



ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO DI DIRITTO PUBBLICO (D.I. 31/07/90)
Via Franco Gallini, 2 - 33081 AVIANO - Italy - C.F. P.I. 00623340932 - Tel. 39-434-659111 - Fax 39-434-652182.

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ANNO 2024

Relazione sulla performance anno 2024

1. PRESENTAZIONE	2
2. ANALISI DEL CONTESTO	3
2.1 Attività clinico-assistenziale	3
2.2 Attività scientifica	4
2.3 Percorsi di accreditamento	4
3. I PRINCIPALI RISULTATI RAGGIUNTI	5
3.1 Attività di ricovero	5
3.2 Attività ambulatoriale e di screening.....	9
3.3 Tempi di attesa	13
3.4 Il Sistema di Valutazione del Network delle Regioni	17
3.5 Attività Scientifica	18
3.5 Piano strategico triennale 2022-2024.....	19
4. ANALISI DELLE RISORSE	22
4.1 Risorse umane	22
4.2 Risorse economiche e finanziarie	26
4.3 Bilancio di genere e benessere sul posto di lavoro	33
4.4 Smart working	37
4.5 Rilevazione soddisfazione degli utenti.....	38
4.6 Stato di attuazione del piano triennale di prevenzione della corruzione e della Trasparenza (P.T.P.C.T.).....	40
5. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA	40
5.1 Piano attuativo ospedaliero	40
5.2 Obiettivi di budget	41
6. ALTRE PROGETTUALITA'	49
7. PRODUTTIVITÀ STRATEGICA	53
8. PERFORMANCE INDIVIDUALE	54
8.1 Valutazione individuale della dirigenza	54
8.2 Valutazione individuale del comparto	56

1. PRESENTAZIONE

La presente relazione è redatta ai sensi dell'art. 10, comma 1, lett. b) del d.lgs. 150/2009, così come modificato dal d.lgs. 74/2017 e sulla base delle indicazioni contenute nel documento n. 3/novembre 2018 del dipartimento della funzione pubblica avente per oggetto "Linee guida per la relazione annuale sulla performance".

Il documento evidenzia a consuntivo i risultati di sintesi ottenuti dall'azienda rispetto agli obiettivi programmati e assegnati nell'anno 2024 e riportati nel Piano Attuativo (PAO), nel Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) e nel documento di budget. Per maggiori dettagli si rinvia ai documenti che compongono il ciclo della performance.

Il percorso di valutazione della performance organizzativa e individuale, delle altre progettualità e della produttività strategica si è concluso nel mese di aprile 2025, pertanto sono disponibili tutti gli elementi per la predisposizione della suddetta relazione.

La Relazione viene sottoposta - per la validazione - all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) ai sensi dell'art. 14, commi 4, lettera c, e dell'art. 6 del D.LGS 150/2009.

Il modello operativo, al quale l'Istituto si ispira, è quello della programmazione negoziata attraverso lo strumento di definizione degli obiettivi e verifica del raggiungimento degli stessi rappresentato dal processo di budget.

2. ANALISI DEL CONTESTO

L'Ente è un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) classificato come ospedale di alta specializzazione e di rilievo nazionale per l'Oncologia e si dedica allo sviluppo dell'eccellenza nella prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle malattie oncologiche attraverso la presa in carico multidisciplinare e integrata del paziente, la ricerca clinica, pre-clinica e traslazionale, l'alta formazione e attività di informazione ed educazione dei pazienti.

In questo contesto è impegnato nella adozione/revisione di percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) multidisciplinari ed integrati e nella gestione del paziente mediante Gruppi Aziendali Multidisciplinari Oncologici (GAMO). Ogni GAMO è costituito da professionisti sanitari delle differenti discipline coinvolte nel trattamento di una specifica patologia per assicurare la migliore gestione nel percorso di diagnosi, cura e riabilitazione dei pazienti affetti da tumore.

L'IRCCS CRO assicura altresì le attività previste dalla programmazione regionale nei presidi ospedalieri dell'Azienda Sanitaria Friuli Occidentale (ASFO). In particolare, in ragione dell'assetto organizzativo delineato nelle norme regionali, il CRO svolge anche per ASFO le funzioni di Radioterapia, Oncologia e Medicina Nucleare.

2.1 Attività clinico-assistenziale

L'offerta clinica del CRO comprende trattamenti di oncologia medica innovativi (medicina di precisione, immunoterapia, etc..), chirurgia oncologica generale, chirurgia senologica, chirurgia ginecologica oncologica e un'avanzata radioterapia sia curativa sia palliativa. E' presente, inoltre, un reparto "Area Giovani e radioterapia pediatrica" che si occupa della presa in carico e del trattamento dei giovani adulti, con patologie oncologiche ed oncoematologiche nonché funge da riferimento regionale per il trattamento radiante dei pazienti pediatrici. L'offerta dell'oncologia medica e chirurgica comprende linfomi e leucemie, tumori femminili, tumori dell'apparato genito-urinario, dell'apparato respiratorio, della testa e del collo, del tratto gastrointestinale, della cute e degli annessi, dei sarcomi e dei tumori rari, dei pazienti in immunodepressione, dedicando molta attenzione all'inclusione ed ai risultati della terapia nei pazienti fragili, in particolari gli anziani. Vi è inoltre, un percorso dedicato e finalizzato alla presa in carico multiprofessionale e multidisciplinare del paziente oncologico per cure simultanee e cure palliative. L'Istituto si caratterizza anche per lo studio dei tumori associati ad agenti infettivi. L'Istituto mantiene attenzione prioritaria a consolidare il proprio ruolo di riferimento nazionale sulle patologie di pertinenza sia per le attività clinico assistenziali sia per la partecipazione e lo sviluppo di linee di ricerca. L'attrazione esercitata sulla popolazione oncologica è legata alle specificità del CRO che offre un approccio diagnostico e terapeutico multidisciplinare, la possibilità di accedere a cure innovative e di partecipare allo sviluppo delle conoscenze scientifiche sia promuovendo che partecipando a protocolli di ricerca clinica e traslazionale. Le attività dei GAMO (Gruppi Aziendali Multidisciplinari Oncologici) sono state ottimizzate anche sviluppando opportunamente il sistema informativo a supporto della presa in carico dei pazienti.

Presso l'Istituto anche in considerazione dell'esperienza consolidata negli anni e alla collaborazione con le principali istituzioni/società scientifiche a livello nazionale e internazionale, l'attività di sequenziamento e di analisi biomolecolari per gli ambiti già disciplinati viene svolta abitualmente come pratica clinica nell'ambito dei gruppi di patologia multidisciplinari (GAMO), in cui è sempre rappresentato un oncologo/patologo biomolecolare e/o un genetista. L'attività del MTB è invece focalizzata sull'identificazione di possibili alternative terapeutiche per quei pazienti che hanno già completato le terapie indicate per le proprie patologie o hanno una storia clinica peculiare che necessita di ulteriori approfondimenti (una valutazione bio-molecolare di secondo livello).

2.2 Attività scientifica

Come IRCCS, il CRO punta a offrire ai pazienti un accesso coordinato alla diagnosi e alle cure più avanzate, facendo lavorare fianco a fianco il personale che si occupa dell'assistenza e il personale che opera nella ricerca. L'istituto è una realtà d'eccellenza, in particolare nell'ambito della genetica e della biologia dei tumori, ma anche nell'epidemiologia, nella prevenzione, nello studio dei tumori solidi (seno, ovaio, polmone e testa/collo) e del sistema linfatico, oltre a quelli associati ad agenti infettivi.

I progetti di ricerca sono principalmente traslazionali, ovvero puntano a garantire, nel più breve tempo possibile, che le scoperte scientifiche abbiano una ricaduta concreta sulle terapie per i pazienti e, nel caso di prevenzione e diagnosi, di mettere a disposizione le conoscenze per la popolazione maggiormente a rischio di sviluppare una neoplasia. Ogni anno, al CRO si gestiscono più di 80 studi clinici volti a verificare l'efficacia di nuovi farmaci e metodi diagnostici anche con il supporto della Biobanca unica regionale presente in istituto.

A livello regionale, il Centro è responsabile del Registro tumori che pubblica ogni anno i dati su incidenza, mortalità e sopravvivenza per tumore in Friuli Venezia Giulia.

La biblioteca scientifica e per i pazienti del CRO è particolarmente attiva nelle iniziative d'informazione ed educazione rivolte ai malati e alle loro famiglie.

L'associazionismo e il volontariato del territorio affiancano il centro oncologico; fin dalla sua inaugurazione, il CRO ha instaurato proficue collaborazioni con le associazioni di volontariato locali e nazionali, ma anche con organizzazioni quali AIRC, AIL o LILT. Ogni anno, i ricercatori dell'Istituto ottengono diversi milioni di euro di finanziamenti grazie a *Grant Competitive*, mentre oltre 70mila contribuenti scelgono di destinare al Centro il loro 5 per mille.

2.3 Percorsi di accreditamento

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.

In particolare, nel corso dell'anno si sono svolte le seguenti visite di accreditamento:

- rinnovo accreditamento EUSOMA della Breast Unit (30 e 31 maggio)
- mantenimento accreditamento DRDAT secondo ISO 15189 (27, 28 e 29 febbraio)
- rinnovo dell'accREDITAMENTO istituzionale regionale dell'Istituto.

AccREDITAMENTO EUSOMA Breast Unit

La visita di rinnovo dell'accREDITAMENTO, si è conclusa con la segnalazione di alcune Non Conformità, raccomandazioni e osservazioni alle quali si è dato seguito nel rispetto delle tempistiche previste dal programma. Nello specifico, le Non Conformità, sia minori che maggiori, unitamente alle raccomandazioni, sono oggetto di un piano di adeguamento che verrà verificato in buona parte nel corso della visita di mantenimento del 2025.

AccREDITAMENTO ISO 15189 Dipartimento della ricerca e della diagnostica avanzata dei tumori

Si è svolta la seconda visita di mantenimento dell'accREDITAMENTO secondo lo standard ISO 15189 da parte di ACCREDIA. 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, fissata per il 25, 26 e 27 febbraio 2025. Nel corso del 2024 si sono inoltre svolti gli audit interni al fine di verificare la conformità del sistema rispetto agli standard della revisione 2024.

AccREDITAMENTO Istituzionale regionale

Il processo di accREDITAMENTO istituzionale ha coinvolto, nella sua preparazione, gran parte del personale dell'Istituto e si è concluso con il rilievo di alcune carenze, in particolare relative ai requisiti autorizzativi (strutturali/impiantistici). Si attende il decreto di accREDITAMENTO con riserva che darà anche le scadenze specifiche per programmare e avviare il piano di adeguamento.

E' proseguita inoltre la strutturazione del sistema gestione qualità della Biobanca in preparazione all'accREDITAMENTO secondo lo standard ISO 20387, 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).

3. I PRINCIPALI RISULTATI RAGGIUNTI

3.1 Attività di ricovero

Complessivamente il numero di ricoveri dell'anno 2024 è stato pari a 3.725, di cui 2.471 in regime ordinario e 1.254 in day hospital. Rispetto ai risultati dell'anno precedente, si registra una riduzione dell'attività in regime ordinario (-8,99%), con particolare riferimento ai DRG medici (-15%) ed un leggero calo dei ricoveri in day hospital (-2%).

Numero dimessi

Regime di ricovero	2022	2023	2024	var	var %
DH	1.219	1.274	1.254	- 20	-1,57%
ORD	3.461	2.715	2.471	- 244	-8,99%

Numero dimessi ricovero ordinario

per tipologia di DRG	2022	2023	2024	VAR. 2024/2023	VAR.% 2024/2023
D.R.G. chirurgico	1.345	1.222	1.203	-19	-2%
D.R.G. medico	2.115	1.493	1.268	-225	-15%
TOTALE	3.460	2.715	2.471	-244	-9%

Numero Day Hospital – per tipologia DRG e per tipo di degenza

D.R.G. medico	2022	2023	2024	VAR. 2024/2023	VAR % 2024/2023
D.H.1 G.	14	22	25	3	13,64%
D.H. CICLO	400	414	415	1	0,24%
D.R.G. chirurgico					
Day surgery	243	242	268	26	10,74%
altri day hospital	561	596	546	-50	-8,39%
TOTALE DAY HOSPITAL	1.218	1.274	1.254	-20	-1,57%

Il numero di ricoveri ordinari medici è diminuito a seguito del trasferimento di alcune tipologie di ricovero in setting assistenziali più appropriati (DH o ambulatoriale), con un aumento della complessità della restante casistica, come evidenziato dai valori del peso medio DRG e dall'indicatore dei DRG ad alto rischio di inappropriatezza.

	2022	2023	2024
Peso medio DRG ricoveri ordinari	1,3	1,4	1,4
C4.13 DRG ad alto rischio di inappropriatezza	0,74	0,46	0,37

Questa riduzione che riguarda entrambe le strutture di oncologia è interpretabile quale effetto degli avanzamenti diagnostici e terapeutici a cui si sta assistendo negli anni più recenti. Nello specifico, le cure sono migliorate in termini di efficacia e di sicurezza (tollerabilità), limitando le condizioni cliniche che richiedono una gestione mediante ricovero ordinario. Inoltre, terapie che in passato richiedevano una somministrazione in area degenze per la complessità degli schemi (es. terapie infusionali parte di regimi a più farmaci erogati in più giorni consecutivi), sono oggi state sostituite da formulazioni orali o per via sottocutanea che vengono erogate nel contesto ambulatoriale.

Casistica dell'attività di ricovero complessiva suddivisa per tipologia di DRG

DRG di tipo chirurgico

Codice DRG	Descrizione DRG	Nr. dimessi		
		anno 2022	anno 2023	anno 2024
359	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI SENZA CC	198	215	214
408	ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE CON ALTRI INTERVENTI	181	114	109
260	MASTECTOMIA SUBTOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI SENZA CC	171	195	243
364	DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, CONIZZAZIONE ECCETTO PER NEOPLASIE MALIGNI	166	112	85
008	INTERVENTI SU NERVI PERIFERICI E CRANICI E ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA NERVOSO SENZA CC	165	194	194
262	BIOPSIA DELLA MAMMELLA E ESCISSIONE LOCALE NON PER NEOPLASIE MALIGNI	124	110	79
266	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI ECCETTO PER ULCERE DELLA PELLE/CELLULITE SENZA CC	117	149	126
258	MASTECTOMIA TOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI SENZA CC	81	86	91
353	EVISCERAZIONE PELVICA, ISTERECTOMIA RADICALE E VULVECTOMIA RADICALE	74	75	48
360	INTERVENTI SU VAGINA, CERVICE E VULVA	74	45	52
TOTALE		1.351	1.295	1.241

DRG di tipo medico

Codice DRG	Descrizione DRG	Nr. Dimessi		
		anno 2022	anno 2023	anno 2024
410	CHEMIOTERAPIA NON ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA	1098	587	441
404	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA SENZA CC	212	170	171
409	RADIOTERAPIA	207	207	193
082	NEOPLASIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	104	99	85
403	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON CC	99	96	87
203	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO EPATOBILIARE O DEL PANCREAS	69	40	29
301	MALATTIE ENDOCRINE SENZA CC	56	60	78
172	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE CON CC	54	41	38
173	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE SENZA CC	38	19	28
239	FRATTURE PATOLOGICHE E NEOPLASIE MALIGNI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO	37	29	12
TOTALE		1.974	1.348	1.162

Provenienza numero dimessi ordinari

	2022	2023	2024	% provenienza anno 2023	% provenienza anno 2024
Regionali	2.069	1.688	1.544	60%	62%
Extra-regionali	1.391	1.027	927	40%	38%
TOTALE	3.460	2.715	2.471		

Gli indicatori di degenza ordinaria, monitorati dal sistema di valutazione del Network delle Regioni promosso dalla Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, confrontano la degenza media per ciascun ricovero con la media registrata nel 2023 per la stessa tipologia di ricovero nelle diverse regioni del network. In termini gestionali, l'IPDM consente di comprendere il grado di efficienza con cui una struttura provvede all'erogazione delle prestazioni: a un basso livello dell'indicatore (minor numero di giorni di ricovero) si associa una buona capacità di gestione del paziente, sia rispetto alla condizione clinica che all'utilizzo di risorse. L'IPDM permette una valutazione omogenea delle strutture poste a confronto, in quanto le aziende sono monitorate tenendo conto della casistica erogata e, quindi, della tipologia di pazienti trattati. I dati dell'ultimo triennio evidenziano una performance in miglioramento:

	Fasce di valutazione	2022	2023	2024
C2.AM- indice di performance degenza media - ricoveri medici	Valutazione pessima 1.25 - 0.75 ■ Valutazione scarsa 0.75 - 0.25 ■ Valutazione media 0.25 - -0.25 ■	-2,46	-1,42	-0,62
C2.AM- indice di performance degenza media - ricoveri chirurgici	Valutazione buona -0.25 - -0.75 ■ Valutazione ottima -0.75 - -1.25 ■	0,98	1,32	0,24

L'attività chirurgica nel suo complesso ha risentito di alcune criticità correlate alla carenza di dirigenti medici nelle strutture di anestesia e rianimazione, di chirurgia oncologica ginecologica e chirurgia plastica. Per mantenere la tempistica richiesta dal PDTA della mammella malgrado la carenza di anestesisti in Istituto, anche nel 2024 sono state attivate sedute operatorie in extraorario per l'equipe anestesiologicala. Si evidenzia inoltre che nell'ultimo trimestre 2024 l'attività di sala ha registrato volumi in ripresa sia rispetto ai trimestri precedenti sia rispetto al IV trimestre 2023.

	I trim	II trim	III trim	IV trim
2023	519	475	417	462
2024	467	439	393	478

Si riportano di seguito i volumi degli interventi oncologici soggetti al monitoraggio previsto dal PNGLA:

TIPO DI INTERVENTO	NR. DIMESSI		
	ANNO 2022	ANNO 2023	ANNO 2024
INTERVENTI COLON	32	40	32
INTERVENTI RETTO	20	30	18
INTERVENTI MAMMELLA	446	400	455
INTERVENTI UTERO	79	76	62
INTERVENTI MELANOMA	56	74	77
INTERVENTI BIOPSIA PERCUTANEA	10	16	11

(fonte dati: report Qlik)

3.2 Attività ambulatoriale e di screening

L'attività ambulatoriale, esclusa quella di laboratorio, ha registrato volumi in linea con i valori del 2023. L'attività è stata garantita anche grazie all'utilizzo del finanziamento recupero liste di attesa sia per l'attività diagnostica che per l'attività di radioterapia. Si segnala in particolare un aumento dell'attività di diagnostica per immagini (pet-ct, attività mammografica e ecografica).

