

Organismo Indipendente di Valutazione
dell'I.R.C.C.S. Centro di Riferimento Oncologico di Aviano (CRO)

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

ANNO 2025

Sommario

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

Premessa

Il presente documento conclude formalmente il ciclo di gestione delle performance 2025 dell'IRCCS CRO di Aviano e viene redatto in conformità a quanto previsto dall' art. 14 del D.lgs. n. 150/2009 e s.m.i. e sulla base delle Linee Guida emanate dalla CiVIT con le delibere n. 4/2012 e n. 23/2013, che illustrano i contenuti principali di tale documento.

Con la presente relazione lo scrivente Organismo riferisce sullo stato di funzionamento del Sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni operante presso l'IRCCS CRO nell'anno 2025, mettendo in evidenza gli aspetti positivi e le criticità, nonché le proposte formulate per integrarlo e svilupparlo ulteriormente.

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

Di seguito gli ambiti esaminati:

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

Metodologia di lavoro

Oltre alle disposizioni di cui al D. Lgs. 150/2009 e alle Linee guida per la Relazione annuale sulla performance del Dipartimento della Funzione Pubblica n. 3 del 28 novembre 2018, vengono assunte quale riferimento nella predisposizione della presente relazione le indicazioni di cui alla delibera CIVIT n. 23/2013.

Le attività di analisi effettuate hanno assunto a riferimento:

- PAO (piano attuativo ospedaliero – Decreto n. 58 del 20.03.2025);
- PIAO (piano integrato di attività e organizzazione – Decreto n. 60 del 20.03.2025);
- Documento di budget - Decreto n. 260 del 10.07.2025;
- Il Sistema di Misurazione e Valutazione della performance vigente;
- Le attività di monitoraggio effettuate sia con riferimento alla programmazione regionale che aziendale.

Nelle more di specifiche indicazioni regionali in merito alla pianificazione annuale, CRO prevede che il Piano della Performance confluito nel PIAO risulti definito dal Piano Attuativo, dal Documento di Budget e dalla Performance Individuale.

Funzionamento complessivo del Sistema di valutazione

A. Performance organizzativa

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

La performance organizzativa si fonda sui seguenti elementi:

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

Sulla base delle disposizioni normative e, in particolare, delle Linee per la Gestione del SSR anno 2025 adottate con DGR n. 2052 del 30 dicembre 2024, il CRO ha operato all'interno dei seguenti vincoli gestionali:

- per la spesa farmaceutica sono stati individuati due vincoli:
 - spesa farmaceutica ospedaliera non oncologica (esclusa quota relativa a residenti extra-regionali) + 10% della diretta non oncologica solo per residenti in FVG: il vincolo è determinato sulla spesa complessiva 2024 con un incremento massimo del 2,5%;
 - spesa farmaceutica ospedaliera oncologica a residenti in FVG + 10% della diretta oncologica: il vincolo è determinato sulla spesa complessiva 2024 con un incremento massimo del 2,5%;
- il numero delle prestazioni ambulatoriali per abitante sulla popolazione pesata è fissato a 3,4 prestazioni pro capite, con esclusione della branca di laboratorio (patologia clinica, microbiologia e anatomia patologica). In tale valore sono comprese le prestazioni di CT-PET;
- le manutenzioni ordinarie edili e impiantistiche non dovranno avere costi superiori al 2015;
- in relazione alla spending review le aziende dovranno proseguire nelle azioni di contenimento di cui al D.L.n. 78/2015 convertito con Legge 125/2015.

Il percorso di predisposizione della programmazione 2025 si è realizzato attraverso i seguenti provvedimenti:

1. approvazione preliminare delle Linee per la Gestione del SSR dell'anno 2025 – che costituiscono il principale riferimento di programmazione attuativa per il SSR – con DGR n. 1871 del 6 dicembre 2024;
2. approvazione definitiva delle Linee per la gestione del SSR nell'anno 2025 con DGR n. 2052 del 30 dicembre 2024;
3. elaborazione da parte dell'Istituto della proposta di Piano Aziendale 2025 adottato con delibera n. 53 del 30 gennaio 2025, trasmessa alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità con nota prot. n. 2020 del

31.01.2025, anche sulla base delle indicazioni per la redazione dei documenti contabili inerenti al Bilancio Preventivo 2025, inviate alle aziende da parte della Direzione medesima;

4. negoziazione, ai sensi della L.R. n. 27/2018, con l'Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute nell'incontro tenutosi il giorno 11 febbraio 2025, durante il quale sono state affrontate le tematiche relative ai contenuti della proposta di Piano Aziendale 2025, negli aspetti economici, organizzativi, degli investimenti, delle attività e del personale;
5. approvazione preliminare del Piano Attuativo e Bilancio Preventivo 2025 con decreto n. 23 del 26.02.2025 e trasmissione all'Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute in data 28.02.2025;
6. approvazione definitiva del Piano Aziendale e Bilancio Preventivo 2025 con decreto n. 58 del 20 marzo 2025;
7. approvazione del programma e del Bilancio Preventivo annuale consolidato da parte della Giunta regionale con DGR n. 1606 del 14 novembre 2025 e successive delibere di integrazione/modificazione.

