroke Unit	Prof.ssa Diomedì	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	92,0%	<b>94%</b>	
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100,0%		
		EFFICIENZA	88,0%		
Programma Trattamento del Glaucoma	Prof. Manni	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100,0%	<b>100%</b>	
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100,0%		
		EFFICIENZA	STERILIZZATO		
U.O.S.D. Attività ambulatoriale- DH-PAC E PDTA	Prof. Mercuri	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	91,7%	<b>91%</b>	
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100,0%		
		EFFICIENZA	81,8%		
Unit Patologie retiniche	Prof. Ricci	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	99,0%	<b>100%</b>	
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100,0%		
		EFFICIENZA	100,0%		
<b>TOTALE DIPARTIMENTO</b>					<b>94%</b>

DIPARTIMENTO	UNITA'	RESP UNITA'	TIPO OBIETTIVO	% RAGGIUNGIMENTO	% RISULTATO PESATO
DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE	U.O.C. Anestesia e Rianimazione	Prof. Dauri	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO QUALITA' e APPROPRIATEZZA EFFICIENZA	100,0% 100,0% STERILIZZATO	100%
	U.O.C. Malattie dell'apparato Respiratorio	Prof.ssa Rogliani	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO QUALITA' e APPROPRIATEZZA EFFICIENZA	100,0% 83,6% 60,8%	93%
	U.O.C. Ortopedia e Traumatologia	Prof. Tarantino	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO QUALITA' e APPROPRIATEZZA EFFICIENZA	100,0% 100,0% 88,1%	91%
	U.O.C. Pronto Soccorso	Dott.ssa Paganelli	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO QUALITA' e APPROPRIATEZZA EFFICIENZA	100,0% 73,6% 90,8%	76%
	U.O.S.D. Chirurgia d'Urgenza	Prof. Grande	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO QUALITA' e APPROPRIATEZZA EFFICIENZA PROCESSI	100,0% 100,0% 84,0% 50,0%	91%
	U.O.S.D. Chirurgia Maxillo Facciale	Prof. Tarantino	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO QUALITA' e APPROPRIATEZZA EFFICIENZA	100,0% 86,7% 77,6%	90%
	U.O.S.D. OBI e Medicina d'urgenza	Prof. Legramante	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO QUALITA' e APPROPRIATEZZA EFFICIENZA PROCESSI	100,0% 100,0% 77,4% 100,0%	91%
	U.O.S.D. Radiologia PS	Prof. Garaci	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO QUALITA' e APPROPRIATEZZA EFFICIENZA	87,9% 100,0% 100,0%	96%
	U.O.S.D. Terapia Intensiva - Coordinamento aziendale per la donazione di organi e tessuti	Prof.ssa Leonardis	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO QUALITA' e APPROPRIATEZZA EFFICIENZA	100,0% 100,0% 93,7%	96%
	U.O.S.D. Percorsi interni	Dott.ssa Alivernini	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	94,4%	92%
	<b>TOTALE DIPARTIMENTO</b>				

DIPARTIMENTO	UNITA'	RESP UNITA'	TIPO OBIETTIVO	% RAGGIUNGIMENTO	% RISULTATO PESATO
DIPARTIMENTO DI ONCOEMATOLOGIA	U.O.C. Laboratorio di Genetica Medica	Prof. Novelli	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO QUALITA' e APPROPRIATEZZA EFFICIENZA	100,0% 100,0% 100,0%	100%
	U.O.C. Medicina Nucleare	Prof. Garaci	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO QUALITA' e APPROPRIATEZZA EFFICIENZA	100,0% 100,0% 100,0%	100%
	U.O.C. Patologie Linfoproliferative	Prof. Postorino	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO QUALITA' e APPROPRIATEZZA EFFICIENZA	100,0% 100,0% 82,0%	92%
	U.O.C. Radioterapia	Prof. D'Angellillo	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO QUALITA' e APPROPRIATEZZA EFFICIENZA	100,0% 100,0% STERILIZZATO	100%
	U.O.C. Trapianto cellule staminali	Prof. Venditti	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO QUALITA' e APPROPRIATEZZA EFFICIENZA	96,4% 100,0% 87,4%	94%
	U.O.S.D. Diagnostica Avanzata Oncoematologica	Prof.ssa Voso	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO QUALITA' e APPROPRIATEZZA EFFICIENZA	100,0% 100,0% 100,0%	100%
	U.O.S.D. Oncologia	Prof. Roselli	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO QUALITA' e APPROPRIATEZZA EFFICIENZA	94,9% 100,0% 88,3%	90%
	U.O.S.D. Patologie Mieloproliferative	Prof. Venditti	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO QUALITA' e APPROPRIATEZZA EFFICIENZA	100,0% 100,0% 86,7%	95%
	<b>TOTALE DIPARTIMENTO</b>				