Per quanto riguarda l'attività di radioterapia, nel mese di maggio 2024 è stato dismesso un acceleratore lineare (2100 CD) e per contenere la riduzione dell'attività dei mesi di maggio-dicembre è stato prolungato l'orario di funzionamento dell'unico acceleratore (tomoterapia) con capacità di produzione inferiore (2 pazienti/ora rispetto ai 3 pazienti/ora). Pur adottando tali misure organizzative non è stato possibile mantenere i volumi (numero e valore) del 2023 della radioterapia.

Per quanto riguarda l'attività di laboratorio, negli ultimi anni sono stati implementati numerosi nuovi test e percorsi diagnostici con inclusione di attività altamente qualificanti (es diagnostica molecolare, counseling genetico).

Attività ambulatoriale - numero prestazioni

	2022	2023	2024	% provenienza anno 2023	% provenienza anno 2024
Regionali	561.398	611.165	665.826	73%	75%
Extra-regionali	214.739	226.285	225.975	27%	25%
TOTALE	776.137	837.450	891.801		

Attività ambulatoriale – valore

	2022	2023	2024	% provenienza anno 2023	% provenienza anno 2024
Regionali	€ 23.694.805,20	€ 24.053.789,80	€ 25.614.632,72	66%	68%
Extra-regionali	€ 12.358.609,60	€ 12.386.042,10	€ 11.863.260,18	34%	32%
TOTALE	€ 36.053.414,80	€ 36.439.831,90	€ 37.477.892,90		

Si riportano i dati SIASA di confronto 2022-2024 raggruppati per branca specialistica.

(Fonte dati Siasa - prestazioni di Specialistica ambulatoriale – Universo Siasa Prestazioni Aggregate – tariffe regionali)

BRANCA	ANNO 2022		ANNO 2023		ANNO 2024		VARIAZIONE QUANTITA'		VARIAZIONE VALORE	
	Q.tà	Valore lordo del ticket	Q.tà	Valore lordo del ticket	Q.tà	Valore lordo del ticket	VAR 2024/2023	% VAR 2024/2023	VAR 2024/2023	% VAR 2024/2023
RADIOTERAPIA	68.764	11.022.033,30 €	69.902	11.104.629,50 €	66.290	10.555.460,00 €	-3.612	-5%	- 549.169,50 €	-5%
ONCOLOGIA	43.791	8.250.200,50 €	42.674	8.238.141,50 €	43.093	8.419.718,50 €	419	1%	181.577,00 €	2%
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: MEDICINA NUCLEARE	5.278	4.124.493,10 €	5.467	4.280.149,20 €	5.561	4.514.096,10 €	94	2%	233.946,90 €	5%
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA	45.079	3.731.592,60 €	49.819	4.108.331,60 €	50.985	4.109.889,00 €	1.166	2%	1.557,40 €	0%
LAB. ANALISI	559.598	6.658.128,50 €	613.122	6.441.486,00 €	663.579	7.341.344,30 €	50.457	8%	899.858,30 €	14%
GASTROENTEROLOGIA	6.772	614.350,20 €	5.526	472.710,10 €	5.917	510.935,40 €	391	7%	38.225,30 €	8%
CHIRURGIA	10.079	452.921,20 €	10.027	479.438,50 €	10.142	479.012,80 €	115	1%	- 425,70 €	0%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	5.080	152.984,10 €	4.789	142.799,30 €	4.509	135.900,40 €	-280	-6%	- 6.898,90 €	-5%
ALTRO	31.696	1.046.711,30 €	36.124	1.172.146,20 €	41.725	1.411.536,40 €	5.601	16%	239.390,20 €	20%
TOTALE	776.137	36.053.415 €	837.450	36.439.832 €	891.801	37.477.893 €	54.351	6%	1.038.061,00 €	3%

Attività ambulatoriale per provenienza pazienti

	ANNO 2022		ANNO 2023		ANNO 2024		VARIAZIONE NR. PRESTAZIONI		VARIAZIONE VALORE	
	Q.tà	Valore	Q.tà	Valore	Q.tà	Valore	var. 2024-2023	var. %	var. 2024-2023	var. %
FRIULI VENEZIA GIULIA	561.398	€ 23.694.805,20	611.165	24.053.789,80 €	665.826	25.614.632,72 €	54.661	9%	1.560.842,92 €	2%
Veneto	164.965	€ 9.297.081,70	174.243	9.253.600,80 €	176.538	8.683.268,18 €	2.295	1%	- 570.332,62 €	-1%
Italia del nord	8.170	€ 448.271,70	8.318	470.181,90 €	6.731	368.904,60 €	-1.587	-19%	- 101.277,30 €	5%
Italia centrale	11.590	€ 962.440,50	10.974	864.517,00 €	12.754	1.006.114,50 €	1.780	16%	141.597,50 €	-10%
Italia meridionale	10.632	€ 620.704,50	12.981	760.614,50 €	11.256	761.639,90 €	-1.725	-13%	1.025,40 €	22%
Italia insulare	19.152	€ 1.021.923,80	19.622	1.032.403,70 €	18.026	1.001.067,80 €	-1.596	-8%	- 31.335,90 €	1%
Stranieri	230	€ 8.187,40	147	4.724,20 €	670	42.265,20 €	523	356%	37.541,00 €	-42%
TOTALE	776.137	36.053.414,80 €	837.450	36.439.831,90 €	891.801	37.477.892,90 €	54.351	6%	1.038.061,00 €	3%

L'analisi della numerosità delle prestazioni ambulatoriali traccianti previste nel PNGLA evidenzia un leggero incremento.

PRESTAZIONE	ANNO			var. 2024-2023	
	2022	2023	2024	n.	%
7-Prima Visita ginecologica	1.053	912	925	13	1%
10-Prima Visita dermatologica	-	498	1.246	748	150%
12-Prima Visita gastroenterologica	680	520	692	172	33%
13-Prima Visita oncologica	3.608	3.474	3.063	-411	-12%
15-Mammografia bilaterale ER Mammografia bilaterale	2.221	2.315	2.691	376	16%
16-Mammografia monolaterale	867	1.022	1.035	13	1%
17-TC del Torace	344	332	351	19	6%
18-TC del Torace con MCD senza e con MCD	1.859	2.011	1.970	-41	-2%
19-TC dell'addome superiore	105	131	109	-22	-17%
20-TC dell'addome superiore senza e con MDC	81	95	87	-8	-8%
21-TC dell'Addome inferiore	42	74	72	-2	-3%
22-TC dell'addome inferiore senza e con MDC	6	10	6	-4	-40%
23-TC dell'addome completo	184	135	156	21	16%
24-TC dell'addome completo senza e con MDC	1.880	1.922	1.918	-4	0%
25-TC Cranio – encefalo	124	73	64	-9	-12%
26-TC Cranio – encefalo senza e con MDC	524	561	536	-25	-4%
27-TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale	14	8	11	3	38%
28-TC del rachide e dello speco vertebrale toracico	12	11	15	4	36%
29-TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale	21	13	27	14	108%
30-TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale senza e con MDC	3	4	6	2	50%
31-TC del rachide e dello speco vertebrale toracico senza e con MDC	2	4	4	0	0%
32-TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale senza e con MDC	6	1	4	3	300%
33-TC di Bacino e articolazioni sacroiliache	35	20	26	6	30%
34-RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	81	70	108	38	54%
35-RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC	691	755	683	-72	-10%
36-RM di addome inferiore e scavo pelvico	81	93	54	-39	-42%
37-RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	833	973	936	-37	-4%
38-RM della colonna in toto	336	302	232	-70	-23%
39-RM della colonna in toto senza e con MDC	208	227	146	-81	-36%
40-Diagnostica ecografica del capo e del collo	2.663	2.452	2.448	-4	0%
42-Eco (color) dopplergrafia dei tronchi sovraaortici	21	29	33	4	14%
43-Ecografia dell'addome superiore	281	264	274	10	4%
44-Ecografia dell'addome inferiore	44	46	41	-5	-11%
45-Ecografia dell'addome completo	1.651	1.798	2.059	261	15%
46-Ecografia bilaterale della mammella	4.037	4.523	4.701	178	4%
47-Ecografia monolaterale della mammella	734	685	663	-22	-3%
49-Ecografia ginecologica	14	4	20	16	400%
50-Ecocolordoppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	1.011	1.080	668	-412	-38%
51-Colonscopia totale con endoscopio flessibile	687	501	542	41	8%
51-Colonscopia totale con endoscopio flessibile - prestazione aggiuntiva	317	239	271	32	13%
52-Polipectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unica	247	222	247	25	11%
53-Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile	63	59	60	1	2%
54-Esofagogastroduodenoscopia	143	147	134	-13	-9%
55-Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede multipla	791	620	614	-6	-1%
55-Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	170	80	64	-16	-20%
71-Visita algologica	1.539	1.775	1.722	-53	-3%
totale	30.314	31.090	31.734	644	2%

Fonte dati: report Qlik (considerata tutta l'attività indipendentemente dalla presenza o meno di priorità)

Attività di screening

Il CRO svolge attività di Prevenzione Regionale relativamente a:

- screening mammografico;
- screening colon-retto;
- screening cervice uterina.

Di seguito i dati relativi alle prestazioni erogate dal CRO nell'ambito dello screening di 2° livello:

Numero prestazioni di screening	2022	2023	2024	var. 2024/2023	% var. 2024/2023
Screening regionale 2° livello cervice uterina	2.101	2.128	1.905	-223	-10%
Screening regionale 2° livello colon-retto	893	990	1.018	28	3%
Screening regionale 2° livello mammella	2.415	2.451	2.286	-165	-7%
TOTALE	5.409	5.569	5.209	-223	-7%

(fonte dati G3 – contratto Prevenzione Regionale – causale “screening II° livello”)

indicatori di screening monitorati dalla Regione:

Obiettivo	Indicatore	Target FVG	Target CRO	Anno 2024 (fonte dati ARCS)
Assicurare la tempestività nel fornire l'appuntamento per la Coloscopia II livello	Appuntamento per la coloscopia di II livello entro 5 settimane dal referto positivo del primo livello	>= 90% appuntamento entro 5 settimane <i>(valore FVG 2022 17,1%)</i>	>=80% <i>(valore 2022 30%)</i>	67% (*)
Garantire le tempistiche di approfondimento diagnostico dei casi di esame mammografico di primo livello non negativo	% dei casi con approfondimenti di secondo livello entro 28 gg da esito positivo mammografia di primo livello	>= 90% <i>(valore FVG 2022 52,87%)</i>	>= 90% <i>(valore 2022 11,74%)</i>	93,70%
Garantire le tempistiche diagnostiche / terapeutiche dei casi di esame mammografico di primo livello non negativo	% di Early recall (casi con esito di secondo livello “sospeso” / Totale dei casi chiusi dall'unità senologica)	< 10% <i>(valore FVG 2022 10,2%)</i>	< 10% <i>(valore 2022 7,9%)</i>	9,32%
Assicurare la risposta tempestiva dell'esame istocitopatologico	% di esami istocitopatologici refertati entro 5 gg lavorativi dall'esecuzione dell'agoaspirato	>= 85% <i>(valore FVG 2022 84,45%)</i>	>= 85% <i>(valore 2022 70,8%)</i>	85,04%
Garantire la corretta e completa compilazione della cartella endoscopica	% di cartelle endoscopiche compilate correttamente	≥95% <i>(valore FVG 2022 95,9%)</i>	≥95% <i>(valore 2022 98,0%)</i>	97,82%
Assicurare la risposta tempestiva dell'esame istocitopatologico	% di esami istocitopatologici refertati entro 5 gg lavorativi dall'esecuzione della colonscopia	>=85% <i>(valore FVG 2022 78,4%)</i>	>=85% <i>(valore 2022 55,3%)</i>	92,63% (con data di riferimento degli inviti: 30 settembre 2024)

(*) Per quanto riguarda lo screening della cervice uterina, si precisa che non è possibile analizzare in modo puntuale i dati di attività per distinguere la variabilità clinica da quella organizzativa della SOC Oncologia chirurgica ginecologica che eroga prestazioni di coloscopia di secondo livello e della segreteria screening ASFO. Tuttavia nel corso dell'anno è stata avviata una riorganizzazione dell'attività coinvolgendo tutti i punti eroganti dell'Area Vasta (Cro, Pordenone e San Vito), in modo da rendere più efficiente l'allocazione dei pazienti nelle agende di screening. Tra le azioni di miglioramento esperite nel 2024 c'è stato anche l'inserimento di sedute suppletive di coloscopie di screening, per un azzeramento dei ritardi negli appuntamenti in modo da partire nel 2025 con un modello operativo funzionante, che dovrebbe garantire indicatori di performance coerenti con lo standard atteso.

3.3 Tempi di attesa

Tempi di attesa interventi chirurgici

I tempi di attesa per gli interventi chirurgici oncologici priorità A sono in linea con il target (90%) per il colon e mammella. Per le altre tipologie di intervento (retto e melanoma), il tempo di attesa risulta leggermente inferiore allo standard.

INTERVENTI CHIRURGICI ONCOLOGICI PRIORITA' A			
TIPOLOGIA DI INTERVENTO	NUMERO DIMESSI ANNO 2024	TDA (%)	Tempo medio di Attesa in gg
RETTO	17	88,24%	17,24
UTERO	55	94,55%	18,96
MAMMELLA	432	92,82%	16,68
MELANOMA	73	80,82%	19,58
COLON	32	96,88%	14,13

(fonte dati: report Qlik)

Tempi di attesa dell'attività ambulatoriale

Il livello di performance aziendale sui tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali traccianti (primi accessi) nel 2024 ha registrato, rispetto all'anno precedente, un lieve incremento sia rispetto all'analisi ex-ante (anno contatto) sia rispetto a quella ex-post (anno esecuzione). Il monitoraggio ex ante si riferisce alle tempistiche registrate al momento del contatto dell'utente con l'Istituto, mentre il monitoraggio ex post evidenzia il rispetto dei tempi considerando anche le azioni che si sono potute mettere in campo con l'organizzazione e le risorse esistenti per migliorare la presa in carico del paziente, quando la situazione clinica lo rendeva necessario.

	anno di contatto	
	2023	2024
analisi ex-ante	57,9%	61%

	anno di esecuzione	
	2023	2024
analisi ex-post	71,7%	74,7%

Il dettaglio per classe di priorità clinica è riportato nella tabella sottostante, con l'evidenza del monitoraggio ex-ante ed ex-post.

Anno esecuzione	contatto/Anno	Priorità	% garantite EX-ANTE	% garantite EX-POST
--------------------	---------------	----------	---------------------	---------------------

2024	B	56,2%	70,8%
2024	D	55,5%	70,7%
2024	P	69,9%	92,2%
2023	B	52,2%	66,4%
2023	D	56,1%	74,3%
2023	P	67,5%	73,8%
2022	B	58,8%	69,6%
2022	D	55,4%	75,1%
2022	P	61,9%	70,4%

Fonte dati: report Qlik

Parte del miglioramento è ascrivibile anche alla disponibilità di risorse aggiuntive finalizzate al recupero dei tempi di attesa. Tali risorse sono state impiegate per potenziare la capacità di risposta delle attività ambulatoriali, mettendo in sicurezza i follow up a 6-12-18 mesi.

L'analisi dei dati rappresenta la situazione vissuta negli ultimi anni per le prestazioni traccianti: un aumento della domanda in valore assoluto (e quindi delle prestazioni erogate) e una minor performance in termini di rispetto complessivo dei tempi. Sul fronte delle risorse impiegate nel setting ambulatoriale, va evidenziato che anche nel 2024 alcune strutture hanno operato sotto organico, ovvero la gastroenterologia, la medicina nucleare, la chirurgia plastica, la radiologia e la ginecologia.

Il grafico sottostante rappresenta la crescita della domanda di prestazioni complessiva, non solo per i primi accessi, tipicamente oggetto di monitoraggio nazionale, ma anche per gli accessi successivi, ovvero tutte quelle prestazioni correlate:

- alla valutazione del decorso della malattia e del monitoraggio delle cure e terapie farmacologiche;
- alle prestazioni previste in adesione a percorsi diagnostici/terapeutici/di ricerca a valenza aziendale/regionale (Follow up).

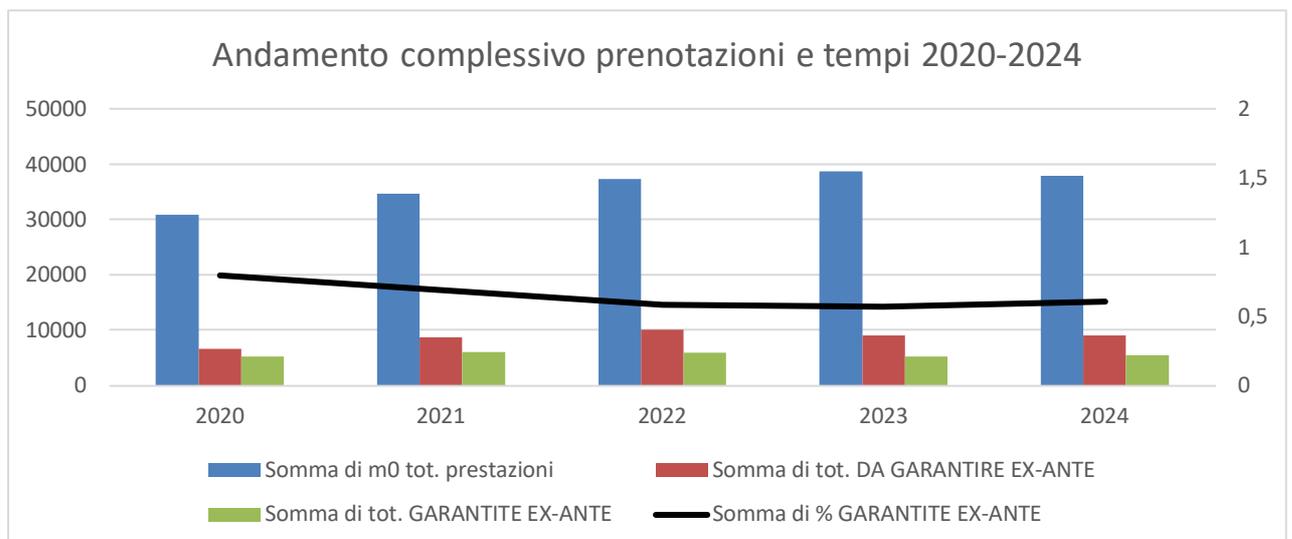


Figura 1 – elaborazione dati delle Prenotazioni CUPWeb.

