

**Organismo indipendente di valutazione  
dell'I.R.C.C.S. Centro di Riferimento Oncologico di Aviano (CRO)**

**Relazione sul funzionamento complessivo del sistema di  
valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni  
ex art. 14, comma 4, lettera a), del d.lgs. n. 150/2009**

*Analisi del ciclo della performance relativa all'anno 2023*

**Sommario**

|   |    |
|---|----|
| Premessa .....  | 1  |
| Metodologia di lavoro .....   | 1  |
| Funzionamento complessivo del Sistema di valutazione .....  | 2  |
| A. Performance organizzativa .....  | 2  |
| B. Performance individuale .....  | 9  |
| C. Processo di attuazione del ciclo della performance .....   | 10 |
| D. Infrastruttura di supporto .....   | 11 |
| E. Sistemi informativi e informatici a supporto dell'attuazione del Programma triennale per la<br>trasparenza e l'integrità e per il rispetto degli obblighi di pubblicazione ..... | 11 |
| F. Definizione e gestione degli standard di qualità .....   | 12 |
| G. Utilizzo dei risultati del sistema di misurazione e valutazione .....  | 13 |
| H. Descrizione delle modalità del monitoraggio dell'OIV .....   | 13 |
| Integrazione con il ciclo di bilancio ed i sistemi di controllo interni .....   | 14 |
| Verifica delle buone pratiche di promozione delle pari opportunità .....  | 14 |
| Coinvolgimento degli stakeholder .....  | 15 |
| Valutazioni conclusive dell'OIV e proposte di miglioramento .....   | 15 |

## Premessa

Il presente documento conclude formalmente il ciclo di gestione delle performance 2023 dell'IRCCS CRO di Aviano e viene redatto in conformità a quanto previsto dalla normativa vigente (artt. 10 e 14 del D.lgs. n. 150/2009 e s.m.i.) e sulla base delle Linee Guida emanate dalla CiVIT con le delibere n. 4 del 2012 e n. 23 del 2013, che illustrano i contenuti principali di tale documento.

La presente relazione descrive in estrema sintesi i risultati raggiunti nel 2023 a livello aziendale, di struttura operativa ed individuali, nel rispetto dei principi di trasparenza, veridicità e verificabilità dei contenuti.

La documentazione relativa alla performance è consultabile sul sito internet aziendale nella sezione "Amministrazione trasparente/Performance" e "Amministrazione trasparente/controlli e rilievi sull'Amministrazione/OIV", così come previsto dalla normativa vigente.

Qui di seguito gli ambiti esaminati:

- A. Performance organizzativa;
- B. Performance individuale;
- C. Processo di attuazione del ciclo della performance;
- D. Infrastruttura di supporto;
- E. Utilizzo dei risultati del Sistema di misurazione e valutazione;
- F. Sistemi informativi e informatici a supporto dell'attuazione del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità e per il rispetto degli obblighi di pubblicazione;
- G. Integrazione con il ciclo di bilancio ed i sistemi di controlli interni;
- H. Definizione e gestione degli standard di qualità;
- I. Verifica delle buone pratiche di promozione delle pari opportunità;
- J. Coinvolgimento degli stakeholder;
- K. Descrizione delle modalità del monitoraggio dell'OIV;
- L. Proposte di miglioramento del sistema di valutazione.

## Metodologia di lavoro

Oltre alle disposizioni di cui al D. Lgs. 150/2009 e alle Linee Guida n. 3/2018 del Dipartimento della Funzione Pubblica, vengono assunte quale riferimento nella predisposizione della presente relazione le indicazioni di cui alla delibera ex CIVIT n. 23/2013 anche attraverso lo schema di cui Allegato n. 1 "Monitoraggio sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni".

La programmazione per l'anno 2023 si è sviluppata avendo a riferimento:

- PAO (piano attuativo ospedaliero - delibera n. 209 del 17.05.2023);
- PIAO (piano integrato di attività e organizzazione - delibera n. 316 del 07.07.2023);
- Documento di budget (delibera n. 308 del 07.07.2023 rettificata dalla n. 317 del 10.07.2023).

## **Funzionamento complessivo del Sistema di valutazione**

### ***A. Performance organizzativa***

L'Organismo dà atto che il processo di programmazione e controllo degli enti e delle aziende facenti parte del Servizio sanitario regionale del Friuli Venezia Giulia (SSR) trova fondamento nella legge regionale 27/2018 di riforma del servizio sanitario regionale, così come integrata dalla Legge regionale 12 dicembre 2019, n. 22 che innova in tema di riorganizzazione dei livelli di assistenza, in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria la disciplina di cui alla Legge regionale 26/2015 e alla Legge regionale 6/2006.

La performance organizzativa si fonda sui seguenti elementi:

1. programmazione aziendale e PIAO;
2. controllo periodico infrannuale e annuale;
3. gestione per budget.