DIPARTIMENTO	UNITA'	RESP UNITA'	TIPO OBIETTIVO	% RAGGIUNGIMENTO	% RISULTATO PESATO
<b>DIPARTIMENTO DEI PROCESSI ASSISTENZIALI INTEGRATI</b>	U.O.C. Malattie Infettive	Prof.ssa Sarmati	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	92,9%	<b>92%</b>
			QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100,0%	
			EFFICIENZA	86,4%	
	U.O.S.D. Anatomia Patologica ad indirizzo Citopatologico	Prof. Mauriello	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	99,5%	<b>90%</b>
			QUALITA' e APPROPRIATEZZA	73,3%	
			EFFICIENZA	100,0%	
	U.O.S.D. Anatomia Patologica ad indirizzo Istopatologico	Prof. Orlandi	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	18,7%	<b>90%</b>
			QUALITA' e APPROPRIATEZZA	88,1%	
			EFFICIENZA	100,0%	
	U.O.S.D. Counseling psichiatrico e psicologico di supporto al benessere organizzativo e alle attività cliniche	Prof. Di Lorenzo	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100,0%	<b>90%</b>
			QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100,0%	
			EFFICIENZA	50,0%	
	U.O.S.D. Medicina Trasfusionale	Prof. Adorno	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	90,7%	<b>95%</b>
			QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100,0%	
EFFICIENZA			100,0%		
U.O.S.D. Neuroradiologia	Prof. Garaci	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	85,0%	<b>96%</b>	
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100,0%		
		EFFICIENZA	100,0%		
U.O.S.D. Terapia Antalgica	Prof. Dauri	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100,0%	<b>92%</b>	
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100,0%		
		EFFICIENZA	87,1%		
Programma Fisiatria	Prof. Foti	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	95,5%	<b>98%</b>	
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100,0%		
		EFFICIENZA	98,4%		
U.O.C. Diagnostica per Immagini / U.O.S.D. Radiologia interventistica	Prof. Garaci	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	90,0%	<b>96%</b>	
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100,0%		
		EFFICIENZA	100,0%		
U.O.C. Medicina di Laboratorio - Unit Microbiologia - Unit Parassitologia - Unit Virologia - Unit Analisi biochimiche	Prof. Bernardini	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	82,4%	<b>95%</b>	
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100,0%		
		PROCESSI	100,0%		
Programma Cardiologia Preventiva e Medicina dello Sport	Prof. Iellamo	QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100,0%	<b>85%</b>	
		EFFICIENZA	70,6%		
<b>TOTALE DIPARTIMENTO</b>					<b>93%</b>