La programmazione si è sviluppata all'interno del Piano Attuativo Ospedaliero (PAO) e del PIAO e, nel documento di budget, gli obiettivi attesi sono stati declinati per ciascun centro di responsabilità con puntuale identificazione degli indicatori.

Il PAO, in coerenza con le indicazioni della Regione in tema di programmazione delle Aziende e degli Enti Sanitari per l'anno 2025, sviluppa le progettualità per i seguenti ambiti di interesse dell'Istituto:

Obiettivi prioritari strategici:

- a) Reti cliniche;
- b) Standard dell'assistenza distrettuale e ospedaliera;
- c) Governo dei tempi di attesa;

Linee ordinarie di gestione:

- a) Prevenzione collettiva e sanità pubblica;
- b) Integrazione e assistenza sociosanitaria;
- c) Assistenza ospedaliera;
- d) Assistenza farmaceutica, integrativa e dispositivi medici;
- e) Sistemi informativi;
- f) La gestione delle risorse umane;
- g) Formazione continua ed ECM;
- h) Investimenti;
- i) Altre linee di attività (Rischio clinico e rete cure sicure FVG, accreditamento...)
- j) Le risorse finanziarie;
- k) Le regole gestionali.

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

Si ritiene necessario precisare che il 2025 è stato un anno caratterizzato dal cambiamento dell'assetto organizzativo aziendale in quanto con DGR n. 2000 del 20.12.2024 il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Friuli Occidentale (ASFO) è stato nominato, ad interim, Direttore Generale del CRO e, a seguito delle dimissioni del Direttore Sanitario, con Deliberazione CRO n. 65 del 13.02.25 è stato nominato il Direttore Sanitario facente funzioni.

A partire dagli obiettivi strategici definiti nel programma annuale, l'Istituto ha avviato il percorso di *budget* attraverso il quale i responsabili delle strutture operative sono stati portati a conoscenza dell'evoluzione definitiva della programmazione aziendale per il 2025 e hanno concertato con la direzione dell'Istituto le modalità più adeguate per conseguire gli obiettivi assegnati con le risorse disponibili.

La programmazione aziendale è stata definita nel rispetto della normativa in tema di prevenzione della corruzione e trasparenza. Al fine di realizzare un'efficace strategia di prevenzione del rischio di corruzione, come da indicazione di ANAC, gli obiettivi indicati nel Piano triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza 2025 - 2027 sono stati formulati in collegamento con la programmazione strategica ed operativa; nelle schede di budget delle strutture amministrative è stata infatti prevista un'apposita sezione dedicata agli obiettivi in tema di anticorruzione e trasparenza, correlando gli stessi alla retribuzione di risultato.

Nel mese di febbraio 2025 è stato avviato il ciclo della performance e sono stati organizzati degli specifici incontri con le articolazioni organizzative finalizzati alla definizione di alcuni obiettivi di budget secondo le linee di indirizzo della direzione.

L'iter seguito è stato articolato nelle seguenti fasi:

1. febbraio - marzo 2025:

- definizione da parte della Direzione Strategica in collaborazione con la SOSD Controllo di Gestione degli obiettivi da assegnare alle varie strutture dei dipartimenti clinici e della ricerca (schede proposta budget).
Le schede di budget contengono, per le diverse aree strategiche (attività di sala operatoria, attività di ricerca, tempi di attesa, tempi di refertazione, progettualità regionali, ecc...) gli obiettivi, gli indicatori, i target, i criteri di valutazione e le percentuali correlate agli incentivi/retribuzioni di risultato;
- richiesta alle strutture/uffici delle direzioni amministrativa/scientifica/generale di formulare una proposta di budget.

