

**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**

## Sommario

Premessa .....	1
Metodologia di lavoro .....	2
Funzionamento complessivo del Sistema di valutazione .....	2
A. Performance organizzativa .....	2
B. Performance individuale .....	8
C. Processo di attuazione del ciclo della performance .....	11
D. Infrastruttura di supporto .....	12
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 .....	12
F. Definizione e gestione degli standard di qualità .....	13
G. Utilizzo dei risultati del sistema di misurazione e valutazione .....	15
H. Descrizione delle modalità del monitoraggio dell'OIV .....	15
Integrazione con il ciclo di bilancio ed i sistemi di controllo interni .....	15
Verifica delle buone pratiche di promozione delle pari opportunità .....	16
Coinvolgimento degli stakeholder .....	16
Valutazioni conclusive dell'OIV e proposte di miglioramento .....	17

## Premessa

Il presente documento conclude formalmente il ciclo di gestione delle performance 2024 dell'IRCCS CRO di Aviano e viene redatto in conformità a quanto previsto dalla normativa vigente (art. 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.

Con la presente relazione lo scrivente Organismo riferisce sullo stato di funzionamento del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni operante presso l'IRCCS CRO di Aviano nell'anno 2024, mettendo in evidenza gli aspetti positivi e le criticità, nonché le proposte formulate per integrarlo e svilupparlo ulteriormente.

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 2024 si è sviluppata avendo a riferimento:

- PAO (piano attuativo ospedaliero - delibera n. 101 del 21.02.2024);
- PIAO (piano integrato di attività e organizzazione - delibera n. 161 del 22.03.2024);
- Documento di budget - delibera n. 400 del 09.08.2024.

## 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.

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 2024 adottate con DGR n. 48 del 19 gennaio 2024, il CRO ha operato all'interno dei seguenti vincoli gestionali:

- per i farmaci oncologici ed emato-oncologici ospedalieri + 10% della diretta: riduzione del 0,5% del valore registrato nell'anno 2023;
- per i farmaci ospedalieri + 10% diretta con esclusione dei farmaci oncologici ed emato-oncologici: riduzione dell'1% del valore registrato nell'anno 2023;
- 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.

Il percorso di predisposizione della programmazione 2024 si è realizzato attraverso i seguenti provvedimenti:

1. approvazione preliminare delle Linee per la gestione del SSR dell'anno 2024 – che costituiscono il principale riferimento di programmazione attuativa per il SSR – con DGR n. 2177 del 29 dicembre 2023;
2. approvazione definitiva delle Linee per la gestione del SSR nell'anno 2024 con DGR n. 48 del 19 gennaio 2024;
3. elaborazione da parte dell'Istituto della proposta di Piano Aziendale 2024 e trasmissione della stessa alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità (nota prot. n. 1154 del 19.01.2024, modificata e integrata con successive note prot. 1473 del 24.01.2024 e n. 1520 del 25.01.2024), anche sulla base delle indicazioni per la redazione dei documenti contabili inerenti al Bilancio Preventivo 2024, 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 nell' incontro tenutosi il 25 gennaio 2024, durante il quale sono state affrontate le tematiche relative ai contenuti della proposta di Piano Aziendale 2024, negli aspetti economici, organizzativi, degli investimenti, delle attività e del personale;
5. approvazione definitiva del Piano Aziendale e Bilancio Preventivo 2024 con delibera n. 101 del 21 febbraio 2024;
6. approvazione del Patto tra Regione e direttori generali degli enti del SSR, con DGR n. 486 del 5 aprile 2024;
7. approvazione del programma e del Bilancio Preventivo annuale consolidato da parte della Giunta regionale con DGR n. 1446 del 4 ottobre 2024 e successive delibere di integrazione/modificazione.