Sulla base delle disposizioni normative ed in particolare delle linee per la gestione del SSR anno 2023 adottate con DGR n. 480 del 17 marzo 2023, il CRO ha operato all'interno dei seguenti vincoli gestionali:

- per i farmaci oncologici ed emato-oncologici ospedalieri + 10% della diretta: mantenimento del valore registrato nell'anno 2022;
- per i farmaci ospedalieri + 10% diretta con esclusione dei farmaci oncologici ed emato-oncologici: riduzione dello 0,5% del valore registrato nell'anno 2022;
- per i dispositivi medici le linee di gestione stabiliscono che la misura minima di contenimento della spesa per l'esercizio 2023 è costituita dal valore dei consumi 2019, al netto degli oneri della ricerca, diminuito del 2%;
- il numero delle prestazioni ambulatoriali per abitante sulla popolazione pesata è fissato a 3,4 prestazioni pro capite, con esclusione della branca di laboratorio (patologia clinica, microbiologia e anatomia patologica). In tale valore sono comprese le prestazioni di CT-PET;
- le manutenzioni ordinarie edili impiantistiche non devono avere costi maggiori a quelli sostenuti nell'anno 2015; le aziende adottano come priorità di intervento quelle connesse con la sicurezza delle strutture e degli impianti.

Il percorso di predisposizione della programmazione 2023 si è realizzato attraverso i seguenti provvedimenti:

1. approvazione preliminare delle linee per la gestione del SSR nell'anno 2023 – che costituiscono il principale riferimento di programmazione attuativa per il SSR – con DGR n. 233 del 10 febbraio 2023;
2. approvazione definitiva delle linee per la gestione del SSR nell'anno 2023 con DGR n. 480 del 17 marzo 2023;
3. elaborazione da parte delle aziende della proposta di Piano Aziendale 2023 e trasmissione della stessa alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità (nota prot. n. 7509 del 17.04.2023), anche sulla base delle indicazioni per la redazione dei documenti contabili inerenti al preventivo 2023, inviate alle aziende da parte della Direzione medesima;
4. negoziazione, ai sensi della L.R. n. 27/2018, con l'Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute - incontro tenutosi il 5 maggio 2023, durante il quale sono state affrontate le tematiche relative ai contenuti della proposta di Piano Aziendale 2023, negli aspetti economici, organizzativi, degli investimenti, delle attività e del personale;
5. approvazione del Piano Aziendale e bilancio preventivo 2023 con delibera n. 209 del 17 maggio 2023;
6. approvazione del programma e del bilancio preventivo annuale consolidato da parte della Giunta regionale con DGR n. 1798 del 16 novembre 2023 e successive delibere di integrazione/modificazione;
7. approvazione del Patto tra Regione e direttori generali degli enti del SSR, con DGR n. 1908 del 01 dicembre 2023;
8. DGR 1198 del 27 luglio 2023: "D.L. 198/2022, art. 4, comma 9 octies. Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa per l'anno 2023"
9. DGR 1244 del 04 agosto 2023: "L.R. 13/2013, art. 8, commi da 2 a 8. Governo tempi di attesa delle prestazioni sanitarie. Ripartizione risorse e indicazioni.";
10. DGR 1317 del 25 agosto 2023: "L.R. 13/2013, art. 8, commi da 2 a 8. Governo tempi di attesa delle prestazioni sanitarie. DGR 1244/2023. Approvazione piano complessivo azioni enti SSR"

La programmazione si è sviluppata all'interno del percorso di predisposizione del Piano Aziendale e del Piano Integrato di attività e di organizzazione (PIAO) e nel documento di budget gli obiettivi attesi sono stati declinati per ciascun centro di responsabilità con puntuale identificazione degli indicatori. Il PAO, il PIAO ed il documento di budget costituiscono i riferimenti documentali del Piano della Performance del CRO.

Il piano aziendale, in coerenza alle indicazioni della Regione in tema di programmazione delle Aziende e degli Enti Sanitari per l'anno 2023, sviluppa le progettualità per i seguenti ambiti:

Obiettivi strategici o a gestione prioritaria:

- ✓ PNNR Missione 6 – Componente 1: investimenti e attuazione del programma regionale dell'assistenza territoriale;
- ✓ Governo delle liste d'attesa e del percorso del paziente chirurgico programmato – revisione e sviluppo dei processi aziendali;
- ✓ Attività degli enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale;
- ✓ Reti cliniche e percorsi diagnostico terapeutici assistenziali;
- ✓ Programmi di screening oncologici;
- ✓ Indicatori d'attività e di esito e obiettivi d'assistenza;
- ✓ Tempi di attesa;
- ✓ Riordino disciplina degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS);

Attività e obiettivi di esercizio e mantenimento:

- ✓ Assistenza di prevenzione collettiva e sanità pubblica;
- ✓ Assistenza territoriale;
- ✓ Integrazione e assistenza sociosanitaria;
- ✓ Assistenza ospedaliera;
- ✓ Gestione del rischio clinico e accreditamento;
- ✓ Assistenza farmaceutica e integrativa;
- ✓ Attività centralizzate di ARCS;
- ✓ Sistema informativo e privacy;
- ✓ Flussi informativi;
- ✓ Gli investimenti;
- ✓ La gestione delle risorse umane;
- ✓ Le risorse finanziarie;
- ✓ Le regole gestionali

In esito a tali indicazioni, il PAO declina, per quanto di competenza, la programmazione quali-quantitativa delle prestazioni, le linee di attività dell'area clinico-assistenziale e di ricerca e gli obiettivi afferenti alle linee progettuali indicate dalla Regione.