2. aprile – giugno 2025:

- incontri di negoziazione di budget con la Direzione Strategica, la SOSD Controllo di Gestione, i direttori/responsabili e le funzioni organizzative delle strutture dei dipartimenti clinici e della ricerca;
- incontri di negoziazione budget con la Direzione Strategica, la SOSD controllo di gestione e i direttori/responsabili delle strutture/uffici delle direzioni sanitaria/amministrativa/generale;
- a seguito della negoziazione degli obiettivi di budget delle strutture dei dipartimenti clinici e della ricerca, si è tenuto l'incontro per la definizione degli obiettivi del comparto dei vari dipartimenti in collaborazione con la direzione delle professioni sanitarie;

3. luglio 2025:

Con Decreto n. 260 del 10.07.2025 è stato approvato il budget con individuazione dei seguenti centri di budget per l'anno 2025:

	Dirigenza	Comparto	Comparto Ricerca
Dipartimento di Oncologia Medica			
SOC Oncologia Medica e dei Tumori Immunocorrelati	X		
SOC Oncologia Medica e Prevenzione Oncologica	X		
SOC Gastroenterologia Oncologica Sperimentale	X		
SOSD Oncoematologia Trapianti Emopoietici e Terapie Cellulari	X		
SOSD Oncodermatologia	X		
SOSD Attività oncologica presso il presidio ospedaliero di San Vito e Spilimbergo	X		
Dipartimento di Oncologia Chirurgica	Dirigenza	Comparto	Comparto Ricerca
SOC Chirurgia Oncologica Generale	X		
SOC Chirurgia Oncologica del Seno	X		
SOC Chirurgia Oncologica Ginecologica	X		
SOC Anestesia e Rianimazione	X		
SOSD Medicina del dolore clinica e sperimentale	X		
Dipartimento della Diagnostica di laboratorio e per le Terapie Cellulari	Dirigenza	Comparto	Comparto Ricerca
SOC Oncogenetica e Oncogenomica funzionale	X		X
SOC Oncol. Molecolare e Modelli Preclin. di Progress. Tumorale	X		X
SOC Farmacologia Sperimentale e Clinica	X		X
SOC Immunopatologia e Biomarcatori Oncologici	X		X
SOC Oncoematologia Clinico Sperimentale	X		X
SOC Anatomia Patologica ad indirizzo oncologico	X		X
SOSD Trattamento di cellule staminali per le terapie cellulari	X		X
Dipartimento delle Alte Tecnologie	Dirigenza	Comparto	Comparto Ricerca
SOC Radiologia Oncologica	X		
SOC Medicina Nucleare	X		
SOC Fisica Sanitaria	X		
SOC Oncologia Radioterapica	X		
SOSD Area Giovani e Radioterapia Pediatrica	X		
Dipartimento della gestione amministrativa	Dirigenza	Comparto	Comparto Ricerca
Direzione amministrativa (ufficio cassa)		X	
SOC Approvvigionamenti, Economato e Logistica	X	X	
SOC Gestione delle Tecnologie Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche	X	X	
SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie	X	X	
SOC Legali, Affari Generali e gestione Risorse Umane	X	X	
Direzione Generale	Dirigenza	Comparto	Comparto Ricerca
Direzione Generale (Segreteria Direzione Generale, URP, SPPA, Sorveglianza Sanitaria)		X	X
SOSD Controllo di Gestione	X	X	
Ufficio accesso ai percorsi clinici	X	X	

Direzione Sanitaria	Dirigenza	Comparto	Comparto Ricerca
Direzione Sanitaria (Direzione Medica, CAF)	X	X	
SOSD Direzione delle Professioni sanitarie	X	X	
SOSD Direzione delle Professioni Sanitarie - Area assistenziale chirurgico-endoscopica		X	
SOSD Direzione delle Professioni Sanitarie - Area assistenziale delle degenze oncologiche mediche/chirurgiche con percorso trapianto di cellule staminali		X	
SOSD Direzione delle Professioni Sanitarie - Area qualità e sicurezza delle cure, sviluppo di modelli organizzativi assistenziali e ricerca professioni sanitarie		X	
SOSD Direzione delle Professioni Sanitarie - Area Tecnico - Diagnostica e della Ricerca		X	
SOSD Direzione delle Professioni Sanitarie - Area tecnico-assistenziale		X	
SOSD Direzione delle Professioni Sanitarie-Area assistenziale delle terapie oncologiche con Unità di produzione e UFA		X	
SOC Farmacia	X	X	X
SOSD Psicologia Oncologica	X		
Direzione Scientifica	Dirigenza	Comparto	Comparto Ricerca
Direzione Scientifica (Segreteria Scientifica/uffici di staff, Ufficio Clinical Trial, Servizio Biblioteca)	X	X	X
SOC Epidemiologia Oncologica	X	X	X

Le progettualità censite nelle schede di budget contengono obiettivi quantitativi e qualitativi, rappresentano la prosecuzione delle azioni intraprese negli anni precedenti e sono coerenti con le finalità dichiarate nella programmazione aziendale 2025.