DIPARTIMENTO	UNITA'	RESP UNITA'	TIPO OBIETTIVO	% RAGGIUNGIMENTO	% RISULTATO PESATO
<b>DIPARTIMENTO SCIENZE CHIRURGICHE</b>	U.O.C. Cardiochirurgia	Prof. D'Onofrio	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100,0%	<b>91%</b>
			QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100,0%	
			EFFICIENZA	78,4%	
			PROCESSI	29,9%	
	U.O.C. Chirurgia Epatobiliare e Trapianti	Prof. Tisone	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100,0%	<b>90%</b>
			QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100,0%	
			EFFICIENZA	78,3%	
	U.O.C. Chirurgia Toracica	Prof. Ambrogli	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	65,2%	<b>90%</b>
			QUALITA' e APPROPRIATEZZA	97,6%	
			EFFICIENZA	89,4%	
	U.O.C. Chirurgia Vascolare	Prof. Ippoliti	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	80,0%	<b>90%</b>
			QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100,0%	
			EFFICIENZA	89,7%	
	U.O.C. Ginecologia	Prof. Sesti	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100,0%	<b>92%</b>
QUALITA' e APPROPRIATEZZA			100,0%		
EFFICIENZA			87,1%		
U.O.C. Ortopedia	Prof. Farsetti	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100,0%	<b>92%</b>	
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	68,3%		
		EFFICIENZA	92,5%		
U.O.S.D. Breast Unit	Prof. Buonomo	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100,0%	<b>92%</b>	
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100,0%		
		EFFICIENZA	78,7%		
U.O.S.D. Cardio Toraco Anestesia	Dott.ssa Aiello	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100,0%	<b>97%</b>	
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100,0%		
		EFFICIENZA	95,0%		
U.O.S.D. Chirurgia Mininvasiva e dell'apparato digerente	Prof. Sica	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	71,4%	<b>90%</b>	
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100,0%		
		EFFICIENZA	89,6%		
U.O.S.D. Urologia	Prof. Finazzi Agrò	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100,0%	<b>90%</b>	
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	91,7%		
		EFFICIENZA	71,5%		
U.O.S.D. Terapia intensiva post-operatoria	Prof. Dauri	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100,0%	<b>100%</b>	
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100,0%		
		EFFICIENZA	100,0%		
<b>TOTALE DIPARTIMENTO</b>					<b>92%</b>

DIPARTIMENTO	UNITA'	RESP UNITA'	TIPO OBIETTIVO	% RAGGIUNGIMENTO	% RISULTATO PESATO
<b>DIPARTIMENTO SCIENZE MEDICHE</b>	U.O.C. Attività ambulatoriale - DH-PAC-PDTA Medici	Prof. Federici	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100,0%	<b>91%</b>
			QUALITA' e APPROPRIATEZZA	79,4%	
			EFFICIENZA	87,9%	
	U.O.C. Cardiologia	Prof. Barillà	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100,0%	<b>93%</b>
			QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100,0%	
			EFFICIENZA	83,8%	
	U.O.C. Endocrinologia e Diabetologia	Prof. Lauro	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100,0%	<b>91%</b>
			QUALITA' e APPROPRIATEZZA	90,2%	
			EFFICIENZA	74,2%	
	U.O.C. Gastroenterologia	Prof. Monteleone	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100,0%	<b>91%</b>
			QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100,0%	
			EFFICIENZA	69,0%	
	U.O.C. Medicina Interna - Centro Medico dell'Obesità	Prof. Sbraccia	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100,0%	<b>93%</b>
			QUALITA' e APPROPRIATEZZA	87,4%	
EFFICIENZA			88,9%		
U.O.C. Medicina Interna - Centro per l'ipertensione	Prof. Tesoro	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100,0%	<b>91%</b>	
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100,0%		
		EFFICIENZA	75,0%		
U.O.C. Reumatologia	Prof. Bergamini	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100,0%	<b>90%</b>	
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	94,4%		
		EFFICIENZA	67,8%		
U.O.S.D. Dermatologia	Prof. Bianchi	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100,0%	<b>91%</b>	
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100,0%		
		EFFICIENZA	67,1%		
U.O.S.D. Immunopatologia e Allergologia Pediatrica	Prof.ssa Moschese	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	98,3%	<b>99%</b>	
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100,0%		
U.O.S.D. Nefrologia e Dialisi	Prof.ssa Mitterhofer	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100,0%	<b>90%</b>	
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100,0%		
		EFFICIENZA	70,5%		
Unità Geriatria	Prof. Della Morte Canosci	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	9,1%	<b>90%</b>	
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100,0%		
		EFFICIENZA	55,1%		
U.O.C. Epatologia e Nutrizione clinica	Prof. De Lorenzo	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100,0%	<b>90%</b>	
		QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100,0%		
		EFFICIENZA	69,9%		
<b>TOTALE DIPARTIMENTO</b>					<b>91%</b>