È evidente che nel corso del tempo vi è stato un aumento di prestazioni richieste, considerando anche il fatto che nel periodo della pandemia (2020) le prestazioni inizialmente sospese sono state tutte recuperate nel giro di pochi mesi.

Distinguendo l'andamento delle prestazioni rispetto alle due grandi categorie: prime visite (Figura 2) e prestazioni diagnostiche (Figura 3), si evidenzia come il punto critico si possa ascrivere all'ambito diagnostico, che risente principalmente di due macro- criticità:

- il continuo aumento della domanda di prestazioni per i pazienti presi in carico ed in follow up attivo, induce, a parità di risorse investite, una difficoltà oggettiva a soddisfarla completamente;
- il perdurare della criticità della diagnostica radiologica del territorio locale in cui insiste l'IRCCS, che di fatto ha un impatto negativo sulle prestazioni diagnostiche, soprattutto quelle che non sono erogate anche dal privato convenzionato, inducendo, tra l'altro, un accesso di prestazioni improprie rispetto al setting clinico e organizzativo, perché non correlate all'ambito oncologico.

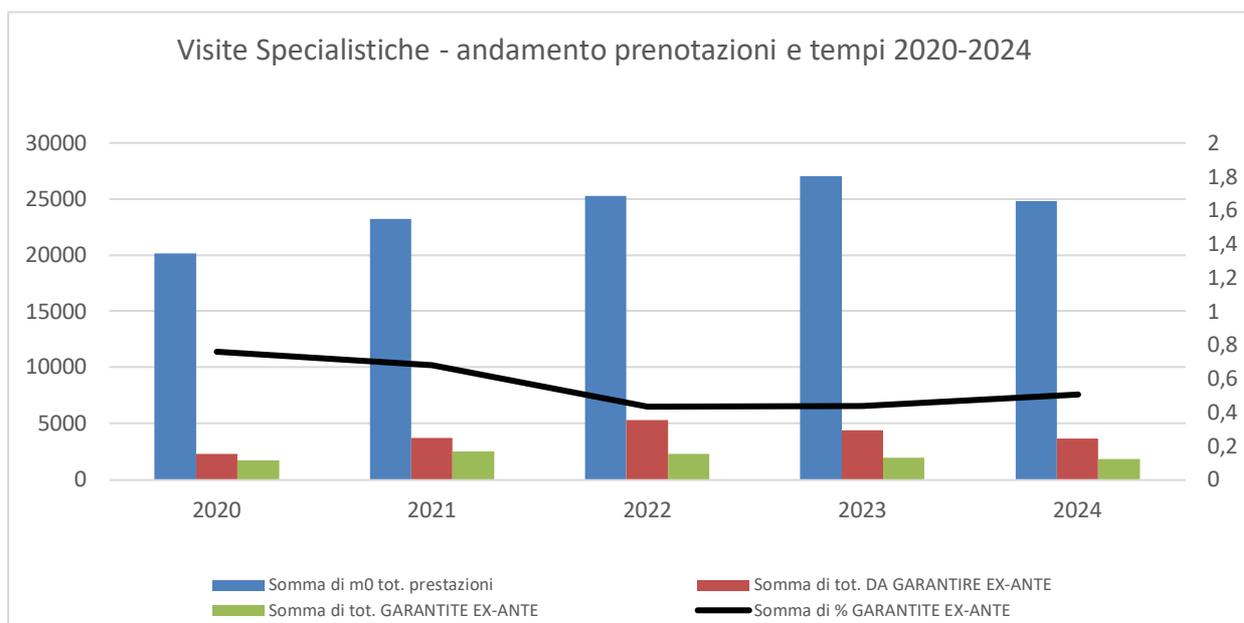


Figura 2 – elaborazione dati delle Prenotazioni CUPWeb.

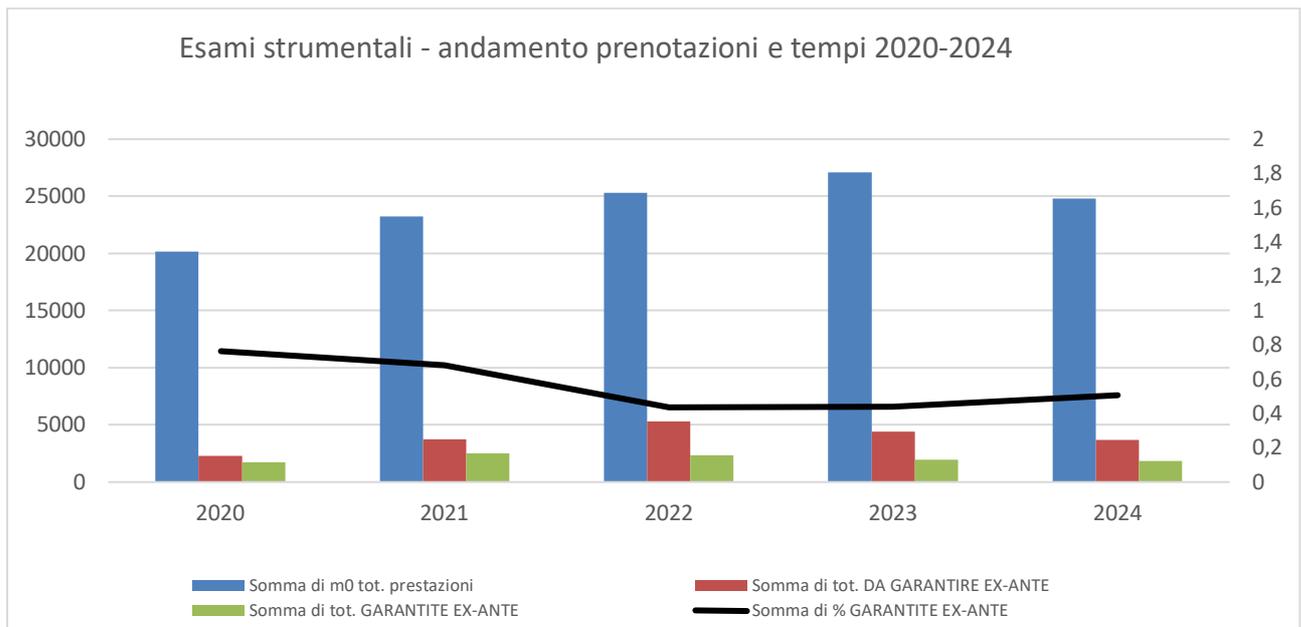


Figura 3 – elaborazione dati delle Prenotazioni CUPWeb.

Va evidenziato che l'allungamento delle liste di attesa in oncologia deve tener conto anche di due ulteriori fattori concomitanti:

- l'aumento del numero delle persone viventi dopo la diagnosi di tumore;
- l'invecchiamento delle persone con storia di malattia oncologica.

come dimostrato dall'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) e della Associazione Italiana dei Registri Tumori (AIRTUM).

In Friuli Venezia Giulia, sono circa 85.000 le persone viventi dopo diagnosi di tumore, più del 50% di queste con diagnosi fatte da 10 o più anni e sofferenti di altre patologie comuni nell'età avanzata (p.es., diabete e malattie cardiovascolari). È un dato di fatto noto che l'aumento del numero delle persone lungo sopravvivenuti o guarite dalla malattia oncologica, a cui vanno comunque garantite prestazioni di controllo periodico, si somma a quelle di nuova incidenza, con un conseguente incremento del bisogno di prestazioni a fronte di risorse costanti.

Nel corso del 2024 si è avviato un processo di miglioramento del setting ambulatoriale volto ad indirizzare a priori il paziente nel percorso corretto, riposizionando le richieste interne dei clinici nell'ambito della presa in carico e non della priorità clinica del primo accesso.

Le risorse aggiuntive di cui alla DGR 48/2024 sono state impiegate per potenziare la capacità di risposta delle seguenti attività: radiologia oncologica, gastroenterologia, dermatologia oncologica, medicina nucleare, ginecologia oncologica, radioterapia, sostenendo sia la crescente pressione della domanda, sia le criticità legate alle risorse. Sono state altresì utilizzate per il sostegno degli interventi di chirurgia senologia.

Complessivamente al CRO sono state assegnate 200.000,00 euro per prestazioni erogate entro il 31.12.2024.

Oltre alle risorse aggiuntive finalizzate al recupero dei tempi di attesa, nel corso del 2024 sono stati utilizzati alcuni strumenti gestionali per contenere le liste di attesa, compatibilmente con la configurazione stessa del CRO. In particolare sono attivamente utilizzate:

- a) premialità ordinaria legata ai fondi di produttività e di risultato all'interno del processo di budget;
- b) reportistica settimanale per gestione delle situazioni critiche. Ogni lunedì pomeriggio viene trasmesso un report alle strutture operative che contiene le prenotazioni (di priorità B) delle proprie prestazioni traccianti che hanno sfiorato i tempi, accompagnate dal tempo di sfioramento, nonché dal quesito diagnostico e dall'inviante (se specialista SSR, ma non se MMG per limiti del sistema informativo). Questo consente di valutare con criteri clinici più precisi come allocare eventuali disponibilità di slot derivanti da risorse aggiuntive dedicate o aperture di sedute straordinarie;
- c) stretta collaborazione con gli operatori del CUP, possibile grazie alle dimensioni e alla vicinanza fisica degli operatori, che consente un monitoraggio delle disdette per riallocazioni dell'appuntamento su indicazione del reparto.

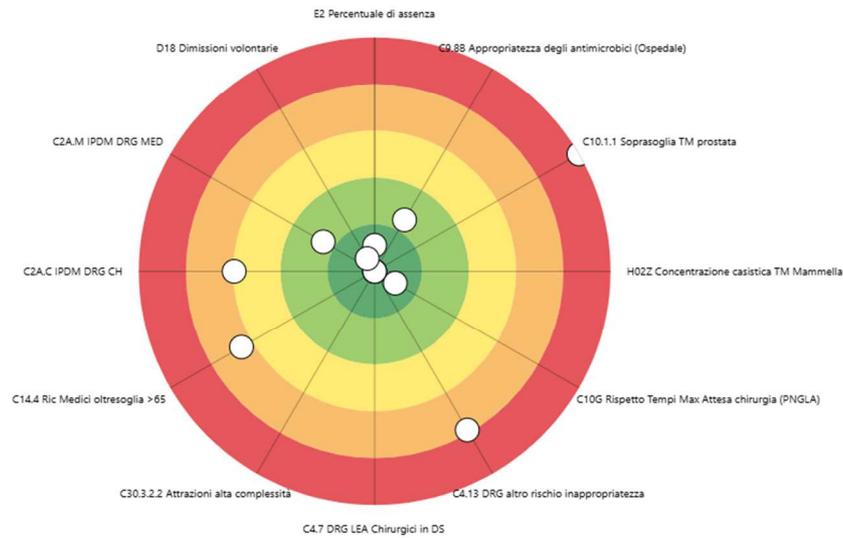
3.4 Il Sistema di Valutazione del Network delle Regioni

La Regione Fvg aderisce al sistema di valutazione del Network delle Regioni promosso dalla Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa per un'analisi sistematica delle rispettive performance, sia a livello regionale che aziendale, con l'obiettivo di fornire un sistema di confronto di valutazione su alcuni indicatori condivisi.

Complessivamente il CRO viene monitorato rispetto a n. 12 indicatori:

- E2 Percentuale di assenza
- C9.8B Appropriately degli antimicrobici (Ospedale)
- C10.1.1 Soprasoglia TM prostata
- H02Z Concentrazione casistica TM Mammella
- C10G Rispetto Tempi Max Attesa chirurgia (PNGLA)
- C4.13 DRG altro rischio inappropriatezza
- C4.7 DRG LEA Chirurgici in DS
- C30.3.2.2 Attrazioni alta complessità
- C14.4 Ric Medici oltresoglia >65
- C2A.C IPDM DRG CH
- C2A.M IPDM DRG MED
- D18 Dimissioni volontarie

I risultati 2024 confermano la buona performance del CRO per la maggior parte degli indicatori monitorati. Con riferimento ad alcuni indicatori i cui risultati non si collocano nell'area verde del bersaglio, nel corso del 2025 si proseguiranno le azioni già intraprese nel 2024 finalizzate al progressivo miglioramento del risultato anche attraverso lo strumento del budget.



3.5 Attività Scientifica

Il CRO ha sviluppato, come negli anni precedenti, le linee di ricerca concordate con la Regione ed il Ministero della Salute. I programmi di ricerca traslazionale e clinica sono cresciuti come dimostrato dalla produzione scientifica. Particolare attenzione è stata dedicata all'ulteriore sviluppo di reti di ricerca nazionali, in particolare all'interno di Alleanza contro il Cancro con la partecipazione ai progetti ACC quali Genomics, Gersom, Big Health Data, ecc.. e a quelli della rete italiana ed europea (Euracan) dei tumori rari. Il CRO ha inoltre concluso la collaborazione con strutture pubbliche e private (PMI) della regione per lo sviluppo di progetti collaborativi nell'ambito dei fondi strutturali (POR FESR e 5 per mille). Sforzi essenziali per migliorare la digitalizzazione, la sicurezza e l'incrociabilità dei dati biomedici del CRO sono stati promossi da tre progetti chiamati Task Force 1, 2, e 3.

Rilevante è stato anche lo sviluppo ulteriore di progetti di ricerca orientata al paziente, in prosecuzione del progetto Patient Education.

Le Strutture Operative del CRO sono tutte implicate nella ricerca scientifica, alcune con un coinvolgimento parziale altre in misura prevalente.

L'analisi del metodo di valutazione della performance legata alla produzione scientifica (inserita nel processo di Budget aziendale) ha portato alla volontà di articolare meglio gli obiettivi ed indicatori scientifici all'interno del CRO. Tale sistema include il numero di pubblicazioni sottoposte a peer-review, l'Impact Factor (IF) grezzo e quello normalizzato.

Continua anche un esame attento della produzione scientifica delle differenti Strutture Operative (SO) e Dipartimenti e, soprattutto, delle interazioni multidisciplinari per una maggior valorizzazione della ricerca traslazionale (IF frazionato per ruolo delle diverse Strutture che vi hanno partecipato).

Publicazioni rendicontate al Ministero della Salute

	anno 2023	anno 2024(*)
Numero	384	285
IF grezzo	1.934	1.879
IF normalizzato	1.084 Secondo le regole RC 2023	1.125 Secondo le regole RC 2024
	ARTICOLI PUBBLICATI periodo gennaio-dicembre 2023	ARTICOLI PUBBLICATI periodo gennaio-dicembre 2024

Fonte: reportistica interna – Biblioteca Scientifica

(*) dato provvisorio al 06.02.2025

Finanziamenti formalmente accettati per la realizzazione di progetti di ricerca finalizzata

Fonte finanziamento	2022	2023	2024
5x1000 annuo	3.085.250,48	3.225.463,66	3.073.363,69
Sperimentazioni annuo	612.748,84	610.081,46	973.162,18
AIRC + altri privati	971.635,00	787.690,00	743.584,51
Ministero salute - ricerca finalizzata	3.829.845,00	1.167.108,08	7.023.974,43
Regione FVG	9.985,00	0,00	72.174,99
Altri soggetti pubblici (MUR, ISS)	1.479.656,74	269.315,00	398.267,69
Oblazioni	861.076,97	796.844,89	960.426,06
TOTALE	10.850.198,03	6.856.503,09	13.244.953,55

3.5 Piano strategico triennale 2022-2024

Nel corso del 2024 sono proseguite le attività correlate agli obiettivi del piano strategico contenuto nel PIAO.

Digitalizzazione

Nel 2024 l'Istituto è stato impegnato nell'ulteriore implementazione e nel consolidamento dell'utilizzo della cartella oncologica informatizzata nei diversi setting assistenziali: area terapia, area ambulatoriale e area di degenza. In particolare, si è esteso l'utilizzo della stesse alle strutture afferenti ai Dipartimenti delle Alte Tecnologie e della Oncologia Medica migliorando ulteriormente la presa in carico del paziente da parte dell'Istituto. Sono state rilevate alcune criticità lungo il percorso attuativo per il Dipartimento di Oncologia Chirurgica, per cui, sebbene l'attività propedeutica di configurazione e definizione dei modelli di documenti sia stata fatta, non è stato possibile implementare l'utilizzo della cartella clinica entro i termini previsti. Tali complicanze sono da imputare a limiti del sistema informativo non superabili autonomamente, né sul piano tecnico-informatico, né organizzativo per cui è stata richiesto assistenza al fornitore di sistema esterno.

In relazione agli obiettivi di informatizzazione e sull'infrastruttura IT, lo scopo è realizzare una piattaforma integrata dedicata alla ricerca clinica/traslazionale, includendo l'elenco di tutti i progetti in corso. In particolare per gli studi clinici attivi presso il CRO, si tratta di un modulo per l'arruolamento dei pazienti e un modulo delle schede di raccolta dati, rispettivamente, per gli studi monocentrici e multicentrici, indicando anche la collocazione dei campioni conservati in diversi laboratori ma da concentrare nella Biobanca dell'Istituto. La realizzazione di tale obiettivo è correlata ad una manutenzione evolutiva sui server di Istituto in ottica di rinnovare quelli obsoleti e migliorare la sicurezza complessiva dei sistemi, in rispetto di quanto previsto dalle linee guida ACN (Agenzia per la Cybersicurezza Nazionale). Lo sforzo di miglioramento della digitalizzazione del CRO ha segnato nel 2024 progressi sostanziali. Sono state completate l'installazione e la configurazione dell'infrastruttura. Le nuove componenti acquisite sono state integrate nella rete in fibra per integrare anche gli storage pre-esistenti e garantire la "business continuity". Sono state, altresì, avviate la migrazione graduale di alcuni sistemi e completate le configurazioni che permettono la gestione del nodo centralizzato di tutta l'infrastruttura. All'interno dell'infrastruttura sono già state create nove delle macchine virtuali dedicate ad ospitare la piattaforma informatizzata per la gestione degli studi clinici, che si compone di vari moduli funzionali, e che sarà operativa nel 2025.