A partire dagli obiettivi strategici definiti nel programma annuale, l'Istituto ha avviato il percorso di *budget* attraverso il quale i responsabili delle strutture operative sono stati portati a conoscenza dell'evoluzione definitiva della programmazione aziendale per il 2023 e hanno concertato con la direzione dell'Istituto le modalità più adeguate per conseguire gli obiettivi assegnati con le risorse disponibili. La programmazione aziendale è stata definita nel rispetto della normativa in tema di prevenzione della corruzione e trasparenza.

Al fine di realizzare un'efficace strategia di prevenzione del rischio di corruzione, come da indicazione di ANAC, gli obiettivi indicati nel Piano triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza 2023 - 2025

sono stati formulati in collegamento con la programmazione strategica ed operativa; nelle schede di budget delle strutture amministrative è stata infatti prevista un'apposita sezione dedicata agli obiettivi in tema di anticorruzione e trasparenza, correlando gli stessi alla retribuzione di risultato.

Il ciclo della performance è stato avviato nel mese di marzo con la predisposizione della proposta di budget delle strutture dei dipartimenti clinici. Lo slittamento del termine per l'approvazione del programma annuale ha determinato però un ritardo nell'iter di formalizzazione del budget. Nel percorso di budget del 2023, gli obiettivi del comparto-ruolo della ricerca sono stati definiti all'interno delle schede di budget delle strutture di appartenenza.

L'iter seguito è stato articolato nelle seguenti fasi:

1. marzo 2023: incontri con Direzione Strategica e Responsabile SOSD Controllo di Gestione per la definizione della proposta degli obiettivi delle strutture del dipartimento di oncologia medica, di oncologia chirurgica – area dirigenza;
2. marzo 2023: incontri con Direttore amministrativo, Responsabile SOSD Controllo di Gestione, direttori di SOC, per la definizione degli obiettivi delle strutture del dipartimento amministrativo – area dirigenza e comparto;
3. aprile 2023: incontri con Direzione Strategica, Responsabile SOSD Controllo di Gestione, per la definizione della proposta degli obiettivi delle strutture del dipartimento delle alte tecnologie – area dirigenza;
4. marzo-giugno 2023: svolgimento degli incontri di negoziazione di budget tra Direzione strategica, Dirigente delle Professioni Sanitarie, SOSD Controllo di Gestione, direttori/responsabili dei vari centri di responsabilità dei dipartimenti clinici e di ricerca e incarichi di funzione e recepimento nelle schede di budget degli esiti della negoziazione;
5. luglio 2023: assegnazione degli obiettivi di budget delle strutture/uffici delle direzioni generale, amministrativa, sanitaria e scientifica;
6. luglio 2023: approvazione del budget con delibera del direttore generale n. 308 del 07.07.2023 rettificata dalla n. 317 del 10.07.2023 e trasmissione della stessa ai responsabili di budget.

Le progettualità censite nelle schede di budget contengono obiettivi quantitativi e qualitativi, rappresentano la prosecuzione delle azioni intraprese negli anni precedenti e sono coerenti con le finalità dichiarate nella programmazione aziendale 2023.

Nelle diverse schede di budget, gli obiettivi strategici aziendali sono stati declinati in obiettivi operativi, con l'individuazione dei relativi indicatori, *target*, criteri di valutazione, peso in termini di incentivazione e articolazione organizzativa responsabile del monitoraggio del dato.

## Attività di monitoraggio infrannuale

L'attività di monitoraggio viene svolta sia per quanto attiene al Piano Attuativo sia al budget.

### Monitoraggio Piano Attuativo Ospedaliero

Durante l'esercizio sono stati garantiti i monitoraggi infrannuali richiesti dalla Regione, il primo al 31.03, il secondo al 30.06 e il terzo al 30.09, come sintetizzato nella tabella seguente:

|   | Al 31.03.2023<br>(delibera CRO n. 246 del<br>31.05.2023) | Al 30.06.2023<br>(delibera CRO n. 345 del<br>31.07.2023) | Al 30.09.2023<br>(delibera CRO n. 445 del<br>31.10.2023) |
|---|--|--|--|
| Andamento dei costi   | <input checked="" type="checkbox"/>                      | <input checked="" type="checkbox"/>                      | <input checked="" type="checkbox"/>                      |
| Manovra del personale                                       | <input checked="" type="checkbox"/>                      | <input checked="" type="checkbox"/>                      | <input checked="" type="checkbox"/>                      |
| Progettualità aziendali<br>(linee progettuali<br>regionali) | <input checked="" type="checkbox"/>                      | <input checked="" type="checkbox"/>                      | <input checked="" type="checkbox"/>                      |
| Investimenti  | <input checked="" type="checkbox"/>                      | <input checked="" type="checkbox"/>                      | <input checked="" type="checkbox"/>                      |

Il controllo annuale è stato realizzato attraverso la predisposizione del Bilancio consuntivo corredato dalla Relazione sulla gestione che esplicita, motiva e commenta i risultati ottenuti rispetto agli obiettivi posti in sede di programmazione, anche con particolare riferimento ai ricavi, ai costi, agli oneri dell'esercizio e agli investimenti (delibera n. 224 del 30.04.2024 di approvazione del bilancio).