DIPARTIMENTO	UNITA'	RESP UNITA'	TIPO OBIETTIVO	% RAGGIUNGIMENTO	% RISULTATO PESATO
<b>DIREZIONE GENERALE</b>	U.O.S.D. Medicina del Lavoro	Prof. Magrini	OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO	100,0%	<b>100%</b>
			QUALITA' e APPROPRIATEZZA	100,0%	
			EFFICIENZA	100,0%	
<b>TOTALE DIPARTIMENTO</b>					<b>100%</b>
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>					<b>93%</b>

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

TIPO OBIETTIVO	OBIETTIVO	% RAGGIUNGIMENTO	
<b>OBIETTIVO ECONOMICO-FINANZIARIO</b>	Rispetto del budget economico concordato	94,1%	<b>94,1%</b>
<b>QUALITA' e APPROPRIATEZZA</b>	Accessi con esito ricovero/trasferimento e tempo di permanenza >24 ore	69,0%	<b>94,3%</b>
	Appropriatezza Triage	94,6%	
	Migliorare la qualità delle cure	100,0%	
	Migliorare l'appropriatezza	88,6%	
	Qualità servizio PS	81,3%	
	Riduzione campioni non pervenuti, mancanti o insufficienti	100,0%	
	Riduzione ricoveri in DH medico con finalità diagnostica	90,2%	
	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)	0,0%	
	Riduzione ricoveri	100,0%	
	Adeguatezza tempo risposta TAT (tempo di refertazione) esami complessi	82,8%	
	Adeguatezza tempo risposta TAT (tempo di refertazione) esami non complessi	59,4%	
	Riduzione tempi di attesa su percorsi post ps	77,8%	
	Formazione / aggiornamento personale dipendente	100,0%	
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%		
<b>EFFICIENZA</b>	Accessi con tempo di permanenza in PS/DEA inferiore alle 12 ore	100,0%	<b>82,8%</b>
	Aumento del numero di pazienti di PS con esito "a domicilio"	81,7%	
	Corretta rendicontazione attività Convenzione PTV/UTV per sorveglianza sanitaria e promozione salute	100,0%	
	Incremento accertamenti morte cerebrale	100,0%	
	Incremento delle donazioni dei tessuti	100,0%	
	Incremento delle donazioni di organi e tessuti	88,9%	
	Miglioramento performance	100,0%	
	Migliorare la qualità delle cure	100,0%	
	Ottimizzazione delle attività di identificazione dei potenziali donatori d'organo	96,0%	
	Ottimizzazione livello degenza media	94,3%	
	Razionalizzazione spesa farmaci (nel rispetto delle note AIFA e regionali)	100,0%	
	Tempestività refertazione	87,1%	
	Tempo di refertazioni per prelievi biopistici estemporanei max 30 minuti dall'invio della richiesta	100,0%	
	Tempestività chiusura cartelle cliniche	77,6%	
	Aggiornamento del Personale	0,0%	
	Riduzione degenza media	90,5%	
	Riduzione sovraffollamento PS	65,6%	
	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%	
	Incremento attività ambulatoriale	n.v.	
	Aumento numero sacche sangue	n.v.	
	Mantenimento/Incremento livello prestazioni SSN erogate	46,0%	
	Mantenimento/Incremento livello prestazioni SSN erogate	n.v.	
	Riduzione degenza media aziendale	79,0%	
	Valutazione conformità ausili prescritti protesi e tutori	100,0%	
	Consegna referti Relazioni fisiatriche per disabilità	100,0%	
	Esiti	81,5%	
<b>PROCESSI</b>	Migliorare l'efficienza organizzativa attraverso la riduzione delle degenza media preoperatoria	39,9%	<b>70,0%</b>
	Rispetto delle procedure in accettazione	100,0%	
	Ottimizzazione dei percorsi	100,0%	