Nelle diverse schede di budget, gli obiettivi strategici aziendali sono stati declinati in due tipologie di obiettivi:

- obiettivi correlati a una quota di retribuzione di risultato/produttività
- obiettivi non incentivati

In merito a tali ultimi, l'OIV ritiene che tale previsione, benché possa ritenersi in linea rispetto all'esigenza di garantire un sistema di valori che consentano la "generale" crescita organizzativa dell'Ente, debba essere comunque correlata con la necessità ultima di disporre di un sistema di obiettivi non ridondante e ben bilanciato, anche dal punto di vista della consistenza e numerosità degli stessi. In tal senso, la normativa di riferimento impone l'obbligo della differenziazione nella valutazione e del collegamento tra i risultati di performance ed il complessivo sistema premiante interno, in relazione al contributo assicurato dal singolo nel raggiungimento degli obiettivi della struttura: circostanza assicurata proprio dal set di obiettivi incentivanti, aspetto "core" dell'attività di negoziazione con i CdR.

Per ogni obiettivo operativo sono riportati i relativi indicatori, i target, i criteri di valutazione, il peso in termini di incentivazione e l'articolazione organizzativa responsabile del monitoraggio del dato. Alcuni obiettivi risultano trasversali a più centri di responsabilità.

Attività di monitoraggio infrannuale

Monitoraggio Piano Attuativo Ospedaliero

Durante il 2025 sono stati garantiti i monitoraggi infrannuali richiesti dalla Regione, il primo al 31.03, il secondo al 30.06 e il terzo al 30.09, come sintetizzato nella tabella seguente:

	Al 31.03.2025 (decreto CRO n. 179 del 31.05.2025)	Al 30.06.2025 (decreto CRO n. 295 del 31.07.2025)	Al 30.09.2025 (decreto CRO n. 427 del 31.10.2025)
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"/>

Il termine previsto per la conclusione del controllo annuale è il 30 aprile, con l'approvazione del Bilancio consuntivo corredato dalla Relazione sulla gestione che esplicita, motiva e commenta i risultati ottenuti rispetto agli obiettivi posti in sede di programmazione, anche con particolare riferimento ai ricavi, ai costi, agli oneri dell'esercizio e agli investimenti.

Monitoraggio budget

Anche nel 2025 si è proseguito con il monitoraggio rivolto ai responsabili di budget con le seguenti modalità:

- a) il monitoraggio infrannuale di alcuni obiettivi quantitativi all'interno della reportistica direzionale/di struttura operativa (produzione scientifica, consumi prodotti sanitari, etc...);
- b) il monitoraggio trimestrale delle linee progettuali;
- c) la verifica dello stato di avanzamento degli obiettivi aziendali (es. progetti di accreditamento/certificazione, performance individuale dirigenza, gestione dei reclami) in base alla scadenza degli stessi, tramite l'analisi delle relazioni dei referenti dei progetti e delle loro osservazioni;
- d) la trasmissione infrannuale delle schede di monitoraggio di budget.

Sono state raccolte le criticità trasmesse da alcuni responsabili di budget e le stesse sono state analizzate dalle direzioni di rispettiva competenza, al fine di individuare il fattore ostativo del mancato raggiungimento. Questa attività ha consentito la revisione o stralcio di alcuni obiettivi ma, considerato che gli obiettivi oggetto di revisione erano in numero contenuto, la Direzione Aziendale ha ritenuto di non formalizzare con decreto le modifiche ma di tenerne conto durante la valutazione annuale.

Valutazione annuale delle schede di budget

A partire dal mese di gennaio 2026, si è proceduto alla verifica dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi assegnati nelle diverse schede di *budget* (performance organizzativa) sulla base dei dati disponibili.

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

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

Il percorso si è concluso nel mese di aprile per gli obiettivi assegnati al personale del comparto sanità e ricerca, mentre per la dirigenza tutti gli obiettivi sono stati misurati e, alla data di redazione della presente relazione, è in corso la validazione della valutazione di competenza da parte di ciascuna direzione. Va precisato che per un solo obiettivo relativo allo screening colon retto “% di esami istocitopatologici refertati entro 5 gg lavorativi dall’esecuzione della colonscopia” non è ancora disponibile il dato al 31.12 fornito dalla Regione per cui la misurazione e valutazione è stata effettuata considerando un dato parziale aggiornato al mese di settembre 2025.