### Monitoraggio budget

E' stato attivato un sistema di monitoraggio rivolto ai responsabili di budget con le seguenti modalità:

- il monitoraggio infrannuale di alcuni obiettivi quantitativi all'interno della reportistica direzionale/di struttura operativa (produzione scientifica, consumi prodotti sanitari, etc.);
- il monitoraggio trimestrale delle linee progettuali;
- un monitoraggio delle schede di budget con specifici incontri con i direttori/responsabili delle strutture dei dipartimenti clinici e di ricerca;
- la verifica dello stato di avanzamento degli obiettivi aziendali (gruppi multidisciplinari, progetti di accreditamento/certificazione etc..) in base alla scadenza degli stessi, tramite l'analisi delle relazioni dei referenti dei progetti e delle loro osservazioni.

In particolare, nel periodo novembre-dicembre 2023 si è tenuto un ciclo di incontri di monitoraggio di budget tra la direzione e i diversi responsabili, durante i quali sono stati analizzati gli scostamenti e sono state

negoziare variazioni ad obiettivi/indicatori/risultati attesi/criteri di valutazione. Le revisioni negoziate con la direzione strategica sono state approvate con delibera del direttore generale n. 530 del 22.12.2023.

### ***Valutazione annuale delle schede di budget***

Alla chiusura dell'esercizio si è proceduto alla verifica dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi assegnati nelle diverse schede di *budget* (performance organizzativa).

Per ogni struttura la SOSD controllo di gestione ha effettuato le misurazioni dei risultati sulla base dei dati reperibili direttamente dai diversi sistemi informativi e sulla base dei report e delle evidenze fornite dai responsabili del monitoraggio individuati nelle singole schede di budget. Per ogni obiettivo sono stati applicati i criteri di valutazione definiti in sede di negoziazione e deliberati.

Sono inoltre state valutate le motivazioni e i documenti a supporto di parziali o mancati raggiungimenti di alcuni obiettivi presentati da alcuni centri di responsabilità e, in presenza di questi elementi, si è proceduto al ricalcolo del risultato raggiunto del singolo obiettivo in rapporto al peso del fattore ostativo e alla conseguente determinazione della percentuale di incentivazione.

Alla data di redazione della presente relazione, il percorso non si è ancora concluso. Una volta completata la valutazione, le risultanze saranno inviate ai responsabili di budget e per alcune strutture saranno organizzati degli appositi incontri con la direzione e la SOSD Controllo di Gestione per l'analisi puntuale delle schede. L'OIV integrerà la presente relazione a seguito delle risultanze finali del Ciclo della performance.

### ***Obiettivi finanziati con risorse aggiuntive regionali***

Si prende atto che il CRO ha approvato con le seguenti delibere i progetti correlati alle Risorse Aggiuntive Regionali (RAR), in coerenza con gli obiettivi di interesse regionale:

- n. 507 del 21.12.2023 avente ad oggetto *“Recepimento contratto integrativo d'Istituto per la regolazione dei sistemi incentivanti anno 2023 per l'area della dirigenza dell'area professionale, tecnica ed amministrativa relativo alle risorse aggiuntive regionali”* che riguardano i seguenti obiettivi di interesse regionale:
  - Piano Nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) – Missione 6;
  - messa a regime dei nuovi sistemi gestionali;
  - miglioramento della sicurezza dei sistemi informativi (attuazione D.lgs n. 65 del 18/05/2018);
  - miglioramento dei processi gestionali a seguito dell'approvazione dei nuovi atti aziendali;
  - particolari progettualità aziendali.

- n. 510 del 21.12.2023 avente ad oggetto *“Recepimento contratto integrativo d’Istituto per la regolazione dei sistemi incentivanti anno 2023 per il comparto relativo alle risorse aggiuntive regionali”*, che riguardano i seguenti obiettivi di interesse regionale:
  - situazioni di complessità assistenziale e continuità dei servizi;
  - situazioni di criticità lavorativa;
  - situazione di marginalità territoriale delle strutture
  - attività lavorativa prestata per l’attuazione degli investimenti previsti dalla missione 6 del PNRR
  - attività assistenziali specifiche
  - dipendenti operanti nei servizi tecnico/amministrativi e impegnati nelle specifiche attività progettuali definite dalla direzione strategica o dalle strutture interessate.
  
- n. 509 del 21.12.2023 avente ad oggetto *“Recepimento contratto integrativo d’Istituto per la regolazione dei sistemi incentivanti anno 2023 per l’area della dirigenza area sanità relativo alle risorse aggiuntive regionali”* che riguardano i seguenti obiettivi di interesse regionale:
  - attività assistenziali specifiche;
  - turni programmati in sede diversa da quella abituale;
  - situazioni che comportino azioni riorganizzative di natura temporanea ed eccezionale;
  - attività connesse allo sviluppo o revisione di percorsi/procedure/protocolli nei diversi ambiti clinici e assistenziali;
  - ulteriori attività ritenute strategiche e orientate al miglioramento della performance, della qualità dei servizi ed al recupero dell’efficienza.