Approccio multidisciplinare

Nel corso del 2024 il CRO ha partecipato in modo propositivo alle attività del Molecular Tumor Board (MTB) Regionale per un'implementazione equa dell'oncologia di precisione in Regione, per assicurare a tutti i pazienti la stessa possibilità di accedere ai percorsi di oncologia di precisione, anche affrontando l'annoso problema della determinazione di tariffe eque per analisi molecolari. Il coordinatore del gruppo per l'oncologia di Precisione e Molecular Tumor Board regionale ha effettuato una survey fra i tre Enti regionali che hanno un MTB (CRO, AUFC e ASUGI) ed ha definito lo state dell'arte dell'oncologia di precisione in regione. In assoluta contiguità e complementarità con il MTB Regionale, il MTB del CRO si è dedicato ad identificare possibili alternative terapeutiche per quei pazienti che hanno già completato le terapie indicate per le proprie patologie o hanno una storia clinica peculiare che necessita di ulteriori approfondimenti e di una valutazione bio-molecolare di secondo livello, in analogia a quanto indicato dal Ministero della Salute (DM 30 Maggio 2023 pubblicato in GU n.190 del 16-8-2023). Il MTB ha discusso finora 38 pazienti di questo tipo offrendo ai GAMO aziendali gli appropriati suggerimenti.

Protonterapia

La Radioterapia Oncologica del CRO è sempre stata una Struttura all'avanguardia internazionale. La terapia di numerose patologie tumorali con protoni ha avuto, in particolare, una notevole evoluzione tecnologica anche mediante l'utilizzo di fasci rotanti di protoni intorno al target tumorale, con conformazione della dose paragonabile a quella ottenuta dalle terapie ad intensità modulata (IMRT) con fotoni. Tale tecnologia permette di offrire, con minore tossicità, sia trattamenti esclusivi e curativi con protoni sia trattamenti che comprendono l'uso in sequenza di IMRT, IGRT, Tomoterapia, erogati da acceleratori di fotoni già in funzione nella struttura di Radioterapia Oncologica del CRO, e proton-terapia con finalità di dose-intensity nella malattia macroscopica.

Oltre che l'acquisizione dell'apparecchiatura, il progetto "PROTONI" prevede sostanziosi investimenti nella formazione del personale della radioterapia e nello sviluppo di progetti traslazionali sull'efficacia e i meccanismi biologici specifici di questo tipo di radiazione (in confronto a quella a fotoni).

Nel corso del 2024 si è conclusa l'attività progettuale con l'approvazione del progetto esecutivo in data 26.08.2024 e i lavori sono iniziati in data 23.09.2024.

Dal 2023 sono state avviate delle attività formative con tre diversi orientamenti:

- *Formazione clinica generale sull'impiego dei fasci di protoni*

In ambito clinico sono stati istituiti 4 tavoli di lavoro per la valutazione degli aspetti amministrativi, dei protocolli clinico-fisici per patologia, per la scelta dei supporti/materiali di consumo e per la definizione dell'imaging, il re-planning e la gestione del movimento. Nel biennio 2023-2024 si sono svolti due eventi formativi con l'intento di introdurre gli aspetti salienti della terapia con protoni con particolare riferimento alla macchina, alla radioprotezione, alla radiobiologia, alla pianificazione e all'imaging.

- *Formazione specifica per gli aspetti di commissioning*

La formazione relativa agli aspetti di commissioning è stata avviata presso lo IEO (Istituto Europeo di Oncologia di Milano) che ha recentemente installato un'apparecchiatura uguale a quella prevista per il CRO e verrà completata con i corsi forniti dall'installatore in modo coerente con i tempi di avvio della protonterapia.

- *Formazione relativa alla radioprotezione in collaborazione con il Centro nazionale di Adroterapia Oncologica (CNAO) di Pavia*

Per quanto riguarda il personale, nel corso del 2024, sono stati assunti dirigenti medici, fisici e TSRM così come indicato nel piano triennale dei fabbisogni di personale e nel piano strategico triennale 2023-2025.

Studi clinici

Nel corso del 2023 è stato costituito il Nucleo di Ricerca Clinica (NRC) e con successive delibere è stato approvato il "Regolamento per la conduzione delle sperimentazioni cliniche profit e no profit".

Nel 2024 è stato approvato il "Piano di miglioramento delle sperimentazioni cliniche" nel quale viene dato dettaglio della riorganizzazione del processo di valutazione scientifica, degli obiettivi generali e delle strategie di miglioramento specifiche.

L'analisi della performance di processo e il coinvolgimento degli stakeholder interni, aveva evidenziato una frammentazione del processo di valutazione scientifica e finanziario/giuridica. Questa debolezza ha fornito l'opportunità di creare un gruppo di lavoro (il Nucleo di Ricerca Clinica) comprendente soggetti scientifici, medici, legali e finanziari, che esamini i dossier delle sperimentazioni cliniche prima della sottomissione al Comitato Etico e che, in sessioni plenarie, discute e adatta il dossier, in collaborazione con il PI e i coordinatori dello studio. Gli obiettivi generali del Piano di Miglioramento si possono elencare in:

- Ridurre i tempi di approvazione degli studi;

- Aumentare il numero di studi attivi in particolare gli studi sperimentali;
- Aumentare il numero di pazienti arruolati;
- Aumentare il numero e la qualità delle pubblicazioni inerenti alle sperimentazioni cliniche;
- Migliorare le strategie adottate per il trattamento dei dati sanitari ai fini di ricerca;
- Potenziare l'accessibilità dei dati sanitari per l'utilizzo ai fini di ricerca, favorendo strategie automatizzate o semi-automatizzate a discapito dell'inserimento manuale.

Al fine di raggiungere gli obiettivi generali appena descritti sono state predisposte due strategie specifiche:

- 1) semplificare e standardizzare il processo di approvazione degli studi clinici;
- 2) potenziare le risorse infrastrutturali e le risorse umane.

Nel 2024, infine, si sono conclusi i lavori di rifacimento dei locali e dell'impiantistica relativi all'UFA (Unità Farmaci Antiblastici). L'UFA ha già ottenuto dall'ispettorato dell'AIFA, l'Agenzia italiana del Farmaco, il nulla osta per poter riprendere la preparazione dei farmaci sperimentali utilizzati negli studi clinici di diverse fasi, inclusa la fase 1. Per il 2025 l'attività di sperimentazione clinica potrà, quindi, rientrare a pieno regime superando le difficoltà che hanno avuto ricadute critiche su tale ambito.

4. ANALISI DELLE RISORSE

4.1 Risorse umane

L'Ente ha adottato con deliberazione n. 180 del 11.04.2024 il piano triennale dei fabbisogni di personale 2024-2026 e con successiva delibera n. 564 del 29.11.2024 ha approvato la proposta di variazione.

L'organico dell'Istituto, comprensivo dei professori universitari, a fine 2024 risulta in aumento rispetto a quello dell'anno precedente; il totale complessivo al 31.12.2024 è pari a n. 789 unità.

PERSONALE IN SERVIZIO

	anno 2023	anno 2024	var. 2024-2023
RUOLO SANITARIO			
dirigenti medici	132	129	-3
dirigenti biologi	19	19	0
dirigenti farmacisti	5	5	0
dirigenti fisici	9	9	0
dirigenti psicologi	2	2	0
dirigenti prof. Sanitarie	2	2	0
dirigente chimico	1	1	0
infermieri	191	197	6
TSLB	51	48	-3
TSRM	48	48	0
altro comparto	5	6	1
tot	465	466	1

RUOLO SOCIO-SANITARIO

operatore socio-sanitario	71	71	4
---------------------------	----	----	---

RUOLO PROFESSIONALE

dirigenti	3	3	0
-----------	---	---	---

RUOLO TECNICO

dirigenti	2	2	0
comparto	68	73	-1
tot	70	75	-1

RUOLO AMMINISTRATIVO

dirigenti	8	7	-1
comparto	89	91	2
tot	97	98	1

RUOLO RICERCA

comparto	58	76	14
----------	----	----	----

totale complessivo	764	789	25
---------------------------	------------	------------	-----------

Dirigenza area sanità

Per quanto riguarda la dirigenza area sanità, il numero dei dirigenti, comprensivo dei docenti universitari al 31.12.2024, risulta in decremento di n. 3 unità di dirigente medico rispetto al 31.12.2023. Si precisa che nonostante le attività di reclutamento siano stati costanti e diversificate nel corso dell'anno, la difficoltà a reperire professionisti sul mercato del lavoro per la scarsità di alcuni profili specialistici (medicina trasfusionale, gastroenterologia, anestesia e rianimazione) è stata impattante e ha consentito solo in parte di soddisfare il fabbisogno stimato nel 2024.

Nel corso del 2024 si è proceduto alla copertura delle SOC di Anestesia e Rianimazione, Fisica, Chirurgia ginecologica oncologica e di Anatomia Patologica. Restano ancora vacanti le Direzioni della SOC di Farmacologia, di Chirurgia generale e di Farmacia.

Dirigenza Area Funzioni locali

Il personale amministrativo registra un decremento di n. 1 unità dirigenziale a fine 2024 che dovrà essere reintegrata nell'organico nel 2025 considerato il numero esiguo di dirigenti amministrativi.

Si è proceduto inoltre alla rideterminazione della dotazione dell'Istituto con l'inserimento di un dirigente statistico per la Direzione Scientifica in sostituzione di un dirigente medico afferente alla SOC di Epidemiologia Oncologica.

Personale del comparto

Nonostante le molteplici procedure attivate di avvisi/concorsi e richieste di personale del comparto ad ARCS per i concorsi dallo stesso espletati nell'anno, non è stato possibile, per rinunce o mancato raggiungimento del numero sufficienti di candidati, acquisire tutte le unità evidenziate nel piano di programmazione. Le cessazioni non programmabili infine hanno ridotto gli esiti positivi prodotti dall'attivazione delle procedure per l'assunzione di personale.

In particolare, rispetto al fabbisogno infermieristico nel 2024, nonostante diverse procedure attivate sia a livello aziendale che da ARCS, non è stato possibile reclutare le 18 unità necessarie a tempo indeterminato. Pertanto, nelle more del concorso ARCS sono stati assunti 8 infermieri a tempo determinato in più rispetto a quanto programmato per coprire almeno in parte il fabbisogno.

Rispetto ai TSLB, nelle more del concorso ARCS per reclutare le unità a tempo indeterminato, è stato pubblicato, nel mese di novembre, un avviso per l'assunzione di tale figura. La presa in servizio di n. 6 unità che hanno accettato l'assunzione è avvenuta nei primi mesi del 2025.

Per quanto riguarda i 5 TSRM mancanti, l'Istituto rimane in attesa del concorso ARCS programmato per l'anno 2025 al fine di procedere con le assunzioni programmate.

In merito al personale OSS si registra uno scostamento negativo di n. 3 unità a tempo indeterminato in quanto, rispetto alle 4 unità previste nella procedura di stabilizzazione, solo una ha accettato l'assunzione. Per le 3 unità restanti si procederà nei primi mesi del 2025 con lo scorrimento della graduatoria di concorso disponibile.

Il personale amministrativo del comparto registra un gap negativo di 13 unità rispetto al programmato. A tal proposito si specifica che 3 unità di coadiutori amministrativi e 2 unità di assistenti amministrativi rappresentano personale da assumere nell'ambito della convenzione con il Servizio di Collocamento Mirato di Pordenone per il reclutamento di cui alla L.68/99; gli ulteriori assistenti amministrativi sono in assunzione nel corso del 2025. Per i collaboratori amministrativi l'Ente non ha potuto completare le assunzioni programmate per indisponibilità della relativa graduatoria concorsuale. Considerata la stringente necessità in particolare di tale figura amministrativa si è provveduto nel 2025 ad espletare un avviso a tempo determinato, le cui unità verranno assunte nel 2025.

Personale del comparto sanità – sezione del personale del ruolo della ricerca sanitaria e delle attività di supporto alla ricerca sanitaria.

A conclusione dell'iter concorsuale, dopo la pubblicazione del bando approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 39 del 26/01/2024 sono stati stabilizzati n. 17 Collaboratori Professionali di Ricerca Sanitaria (ex cat. D) e n. 25 Ricercatori Sanitari (ex cat. DS). Di questi n. 1 unità cat. D è cessata in corso d'anno.

L'Istituto ha attivato nel corso dell'anno 2024 selezioni pubbliche per l'assunzione a tempo determinato di unità di Ricercatore Sanitario e di Collaboratore Professionale di Ricerca Sanitaria. Il personale a tempo determinato a fine anno risulta di n. 12 unità di Ricercatore Sanitario e n. 23 unità di Collaboratore di Ricerca Sanitaria.

Di seguito si riporta la forza lavoro (FTE) del personale dipendente in servizio al 31.12.24 suddivisa per singolo ruolo e, per il ruolo sanitario, dettagliata per singolo profilo e confrontata con il dato dell'anno precedente:

	Forza lavoro al 31.12.2023	Forza lavoro al 31.12.2024	Differenza 2024/2023
DIRIGENZA			
Ruolo sanitario	164,33	163,17	-1,16
Ruolo professionale	3	3	0,00
Ruolo tecnico	2	2	0,00
Ruolo amministrativo	6	5	-1,00
Totale Dirigenza	175,33	173,17	-2,16

	Forza lavoro al 31.12.2023	Forza lavoro al 31.12.2024	Differenza 2024/2023
COMPARTO			
Ruolo sanitario	277,80	274,23	-3,57
Ruolo socio-sanitario	70,83	68,83	-2,00
Ruolo professionale	0	0	0,00
Ruolo tecnico	63,59	71,59	8,00
Ruolo amministrativo	85,50	83	-2,50
Totale Comparto	497,72	497,65	-0,07

	Forza lavoro al 31.12.2023	Forza lavoro al 31.12.2024	Differenza 2024/2023
RICERCA SANITARIA	58	73	15

	2023	2024	Differenza Forza lavoro 2024/2023
	Forza lavoro	Forza lavoro	
Ruolo sanitario			
Dirigenti medici	126,33	125,17	-1,16
Dirigenti farmacisti	5	5	0,00
Dirigenti Biologi	19	19	0,00
Dirigenti chimici	1	1	0,00
Dirigenti fisici	9	9	0,00
Dirigenti psicologi	2	2	0,00
Dirigente delle professioni sanitarie	2	2	0,00
Infermieri	176,23	175,16	-1,07
Tecnici Sanitari di Laboratorio	50,07	46,57	-3,50
Tecnici Sanitari di Radiologia	47,5	46,50	-1,00
Altro personale	4	6	2,00
TOTALE	442,13	437,4	-4,73

4.2 Risorse economiche e finanziarie

L'Istituto ha chiuso il Bilancio di esercizio 2024 con un utile di € 1.938.958.

Durante l'esercizio l'Istituto ha mantenuto gli standard qualitativi assistenziali e dell'attività di ricerca con un'attenzione particolare all'integrazione delle funzioni sanitarie con l'AS "Friuli Occidentale" di Pordenone.

Le attività sono state rese compatibili con le risorse economiche a disposizione e si è posta attenzione ad un oculato utilizzo dei fondi finalizzati.

Conto Economico

Importi: Euro

SCHEMA DI BILANCIO		Anno 2023	Anno 2024	VARIAZIONE 2024/2023	
				Importo	%
A)	VALORE DELLA PRODUZIONE	137.205.326	149.716.722	12.511.396	9,12%
B)	COSTI DELLA PRODUZIONE	133.545.314	145.955.229	12.409.915	9,29%
1	Acquisti di beni	51.856.243	56.228.002	4.371.759	8,43%
2	Acquisti di servizi sanitari	6.099.410	7.295.555	1.196.145	19,61%
3	Acquisti di servizi non sanitari	11.339.268	11.038.880	-300.388	-2,65%
4	Manutenzione e riparazione	4.099.729	4.162.057	62.328	1,52%
5	Godimento di beni di terzi	1.344.071	1.311.978	-32.093	-2,39%
6	Costi del personale	40.427.942	44.117.121	3.689.179	9,13%
7	Oneri diversi di gestione	1.192.015	1.189.378	-2.637	-0,22%
8	Ammortamenti	4.610.666	5.106.649	495.983	10,76%
9	Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	86.930	427.137	340.207	391,36%
10	Variazione delle rimanenze	369.188	-337.560	-706.748	-191,43%
11	Accantonamenti	12.119.852	15.416.032	3.296.180	27,20%
C)	PROVENTI E ONERI FINANZIARI	-131.799	-187.685	-55.886	42,40%
D)	RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA' FINANZIARIE				
E)	PROVENTI E ONERI STRAORDINARI	1.377.094	1.647.822	270.728	19,66%
Y)	IMPOSTE SUL REDDITO D'ESERCIZIO	3.084.005	3.282.672	198.667	6,44%
	UTILE (PERDITA) DELL'ESERCIZIO	1.821.302	1.938.958	117.656	6,46%

VALORE DELLA PRODUZIONE

Il valore della produzione risulta in incremento rispetto al 2023 del 9,12%.

Per una corretta lettura dei dati di bilancio è necessario sottolineare che il ricavo riportato nel bilancio per l'attività extraregionale è relativo all'esercizio 2023 mentre i costi sostenuti per la stessa sono quelli riferiti all'attività del 2024.

Di seguito si riportano in dettaglio le varie voci di **ricavo** dell'attività regionale ed extra-regionale iscritte a bilancio:

Ricavi attività Regionale

VOCI	2023	2024	DELTA	VAR.%
Prestazioni ricovero regionali	12.220.868,00	12.107.233,00	-113.635,00	-0,93%
Fatture ricoveri	47.741,06	0,00	-47.741,06	-100,00%
Prestazioni amb. Regionali	23.327.863,00	24.569.795,00	1.241.932,00	5,32%
Fatture prestazioni ambulatoriali	1.005.175,55	828.116,13	-177.059,42	-17,61%
Fatture farmaci/File F	10.983.615,00	11.964.309,00	980.694,00	8,93%
TOTALE	47.585.262,76	49.469.453,13	1.184.190,52	3,96%

Ricavi attività Extra-regionale

VOCI	2023	2024	DELTA	VAR.%
Prestaz. Ricovero extrareg	5.106.987,00	5.775.818,00	668.831,00	13,10%
Prest. Amb. Extraregionali	14.829.162,00	10.969.191,00	-3.859.971,00	-26,03%
Rimb.prest.file F, distr.diretta 1° ciclo	12.157.118,00	10.447.351,00	-1.709.767,00	-14,06%
Altre prestazioni in compensazione	0	1.468.210,00	1.468.210,00	100,00%
Altre prestazioni non in compensazione	1.137.251,11	802.283,14	-334.967,97	-29,45%
TOTALE	33.230.518,11	29.462.853,14	-3.767.664,97	-11,34%

COSTI DI PRODUZIONE

I costi di produzione registrati nel 2024 evidenziano un incremento del 9,29% rispetto al valore del 2023.