La programmazione si è sviluppata all'interno 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 PAO, in coerenza con le indicazioni della Regione in tema di programmazione delle Aziende e degli Enti Sanitari per l'anno 2024, sviluppa le progettualità per i seguenti ambiti di interesse del CRO:

Obiettivi strategici o a gestione prioritaria:

- ✓ Governo e potenziamento delle attività di screening;
- ✓ Reti cliniche e percorsi diagnostico terapeutici assistenziali;
- ✓ Governo delle liste d'attesa e del percorso del paziente chirurgico programmato – revisione e sviluppo processi aziendali;

Attività e obiettivi di esercizio e mantenimento:

- ✓ Assistenza ospedaliera;

- ✓ Assistenza farmaceutica e integrativa;
- ✓ Altre linee di attività (Rischio Clinico e Rete Cure Sicure FVG, Acquisizione di beni e servizi ecc);
- ✓ Sistema informativo socio sanitario e privacy;
- ✓ Flussi informativi;
- ✓ La gestione delle risorse umane;
- ✓ Formazione continua ed ECM;
- ✓ Gli investimenti;
- ✓ 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 2024 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 2024 - 2026 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 febbraio con la predisposizione della proposta di budget delle strutture dei dipartimenti clinici e della ricerca. La Regione aveva stabilito che il PAO dovesse essere adottato entro il 31 gennaio 2024 e questo ha determinato un ritardo nell'iter di formalizzazione del budget.

L'iter seguito è stato articolato nelle seguenti fasi:

1. febbraio - maggio 2024:

- definizione da parte della Direzione Strategica in collaborazione con la SOSD controllo di gestione degli obiettivi da assegnare alle varie strutture dei dipartimenti clinici e della ricerca (schede proposta budget). Le schede di budget contengono, per le diverse aree strategiche (attività assistenziale, attività di ricerca, tempi di attesa, progettualità regionali ecc) gli obiettivi, gli indicatori, i target, i criteri di valutazione e le percentuali correlate agli incentivi/retribuzioni di risultato;
- incontri di negoziazione budget con la Direzione Strategica, la SOSD controllo di gestione e i direttori e le funzioni organizzative delle strutture dei dipartimenti clinici e della ricerca;

- formulazione da parte delle strutture/uffici amministrativi di una proposta di budget e negoziazione con la Direzione Strategica, la SOSD controllo di gestione.

2. luglio 2024:

- A seguito della negoziazione degli obiettivi di budget delle strutture dei dipartimenti clinici e della ricerca, si è tenuto l'incontro per la definizione degli obiettivi del comparto dei vari dipartimenti in collaborazione con la direzione delle professioni sanitarie;
- Definizione degli obiettivi delle strutture/uffici della direzione sanitaria e condivisione degli stessi con i responsabili di budget.

3. agosto 2024:

- Delibera n. 400 del 09.08.2024. Approvazione budget e assegnazione budget di risorsa anno 2024.

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 2024.

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 PAO, 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 31.03.2024 (delibera CRO n. 300 del 31.05.2024)	Al 30.06.2024 (delibera CRO n. 386 del 31.07.2024)	Al 30.09.2024 (delibera CRO n. 511 del 31.10.2024)
Andamento dei costi	☒	☒	☒
Manovra del personale	☒	☒	☒
Progettualità aziendali (linee progettuali regionali)	☒	☒	☒
Investimenti	☒	☒	☒

Il termine previsto per la conclusione del controllo annuale è il 30 aprile, con l'approvazione 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.

#### Monitoraggio budget

Anche nel 2024 si è proseguito con il 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 (es. progetti di accreditamento/certificazione, avvio sistema informativo clinico log 80, organizzazione attività ambulatoriale etc..) in base alla scadenza degli stessi, tramite l'analisi delle relazioni dei referenti dei progetti e delle loro osservazioni.

In particolare, nel mese di ottobre 2024 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 negoziate variazioni ad obiettivi/indicatori/risultati attesi/criteri di valutazione.