Per rendere coerente la metodologia di definizione e declinazione degli obiettivi RAR con quella utilizzata nell’ambito della performance organizzativa, l’attività è stata gestita dalla SOSD controllo di gestione.

Alla chiusura dell’esercizio si è proceduto alla verifica dei risultati raggiunti rispetto ai singoli progetti.

La SOSD controllo di gestione ha richiesto ai singoli referenti dei progetti una breve relazione sullo stato di attuazione del progetto/obiettivo, per valutare i risultati conseguiti in rapporto agli indicatori/target definiti, e l’elenco dei nominativi dei dipendenti, con l’evidenza dell’impegno nel conseguimento del progetto.

Sulla base delle evidenze documentali e dei dati acquisiti, la SOSD controllo di gestione ha predisposto una tabella di rendicontazione dei progetti che è stata successivamente valutata dai direttori sanitario, amministrativo, scientifico e dal dirigente delle professioni sanitarie, ognuno per la parte di propria competenza.

L’Organismo ha preso atto del percorso valutativo attuato.

## ***B. Performance individuale***

### **Valutazione individuale della dirigenza**

La valutazione individuale della dirigenza è tesa ad analizzare e misurare in modo trasparente la performance dei dipendenti e a valorizzare il loro impegno e i risultati conseguiti.

Con deliberazione n. 379 del 24.08.2023 è stato approvato il Sistema di misurazione e valutazione della performance che rappresenta un documento organico nel quale vengono descritte le modalità applicate da questo Istituto in ordine al processo di misurazione e valutazione della performance organizzativa ed individuale e vengono approvate le nuove schede di valutazione. Tra le novità introdotte si evidenzia la previsione anche per la dirigenza della valorizzazione dell'apporto individuale.

Lo strumento utilizzato è rappresentato da una scheda di valutazione, articolata in dimensioni che si differenziano a seconda del soggetto valutato (dirigente responsabile di unità organizzativa in posizione di autonomia e responsabilità o restante personale dirigente). La scheda di valutazione introdotta nel 2023 prevede, per i direttori di struttura complessa o semplice dipartimentale, una dimensione rappresentata dalla capacità di valutare i propri collaboratori, sulla base di una significativa differenziazione dei giudizi.

Tra le varie dimensioni sono ricompresi anche gli obiettivi individuali assegnati ai singoli dirigenti dai direttori di SOC/SOSD, evidenziando il contributo al raggiungimento degli stessi al fine di rendere coerente la performance individuale con quella organizzativa. Gli obiettivi individuali possono essere collegati agli obiettivi della struttura (andando, ad esempio, ad enucleare il contributo specifico richiesto al singolo), ma possono anche fare riferimento ad attività di esclusiva responsabilità del dirigente/dipendente e non collegate a quelle della struttura.

Le diverse dimensioni sono "pesate" attraverso coefficienti di correzione variabili che contribuiscono a rendere il punteggio coerente con le responsabilità dirigenziali attribuite; ciascuna dimensione è scomposta in più fattori di osservazione, il cui valore medio moltiplicato per il coefficiente fornisce il valore della dimensione.

La valutazione individuale è effettuata dal diretto superiore del valutato, secondo i principi del contraddittorio e della partecipazione.

L'occasione del confronto per la valutazione individuale deve essere proficuamente utilizzata anche per individuare piani di miglioramento e sviluppo per il dirigente, dei quali si dovrà tener conto nei programmi formativi aziendali per l'anno successivo.

La valutazione individuale positiva rappresenta la preconditione per la corresponsione della quota di retribuzione di risultato correlata alla performance organizzativa.

Al fine di assicurare adeguati livelli di coerenza tra la performance organizzativa e quella individuale, quest'ultimo percorso verrà avviato nel mese di giugno del corrente anno, non appena conclusa la

valutazione delle schede di budget. Nel frattempo la SOSD controllo di gestione ha predisposto tutte le schede individuali.

### **Valutazione individuale del comparto**

La scheda di valutazione individuale introdotta nel 2023 si differenzia a seconda del soggetto valutato - personale del comparto con incarichi di coordinamento o funzione e altro personale del comparto - e considera 7 dimensioni pesate in misura uguale per le quali il valutatore deve riportare un punteggio da 1 a 5, secondo i seguenti parametri:

1 = insufficiente (valutazione negativa)

2 = sufficiente rispetto al profilo

3 = buono rispetto al profilo

4 = distinto rispetto al profilo

5 = ottimo rispetto al profilo.

La scheda di valutazione degli incarichi di coordinamento o funzione contiene una dimensione rappresentata dalla capacità di valutare i propri collaboratori, sulla base di una significativa differenziazione dei giudizi.

E' tuttora in corso la raccolta delle schede di valutazione da parte della SOC legale, affari generali e gestione di risorse umane; complessivamente sono state compilate 427 schede su un totale di 565.