Acquisto di beni sanitari e non sanitari

SCHEMA DI BILANCIO	Anno 2024	Anno 2023	VARIAZIONE 2024/2023	
			Importo	%
1 Acquisti di beni	56.228.002	51.856.243	4.371.759	8,43%
<i>a) Acquisti di beni sanitari</i>	<i>54.900.342,00</i>	<i>50.596.228,00</i>	<i>4.304.114</i>	<i>8,51%</i>
<i>b) Acquisti di beni non sanitari</i>	<i>1.327.660,00</i>	<i>1.260.015,00</i>	<i>67.645</i>	<i>5,37%</i>

Complessivamente gli acquisti di beni sanitari e non sanitari sono incrementati di € 4.371.759 pari al +8,43% rispetto all'anno precedente, di cui € 4.304.114 riferiti ai prodotti sanitari.

Tuttavia ai fini di una corretta interpretazione dei dati di bilancio è necessario valutare i consumi dei prodotti e la loro variazione rispetto all'esercizio precedente. La variazione dei consumi dei beni risulta infatti incrementata di + € 3.665.012 pari al + 7,02% rispetto ai consumi 2023. Va precisato che i consumi sanitari sono al netto delle note credito per inadempienze contrattuali e AIFA pari ad € 290.911 nel 2024 e ad € 330.972 nel 2023.

Spesa farmaceutica

La spesa dei consumi di prodotti farmaceutici anno 2024, al netto delle note credito AIFA, è risultata complessivamente di € 44.337.350, con una variazione del +8,02%, rispetto all'anno precedente (fonte: COGE):

Denominazione conto	Anno 2024 *	Anno 2023 *
Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale	44.069.085	40.789.692
Medicinali senza AIC	202.056	182.255
Ossigeno	66.209	75.060
totale	44.337.350	41.047.007

**sono detratte le note di credito AIFA dal costo d'acquisto e note per inadempimenti (Anno 2024 € 290.910,70 - Anno 2023 € 330.972,22)*

Nel corso del 2024 sono state confermate tutte le progettualità definite a livello regionale in termini di contenimento della spesa ospedaliera e di appropriatezza prescrittiva.

Nell'ambito delle misure complessive di contenimento dei costi, la Regione ha previsto una serie di vincoli gestionali sulla spesa farmaceutica rappresentati da:

- A. Spesa ospedaliera per farmaci non oncologici e non emato-oncologici (b1) + 10% della distribuzione diretta (b2): - 1% del dato 2023;
- B. Spesa ospedaliera per farmaci oncologici ed emato-oncologici + 10% diretta onc: - 0,5% del dato 2023

Di seguito una sintesi dei valori riportati nel report della direzione centrale salute relativamente ai vincoli (dati aggiornati al 03.04.2025):

VINCOLO A	Anno 2023	Anno 2024	Var.	Var. %
Spesa Ospedaliera non oncologica (al netto dei vaccini)	2.975.087 €	2.747.584 €	-227.503 €	-7,6%
10% mobilità diretta non oncologica	276.977 €	293.603 €	16.626 €	6,0%
Totale spesa vincolo A	3.252.064 €	3.041.187 €	-210.877 €	-6,5%
VINCOLO B	Anno 2023	Anno 2024	Var.	Var. %
Spesa Ospedaliera oncologica (al netto degli innovativi)	18.043.386 €	20.795.403 €	2.752.017 €	15,3%
10% mobilità diretta oncologica	939.545 €	1.008.431 €	68.886 €	7,3%
Totale spesa vincolo B	18.982.931 €	21.803.834 €	2.820.903 €	14,9%

Per quanto riguarda il primo vincolo si evidenzia che la spesa di questa categoria di farmaci ha registrato un decremento di € 210.878 e riguarda principalmente le seguenti classi:

- B02-antiemorragici
- J02-antimicotici per uso sistemico.

Con riferimento al vincolo B, l'incremento registrato è relativo quasi esclusivamente alla spesa oncologica ospedaliera. L'introduzione di alcuni nuovi farmaci nella pratica clinica e l'estensione all'utilizzo a nuove

indicazioni di molecole già disponibili hanno condizionato l'andamento della spesa ospedaliera dell'anno e reso impossibile il rispetto del vincolo. Tali aspetti hanno una ricaduta particolarmente rilevante sul CRO in quanto il trend di crescita di spesa riguarda in particolare i farmaci oncologici e emato-oncologici che rappresentano la quasi totalità delle prescrizioni. Nel 2024 l'aumento registrato (+ € 2.747.584) è attribuibile a due soli principi attivi (trastuzumab deruxtecan e Pertuzumab + Trastuzumab SC).

Dispositivi medici

Il fattore produttivo "dispositivi medici" comprende sia i costi relativi all'attività assistenziale sia i costi della ricerca finalizzata e corrente.

Ciò premesso, per quanto riguarda il CRO, la spesa per dispositivi medici del 2024 è riportata nella tabella sottostante suddivisa per fonte di finanziamento. Per una corretta lettura del dato, è necessario precisare che nel corso del 2024 è proseguita la revisione delle anagrafiche dei dispositivi medici e diagnostici in vitro utilizzati finalizzata a implementare correttamente i flussi ministeriali. Pertanto i dati di consumo del 2023 e del 2024 sono stati elaborati tenendo conto degli aggiornamenti al mese di aprile 2025.

DISPOSITIVI MEDICO DIAGNOSTICI IN VITRO (IVD)				
fonte di finanziamento	anno 2023	anno 2024	var.	var. %
Istituzionale	2.888.485	2.764.257	-124.227	-4%
Ricerca	1.917.602	1.866.621	-50.982	-3%
ricerca corrente	732.473	696.520	-35.953	-5%
finalizzati	1.185.129	1.170.101	-15.028	-1%

Totale	4.806.087	4.630.878	-175.209	-4%
---------------	------------------	------------------	----------	-----

DISPOSITIVI MEDICI				
fonte di finanziamento	anno 2023	anno 2024	var. annua	var. %
Istituzionale	3.991.993	4.021.026	29.033	1%
Ricerca	142.953	119.430	-23.523	-16%
ricerca corrente	23.833	19.439	-4.394	-18%
ricerca finalizzata	119.119	99.990	-19.129	-16%

Totale	4.134.946	4.140.456	5.510	0%
---------------	------------------	------------------	-------	----

DISPOSITIVI MEDICI TOTALI				
fonte di finanziamento	anno 2023	anno 2024	var.	var. %
Istituzionale	6.880.478	6.785.284	-95.194	-1%
Ricerca	2.060.555	1.986.050	-74.505	-4%
ricerca corrente	756.307	715.959	-40.347	-5%
finalizzati	1.304.249	1.270.091	-34.157	-3%

totale	8.941.033	8.771.334	-169.699	-2%
---------------	------------------	------------------	----------	-----

L'insieme dei "dispositivi medici" comprende sia i consumi relativi all'attività assistenziale sia i costi della ricerca finalizzata e corrente (in particolare DM-diagnostici in vitro).

Complessivamente, si evidenzia un consumo in diminuzione rispetto al valore 2023 sia per la quota relativa all'assistenza sia per quella della ricerca.

L'entità della spesa per dispositivi per utilizzo istituzionale/SSR è stata pari 6,8 mln di euro ed è limitata a poche categorie, per la quasi totalità ascrivibili a diagnostici in vitro, materiale per sala operatoria, protesi mammarie, dispositivi per la somministrazione di chemioterapia.

Si precisa che questo tipo di spesa istituzionale è strettamente correlato ai volumi e tipologia di attività erogata e pertanto risulta una voce di spesa difficilmente comprimibile.

Limitando l'analisi ai dispositivi utilizzati per finalità clinico-assistenziali si rileva che tra i diagnostici in vitro il 97% è attribuibile a prodotti utilizzati nell'ambito dell'attività di laboratorio (anatomia patologica, patologia clinica, immunologia, ecc).

Per quanto riguarda la spesa di dispositivi medici, si evidenzia che la stessa è sovrapponibile a quella dell'anno precedente e come si evince dalla tabella l'82% della spesa si concentra su 6 categorie di prodotti:

DISPOSITIVI MEDICI			incidenza	
classe economale	ANNO 2023	ANNO 2024	%	cumulata
MATERIALE SANITARIO - ALTRO	1.212.490,11	1.248.289,96	30%	30%
MATERIALE PER INTERVENTI - ALTRO	749.246,77	776.647,25	19%	49%
STRUMENTARIO	599.457,28	576.967,67	14%	63%
MATERIALE PER MEDICAZIONE	382.031,57	406.439,20	10%	73%
PROTESI PASSIVE	437.592,59	367.642,46	9%	82%
MATERIALE PER SUTURE	330.445,14	305.633,95	7%	89%
MATERIALE DI CONSUMO PER APPARECCHIATURE SANITARIE PER ESPLORAZIONI FUNZIONALI O	123.542,85	150.855,98	4%	93%
GAS PER USO NON UMANO	92.769,31	98.914,38	2%	95%
DISINFETTANTI, DISINFESTANTI E RATTICIDI - ALTRI	74.970,47	81.056,53	2%	97%
MATERIALI PER L'ESECUZIONE DI PRELIEVI	37.763,58	36.741,20	1%	98%
SUPPORTI E AUSILI TECNICI PER DISABILI	35.154,87	26.720,56	1%	98%
MATERIALI PER STERILIZZAZIONE	22.653,12	17.863,68	0%	99%
MATERIALE DI GUARDAROBA MONOUSO NON STERILE	11.822,61	16.978,10	0%	99%
MATERIALI PER IGIENE DEL CORPO	661,39	11.132,30	0%	100%
MATERIALI RADIOGRAFICI E FOTOGRAFICI PER USO DIAGNOSTICO	9.749,51	4.291,96	0%	100%
MATERIALI DI LABORATORIO E PER APPARECCHIATURE SANITARIE AD USO DIAGNOSTICO	6.176,22	4.182,50	0%	100%
ALTRO	2.187,18	3.645,34	0%	100%
CANCELLERIA	1.521,53	1.639,97	0%	100%
METABOLICI	-	1.162,06	0%	100%
VESTIARIO PER IL PERSONALE DIPENDENTE	382,01	1.153,80	0%	100%
MATERIALI PER DIALISI - ALTRI	2.013,92	1.099,48	0%	100%
MATERIALE DI GUARDAROBA E CASALINGHI - ACCESSORI	469,70	638,30	0%	100%
FARMACI PER USO TOPICO	526,50	475,59	0%	100%
DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE	126,00	252,00	0%	100%
TELERIE, TESSUTI E MERCERIE	15,86	31,72	0%	100%
BIANCHERIA ED EFFETTI LETTERECCI CONFEZIONATI	784,70	-	0%	100%
Totale	4.134.554,79	4.140.455,94	100%	

Nella categoria "materiale sanitario – altro" sono compresi in particolare i dispositivi per infusione, trasfusione, perfusione, sacche e diverse tipologie di kit. Nella categoria "materiale per interventi - altro" rientrano in

particolare le varie tipologie di aghi, cateteri, dispositivi per manipolazioni antitumorali, cannule, siringhe per i vari setting specialistici, ecc..

Per una corretta lettura e analisi del dato di consumo di dispositivi medici correlato all'attività di assistenza (€ 4.021.026) è importante evidenziare che il consumo è attribuibile per circa il 56% all'ambito ospedaliero e per il restante 44% all'attività ambulatoriale e di diagnostica.

In particolare, circa 2,240 milioni della spesa per Dispositivi medici (DM) è ascrivibile all'attività riconducibile all'ambito ospedaliero (59% sala operatoria, 21% degenze mediche e chirurgiche, 20% anestesia e rianimazione). Circa 1,779 milioni di spesa per DM si registrano per l'attività ambulatoriale (25% radiologia, 6% medicina nucleare, 18% per l'attività ambulatoriale di chemioterapia, 18% gastroenterologia, 7% radioterapia ecc).

Nel corso del 2024 sono state ulteriormente implementate delle azioni volte a favorire la centralizzazione degli acquisti dei dispositivi medici nell'intento di contenere la spesa anche attraverso lo strumento della negoziazione di budget. In particolare:

- ricognizione centralizzata dei fabbisogni in funzione della gara da parte delle strutture cliniche e di ricerca in collaborazione con la SOSD di farmacia al fine di evitare la mancanza di segnalazione del fabbisogno e quindi la non adesione all'acquisto tramite gara ARCS;
- sensibilizzazione alla partecipazione da parte del personale sanitario alle gare regionali sia in veste di componente del gruppo tecnico sia nelle commissioni di aggiudicazione;
- verifica delle richieste di acquisto di dispositivi inoltrate alla farmacia dai reparti, favorendo ove possibile il ricondurre l'acquisto alla gara regionale ARCS e, solo ove non possibile, la richiesta prosegue il suo iter per l'acquisto in autonomia;
- attività formativa: in caso di segnalazioni dai reparti di inidoneità dei dispositivi di nuova introduzione per cambio gara, il farmacista propone alle coordinatrici infermieristiche un incontro formativo con gli specialisti, per far conoscere le caratteristiche e le differenze del nuovo dispositivo rispetto a quello usato in passato;
- attività di informazione e sensibilizzazione di segnalazione di incidenti e reclami che coinvolgono i DM.

Acquisto di servizi sanitari

	anno 2023	anno 2024	var.
Acquisti di servizi sanitari	6.099.410,00	7.295.555,00	1.196.145,00
a) Acquisti servizi sanitari - Medicina di base	-	-	-
b) Acquisti servizi sanitari – Farmaceutica	-	-	-
c) Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	757.990,00	711.917,00	46.073,00
d) Acquisti servizi sanitari per assistenza riabilitativa	-	-	-
e) Acquisti servizi sanitari per assistenza integrativa	-	-	-
f) Acquisti servizi sanitari per assistenza protesica	-	-	-
g) Acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera	-	-	-
h) Acquisto prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	-	-	-
i) Acquisto prestazioni di distribuzione farmaci File F	-	-	-
j) Acquisto prestazioni termali in convenzione	-	-	-
k) Acquisto prestazioni di trasporto sanitario	51.721,00	67.032,00	15.311,00
l) Acquisto prestazioni Socio-Sanitarie a rilevanza sanitaria	-	-	-
m) Compartecipazione al personale per att. libero-prof. (intramoenia)	1.297.443,00	1.332.936,00	35.493,00
n) Rimborsi, assegni e contributi sanitari	713.686,00	1.339.438,00	625.752,00
o) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie	2.646.975,00	2.940.518,00	293.543,00
p) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria	631.595,00	903.714,00	272.119,00
q) Costi per differenziale tariffe TUC	-	-	-

Nell'ambito del costo dei servizi sanitari, le voci che rilevano un maggior incremento sono rappresentate da:

- “Rimborsi, assegni e contributi sanitari” (+ € 625.752) in conseguenza della maggior quota di finanziamenti versati ad Enti/Istituzioni partecipanti a progetti finalizzati in cui il CRO è capofila (+ € 510.688) e della variazione del contributo dovuto dall'Ente per il personale universitario (+ € 85.478) derivante dalle convenzioni con l'Università di Trieste e di Udine per tre professori universitari;
- “Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie” (€ 293.543): l'incremento è attribuito ad un maggior ricorso alle consulenze da aziende sanitarie della regione per sopperire alla carenza di organico per alcune specialità (anestesia e chirurgia plastica) (+ € 136.337) e all'incremento delle borse di studio finalizzate (+ € 196.790);
- “Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria” (+ € 272.119). Si segnala un incremento della spesa riferiti a contratti finanziati con fondi di ricerca finalizzata (+ € 93.427), in particolare del servizio completo di proliferazione genomica tumorale Foundationone liquid CDX. Si evidenzia inoltre che l'incremento risente della riclassificazione di alcuni servizi già avviata nel corso degli anni precedenti, secondo le indicazioni condivise a livello regionale che ha comportato il progressivo trasferimento di costi dalla voce “Dispositivi medici - IVD” (tra cui: servizi controllo qualità VEQ e servizi di analisi), ma soprattutto dalla voce “Altri servizi non sanitari da privato” (servizi di sterilizzazione, servizi di trasporto pazienti e materiali sanitari, servizi di analisi).

Acquisto di Servizi non Sanitari

Si osserva un decremento complessivo della spesa registrata nelle voci afferenti al gruppo Acquisto di servizi non sanitari, rispetto al consuntivo 2023 (- € 300.388 pari al -2,65%).

La minor spesa rispetto all'annualità precedente è riconducibile principalmente alla riduzione - € 667.909 (21,61%), registrata sul contratto "Servizio energia" (e conduzione centrale termica) e su altri contratti di fornitura di servizi come risultato della riclassificazione di alcune prestazioni a seguito dell'aggiornamento delle classi economali nel sistema di contabilità del SSR.

Si registra inoltre una maggiore spesa relativa alle utenze elettriche (+ € 253.594) dovuta a consumi annui superiori rispetto al 2023 riportandosi ai livelli precedenti al 2021.

Manutenzioni e riparazioni

La spesa per manutenzioni ha registrato un trend in linea con il valore 2023 (€ 62.328 pari a +1,52%). La maggior spesa 2024 del gruppo di conti "Manutenzione ai Fabbricati e pertinenze", "Impiantistica varia" e "Impianti e Macchinari" è stata compensata da un minor utilizzo per le attrezzature sanitario-scientifiche.

Godimento di beni di terzi (- € 32.093)

Si registra un decremento di quelli riferiti all'area sanitaria, per effetto dell'attivazione della nuova pet, e un incremento di quelli di area non sanitaria (compensato principalmente da fondi di ricerca finalizzata e/o 5x mille).

Costi del personale

Complessivamente, rispetto al 2023, il costo del personale rileva un incremento pari a € 3.689.179.

L'incremento è determinato sostanzialmente da:

- l'effetto trascinalamento nel 2024 della manovra del personale effettuata 2023;
- l'espletazione di procedure concorsuali previste in fase di preventivo oltre a delle assunzioni rese necessarie nel corso dell'esercizio, in particolare nel ruolo sanitario a tempo determinato, per supplire a temporanee carenze d'organico e al turn-over, considerate le effettive cessazioni;
- la perequazione effettuata a livello regionale dei fondi del personale;
- l'incremento della spesa per personale per la ricerca (Piramide) per nuove assunzioni;
- l'erogazione a regime del CCNL 2019/2021 per l'area della dirigenza Sanitaria e per la Dirigenza PTA.