Le revisioni negoziate fin dal mese di ottobre con la direzione strategica sono state formalizzate con successiva delibera del direttore generale n. 550 del 25.11.2024.

#### **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.

Il percorso si è concluso nel mese di aprile del corrente anno e le risultanze sono state inviate ai singoli responsabili di budget.

Si riporta di seguito una sintesi dei risultati:

	Numero totale obiettivi presenti nelle schede di budget
FASE NEGOZIAZIONE	380
FASE REVISIONE	
<i>obiettivi eliminati</i>	4
<i>obiettivi/indicatori/target modificati</i>	19
<i>totale obiettivi da valutare</i>	376
FASE VALUTAZIONE	
<i>n. obiettivi raggiunti al 100%</i>	333
<i>n. obiettivi raggiunti parzialmente</i>	26
<i>n. obiettivi stralciati</i>	6
<i>obiettivi non raggiunti</i>	11
<i>totale obiettivi valutati di cui 1 con dati parziali</i>	376

### **Altre progettualità**

Con le seguenti delibere sono stati declinate ulteriori progettualità proposte dalla direzione e/o dai singoli responsabili di budget per le tre aree contrattuali, rispetto a quelle già definite nelle schede di budget:

- n. 598 del 20.12.2024 avente ad oggetto *“Recepimento contratto integrativo aziendale sui criteri di utilizzo dei fondi contrattuali – fondo art. 102 “fondo incarichi, progressioni economiche e indennità professionali” e fondo art. 103 “fondo premialità e condizioni di lavoro”, CCNL 02.11.2022 – per l’anno 2024 per il personale del comparto sanità”;*
- n. 597 del 20.12.2024 avente ad oggetto *“Recepimento contratto integrativo d’Istituto per la regolazione dei sistemi incentivanti relativi alla retribuzione di risultato anno 2024 per la dirigenza dell’area professionale, tecnica ed amministrativa”;*

- n. 596 del 20.12.2024 avente ad oggetto *“Recepimento contratto integrativo d’Istituto per la regolazione dei sistemi incentivanti relativi alla retribuzione di risultato anno 2024 per il personale della dirigenza area sanità”*.

I progetti individuati vedono il coinvolgimento di alcune articolazioni organizzative della parte amministrativa e sanitaria. Per ogni progetto, in coerenza con le aree strategiche aziendali, sono stati individuati gli indicatori, i risultati attesi, il numero di partecipanti potenziali e il relativo valore economico massimo previsto. Si precisa che per l’area del comparto la corresponsione dell’incentivazione viene erogata a fronte di ore aggiuntive con l’eccezione di alcuni progetti di tipo qualitativo, così come disciplinato nell’accordo.

Inoltre sono stati individuati, per l’area del comparto e l’area della dirigenza PTA, alcuni progetti di rilevanza strategica per l’Istituto correlati alla quota del direttore generale.

Per rendere coerente la metodologia di definizione e declinazione dei progetti 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, nei mesi di febbraio e marzo, 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. Il percorso di valutazione si è concluso nel mese di aprile del corrente anno.

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

### **Valutazione individuale della dirigenza**

La valutazione individuale della dirigenza è tesa ad analizzare e misurare, in modo trasparente, la performance della dirigenza e a valorizzare l’impegno e i risultati conseguiti.

Con nota prot. 4845 del 10 marzo 2025 sono state trasmesse ai valutatori le schede individuali dell’area della dirigenza. Il percorso è in fase di conclusione. Si riporta di seguito una sintesi dei dati disponibili alla data del 18 aprile 2025:

Numero Dirigenti 198

SCHEDE VALUTABILI	185
SCHEDE VALUTATE	183
SCHEDE NON VALUTABILI	13
SCHEDE FIRMATE VALUTATO	161
SCHEDE DA VALUTARE	2

Fascia di punteggio	%premio annuo spettante	n. schede	% su tot. schede valutabili
35-40	100%	87	48%
27-34	90%	82	45%
19-26	80%	13	7%
10-18	50%	1	1%
< 10	0%	0	0%
<i>Schede valutate</i>		<b>183</b>	
<i>Schede non valutabili</i>		<b>13</b>	
<i>Totale dipendenti</i>		<b>198</b>	