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

STRUTTURA	% RAGGIUNGIMENTO
Direttore U.O.C. Acquisizione forniture, servizi e lavori	95,1%
Direttore U.O.C. Affari Generali	95,1%
Responsabile U.O.C. Controllo Direzionale	100,0%
Direttore U.O.C. Direzione infermieristica	100,0%
Direttore U.O.C. Direzione medica	100,0%
Direttore U.O.C. Farmacia	99,6%
Direttore U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane (gen-apr)	99,6%
Responsabile U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane (mag-dic)	100,0%
Direttore U.O.C. Progettazione, sviluppo e gestione del patrimonio	87,8%
Direttore U.O.C. Risorse economiche e finanziarie	100,0%
Direttore U.O.S.D. Accoglienza, Tutela e partecipazione	98,4%
Direttore U.O.S.D. ALPI	95,0%
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 (gen-ago)	96,0%
Direttore U.O.S.D. Sistemi informativi (set-dic)	96,0%
Direttore Unit Governo tecnologie biomediche	99,0%
Direttore U.O.S.D. Qualità	100,0%
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>	<b>97,5%</b>

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

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	% RISULTATO RAGGIUNTO
EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Rispetto tempistica Sistema di misurazione e valutazione della performance e dei risultati del personale di comparto afferente e del personale dirigente	100,0%
	Adeguamento normativa antincendio del PTV	100,0%
	Adeguate formazione del personale sulla vigente normativa in materia di Privacy e sugli obblighi da essa derivanti per garantire il rispetto del principio di accountability	100,0%
	Adempimenti previsti dalla normativa sulla Anticorruzione e Trasparenza secondo le tempistiche ivi previste	100,0%
	Controllo giacenze di magazzino nei reparti	100,0%
	Corretta gestione contratti di manutenzione	100,0%
	Definizione conclusiva dei capitolati/documentazione tecnica relativamente ai servizi e/o forniture di competenza dell'Area Elettromedicali	100,0%
	Miglioramento dei percorsi interni	100,0%
	Monitoraggio andamento tempi liquidazione stock di debito	100,0%
	Monitoraggio dello stato di attuazione dei processi di miglioramento delle strutture edili e impiantistiche	100,0%
	Monitoraggio e verifica versamenti di competenza aziendale tramite POS da parte dei professionisti	100,0%
	Predisposizione atti di programmazione	100,0%
	Pubblicazione e aggiornamento delle informazioni, dei dati e degli atti secondo le prescrizioni del D.LGS. N. 33 del 14/03/2013 relative alla Trasparenza	100,0%
	Recupero Crediti pregressi liberi professionisti in collaborazione con UOC Affari Generali	100,0%
	Risoluzione problematiche Hardware e software in aree critiche (Blocchi operatori, PS, CUP) entro 1 giorno lavorativo	100,0%
	Rispetto dei tempi di liquidazione delle fatture	75,1%
	Progetti PNRR di cui alla Delibera Regionale n° 75 del 25/02/2022	100,0%
	PIAO	100,0%
	Adozione di misure stringenti (per il tramite dei DEC di riferimento e in coordinamento con il Dirigente incaricato del coordinamento tecnico della gestione dei contratti) di controllo dei contratti di lavano, pulizie, ausiliari/oss	100,0%
	Sviluppo percorso interno per pazienti vulnerabili	100,0%
	Monitoraggio dotazione organica	100,0%
	Predisposizione Regolamenti / Procedure aziendali	100,0%
	Flusso informativo dispositivi medici	100,0%
	Flusso informativo consumi farmaci ( File F e File R)	100,0%
	Ricetta dematerializzata	100,0%
	Adempimento degli obblighi informativi nei confronti della Regione	100,0%