4.3 Bilancio di genere e benessere sul posto di lavoro

A partire dal 2023 l'istituto si è dotato di un Gender Equality Plan (GEP) che rappresenta uno strumento di pianificazione strategica e operativa per la promozione delle pari opportunità e della parità di genere del personale della ricerca attraverso azioni, obiettivi e indicatori di monitoraggio.

Con il termine "parità di genere" si indica la possibilità di accedere in modo paritario a ogni aspetto della vita lavorativa: dai concorsi alla formazione, dai permessi familiari al conferimento di incarichi in posizioni apicali, conservando le proprie peculiarità specifiche, a prescindere dal sesso.

La Commissione Europea, con la “Strategia per la parità di genere 2020-2025”, si pone l’obiettivo di costruire un’Europa garante della libertà e della realizzazione personale attraverso le seguenti azioni:

- contrasto alla violenza sulle donne e agli stereotipi di genere;
- riequilibrio fra vita professionale e vita privata;
- parità salariale;
- miglioramento della presenza delle donne nelle posizioni apicali;
- valorizzazione delle diversità sul luogo di lavoro.

Sulla base delle linee guida europee, il GEP ha individuato cinque macroaree con obiettivi monitorati, a 12 e/o 24 mesi, mediante report:

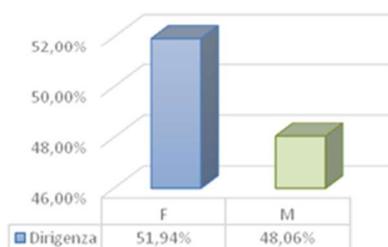
- *promozione dell’equilibrio vita-lavoro e cultura organizzativa*
- *promozione dell’equilibrio di genere nelle posizioni apicali e negli organi decisionali*
- *promozione dell’equilibrio di genere nel reclutamento e nelle progressioni di carriera*
- *promozione dell’integrazione della dimensione di genere nella medicina e nella ricerca,*
- *sensibilizzare e formare sull’eguaglianza di genere*

Tutti e 5 i punti sono già stati avviati ed è stata creata una sezione dedicata al GEP sul sito del CRO con tutte le informazioni utili.

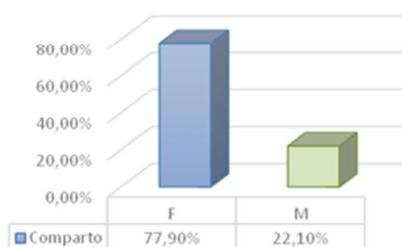
Nell’anno 2024, il GEP è stato presentato come poster dal titolo "Gender Equality in Research Governance of IRCCS -Italian Research Hospitals" al Congresso Annuale della European Association of Research Manager and Administrator che si è tenuto ad Odense (Danimarca) dal 22 al 25 aprile 2024 vincendo il “People’s Choice Poster Award” e il gruppo di lavoro del GEP 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.

I grafici riportati di seguito rappresentano la distribuzione per genere del personale con incarico di dirigenza e di comparto al 31.12.2024.

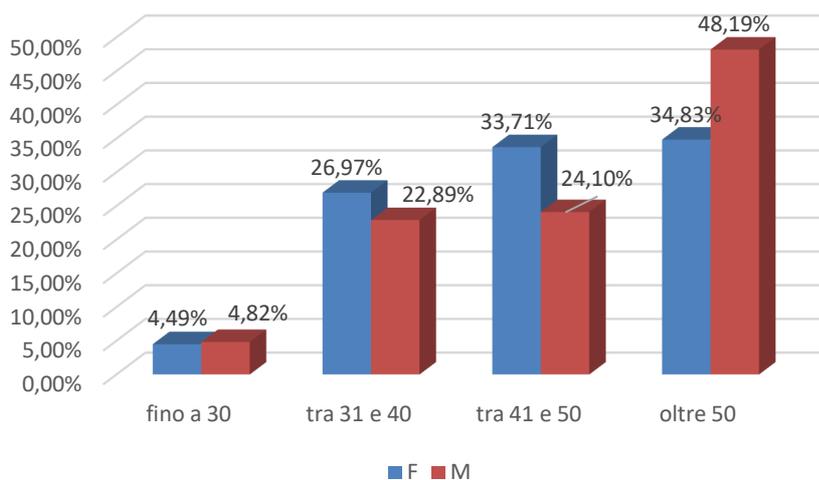
ANNO 2024 - Dirigenza



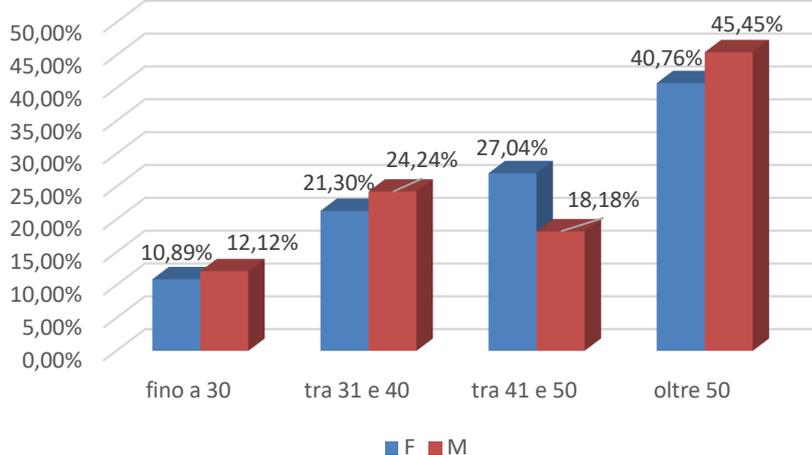
ANNO 2024 - Comparto



Anno 2024 - Dirigenza fasce di età e sesso



Anno 2024 - Comparto fasce di età e sesso



Suddivisione età media per qualifica e per sesso

	F	M
DIRIGENZA	48	51
COMPARTO	46	45

Nei grafici riportati di seguito sono riportati gli incarichi di struttura complessa (compresi f.f) e struttura semplice dipartimentale al 31 dicembre 2024 suddivisi per genere:



L'Istituto si impegna a salvaguardare la comunicazione con il personale interno per favorire lo svolgimento delle proprie attività lavorative rendendo l'ambiente di lavoro il più possibile sicuro, informato e collaborativo. L'azione attivata nel 2023, e portata a conclusione con due interventi formativi a maggio e ottobre 2024, è stata la valutazione del benessere organizzativo e del rischio stress lavoro correlato. Il Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale e la SOSD di Psicologia dell'Istituto hanno ritenuto di procedere al coinvolgimento di tutti i lavoratori (compreso il personale del ruolo della ricerca, interinale e liberi professionisti) tramite somministrazione di un questionario. Sono stati distribuiti 662 questionari e di questi ne sono stati restituiti 343 pari al 51,8% del campione. Le aree interessate dall'indagine riguardano le caratteristiche dell'ambiente di lavoro, la sicurezza del lavoro, le caratteristiche del proprio lavoro e tollerabilità dei compiti assegnati, le sensazioni vissute nell'ambiente di lavoro, i disturbi psicosomatici, l'apertura all'innovazione ed eventuali suggerimenti.

La "valutazione della percezione soggettiva di benessere organizzativo da parte dei lavoratori" è utile all'identificazione e caratterizzazione del rischio da stress lavoro correlato e delle sue cause, e rappresenta un utile indicatore dello stato di salute dell'Azienda.

Complessivamente, risaltano come punti di forza l'impegno per il proprio lavoro (vissuto come socialmente utile e importante), l'esistenza di relazioni collaborative e umane tra pari e il riconoscimento dell'attenzione alla sicurezza dell'ambiente fisico e al comfort ambientale. Come aspetti da migliorare, invece, emergono quelli riguardanti la gestione "umana" delle risorse: informazione, comunicazione e relazione, valorizzazione del personale, equità organizzativa, confronto e collaborazione con altre organizzazioni, introduzione di nuove professionalità e sviluppo di competenze innovative.

E' continuata anche nel 2024 l'attività di supporto al personale dipendente, che viene effettuata sia attraverso lo "Sportello di Ascolto" sia attraverso percorsi individuali richiesti dagli interessati. Entrambi i percorsi sono facoltativi e gratuiti.

Le finalità dello "Sportello" sono quelle di creare uno spazio di confronto su problemi relativi all'ambito lavorativo (eventi stressanti, conflitti, problematiche comunicativo-relazionali, ecc), supportare attivamente il lavoratore alla lettura e all'analisi della propria esperienza di disagio, al fine di coglierne gli elementi causali soggettivi, organizzativi e/o afferenti al contesto più ampio ed infine individuare azioni per prevenire e fronteggiare le situazioni di stress evidenziate.

Lo Sportello, al contrario dei percorsi individuali, non si configura, pertanto, come uno spazio terapeutico in cui affrontare nodi profondi o rileggere la propria esperienza passata ma, piuttosto, come un contesto psicoeducativo che permetta di affinare le proprie strategie mentali e comportamentali, in particolare per la riduzione del malessere esperito nell'ambiente di lavoro.

Di seguito una sintesi dell'attività erogata nel 2024:

SUPPORTO PERSONALE – 2024	N°
ACCESSI SPORTELLO DI ASCOLTO	50
COLLOQUI INDIVIDUALI/VALUTAZIONE STRESS	10
PARTECIPAZIONE A RIUNIONI SETTIMANALI IN TEAM CON CONFLITTI INTERNI	25

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 603 del 20/12/2024, è stato costituito il Comitato Unico di Garanzia per le Pari Opportunità, la Valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (CUG), ai sensi dell'art. 57 d.lgs. n. 165/2001 e s.m.i..

Il CUG è unico per tutte le aree contrattuali ed esplica le proprie attività nei confronti di tutto il personale dell'Istituto. Ha composizione paritetica ed è formato da componenti designati da ciascuna delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello di amministrazione e da un pari numero di rappresentanti dell'amministrazione in modo da assicurare nel complesso la presenza paritaria di entrambi i generi. L'ambito di interesse del CUG coincide in buona parte con le iniziative adottate nell'ambito del GEP e degli organismi paritetici per l'innovazione.

Con delibere del direttore generale n. 9 e 11 del 12.01.2024 sono stati costituiti i due organismi paritetici per l'innovazione rispettivamente della dirigenza area sanità e del comparto sanità.

L'Organismo paritetico per l'Innovazione ha la finalità di attivare stabilmente relazioni aperte e collaborative su progetti di organizzazione e innovazione, miglioramento dei servizi, promozione della legalità, della qualità del lavoro e del benessere organizzativo – anche con riferimento alle politiche formative, al lavoro agile e alla conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, alle misure di prevenzione dello stress lavoro-correlato e fenomeni di burn-out, al fine di formulare proposte all'amministrazione o alle parti negoziali della contrattazione integrativa.

4.4 Smart working

Nell'ambito del contesto normativo di riferimento, il CRO ha continuato a far ricorso allo strumento del lavoro agile, adattando di volta in volta la propria organizzazione.

In quest'ottica, sono state fatte, all'origine, le dovute mappature, individuando gli ambiti in cui la prestazione possa essere resa in modalità agile. Sulla base di tali evidenze e della normativa in essere, con deliberazione del direttore generale n. 514 del 28.10.2022 è stato adottato il Regolamento d'Istituto sul lavoro agile, tutt'ora

vigente. La presente disciplina si applica a tutto il personale in servizio presso l'Istituto sia con contratto di lavoro a tempo indeterminato che determinato, pieno, parziale o ad orario ridotto, compatibilmente con l'organizzazione dei servizi e del lavoro. Al personale di ruolo, ai soli fini dell'applicazione della disciplina del lavoro agile, è equiparato il personale proveniente da altre amministrazioni in posizione di comando, fuori ruolo, distacco. Resta escluso il personale che non abbia concluso il periodo di prova.

La diffusione dello smart working in Istituto è condizionata dal fatto che le attività di ricovero, cura e ricerca necessitano della presenza fisica e continuativa degli operatori sanitari.

Si evidenzia che, rispetto alla fase sperimentale avviata nel corso del 2020, nell'ultimo biennio (2023-2024) si è registrato un minor ricorso alla modalità di lavoro agile sia in termini di persone che ne hanno fatto richiesta sia in termini di numero di ore fruito anche in relazione all'attività assistenziale e di cura che caratterizza l'Istituto.

La richiesta complessiva del lavoro in modalità agile per il 2024 viene rappresentata nella tabella sottostante:

	<i>Nr.Dipendenti</i>	<i>Ore SmartWorking</i>	<i>GG Usufruiti</i>	<i>Media GG Usufruiti</i>
COMPARTO				
<i>Femmine</i>	18	3.142,78	441	24,50
<i>Maschi</i>	3	590,40	82	27,33
DIRIGENZA				
<i>Femmine</i>	1	22,80	3	3,00
<i>Maschi</i>	3	387,60	51	17,00

4.5 Rilevazione soddisfazione degli utenti

Indagine di soddisfazione dell'utente

Nel periodo dal 2 settembre al 15 ottobre 2024, l'Istituto ha condotto, 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; complessivamente sono stati compilati n. 237 questionari. 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 e l'accoglienza ricevute, 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. Al fine di rendere questo strumento più efficace a rilevare le esigenze dei pazienti, l'Istituto prevede di rivedere, a partire dal 2025, le modalità di somministrazione e i contenuti dei questionari.

Gestione del Distress

Da molti anni, all'interno dell'Istituto è in atto l'intervento di Gestione del Distress nell'ambito delle Strutture di Degenza.

Con l'espressione "distress psicologico" si considerano tutte le forme di disagio conseguenti all'esperienza oncologica, siano esse lievi o severe, transitorie o durature. Ugualmente elevato è il fenomeno nei familiari dei pazienti che mostrano, a seconda della fase di malattia, un distress che va dal 20% al 71%.

L'attività viene presentata come pratica clinica routinaria per "misurare e monitorare" le emozioni, così come avviene per altri parametri vitali; il distress viene misurato con strumenti validati per l'ambito oncologico: Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Distress Thermometer e Problem list (DT-PL), Questionario per la valutazione dei bisogni del paziente (NEQ).

Dopo lo scoring, il risultato di quanto emerso viene restituito al paziente attraverso un colloquio di aiuto finalizzato a stimolare la consapevolezza della propria condizione emotiva e del ruolo delle emozioni nel recupero delle condizioni generali di salute.

Altre iniziative a favore dei pazienti

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.

A partire da Aprile 2024 sono stati realizzati 7 laboratori mensili di bellezza finalizzati a riconquistare un senso di benessere, autostima e femminilità, ai quali hanno partecipato 40 pazienti. Ogni incontro dura circa due ore; è gestito da una beauty coach per la parte relativa al make-up e da una psicologa per le eventuali necessità emotive relative al confronto delle reciproche esperienze oncologiche.

Segnalazioni ufficio relazioni con il pubblico

La gestione dei reclami rappresenta un ulteriore strumento utilizzato per l'attuazione di azioni di miglioramento. L'ufficio relazioni con il pubblico (URP) del CRO da sempre svolge il ruolo di accoglienza ed ascolto diretto degli utenti/pazienti che si imbattono in problematiche spesso legate a questioni organizzative e/o burocratiche che possono verificarsi durante le loro visite o prestazioni diagnostiche effettuate nei diversi servizi/ambulatori dell'Istituto. L'URP si fa quindi carico di ascoltare l'utente (sia in presenza che telefonicamente) per cercare di risolvere nell'immediato le problematiche generate, evitando così all'utente di formalizzare una segnalazione scritta che comporterebbe lungaggini di tempo per la risoluzione del problema segnalato. Nel corso del 2024

sono stati registrati 22 reclami. 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. 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.

4.6 Stato di attuazione del piano triennale di prevenzione della corruzione e della Trasparenza (P.T.P.C.T.)

Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione 2024-2026 fa parte integrante del PIAO approvato con delibera n. 161 del 22.03.2024.

La pianificazione e le attività dell'anno 2024 in materia di trasparenza e anticorruzione hanno visto il coinvolgimento di tutte le articolazioni aziendali e degli stakeholder che, in ragione della mission dell'Istituto, vengono individuati nelle associazioni di volontariato attive in Istituto e nell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) che ha il compito di verificare l'assolvimento degli obblighi in materia di trasparenza ed integrità.

Gli obiettivi in materia di trasparenza e anticorruzione indicati nel PIAO sono stati formulati in collegamento con la performance. In particolare, per quanto riguarda la trasparenza, è stato mantenuto in capo alle strutture amministrative l'obiettivo di budget relativo al monitoraggio trimestrale degli obblighi di Trasparenza.

5. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

Il ciclo della Performance per l'anno 2024 si è sviluppato 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).

5.1 Piano attuativo ospedaliero

L'Istituto, sulla base delle linee per la gestione del SSR di cui alla DGR n. 48 del 19 gennaio 2024, ha approvato il piano attuativo ospedaliero che riporta la programmazione quali-quantitativa delle prestazioni, le linee di attività dell'area clinico - assistenziale e di ricerca, il programma degli investimenti e gli obiettivi afferenti alle linee progettuali indicate dalla Regione.

Durante l'esercizio sono stati garantiti i monitoraggi trimestrali 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	<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 (linee progettuali 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"/>

5.2 Obiettivi di budget

La programmazione annuale aziendale attraverso lo strumento del budget fa propri e persegue gli obiettivi/vincoli definiti dalla programmazione regionale e nazionale, assicurandone il conseguimento attraverso la declinazione degli stessi in obiettivi operativi da misurarsi attraverso appositi indicatori.

Gli obiettivi annuali assegnati dai documenti di programmazione nazionali e regionali sono stati integrati con le esigenze strategiche aziendali correlate all'analisi del contesto interno ed esterno e quindi tradotti in obiettivi operativi.

In particolare sono stati assegnati obiettivi di tipo dicotomico (sì/no) e dimensionale (tipo numerico) riguardanti:

- il mantenimento/incremento dei volumi di attività di ricovero, chirurgica e ambulatoriale in rapporto alla dotazione organica delle strutture;
- il mantenimento dell'attività di ricerca;
- il miglioramento degli indicatori LEA di efficienza operativa ed appropriatezza;
- i programmi di accreditamento/certificazione;
- il governo dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali e dei ricoveri;
- il rispetto dei tempi di refertazione;
- i programmi di screening oncologici;
- i progetti PNRR;
- l'avvio di nuovi sistemi informativi;
- il contenimento dei consumi di prodotti sanitari.