Personale del comparto ricerca

N. Ricercatori sanitari da valutare: 38

punteggio complessivo scheda di valutazione individuale	% premio annuo spettante correlato alla quota di valutazione individuale	nr. schede
7-13	0%	0
14-17	50%	0
18-21	80%	0
22-25	90%	1
26-35	100%	37

personale valutato: 38

N. collaboratori di ricerca da valutare: 40

punteggio complessivo scheda di valutazione individuale	% premio annuo spettante correlato alla quota di valutazione individuale	nr. schede
7-13	0%	1
14-17	50%	0
18-21	80%	0
22-25	90%	0
26-35	100%	39

personale valutato: 40

### **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.

Con nota prot. 3233 del 17 febbraio 2025 sono state trasmesse ai valutatori le schede individuali dell'area del comparto. Il percorso è in fase di conclusione; di seguito si riportano i dati disponibili alla data del 18 aprile 2025:

#### ***personale del comparto sanità***

Numero Dipendenti	574
<i>schede valutabili</i>	549
<i>schede valutate</i>	549
<i>schede non valutabili</i>	25
<i>schede firmate valutato</i>	512
<i>schede da valutare</i>	0

Fascia di punteggio	%premio annuo spettante	n. schede	% su tot. schede valutabili
7-13	0%	0	0,00%
14-17	50%	1	0,18%
18-21	80%	2	0,36%
22-25	90%	5	0,91%
26-35	100%	541	98,54%
totale		549	

#### ***personale del comparto ricerca***

N. Ricercatori sanitari da valutare: 38

punteggio complessivo scheda di valutazione individuale	% premio annuo spettante correlato alla quota di valutazione individuale	nr. schede
7-13	0%	0
14-17	50%	0
18-21	80%	0
22-25	90%	1
26-35	100%	37

personale valutato: 38

N. collaboratori di ricerca da valutare: 40

punteggio complessivo scheda di valutazione individuale	% premio annuo spettante correlato alla quota di valutazione individuale	nr. schede
7-13	0%	1
14-17	50%	0
18-21	80%	0
22-25	90%	0
26-35	100%	39

personale valutato: 40

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

Il processo di funzionamento del Sistema di valutazione nell'anno 2024 è sintetizzato nello schema seguente, con l'indicazione dei soggetti coinvolti nelle varie fasi del ciclo della performance.

Fasi	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. 101 del 21.02.2024</li> <li>2. Delibera n. 361 del 22.03.2024</li> <li>3. Delibera n. 400 del 09.08.2024</li> <li>4.1 Delibera n. 596/2024 per l'area sanità</li> <li>4.2 Delibera n. 598/2024 per l'area del comparto</li> <li>4.3 Delibera n. 597/2024 per l'area della PTA</li> </ol>	Direzione strategica SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie SOSD Controllo di Gestione SOC Legale, Affari Generali e gestione Risorse Umane Responsabile Prevenzione della Corruzione e Trasparenza
Monitoraggi infrannuali (performance organizzativa)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rendiconti economici infrannuali</li> <li>2. Revisione budget</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. cadenza trimestrale (31.05, 31.07 e 31.10)</li> <li>2. Delibera n. 550 del 25.11.2024</li> </ol>	Direzione strategica SOSD controllo di gestione

Performance individuale	1. Avvio della valutazione individuale del comparto 2. Valutazione individuale della dirigenza	nota prot. 3233 del 17 febbraio 2025  nota prot. 4845 del 10 marzo 2025	SOC Legale, Affari Generali e gestione Risorse Umane  SOSD controllo di gestione
Rendicontazione ed erogazione indennità (obiettivi di performance organizzativa e altre progettualità)	relazione sulla performance	Formalizzazione relazione entro il 30.06.2025  Validazione della relazione entro il 30.09.2025	Direzione strategica  SOSD controllo di gestione  OIV  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 - come già evidenziato nella analogha Relazione del 2023 - 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 negativamente 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 e s.m.i..