### ***C. Processo di attuazione del ciclo della performance***

Il processo di funzionamento del Sistema di valutazione nell'anno 2023 è sintetizzato nello schema seguente, con l'indicazione dei soggetti coinvolti nelle varie fasi del ciclo della performance.

| fasì  | documenti  | tempi  | Soggetti coinvolti  |
|---|--|--|---|
| Piano della performance                             | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. PAO</li> <li>2. PIAO</li> <li>3. Schede di budget</li> <li>4. Progetti Risorse Aggiuntive Regionali</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Delibera n. 209 del 17.05.2023</li> <li>2. Delibera n. 316 del 07.07.2023</li> <li>3. Delibera n. 308 del 07.07.2023 rettificata dalla n. 317 del 10.07.2023</li> <li>4.1 Delibera n. 509/2023 per l'area sanità</li> <li>4.2 Delibera n. 510/2023 per l'area del comparto</li> <li>4.3 Delibera n. 507/2023 per l'area della PTA</li> </ol> | Direzione strategica<br>SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie<br>SOSD Controllo di Gestione<br>SOC Legale, Affari Generali e gestione Risorse Umane<br>Responsabile Prevenzione della Corruzione e Trasparenza |
| Monitoraggi infrannuali (performance organizzativa) | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rendiconti economici infrannuali</li> </ol>  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. cadenza trimestrale (vedasi paragrafo Monitoraggio Piano Attuativo Ospedaliero)</li> </ol>   | Direzione strategica<br>SOSD controllo di gestione  |

|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
|  | 2. Revisione budget   | 2. Delibera n. 530 del 22.12.2023                                       |   |
| Performance individuale  | 1. Avvio della valutazione individuale del comparto<br>2. Valutazione individuale della dirigenza | Nota trasmessa l'8 marzo. Scadenza fissata: 31 marzo.<br><br>Da avviare | SOC Legale, Affari Generali e gestione Risorse Umane<br><br>SOSD controllo di gestione  |
| Rendicontazione ed erogazione indennità (obiettivi di performance organizzativa e obiettivi specifici – RAR) | relazione sulla performance   | attività avviata  | Direzione strategica<br><br>SOSD controllo di gestione<br><br>OIV<br><br>SOC Legale, Affari Generali e gestione Risorse Umane |

#### ***D. Infrastruttura di supporto***

Il Servizio sanitario regionale del Friuli Venezia Giulia si avvale della software house regionale INSIEL che mette a disposizione strumenti gestionali sia in ambito amministrativo che sanitario. I sistemi messi a disposizione sono adeguati per quanto attiene alla gestione corrente delle attività, mentre dal punto di vista del controllo di gestione permangono importanti criticità: costi del personale, centri di costo per progetto/attività, assenza di sistemi di reporting automatico, assenza di sistemi di ribaltamento dei costi.

Alla luce di tali considerazioni, l'OIV riconosce lo sforzo sviluppato a livello aziendale ma ritiene opportuno precisare che l'assenza di un sistema di gestione delle performance "automatizzato" ad uso delle diverse articolazioni organizzative impegnate nel ciclo della performance (controller ed ufficio risorse umane) costituisce un importante vincolo operativo che incide anche sulle tempistiche di attuazione del ciclo stesso.

#### ***E. Sistemi informativi e informatici a supporto dell'attuazione del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità e per il rispetto degli obblighi di pubblicazione***

Attualmente non sono attivi sistemi di integrazione dei flussi informativi che provengono dai diversi applicativi aziendali e che permettano quindi una gestione automatizzata a supporto degli obblighi informativi previsti dal D.Lgs. 33/2013. L'Istituto ha adottato un sistema decentrato e diffuso di pubblicazione e aggiornamento dei dati in "Amministrazione Trasparente", in relazione alle funzioni delle singole strutture. In continuità con gli anni precedenti nelle schede di budget delle strutture amministrative è stata prevista un'apposita sezione dedicata agli obiettivi in tema di anticorruzione e trasparenza in coerenza con il contenuto del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione, correlando gli stessi alla retribuzione di risultato e in particolare:

- 1) adempimenti in tema di pubblicazione tempestiva dei documenti, atti e informazioni nella sezione “Amministrazione Trasparente” del sito istituzionale secondo quanto previsto dal Dlgs. 33/2013;
- 2) anticorruzione: mappatura dei processi e valutazione dei rischi di corruzione relativi alla direzione scientifica;
- 3) revisione del Regolamento aziendale in materia di incarichi extra istituzionali
- 4) attività di informazione scientifica su farmaci e dispositivi medici: Acquisizione di un software gestionale in grado di tenere traccia degli appuntamenti degli informatori scientifici al fine di agevolare l’iter di registrazione e di costituire contestualmente un registro degli informatori accreditati e del numero di accessi;
- 5) individuazione di una piattaforma che permetta di ricevere e gestire in totale sicurezza e in conformità al dettato normativo le segnalazioni ricevute dagli utenti, beneficiando del massimo grado di riservatezza.

Nel corso dell’anno si è mantenuto il monitoraggio trimestrale utile a valutare il grado di assolvimento degli obblighi di trasparenza con redazione di una relazione, da parte dei responsabili individuati, sullo stato dell’arte, indicando se i dati sono aggiornati oppure, in caso di ritardi, fornendo motivazioni e stabilendo una data entro la quale assolvere il compito.