	Adempimenti degli obblighi informativi nei confronti del Ministero della Salute	100,0%
	Attualizzazione del debito/credito scaduto	100,0%
	Monitoraggio dello stato di attuazione degli interventi del PNRR e PNC - M6 C2 1.3.1	100,0%
	Rispetto tempistiche PNRR	100,0%
	Regolamento Orario di Lavoro	100,0%
	Corretta attribuzione del personale ai Centri di Costo aziendali di assegnazione	100,0%
	Schede negoziazione Budget economico	100,0%
	Rispetto adempimenti in ambito Privacy	100,0%
	Nuovo regolamento aziendale del CVS	100,0%
	Gestione segnalazioni e customer satisfaction	100,0%
	Gestione social e sito istituzionale	100,0%
	Iniziative inerenti donazione sangue, solidarietà, eventi istituzionali in collaborazione con la UOSD Medicina Trasfusionale e Associazioni	100,0%
	Ricognizione degli adempimenti funzionali al trasferimento giuridico ed amministrativo delle attività, del personale, dei beni e dei servizi	100,0%
	Sistema gestione Qualità delle attività di ricovero dal Pronto Soccorso	100,0%
	Acquisto beni e servizi infungibili	100,0%
	Predisposizione della programmazione triennale degli acquisti per beni e servizi	100,0%
	Tempestività degli invii dei flussi informativi di competenza definiti dalla Regione e dai Ministeri vigilanti	100,0%
	Progettazione e cronoprogramma sulla nuova organizzazione dei flussi lavorativi e relativi spazi	100,0%
	Garantire idoneo affiancamento con risorsa interna dei neoassunti anche nella riorganizzazione dei servizi	100,0%
	Pianificazione e monitoraggio della formazione dell'area tecnica	100,0%
	Aggiornamento del PEIMAF	100,0%
	Collaborazione con la Medicina Legale per l'individuazione di linee preventive dei rischi clinici partendo dall'analisi dei risarcimenti richiesti	100,0%
EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO DEI PERCORSI CHIRURGICI E DI EMERGENZA	Monitoraggio Piano nazionale delle liste di attesa	100,0%
	Monitoraggio P.RE.VAL.E.	100,0%
	Condivisione dati di performance del percorso chirurgico	100,0%
	Implementazione SW applicativo percorso chirurgico	100,0%
ADESIONE PERCORSI, CICLO PERFORMANCE E QUALITA'	Rispetto tempistica Sistema di misurazione e valutazione della performance e dei risultati del personale di comparto afferente e del personale dirigente	100,0%
	Adeguate formazione del personale sulla vigente normativa in materia di Privacy e sugli obblighi da essa derivanti per garantire il rispetto del principio di accountability	100,0%
	Aderenza al piano di sicurezza informatica attraverso interfaccia con AGID e Regione	100,0%
	PAC - Assicurare lo sviluppo del Piano Attuativo per la certificazione del Bilancio del PTV secondo le tempistiche e linee guida della Regione Lazio	100,0%
	Pubblicazione e aggiornamento delle informazioni, dei dati e degli atti secondo le prescrizioni del D.LGS. N. 33 del 14/03/2013 relative alla Trasparenza	100,0%
	Rispetto dei tempi di liquidazione delle fatture	76,0%
	PIAO	100,0%
	Rispetto tempistica sistema di misurazione e valutazione delle performance e dei risultati del personale di comparto afferente.	100,0%
	Rispetto tempistiche manutenzione e sviluppo cartella clinica, cartella ambulatoriale, blocco operatorio e sistema di interoperabilità	100,0%
	Assicurare le attività previste dalla Regione Lazio e dal Ministero della Salute in materia di contabilità Analitica	100,0%
SICUREZZA DELLE CURE E DEI LAVORATORI E GESTIONE SINISTRI	Monitoraggio proporzione di ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro due giorni in pazienti ultrasessantacinquenni	100,0%
	Attuazione ed aderenza attività inerenti la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro per la tutela dei pazienti e degli operatori	97,2%
	Coinvolgimento e responsabilizzazione nel miglioramento continuo delle condizioni di lavoro. Segnalazione al SPP di Infortuni, Incidenti, Near Miss, su eventi riguardanti pericoli e fattori di rischio	100,0%
	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	100,0%
Collaborazione con il Risk manager per l'individuazione di linee preventive dei rischi clinici partendo dall'analisi dei risarcimenti richiesti	100,0%	
APPROPRIATEZZA E MONITORAGGIO CONSUMI (FARMACI E DISPOSITIVI)	Invio dati per CE mensile entro il 5 del mese successivo a quello oggetto di analisi	74,0%
	Monitoraggio consumi farmaci	100,0%
PATRIMONIO EDILIZIO E TECNOLOGICO E GESTIONE DELLA SICUREZZA INFORMATICA	Cyber security	100,0%
	PNRR Missione 6 C2 1.1.2 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi Apparecchiature)	100,0%
APPROPRIATEZZA E MONITORAGGIO CONSUMI	Monitoraggio magazzino reagenti su modulab	100,0%
	Monitoraggio magazzino reagenti su areas	100,0%
<b>Totale complessivo</b>		<b>97,7%</b>