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 27.06.2024, in coerenza con quanto disposto dalla delibera ANAC n. 213/2024, 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 e durante la seduta del 27.06.2024 è stata condivisa e completata la compilazione on line assumendo a riferimento il sito di back-up reso disponibile dagli uffici competenti. Durante la compilazione sono state rilevate alcune non piene conformità; in relazione alle valutazioni con l'indicazione NON APPLICABILE (n/a) si precisa che questo item è stato utilizzato sia per le fattispecie non applicabili in quanto non pertinenti/non attinenti al contesto dell'Istituto che per gli item per i quali non sono presenti dati da pubblicare.

Durante la seduta OIV del 28.11.2024 l'Organismo, in collaborazione con l'RPCT, ha verificato che per le sezioni che presentavano delle criticità nella rilevazione al 30 giugno sono state attuate le azioni necessarie a raggiungere la piena conformità alle indicazioni ANAC. La Presidente dell'Organismo ha completato la rilevazione nella piattaforma di acquisizione attestazioni-OIV nel portale ANAC.

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

L'Istituto è impegnato da anni in diversi programmi di accreditamento, molti dei quali volontari. Alcuni coinvolgono l'organizzazione nel suo complesso e tutti i processi di diagnosi, cura, formazione, come l'accREDITAMENTO istituzionale regionale e l'accREDITAMENTO secondo lo standard OECl.

Altri programmi sono invece più specifici e riguardano solo alcuni processi e/o strutture:

- l'accREDITAMENTO della diagnostica di laboratorio secondo lo standard ISO 15189, in ottemperanza ai Regolamenti (UE) 2017/746 e 2022/112, che coinvolge il Dipartimento della Ricerca Traslazionale e della Diagnostica Avanzata dei Tumori;
- l'accREDITAMENTO del Programma Trapianto di Cellule Staminali Emopoietiche secondo lo standard FACT-JACIE e i requisiti CNT, che coinvolge la SOSD Oncoematologia, trapianti emopoietici e terapie cellulari e la SOSD Trattamento di cellule staminali per le terapie cellulari;
- l'accREDITAMENTO della Breast Unit secondo lo standard EUSOMA che coinvolge le strutture di Chirurgia Oncologica del Seno, Anatomia Patologica ad Indirizzo Oncologico, Radiologia e Radiologia Senologica, Oncologia Medica e Prevenzione Oncologica, Oncologia Radioterapica, Medicina Nucleare, Oncogenetica e Oncogenomica Funzionale, Genetica Tumori Ereditari, Oncologia Molecolare e Modelli Preclinici di Progressione Tumorale, Psicologia Oncologica, Farmacia;
- l'accREDITAMENTO istituzionale regionale della Medicina Trasfusionale che coinvolge la SOSD Trattamento di cellule staminali per le terapie cellulari e l'Istituto in quanto sede (e quindi responsabile per gli aspetti strutturali e impiantistici) della Medicina Trasfusionale di ASFO;
- l'accREDITAMENTO istituzionale regionale come provider ECM del Centro Attività Formative;

- l'autorizzazione da parte di AIFA allo svolgimento di Sperimentazioni cliniche di Fase 1 che coinvolge le unità di oncologia medica, l'Unità Farmaci Antiblastici e il laboratorio di Immunopatologia e Biomarcatori Oncologici.