L’OIV nella seduta del 12.07.2023, in coerenza con quanto disposto dalla delibera ANAC n. 203/2023, ha proceduto alla verifica di tutte le sezioni e compilato la griglia nel portale ANAC secondo le modalità definite. La rilevazione è stata condotta autonomamente dai singoli componenti OIV a partire dal 30 giugno e durante la seduta del 12.07.2023 è stata condivisa e completata la compilazione on line assumendo a riferimento il sito di back-up reso disponibile dagli uffici competenti e verificando ulteriori aggiornamenti intervenuti sul sito nell’arco temporale trascorso. Durante la compilazione sono emerse alcune criticità nello specifico per quanto riguarda la sezione “bandi di gara e contratti” dal momento che la sezione nel sito CRO era in fase di aggiornamento a seguito delle novità introdotte dall’allegato 9 del PNA 2022. Le criticità sono state sanate entro la scadenza stabilita così come riferito dal RPCT durante la riunione del 17 maggio 2024.

### ***F. Definizione e gestione degli standard di qualità***

L’Istituto ha proseguito il suo impegno negli specifici programmi di accreditamento, sia obbligatorio che volontario, con l’attivazione di programmi di miglioramento continuo della qualità e della sicurezza delle cure ed in particolare:

- nel primo trimestre 2023 si è conclusa positivamente l’attività di accreditamento della diagnostica dei laboratori secondo lo standard ISO 15189, in ottemperanza al Regolamento (UE) 2017/746. Si tratta di un’importante verifica, da parte dell’ente certificatore ACCREDIA, della competenza tecnica e gestionale dei laboratori impegnati in attività di diagnostica in ambito oncologico;

- a maggio 2023 il CRO ha avuto la conferma quale Comprehensive Cancer Center, il prestigioso riconoscimento – giunto al termine di una procedura di accreditamento e verifica molto selettiva e condotta da esperti internazionali – da parte di OECI (Organisation of European Cancer Institutes);
- sempre nel mese di maggio l'Unità Senologica del CRO ha ricevuto con pieno successo la conferma della certificazione come Centro europeo di eccellenza rilasciata da EUSOMA (European Society of Breast Cancer Specialists), la Società europea degli specialisti del cancro al seno;
- nel corso del 2023 è stata inoltre garantita l'integrazione dell'accREDITamento istituzionale da parte della Regione FVG della medicina trasfusionale, che in Istituto coinvolge la SOSD Trattamento Cellule Staminali per le Terapie Cellulari, con l'applicazione dei requisiti di cui al D.P.Reg 92 del 2023 e l'attuazione dell'azione correttiva rilevata in sede di valutazione;
- è proseguita inoltre la strutturazione del sistema gestione qualità della Biobanca in preparazione all'accREDITamento secondo lo standard ISO 20387;
- il Centro Attività Formative è stato riconosciuto come provider ECM nell'ambito dell'accREDITamento istituzionale regionale.

La gestione dei reclami rappresenta un ulteriore strumento utilizzato per l'attuazione di azioni di miglioramento: nel corso del 2023 sono stati registrati 15 reclami, mentre nel 2022 ne sono stati registrati 17.

I motivi principali che li hanno generati sono legati innanzitutto alla grande difficoltà, da parte dell'utenza, di fissare appuntamenti nel rispetto delle priorità definite per prestazioni di diagnostica radiologica (TAC, Mammografie, ecografie mammella) di gastroenterologia, di ginecologia e di chirurgia generale (anoscopie) e chirurgia plastica. Un ulteriore motivo di reclami pervenuti nel 2023 riguarda il rapporto del personale di segreteria e di front office di alcuni servizi/strutture con l'utenza.

### ***G. Utilizzo dei risultati del Sistema di misurazione e valutazione***

I risultati del Sistema di misurazione e di valutazione delle performance generano ricadute giuridiche ed economiche; essi, infatti, assumono rilievo sia ai fini dell'assegnazione, conferma e revoca degli incarichi professionali e di struttura, che ai fini dell'erogazione degli incentivi direttamente correlati agli esiti delle valutazioni espresse. Solo in esito alla conclusione del ciclo della Performance, l'OIV potrà integrare il contenuto di questo paragrafo.

### ***H. Descrizione delle modalità del monitoraggio dell'OIV***

Le modalità di monitoraggio del Sistema di valutazione e della trasparenza e integrità e controlli interni utilizzate dall'OIV sono state:

- analisi dei dati forniti dall'Amministrazione;
- verifica della documentazione fornita dalle strutture aziendali;

- controllo sugli obblighi di pubblicazione direttamente dal sito;
- incontro con Direzione Aziendale e RPCT.

## **Integrazione con il ciclo di bilancio ed i sistemi di controllo interni**

Il livello di coerenza tra il sistema di misurazione e valutazione della performance della programmazione sanitaria annuale con le risorse economico-finanziarie a disposizione dell'Azienda, comprendenti il finanziamento regionale e le entrate proprie, è presente nel PAO coerentemente con le Linee per la Gestione che esplicitano i vincoli economici di cui al paragrafo A della presente relazione.

Nel corso degli ultimi anni, nell'ambito di un generale processo di efficientamento dell'azione amministrativa, il legislatore ha attribuito sempre più rilevanza ai controlli interni.