## 5. IL PROCESSO DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE

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

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

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

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

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

Anche per l'anno 2024 come per il 2023, 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 2024 sono stati assegnati ai dirigenti medici dell'area clinica (non apicali, UOS, professional), obiettivi individuali/comportamentali.

Si segnala che, come per l'anno 2023, anche per l'anno 2024 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.

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

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

## 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. (<https://www.ptvonline.it/index.php/2012-08-16-08-11-35?download=8298:anno-2024>)

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](mailto: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.

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.

## **7. LE CRITICITA' E LE OPPORTUNITA'**

### ***Criticità rilevate e azioni intraprese – Anno 2024.***

Nel corso dell'anno 2024 sono state rilevate alcune criticità connesse principalmente all'adozione e all'aggiornamento dei regolamenti aziendali, necessari per adeguarsi alla normativa vigente. Tali difficoltà derivano dalla fase transitoria che l'Azienda sta 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, si evidenzia la necessità di un aggiornamento complessivo dello stesso, da attuarsi in parallelo al completamento del processo di istituzione della nuova Azienda, il quale comporterà una profonda riorganizzazione sia sotto il profilo strutturale sia gestionale.

In attesa della piena definizione del nuovo assetto, per garantire la continuità operativa e una gestione efficace delle risorse umane, nel rispetto dei principi di efficacia, trasparenza e adeguamento normativo, si è ritenuto opportuno procedere con un'integrazione temporanea del sistema di misurazione esistente, come da attestazione del Commissario Straordinario nota prot. n., attraverso le seguenti misure:

- Per il personale del comparto, relativamente all'anno 2025, sono stati introdotti specifici obiettivi comportamentali. Questi ultimi costituiscono un punto di riferimento chiaro e condiviso per la valutazione delle performance individuali e per il rafforzamento della cultura organizzativa orientata al miglioramento continuo;
- Per il personale dirigente, si è provveduto a modificare l'articolo 9 del vigente Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP) con nota n°016091 del 13 giugno 2025, nella parte relativa all'individuazione dei responsabili della valutazione, al fine di

adeguare le responsabilità valutative alle necessità organizzative emergenti e garantire una maggiore efficacia del processo valutativo.

Le suddette modifiche sono state adottate in stretta collaborazione con l'Organismo Indipendente di Valutazione, con l'obiettivo di assicurare la coerenza delle procedure di misurazione con gli indirizzi strategici aziendali e con le disposizioni normative vigenti.

Resta inteso che, non appena completato il processo di istituzione dell'azienda unica, sarà avviata la revisione complessiva e definitiva del sistema di misurazione, che sostituirà e aggiornerà integralmente le disposizioni attualmente in vigore.

### ***Azioni di miglioramento previste per l'anno 2025.***

A seguito di analisi finalizzate a un utilizzo più efficace dei sistemi informatizzati preposti e all'efficientamento delle procedure amministrative, comprese quelle relative alla gestione del ciclo della performance, sono in corso valutazioni propedeutiche all'utilizzo di una organizzazione organica supportata da applicativi dedicati, in grado di integrare i diversi sistemi operativi.

Tali strumenti informatizzati consentiranno di focalizzare e ottimizzare i percorsi, permettendo così l'implementazione del nuovo sistema di misurazione della performance, in coerenza con la costituzione della nuova Azienda Ospedaliera Universitaria. Il processo prevede inoltre la definizione di nuovi assetti organizzativi e funzionali, orientati al proseguimento di una mission che integra pienamente attività assistenziali e ricerca.