Nel corso del 2024 sono state svolte le seguenti attività relative ai diversi programmi di accreditamento:

- visita di rinnovo dell'accreditamento della Breast Unit (30 e 31 maggio), conclusasi con la segnalazione di alcune Non Conformità, raccomandazioni e osservazioni alle quali si è dato seguito nel rispetto delle tempistiche previste dal programma;
- seconda visita di mantenimento dell'accreditamento del Dipartimento della Ricerca secondo lo standard ISO 15189 da parte di ACCREDIA (27, 28 e 29 febbraio 2024). L'audit ha messo in evidenza alcuni rilievi che sono stati oggetto di un piano di miglioramento approvato da ACCREDIA e attuato, in vista della terza visita di mantenimento e contestuale transizione alla nuova revisione della Norma;
- visita di accreditamento istituzionale regionale (dal 6 al 10 maggio 2024). Il processo, anche nella sua preparazione, ha coinvolto gran parte del personale dell'Istituto e si è concluso con il rilievo di alcune carenze, che saranno oggetto di un piano di adeguamento nel corso del 2025;
- strutturazione del Sistema Gestione Qualità della Biobanca, conformemente anche a quanto previsto dal Piano Regionale della medicina di laboratorio (approvato con DGR 599/2017) e dal Protocollo d'Intesa tra il CRO e ASUFC (DDG 120/2023);
- preparazione al rinnovo dell'accreditamento del Programma Trapianto CSE. Il sistema qualità del programma, a seguito dei cambiamenti organizzativi delle due unità che vi partecipano, è stato messo in revisione e la gestione documentale dell'unità clinica inserita nel gestionale Qualibus.

La gestione dei reclami rappresenta un ulteriore strumento utilizzato per l'attuazione di azioni di miglioramento: nel corso del 2024 sono stati registrati 22 reclami, di cui 20 evasi entro i 30 giorni. I motivi principali che li hanno generati sono legati alla difficoltà, da parte dell'utenza, di fissare appuntamenti, segnalazione di lunghe attese e il rapporto del personale di segreteria, infermieristico e medico di alcuni servizi/strutture con l'utenza.

Le direzioni, dopo aver analizzato le cause che hanno principalmente generato i reclami (comunicazione e organizzazione), hanno disposto l'avvio nel corso del 2025 di corsi di formazione dedicati al personale sulla comunicazione al paziente, inserendo gli stessi tra gli obiettivi di budget non incentivati. Per migliorare l'organizzazione del lavoro sono stati inoltre incrementati sistemi di monitoraggio, all'interno di ogni Dipartimento, per aumentare l'efficienza e l'efficacia dei team lavorativi.

La Carta dei servizi viene aggiornata ogni mese ed è disponibile agli utenti sia nel sito web aziendale e sia nella pagina dedicata della sezione di Amministrazione trasparente. Nel corso del 2024, per facilitare i percorsi e le modalità di accesso dei cittadini, gli aggiornamenti hanno interessato:

- organigramma;
- contatti telefonici e via mail;
- modalità di prenotazione delle visite.

### ***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.

### ***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) dell'Istituto.

Sulla base delle linee guida europee, il GEP ha individuato cinque macroaree (*equilibrio tra la vita e lavoro e la cultura organizzativa, equilibrio di genere nelle posizioni apicali e negli organi decisionali, uguaglianza di genere nel reclutamento e nelle progressioni di carriera, integrazione della dimensione di genere nella medicina e nella ricerca, formazione volta alla promozione dell'eguaglianza di genere*), sulle quali sviluppare azioni di miglioramento con obiettivi monitorati mediante report annuale.

Tutti e 5 i punti sono stati già avviati e nel 2025 si prevede di testare la somministrazione della survey ad un gruppo ristretto di ricercatori.

Nell'anno 2024 il GEP:

1. E' stato presentato come poster dal titolo "Gender Equality in Research Governance of IRCCS -Italian Research Hospitals" al Congresso Annuale della European Association of Research Manager and Administrator che si è tenuto ad Odense (Danimarca) dal 22 al 25 aprile 2024 vincendo il "People's Choice Poster Award";
2. Ha partecipato al Premio Protagoniste in Sanità 2024 - SFIDA 1 IRCCS Pubblici "Bilancio di genere, Certificazione di parità di genere, Gender Equality Plan" della Community italiana di Donne Protagoniste in Sanità.