Inoltre 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 quanto contenuto nel PIAO, correlando gli stessi alla retribuzione di risultato:

- continuo aggiornamento delle attività previste nella griglia di rilevazione utili ai fini della pubblicazione dei dati e delle informazioni nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito aziendale con monitoraggi trimestrali;
- implementazione in "Amministrazione Trasparente" dei dati relativi alle procedure collegate al PNRR;
- attuazione del nuovo regolamento per l'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria.

Rilevazione dei tempi medi di pagamento

Il D.L. 13/2023 prevede che le pubbliche amministrazioni, con esclusione degli enti del SSN, provvedono ad assegnare ai dirigenti responsabili dei pagamenti delle fatture commerciali, nonché a quelli apicali delle rispettive strutture, specifici obiettivi annuali relativi al rispetto dei tempi di pagamento, integrando i rispettivi contratti individuali.

Si precisa che il rispetto dei tempi di pagamento non rappresenta una criticità per l'Istituto e pertanto la direzione, diversamente degli anni precedenti, ha ritenuto di non inserire specifici obiettivi nelle schede di budget delle strutture amministrative ma di orientare gli obiettivi verso aree che necessitano di azioni di miglioramento.

Si riportano di seguito i dati dell'indicatore di tempestività dei pagamenti degli ultimi tre anni che evidenziano che i pagamenti sono costantemente attenzionati:

Anno	Giorni (*)
2022	- 11,80
2023	- 32,33
2024	- 29,49

(*) calcolato come la somma, per ciascuna fattura emessa a titolo di corrispettivo di una transazione commerciale, dei giorni effettivi intercorrenti tra la data di scadenza della fattura o richiesta equivalente di pagamento e la data di pagamento ai fornitori moltiplicata per l'importo dovuto, rapportata alla somma degli importi pagati nel periodo di riferimento (DPCM 22/09/2014, art. 9).

Il ciclo della performance è stato avviato nel mese di febbraio, con la definizione da parte della Direzione Strategica con il supporto della SOSD controllo di gestione degli obiettivi da assegnare alle varie strutture dei dipartimenti clinici e della ricerca. Per ogni obiettivo presente nella scheda di budget sono previste le seguenti dimensioni:

- indicatore
- target
- criteri di valutazione
- pesi incentivazione distinti per responsabile, dirigenza, incarichi di funzione, incarichi di coordinamento, comparto, ricercatori sanitari e collaboratori della ricerca
- responsabile del monitoraggio.

L'iter seguito è stato articolato nelle seguenti fasi:

1. febbraio - maggio 2024:

- delibera n. 101 del 21.02.2024 approvazione definitiva del piano attuativo e bilancio preventivo 2024 corredata dal parere del collegio sindacale;
- incontro del Collegio di Direzione durante il quale è stato chiesto ai direttori di dipartimento di inviare alla direzione una proposta di obiettivi di budget;

- definizione da parte della Direzione Strategica con il supporto della SOSD controllo di gestione degli obiettivi da assegnare alle varie strutture dei dipartimenti clinici e della ricerca (schede proposta budget);
- 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 e successiva trasmissione delle schede definitive;
- formulazione da parte delle strutture/uffici amministrativi di una proposta di budget e negoziazione con la Direzione Strategica, la SOSD controllo di gestione con la successiva trasmissione delle schede definitive.

2. luglio 2024:

- a seguito della negoziazione degli obiettivi di budget delle strutture dei dipartimenti clinici e della ricerca sono stati declinati gli obiettivi di budget dell'area del comparto di questi dipartimenti sulla base delle proposte pervenute dai destinatari di budget;
- individuazione 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.

Durante l'esercizio è 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, tempi di attesa etc.);
- il monitoraggio trimestrale delle progettualità regionali;
- 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;
- un monitoraggio delle schede di budget con specifici incontri con i direttori/responsabili delle strutture dei dipartimenti clinici e di ricerca.

Durante l'esercizio la SOSD ha raccolto e valutato le richieste di revisione di obiettivi di budget pervenute dai responsabili di budget delle strutture cliniche, di ricerca e amministrativa.

Secondo quanto previsto nel sistema di misurazione e valutazione della performance (SMVP), nel mese di ottobre si è tenuto un ciclo di incontri di monitoraggio tra la direzione e i diversi responsabili delle strutture dei dipartimenti clinici e della ricerca, 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.

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

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.

Per gli obiettivi dello screening il dato viene elaborato dalla Regione e messo a disposizione nel portale regionale Qlik. Con riferimento allo screening del colon retto per il quale non era a disposizione il dato dell'intero periodo di osservazione, la valutazione è stata considerata conclusa con il dato disponibile a settembre. Si precisa che al mese di giugno il dato è aggiornato a novembre 2024 ed è in linea con il risultato di settembre.

Sono inoltre state valutate le motivazioni e i documenti a supporto di parziali o mancati raggiungimenti di alcuni obiettivi presentati dai centri di responsabilità. In presenza di fattori ostativi indipendenti dalla struttura 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.

I risultati delle misurazioni sono stati valutati dai direttori delle direzioni di competenza (generale, scientifica, sanitaria e amministrativa).

L'Organismo Indipendente di Valutazione ha preso atto dell'intero percorso durante la seduta del 18 aprile 2025 non rilevando elementi di criticità rispetto al sistema di misurazione e valutazione della performance adottato. Si riporta di seguito una tabella di sintesi che rappresenta il numero di obiettivi di budget 2024 assegnati e revisionati precisando che alcuni di essi sono comuni a più strutture operative/direzioni:

Sintesi obiettivi

	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
FASE VALUTAZIONE	
<i>totale obiettivi da valutare</i>	376
<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</i>	376

Di seguito si riporta la valutazione finale degli obiettivi contenuti nelle schede di budget delle singole strutture operative e la ricaduta in termini di incentivazione per la parte correlata alla performance organizzativa (60%

della retribuzione di risultato per la dirigenza e 70% della produttività per il personale del comparto) secondo le “scale di verifica e valutazione della performance raccordata con la scala di riconoscimento della produttività collettiva” presenti nel sistema di misurazione e valutazione della performance:

Scala di verifica e valutazione della performance raccordata con scala di riconoscimento della produttività collettiva – AREA COMPARTO	
grado di conseguimento del budget di struttura/equipe	percentuale di accesso alla quota annua di produttività collettiva
≥ 95%	100%
60%-94%	in proporzione rispetto al 95%
< 60%	0%

Scala di verifica e valutazione della performance raccordata con scala di riconoscimento indennità di risultato – AREA DIRIGENZA	
grado di conseguimento del budget di struttura/equipe	percentuale di accesso alla quota annua di retribuzione risultato/produttività collettiva
≥ 98%	100%
60%-97%	in proporzione rispetto al 98%
< 60%	0%

Le percentuali del grado di conseguimento per stabilire lo scaglione vengono calcolate arrotondate per eccesso o per difetto al numero intero (frazioni inferiori allo 0,5 vengono arrotondate per difetto).

Dipartimento	Struttura Operativa	Profili Professionali	valutazione annuale obiettivi scheda di budget		
			% incentivazione	% misurazione obiettivi incentivati	% pesi obiettivi monitorati
Dipartimento di Oncologia Medica	Dipartimento di Oncologia Medica - Comparto	<i>incarichi di coordinamento</i>	100,00%	100,00%	100%
		<i>comparto</i>	100,00%	100,00%	100%
	SOC Oncologia Medica e dei Tumori Immunocorrelati	<i>responsabile</i>	85,64%	83,93%	100%
		<i>dirigenza</i>	85,64%	83,93%	100%
	SOC Oncologia Medica e Prevenzione Oncologica	<i>responsabile</i>	86,41%	84,68%	100%
		<i>dirigenza</i>	86,41%	84,68%	100%
	SOC Gastroenterologia Oncologica Sperimentale	<i>responsabile</i>	88,44%	86,67%	75%
		<i>dirigenza</i>	89,29%	87,50%	80%
	SOSD Oncoematologia Trapianti Emopoietici e Terapie Cellulari	<i>responsabile</i>	85,42%	83,71%	100%
		<i>dirigenza</i>	85,67%	83,96%	100%
	SOSD Attività oncologica presso il presidio ospedaliero di San Vito e Spilimbergo	<i>responsabile</i>	91,43%	89,60%	100%
		<i>dirigenza</i>	91,43%	89,60%	100%

Dipartimento	Struttura Operativa	Profili Professionali	valutazione annuale obiettivi scheda di budget		
			% incentivazione	% misurazione obiettivi incentivati	% pesi obiettivi monitorati
	Direzione sanitaria: Direzione Medica				
	SOSD Oncodermatologia	<i>responsabile</i>	98,47%	96,50%	100%
		<i>dirigenza</i>	98,47%	96,50%	100%
Dipartimento di Oncologia Chirurgica	Dipartimento di Oncologia Chirurgica - Comparto	<i>incarichi di coordinamento</i>	100,00%	100,00%	85%
		<i>comparto</i>	100,00%	100,00%	85%
	SOC Chirurgia Oncologica Generale	<i>responsabile</i>	86,82%	85,09%	95%
		<i>dirigenza</i>	83,27%	81,61%	90%
	SOC Chirurgia Oncologica Ginecologica	<i>responsabile</i>	98,58%	96,61%	90%
		<i>dirigenza</i>	97,78%	95,82%	80%
	SOC Chirurgia Oncologica del Seno	<i>responsabile</i>	98,12%	96,16%	95%
		<i>dirigenza</i>	98,27%	96,31%	90%
	SOC Anestesia e Rianimazione	<i>responsabile</i>	97,45%	95,50%	100%
		<i>dirigenza</i>	97,21%	95,26%	95%
SOSD Medicina del Dolore Clinica e sperimentale	<i>responsabile</i>	100%	100%	100%	
	<i>dirigenza</i>	100%	100%	100%	
Dipartimento delle Alte Tecnologie	Dipartimento delle Alte Tecnologie - Comparto	<i>incarichi di coordinamento</i>	100%	100%	100%
		<i>comparto</i>	100%	100%	100%
	SOC Oncologia Radioterapica	<i>responsabile</i>	84,18%	82,50%	100%
		<i>dirigenza</i>	84,18%	82,50%	100%
	SOC Fisica Sanitaria	<i>responsabile</i>	100%	100%	100%
		<i>dirigenza</i>	100%	100%	100%
	SOC Radiologia Oncologica	<i>responsabile</i>	95,44%	93,53%	80%
		<i>dirigenza</i>	94,49%	92,60%	70%
	SOC Medicina Nucleare	<i>responsabile</i>	98,75%	96,78%	100%
		<i>dirigenza</i>	98,75%	96,78%	100%
SOSD Area Giovani	<i>responsabile</i>	94,39%	92,50%	100%	
	<i>dirigenza</i>	94,39%	92,50%	100%	
Dipartimento della Ricerca e della Diagnostica Avanzata dei Tumori	Dipartimento della Ricerca e della Diagnostica avanzata dei tumori - Comparto	<i>incarichi di coordinamento</i>	100%	100%	100%
		<i>comparto</i>	100%	100%	100%
	SOC Oncogenetica e Oncogenomica Funzionale	<i>responsabile</i>	100%	100%	100%
		<i>dirigenza</i>	100%	100%	100%
		<i>ricercatore sanitario</i>	100%	100%	100%
		<i>collaboratore sanitario della ricerca</i>	100%	100%	100%

Dipartimento	Struttura Operativa	Profili Professionali	valutazione annuale obiettivi scheda di budget			
			% incentivazione	% misurazione obiettivi incentivati	% pesi obiettivi monitorati	
Dipartimento della Ricerca e della Diagnostica Avanzata dei Tumori	SOC Oncologia Molecolare e Modelli Preclinici di Progressione Tumorale	<i>responsabile</i>	100%	100%	100%	
		<i>dirigenza</i>	100%	100%	100%	
		<i>ricercatore sanitario</i>	100%	100%	100%	
		<i>collaboratore sanitario della ricerca</i>	100%	100%	100%	
	SOC Farmacologia Sperimentale e Clinica	<i>responsabile</i>	100%	100%	100%	
		<i>dirigenza</i>	100%	100%	100%	
		<i>ricercatore sanitario</i>	100%	100%	100%	
		<i>collaboratore sanitario della ricerca</i>	100%	100%	100%	
	SOC Oncoematologia Clinico Sperimentale	<i>responsabile</i>	100%	100%	100%	
		<i>dirigenza</i>	100%	100%	100%	
		<i>ricercatore sanitario</i>	100%	100%	100%	
		<i>collaboratore sanitario della ricerca</i>	100%	100%	100%	
	SOC Immunopatologia e Biomarcatori Oncologici	<i>responsabile</i>	100%	100%	100%	
		<i>dirigenza</i>	100%	100%	100%	
		<i>ricercatore sanitario</i>	100%	100%	100%	
		<i>collaboratore sanitario della ricerca</i>	100%	100%	100%	
	SOC Anatomia Patologica ad Indirizzo Oncologico	<i>responsabile</i>	100%	100%	100%	
		<i>dirigenza</i>	100%	100%	100%	
		<i>ricercatore sanitario</i>	100%	100%	100%	
		<i>collaboratore sanitario della ricerca</i>	100%	100%	100%	
	SOSD Trattamento di cellule staminali per le terapie cellulari	<i>responsabile</i>	100%	100%	100%	
		<i>dirigenza</i>	100%	100%	100%	
		<i>ricercatore sanitario</i>	100%	100%	100%	
<i>collaboratore sanitario della ricerca</i>		100%	100%	100%		

Dipartimento	Struttura Operativa	Profili Professionali	valutazione annuale obiettivi scheda di budget		
			% incentivazione	% misurazione obiettivi incentivati	% pesi obiettivi monitorati
Direzione Generale	SOSD Controllo di Gestione	<i>responsabile</i>	100%	98,75%	100%
		<i>comparto</i>	100%	98,75%	100%
	Direzione Generale: Servizio prevenzione e protezione aziendale	<i>comparto</i>	100%	100%	100%
	Direzione Generale: Segreteria direzione generale	<i>comparto</i>	100%	100%	100%
	Direzione Generale: Ufficio relazioni con il pubblico e comunicazione	<i>comparto</i>	100%	100%	100%
		<i>collaboratore sanitario della ricerca</i>	100%	100%	100%
	Direzione Generale: Ufficio accesso ai percorsi clinici	<i>dirigenza</i>	100%	100%	100%
		<i>comparto</i>	100%	100%	100%
Direzione Sanitaria	SOSD Direzione delle professioni sanitarie	<i>responsabile</i>	100%	100%	100%
		<i>incarichi di funzione</i>	100%	100%	100%
		<i>comparto</i>	100%	100%	100%
	Direzione sanitaria: Direzione Medica	<i>responsabile</i>	100%	100%	100%
		<i>incarichi di coordinamento</i>	100%	100%	100%
		<i>comparto</i>	100%	100%	100%
	Direzione Sanitaria: Centro Attività Formative	<i>dirigenza</i>	100%	100%	100%
		<i>comparto</i>	100%	100%	100%
	SOSD Farmacia	<i>responsabile</i>	100%	100%	100%
		<i>dirigenza</i>	100%	100%	100%
		<i>comparto</i>	100%	100%	100%
		<i>collaboratore sanitario della ricerca</i>	100%	100%	100%
SOSD Psicologia Oncologica	<i>responsabile</i>	91,84%	90%	100%	
	<i>dirigenza</i>	91,84%	90%	100%	
Direzione Scientifica	SOC Epidemiologia Oncologica	<i>responsabile</i>	100%	100%	100%
		<i>dirigenza</i>	100%	100%	100%
		<i>comparto</i>	100%	100%	100%
		<i>ricercatore sanitario</i>	100%	100%	100%
		<i>collaboratore sanitario della ricerca</i>	100%	100%	100%
	Direzione Scientifica: ufficio clinical trial	<i>ricercatore sanitario</i>	100%	100%	100%
		<i>collaboratore sanitario della ricerca</i>	100%	100%	100%

Dipartimento	Struttura Operativa	Profili Professionali	valutazione annuale obiettivi scheda di budget		
			% incentivazione	% misurazione obiettivi incentivati	% pesi obiettivi monitorati
	Direzione Scientifica: Servizio Biblioteca	<i>comparto</i>	100%	100%	100%
		<i>collaboratore sanitario della ricerca</i>	100%	100%	100%
	Direzione Scientifica: Segreteria scientifica e uffici di staff	<i>comparto</i>	100%	100%	100%
		<i>collaboratore sanitario della ricerca</i>	100%	100%	100%
Dipartimento della Gestione Amministrativa (DGA)	SOC Approvvigionamenti, Economato e Logistica	<i>responsabile</i>	100%	100%	100%
		<i>comparto</i>	100%	100%	100%
	SOC Gestione delle Tecnologie Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche	<i>responsabile</i>	96,94%	95%	100%
		<i>dirigenza</i>	96,94%	95%	100%
		<i>comparto</i>	100%	97,50%	100%
	SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie	<i>responsabile</i>	100%	100%	100%
		<i>comparto</i>	100%	100%	100%
	SOC Legale, Affari Generali e gestione Risorse Umane	<i>responsabile</i>	100%	100%	100%
		<i>dirigenza</i>	100%	100%	100%
<i>comparto</i>		100%	100%	100%	
Direzione Amministrativa: Ufficio Cassa	<i>comparto</i>	100%	100%	100%	

6. ALTRE PROGETTUALITA'

Fino al 2023 l'Amministrazione regionale destinava annualmente risorse aggiuntive all'incremento dei fondi contrattuali del personale appartenente alle tre aree negoziali deputati al trattamento accessorio. L'assegnazione delle predette risorse avveniva con cadenza annuale accompagnata dalla definizione di linee di indirizzo di carattere generale che orientavano la contrattazione integrativa aziendale nell'impiego delle risorse stesse.

L'obiettivo prioritario era di finalizzare tali risorse a politiche di miglioramento e incentivazione delle condizioni di lavoro e del disagio e di valorizzazione e riconoscimento del lavoro dei professionisti anche attraverso progettualità di carattere qualitativo – in presenza di situazioni di persistente criticità, complessità lavorativa, particolari condizioni o carichi di lavoro – e/o quantitativo coerenti con gli obiettivi strategici regionali.