E' opportuno precisare che a livello aziendale le principali articolazioni organizzative impegnate su attività di controllo in relazione al mandato affidato sono:

- SOSD controllo di gestione
- SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie
- SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane ivi compreso il RPCT
- Ufficio qualità accreditamento e rischio clinico.

E' necessario precisare che i sistemi di controllo interno in essere non sono supportati da sistemi informatici integrati che consentano di svolgere tali funzioni in maniera organica e strutturata.

## **Verifica delle buone pratiche di promozione delle pari opportunità**

Con deliberazione del Direttore Generale n.408 del 06/10/2023 è stato adottato il Piano di Uguaglianza di Genere (o Gender Equality Plan – GEP), pubblicato sul sito del CRO, scaricabile in formato PDF all'indirizzo <https://www.cro.it/it/ricercatori/gep.html>. Inoltre, sempre scaricabile online al medesimo link, è disponibile l'aggiornamento annuale della distribuzione del personale dedicato alla Ricerca, per ruolo e per genere. La cabina di regia (o Gender Equality Team – GET) è stata nominata in data 29.11.2023 ed è costituita da personale della direzione scientifica, della SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane, della SOSD controllo di gestione, dell'ufficio relazioni con il pubblico e comunicazione, del dipartimento della Ricerca e della Diagnostica Avanzata dei Tumori e del dipartimento di Oncologia Medica e avrà l'importante compito di vigilare sulle attività che saranno messe in atto per l'attuazione del Gender Equality Plan dell'Istituto. Il primo incontro del gruppo si è svolto in data 12.12.2023.

Si segnala che a fine 2023 è stata avviata la procedura per la costituzione del Comitato Unico di Garanzia che però è andata deserta. Nei primi mesi del 2024 è stata avviata nuovamente la procedura che ha dato esito positivo e si è in fase di costituzione del CUG.

## **Coinvolgimento degli stakeholder**

La direzione aziendale, al fine di rilevare il livello di qualità dell'attività assistenziale erogata, ha promosso, nei mesi di maggio-giugno 2023, in tutte le aree di degenza e ambulatoriali, la somministrazione di un questionario di soddisfazione dei pazienti al fine di rilevare la qualità percepita rispetto ai servizi/prestazioni offerte e rispetto al loro coinvolgimento nei percorsi di cura, in un contesto di umanizzazione.

Sono stati distribuiti 1.680 questionari e ne sono stati compilati 874.

I risultati dell'indagine sono stati prodotti in collaborazione con la direzione scientifica e le risposte acquisite sono tenute in considerazione dalla Direzione Strategica dell'Istituto perché contribuiscono a fornire utili indicazioni per un continuo miglioramento dei servizi erogati e per monitorare la qualità delle prestazioni di cura ed assistenza prestate.

Gran parte dei questionari compilati sono provenienti dal reparto degenze mediche e dall'area della somministrazione delle chemioterapie.

Nel complesso per ogni quesito posto la maggioranza degli utenti ha dato risposte positive evidenziando una percentuale molto alta di gradimento.

Particolare interesse è emerso dalla ripresa di alcune attività legate all'umanizzazione dell'Istituto, quali la lettura ad Alta Voce e gli Incontri a Tema organizzati dalla Biblioteca Scientifica del CRO.

## **Valutazioni conclusive dell'OIV e proposte di miglioramento**

L'Organismo ha verificato la sostanziale rispondenza della metodologia seguita presso il CRO al quadro normativo in materia di valutazione della *performance*.

Per la fase di definizione degli obiettivi, si ritiene che i processi posti in essere dall'amministrazione siano sostanzialmente idonei a garantirne la rispondenza con i requisiti metodologici definiti dall'art. 5 del d.lgs. n.150/2009.

In considerazione delle attività fino ad oggi agite e in relazione a quanto riscontrato dalle analisi effettuate l'OIV ha potuto evidenziare la presenza di un adeguato sistema di pianificazione e controllo della performance organizzativa, mediante il quale gli obiettivi definiti dalla programmazione regionale e aziendale trovano collocazione operativa nelle schede di budget negoziate con i singoli Responsabili.

Gli strumenti di raccolta e pubblicazione dei dati relativi alla fase di misurazione/valutazione consentono di mettere a disposizione di ciascun Responsabile i risultati raggiunti rispetto agli obiettivi negoziati.

Sicuramente vanno implementati sistemi automatizzati di monitoraggio dei dati a supporto delle attività di controllo e orientamento dei comportamenti, parallelamente ad una adeguata e specifica formazione diretta ai valutatori.

L'impianto generale del sistema informativo e informatico potrebbe, con un suo significativo miglioramento, consentire un valido supporto ad una maggior strutturazione del percorso di ritorno (*feedback*) informativo utile ad un governo più attento ad azioni di dettaglio con tempi di reazione più rapidi rispetto all'andamento del ciclo. Lo sviluppo sarebbe certamente di supporto nel percorso verso la piena attuazione di quanto richiesto dal d.lgs. 150/2009 in merito alla valutazione individuale.

Aviano, 31 maggio 2024

Dott.ssa Barazzutti Cristina

(firmato)

Dott.ssa De Lazzer Paola

(firmato)

Dott. Gianbattista Spagnoli