## Coinvolgimento degli stakeholder

Il coinvolgimento dei pazienti, dei loro famigliari e delle numerose organizzazioni di volontariato presenti in regione nella pianificazione e organizzazione delle attività Istituzionali è un'attività sostanziale per l'Istituto.

"Insieme" al posto di "per" è il motto del programma di "Patient Education and Empowerment" che è coordinato dalla Biblioteca Scientifica e per i Pazienti del CRO.

Lo scopo dell'Istituto è offrire ai pazienti un accesso coordinato alla diagnosi e alle cure più avanzate e far lavorare fianco a fianco il personale che si occupa dell'assistenza e quello che opera nella ricerca, sia di laboratorio che epidemiologica. Sotto questo aspetto, nel periodo dal 2 settembre al 15 ottobre 2024, l'Istituto ha proseguito, in continuità con gli anni precedenti, una campagna d'indagine sulla soddisfazione

dell'utente tramite la somministrazione di 662 questionari nelle diverse strutture di degenza, ambulatori e servizi diagnostici.

Le domande riguardavano sia aspetti organizzativi (come arrivare ed orientarsi nell'Istituto, i tempi d'attesa), sia aspetti di carattere sociale e relazionale (attenzione sugli aspetti della qualità di vita, continuità dell'assistenza, servizio psicologico, ecc.). È stata, inoltre, data la possibilità al paziente di esprimere un proprio parere personale tramite le sezioni variabili dei suggerimenti a risposta libera.

Il monitoraggio e la misurazione della soddisfazione del paziente si basano sull'analisi dei dati forniti dalla raccolta dei questionari. Sono strumento di riesame della direzione e offrono suggerimenti per migliorare ulteriormente l'esperienza dei pazienti e rendere il CRO un centro di eccellenza sempre più attento alle esigenze individuali. Al sondaggio hanno partecipato un campione di pazienti con età compresa tra i 17 e 93 anni, la maggior parte provenienti dal Friuli Venezia Giulia (57,2%) e dal Veneto (32,4%) tra i quali la percentuale maggiore rappresentata dalle donne (67,5%). Dai dati rilevati si è potuto delineare un profilo di soddisfazione generale dei pazienti sia per l'assistenza ricevuta, sia per la qualità delle cure e la sensibilità del personale dell'Istituto. I suggerimenti di miglioramento ricevuti interessano le tematiche riguardanti la struttura, la possibilità di servizi aggiuntivi, liste d'attesa e comunicazione.

Nel corso del 2024 sono proseguiti gli incontri a tema con pazienti e cittadini, che costituiscono una delle attività fondamentali del programma istituzionale Patient Education & Empowerment del CRO. Gli incontri sono occasione di confronto fra pazienti e personale medico-sanitario su tematiche relative all'oncologia. Fra aprile e dicembre 2024 sono stati realizzati 21 incontri a tema, rivolti a pazienti e cittadini, che hanno coinvolto 40 professionisti del CRO con una media di 15 pazienti ad incontro. Il calendario è stato redatto sia in riferimento alle richieste pervenute alla Biblioteca Pazienti da pazienti e caregivers, sia da esigenze manifestate dal personale dell'Istituto.

## **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.

Costituiscono ambito di miglioramento l'individuazione di azioni/modalità operative per una maggiore tempestività nella programmazione di budget pur mantenendo il necessario collegamento con la programmazione regionale.

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, 30 aprile 2025

Dott.ssa Barazzutti Cristina

*(firmato)*

Dott.ssa De Lazzer Paola

*(firmato)*

Dott. Roberto Abati

*(firmato)*