Nell'esercizio 2024 è venuta meno la suddetta destinazione puntuale di risorse aggiuntive: con DGR n. 48 del 19.01.2024, al fine di perseguire la graduale perequazione del trattamento accessorio, gli enti del SSR sono stati autorizzati a rideterminare i fondi contrattuali delle aree del comparto e della dirigenza, compatibilmente con il rispetto del vincolo di spesa complessivo per il personale, integrandoli con le risorse assegnate in forma stabile.

L'Istituto, nell'esercizio della propria autonomia organizzativa, ha quindi provveduto alla distribuzione delle risorse assegnate ai diversi fondi delle rispettive aree contrattuali, prevedendo per tutte anche l'incremento in quota parte del fondo per la retribuzione di risultato (dirigenza) e fondo premialità (comparto).

In sede di contrattazione integrativa nelle tre aree negoziali, in continuità con la finalizzazione delle previgenti risorse aggiuntive regionali, si è quindi condiviso di attenzionare ambiti specifici caratterizzati da situazioni di complessità assistenziale e/o attività legate a particolari progettualità strategiche aziendali, valorizzando specifici progetti, ulteriori rispetto a quelli definiti all'interno delle 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 dalle direzioni o dai responsabili di struttura 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.

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. Tutti i progetti sono stati raggiunti come si evince dalle tabelle sotto riportate e il percorso di valutazione si è concluso nel mese di aprile 2025. L’Organismo nella seduta del 18.04.2025 ha preso atto del percorso valutativo attuato e della conclusione dello stesso.

Progettualità di particolare interesse aziendale – Area della dirigenza area sanità

Struttura/Servizio coinvolto nel progetto	Obiettivo	% raggiungimento
SOSD Farmacia	Attività resa nelle giornate di sabato e domenica per garantire il trasferimento e l'attivazione dei locali della nuova UFA	100%
SOC Anestesia e Rianimazione	Continuità assistenziale nella struttura di Anestesia e Rianimazione	100%

Progettualità strategiche per l'Istituto – Area della dirigenza area professionale, tecnica e amministrativa

Struttura/Servizio coinvolto nel progetto	Obiettivo	% raggiungimento
SOC Affari Generali e Legali e Gestione Risorse Umane	Selezioni verticali	100%
SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie	nuovo regolamento lp	100%
SOSD Controllo di Gestione	Aggiornamento e adeguamento dei report riguardanti le attività di ricovero presenti nella reportistica direzionale e per struttura operativa a seguito della dismissione del sistema SIASI e dei rispettivi universi Business Object ("Ricoveri - Schede di Dimissione Ospedaliera", "Ricoveri - Movimenti", "Ricoveri - Movimenti Indicatori per periodo e struttura" e "Ricoveri - Posti letto")	100%
SOC Gestione tecnologie cliniche, tecnico-strutturali e informatiche	Attuazione degli investimenti previsti dalla M6C2 1.1.2 del PNRR. Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi apparecchiature). Rispetto delle tempistiche previste dal PNRR	100%
Ufficio Percorsi	Attuazione del Progetto Strategico di sviluppo di persOnalized oncoloGy cAre flow (OLGA), attivando il percorso di richiesta e refertazione del referto di Next Generation Sequencing - NGS	100%
SOC Approvvigionamenti, Economato e Logistica	Avvio del servizio di ristorazione esternalizzato secondo cronoprogramma previsto	100%

Progettualità specifiche su attività assistenziali e amministrative – personale del comparto

AREA AMMINISTRATIVA

Struttura/Servizio coinvolto nel progetto	Obiettivo	% raggiungimento
Direzione Generale	riorganizzazione di alcune attività svolte dal personale della direzione generale: convenzioni con le università e monitoraggi ISTAT	100%
Direzione Scientifica	Gestione amministrativa dei 14 progetti PNRR-PNC attivi nell'anno 2024 presso il CRO.	100%
Direzione Amministrativa - Ufficio cassa	Gestione amministrativa dell'attività ambulatoriale e per ricoverati resa da strutture di altre aziende della regione	100%
SOC Affari Generali e Legali e Gestione Risorse Umane	riorganizzazione dell'attività dell'ufficio convenzioni, libera professione, incentivi, sperimentazioni	100%

Struttura/Servizio coinvolto nel progetto	Obiettivo	% raggiungimento
	Accentramento dei controlli delle autocertificazioni prodotte dai dipendenti della SOC " affari generali, legali e gestione risorse umane" in capo all'ufficio protocollo	100%
	attività straordinaria relativa alla verifica dei requisiti tecnici preliminari per la vendita all'asta di n. 10 beni immobili di istituto individuati come prioritari per la vendita. affidamento incarichi a tecnici esterni	100%
	Gestione amministrativa dei 14 progetti PNRR-PNC attivi nell'anno 2024 presso il CRO	100%
SOSD Controllo di Gestione	Aggiornamento e adeguamento dei report riguardanti le attività di ricovero presenti nella reportistica direzionale e per struttura operativa a seguito della dismissione del sistema SIASI e dei rispettivi universi Business Object ("Ricoveri - Schede di Dimissione Ospedaliera", "Ricoveri - Movimenti", "Ricoveri - Movimenti Indicatori per periodo e struttura" e "Ricoveri - Posti letto")	100%
SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie	Utilizzo GIFRA a regime per tutte le tipologie di documenti	100%
	Predisposizione delle verifiche di cassa periodiche dal personale del comparto	100%
SOC Gestione tecnologie cliniche, tecnico-strutturali e informatiche	Aggiornamento evolutivo dell'infrastruttura virtuale dell'Istituto	100%
	Attuazione degli investimenti previsti dalla M6C2 1.1.2 del PNRR. Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi apparecchiature). Rispetto delle tempistiche previste dal PNRR.	100%
	Fornitura del software di intelligenza artificiale quantib Prostate per l'elaborazione delle immagini di risonanza magnetica della prostata: installazione e messa in funzione del sistema	100%
	Avvio del servizio di supporto consulenza e formazione per progressiva introduzione dei metodi e strumenti elettronici di modellazione per l'edilizia e le infrastrutture.	100%
	Gestione Credenziali: riduzione dell'attesa a livelli fisiologici	100%
	attivazione dei locali della nuova UFA	100%
Ufficio Percorsi	Attuazione del Progetto Strategico di sviluppo di persOnALized oncology cAre flow (OLGA), attivando il percorso di richiesta e refertazione del referto di Next Generation Sequencing - NGS.	100%
Centro Attività Formative	Gestione amministrativa del progetto PNRR: Corso di formazione in infezioni ospedaliere nell'anno 2024	100%
	Rispetto degli adempimenti previsti per la sezione Amministrazione trasparente di competenza del CAF	100%
SOC Approvvigionamenti, Economato e Logistica	Affidamento di accordi quadro/contratti per l'acquisizione di beni richiesti dal DRDAT nell'ambito di progetti PNRR/PNC/HEAL ITALIA, emissione ordinativi e predisposizione atti per la verifica della regolare esecuzione delle forniture e liquidazione delle fatture ri. Rispetto delle tempistiche concordate con il DRDAT.	100%
	Registrazione dei contratti per permettere una gestione centralizzata del flusso ministeriale dei contratti dei D.M. e un passaggio al nuovo sistema contabile SMART-HERP con il maggior numero di informazioni.	100%
	Acquisizione forniture di arredi ed apparecchiature/attrezzature per nuova UFA e servizi correlati e supporto logistico nella fase di trasferimento e allestimento con coordinamento dei servizi di facchinaggio e pulizie.	100%
	Rendicontazione della spesa degli interventi PNRR relativi alle grandi apparecchiature sanitarie entro il target previsto per ciascun progetto d'investimento.	100%
	Avvio del servizio di ristorazione esternalizzato secondo cronoprogramma previsto	100%

AREA SANITARIA

Dipartimento	Obiettivo	% raggiungimento
DOM DOC DAT	Incremento dell'offerta di procedure endoscopiche priorità "B" con agenda dedicata	100%
	Screening 2° livello cervicocarcinoma e follow-up visite ginecologiche	
	Radioterapia	
Direzione Sanitaria	Riconoscimento disponibilità a svolgere l'attività istituzionale anche il sabato in UFA (PROGETTO CHE NON PREVEDE SOTTRAZIONE ORARIA)	100%
DRDAT	Partecipazione ai processi di accreditamento Istituzionale e/o Eccellenza DRDAT (Regionale, EUSOMA, OECl, Fasi 1, JACIE, ISO)	100%
DIR. SAN/DOM/DOC/DRDAT	Adesione ai nuovi processi di digitalizzazione (PROGETTO CHE NON PREVEDE SOTTRAZIONE ORARIA)	100%
DIP. LAB.	Garantire l'attività della struttura di anatomia patologica/biobanca pur in carenza di organico	100%
DIR. SAN/DOM/DOC/DIPDAT/DI P.LAB	Garantire il monitoraggio della corretta esecuzione dei processi di lavoro esternalizzati e fornire il supporto al DIRETTORE ESECUTIVO DI CONTRATTO	100%
Dirigenza delle professioni/DIR. SAN	Partecipazione ai processi di accreditamento Istituzionale e/o Eccellenza (Regionale, EUSOMA, OECl, Fasi 1, JACIE, ISO). Coinvolgimento ed informazione dei propri collaboratori	100%
Dirigenza delle professioni	Gestione ed efficientamento della raccolta dei rifiuti prodotti da attività sanitarie e alberghiere (PROGETTO CHE NON PREVEDE SOTTRAZIONE ORARIA)	100%
Dirigenza delle professioni	Garantire i processi di middle management pur in carenza di risorse (assenze a vario titolo)	100%

7. PRODUTTIVITÀ STRATEGICA

Nell'ambito dei contratti integrativi per la regolazione dei sistemi incentivanti sono state individuate le quote economiche assegnate dal Direttore Generale per incentivare iniziative, attività, programmi di rilevanza strategica per l'Istituto che non rientrano negli obiettivi di budget e/o in altre progettualità.

I progetti sono stati formalizzati con nota del direttore generale e trasmessi ai singoli referenti di progetto.

Per poter procedere alla valutazione dei risultati dei singoli progetti, nel mese di marzo 2025 sono state chieste le relazioni ai singoli referenti di progetto che sono state valutate dalle direzioni per la parte di rispettiva competenza. Tutti i progetti sono stati pienamente raggiunti.

L'OIV durante l'incontro del 18.04.2025 ha preso atto del percorso di definizione e valutazione dei progetti.

PERSONALE DIRIGENZA

Dirigenza	Struttura/Servizio coinvolto nel progetto	Obiettivo del progetto	% raggiungimento
Dirigenza PTA	SOC Affari Generali e Legali e Gestione Risorse Umane	Assolvimento incarico di responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, come previsto dalla Deliberazione n. 145/2022	100%
Dirigenza SANITARIA	SOSD Psicologia Oncologica	Assolvimento incarico di responsabile dei processi di inserimento delle persone con disabilità, come previsto dalla Deliberazione n. 426/2024	100%

PERSONALE DEL COMPARTO

Struttura/Servizio coinvolto nel progetto	Obiettivo del progetto	% raggiungimento
Ufficio Accesso Percorsi Clinici	Supportare la struttura SOC Gestione delle Tecnologie Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche nella gestione delle credenziali per l'accesso ai sistemi informativi	100%
Professioni Sanitarie	Valorizzazione dell'attività di tutor svolta dagli Operatori Socio Sanitari (O.S.S.) dei Dipartimenti clinico assistenziali dell'IRCCS CRO di Aviano	100%
SOC Affari Generali e Legali e Gestione Risorse Umane	Avvio procedure nomina direttori SOC Razionalizzazione degli adempimenti privacy degli studi clinici e predisposizione di un modello di valutazione dell'impatto da utilizzare dai ricercatori nell'ambito di studi clinici	100% 100%
Direzione Sanitaria	Progetti di Accreditamento	100%

8. PERFORMANCE INDIVIDUALE

Il CRO attribuisce importanza strategica alla valutazione del personale, che si inserisce pienamente nel percorso aziendale di pianificazione, programmazione e verifica costante del raggiungimento degli obiettivi dell'Istituto, ovvero nel ciclo di gestione della performance ai sensi della normativa vigente, e ne costituisce un elemento fondamentale.

L'intero processo di valutazione è finalizzato alla valorizzazione delle risorse umane, essendo occasione per l'individuazione dei punti di forza e delle aree di miglioramento di ogni singolo operatore e costituisce altresì uno dei più importanti strumenti per la gestione delle risorse assegnate.

Il percorso è definito nel 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.

8.1 Valutazione individuale della dirigenza

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).

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. Con riferimento ad alcune dimensioni, sono chiamati ad esprimersi soggetti diversi dal superiore gerarchico. In particolare la valutazione dei parametri riguardanti la dimensione "ricerca e produzione scientifica" spetta al direttore scientifico mentre la presenza di eventuali segnalazioni fondate all'URP viene

asseverata dalla direzione sanitaria. Al fine di correlare la performance organizzativa a quella individuale, la scheda di valutazione contiene una dimensione rappresentata dagli obiettivi individuali. Durante gli incontri di negoziazione del budget con le strutture operative, secondo le tempistiche riportate nel paragrafo “5. performance organizzativa”, è stato illustrato il percorso di performance individuale che prevede l’individuazione da parte del direttore/responsabile degli obiettivi dei propri collaboratori correlandoli alla performance organizzativa (andando, ad esempio, ad enucleare il contributo specifico richiesto al singolo) o ad attività di esclusiva responsabilità del dirigente/dipendente e non collegate a quelle della struttura (es. incarichi ad personam). La negoziazione/condivisione degli obiettivi si è svolta tra il responsabile e i singoli collaboratori. In sede di monitoraggio della performance organizzativa sono stati monitorati e revisionati alcuni obiettivi di budget e le modifiche sono state recepite anche nelle schede individuali. Successivamente la SOSD controllo di gestione ha inserito nelle schede di valutazione dei dirigenti gli obiettivi dei singoli collaboratori trasmessi dal direttore/responsabile. L’analisi effettuata dalla SOSD controllo di gestione sull’intero percorso di individuazione degli obiettivi dell’anno 2024 ha evidenziato la necessità di stabilire delle tempistiche relative all’assegnazione degli obiettivi. Per questo motivo nella scheda di budget 2025 delle strutture è stato declinato uno specifico obiettivo correlando lo stesso alla retribuzione di risultato.

Il percorso di valutazione della performance individuale della dirigenza è stato avviato nel mese di marzo 2025 (prot. 5728 del 24.03.2025).

La valutazione si considera positiva con punteggio ≥ 10 .

Complessivamente sono stati valutati n. 183 dirigenti e gli esiti evidenziano che il 91% delle schede si collocano nelle due fasce più alte (vedi tabella sintesi).

L’OIV durante l’incontro del 18.04.2025 ha preso atto dei risultati della performance individuale.

La tabella seguente riporta la distribuzione dei risultati per fascia di punteggio con la relativa percentuale di incentivazione:

Fascia di punteggio	%premio annuo spettante	n. schede	% su tot. schede valutabili
35-40	100%	87	47%
27-34	90%	82	44%
19-26	80%	13	7%
10-18	50%	1	1%
< 10	0%	0	0%
Schede valutabili		183	
Schede non valutabili		13	
Totale dipendenti		198	

8.2 Valutazione individuale del comparto

La scheda di valutazione individuale si differenzia a seconda del soggetto valutato (personale del comparto con incarichi di coordinamento/funzione e altro personale del comparto) e considera 7 dimensioni pesate in misura uguale. 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 una dimensione relativa al contributo personale al raggiungimento degli obiettivi della struttura/equipe di appartenenza e/o di eventuali obiettivi individuali. Come per l'area della dirigenza, durante le riunioni di negoziazione di budget è stato presentato da parte della direzione il percorso per l'individuazione degli obiettivi individuali dei coordinatori e delle funzioni organizzative. Gli obiettivi individuati sono stati successivamente inseriti nelle schede individuali. In sede di monitoraggio della performance organizzativa sono stati revisionati alcuni obiettivi di budget e le modifiche sono state recepite anche nella scheda individuale.

La valutazione si considera positiva con un punteggio complessivo ≥ 14 .

Il percorso di valutazione è iniziato nel mese di marzo (prot. 3233 del 17.02.2025) e sono stati valutati n. 549 dipendenti. I risultati evidenziano che le valutazioni si collocano nella fascia più alta di punteggio. L'OIV durante la riunione del 18.04.2025 ha preso visione dei risultati della performance individuale.

Di seguito si riporta la tabella di sintesi dei punteggi di valutazione ottenuti dal personale dell'area del comparto amministrativo e sanitario:

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%
Schede valutabili		549	
Schede non valutabili		25	
Totale dipendenti		574	

Si precisa che per il personale ruolo della ricerca, le schede di valutazione sono le stesse utilizzate per il restante personale del comparto e che sono stati valutati n. 78 ricercatori. Si evidenzia che una scheda è negativa e che i risultati delle altre schede si collocano nelle fasce più alte di punteggio. L'OIV durante la riunione del 18.04.2025 ha preso visione dei risultati delle schede individuali.

Di seguito si riporta la tabella di sintesi dei punteggi di valutazione ottenuti dal personale della ricerca (Ricercatori Livello D e DS):

Ricercatori Livello DS

N. personale da valutare: 38

punteggio complessivo scheda di valutazione individuale	% premio annuo spettante correlato alla quota di valutazione individuale	nr. schede	% su tot. schede valutabili
7-13	0%	0	0
14-17	50%	0	0
18-21	80%	0	0
22-25	90%	1	2,63%
26-35	100%	37	97,37%

personale valutato: 38

Ricercatori Livello D

N. personale da valutare: 40

punteggio complessivo scheda di valutazione individuale	% premio annuo spettante correlato alla quota di valutazione individuale	nr. schede	% su tot. schede valutabili
7-13	0%	1	3%
14-17	50%	0	0%
18-21	80%	0	0%
22-25	90%	0	0%
26-35	100%	39	98%

personale valutato: 40

Il materiale relativo alla performance organizzativa (budget) è agli atti presso la SOSD Controllo di Gestione mentre la documentazione relativa alle altre progettualità, alla produttività strategica e alla performance individuale è agli atti presso la SOC Legale, affari generali e gestione risorse umane.

Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: GIUSEPPE TONUTTI

CODICE FISCALE: *****

DATA FIRMA: 25/06/2025 13:40:19