La tabella seguente evidenzia il numero di obiettivi assegnati nelle diverse schede di budget:

Nr. obiettivi complessivi	642
<i>di cui nr. obiettivi incentivati</i>	<i>515</i>
<i>di cui nr. obiettivi non incentivati</i>	<i>127</i>

Si riporta di seguito una sintesi dei risultati degli obiettivi del comparto:

obiettivi assegnati al comparto	189
nr. obiettivi “COMPARTO”	129
nr. obiettivi “COORDINATORI”	38
nr. obiettivi “POSIZIONI ORGANIZZATIVE”	25
nr. obiettivi “comparto ric. San.”	37
nr. obiettivi “comparto coll. Ricerca”	36
obiettivi raggiunti al 100%:	180
obiettivi parzialmente raggiunti	3
obiettivi non valutabili	6

Produttività strategica

Nell’ambito della quota del direttore generale, con Decreti n. 285, n. 280 e n. 281 del 23.07.2025, sono stati individuati rispettivamente per l’area del comparto, l’area della dirigenza PTA e l’area della dirigenza sanitaria, alcuni progetti di rilevanza strategica per l’Istituto.

Per rendere coerente la metodologia di definizione e declinazione dei progetti con quella utilizzata nell'ambito della performance organizzativa, l'attività è stata gestita dalla SOSD Controllo di Gestione che a gennaio 2026, ha provveduto ad acquisire dai 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. Il percorso di valutazione si è concluso nel mese di aprile.

B. Performance individuale

Valutazione individuale della dirigenza

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

Con note prot. n. 5583 e prot. n. 5584 del 16 marzo 2026 sono state trasmesse ai valutatori le schede individuali dell'area della dirigenza, il cui percorso, alla data di stesura della presente relazione, è in fase di conclusione. Si riporta di seguito una sintesi dei dati disponibili alla data del 28 aprile 2026:

Numero Dirigenti	188
SCHEDA VALUTABILI	179
SCHEDA VALUTATE	154
SCHEDA NON VALUTABILI	9
SCHEDA FIRMATE VALUTATO	146
SCHEDA DA VALUTARE	25

Fascia di punteggio	quota %premio annuo spettante	n. schede	% su tot. schede valutabili
35-40	100%	83	54%
27-34	90%	64	42%
19-26	80%	5	3%
10-18	50%	2	1%
< 10	0%	0	0%

Valutazione individuale del comparto

Con note prot. n. 6390 del 25 marzo 2026 e prot. n. 6509 del 26 marzo 2026 la segreteria della direzione generale ha trasmesso ai valutatori le schede individuali dell'area del comparto sanità, amministrativa e tecnica e il percorso è in fase di conclusione. Per il personale del comparto area ricerca il percorso è stato avviato in data 18 aprile 2026 dalla Direzione Scientifica.

C. C. Processo di attuazione del ciclo della performance

Il processo di funzionamento del Sistema di valutazione nell'anno 2025 è sintetizzato nello schema seguente, con l'indicazione dei soggetti coinvolti nelle varie fasi del ciclo della performance.

Fasi	Documenti	Tempistica	Competenza
Piano della performance	<ol style="list-style-type: none"> 1. PAO 2. PIAO 3. Schede di budget 4. Progetti Risorse Aggiuntive Regionali 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Decreto n. 58 del 20.03.2025 2. Decreto n. 60 del 20.03.2025 3. Decreto n. 260 del 10.07.2025 <p>4.1 Decreto n. 281/2025 per l'area sanità</p> <p>4.2 Decreto n. 285/2025 per l'area del comparto</p> <p>4.3 Decreto n. 280/2025 per l'area della PTA</p>	<p>Direzione strategica</p> <p>SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie</p> <p>SOSD Controllo di Gestione</p> <p>SOC Legale, Affari Generali e gestione Risorse Umane</p> <p>Responsabile Prevenzione della Corruzione e Trasparenza</p>
Monitoraggi infrannuali (performance organizzativa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rendiconti economici infrannuali 2. Monitoraggio degli obiettivi di budget e analisi criticità 	<ol style="list-style-type: none"> 1. cadenza trimestrale (31.05, 31.07 e 31.10) 2. scadenze diverse in rapporto agli obiettivi delle schede 	<p>Direzione strategica</p> <p>SOSD controllo di gestione</p>
Performance individuale	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avvio della valutazione individuale del comparto area sanitaria, amministrativa e tecnica 2. Avvio della valutazione individuale del comparto area ricerca 3. Valutazione individuale della dirigenza 	<p>note prot. n. 6390 del 25 marzo 2026 e prot. n. 6509 del 26 marzo 2026</p> <p>mail del 18.04.2026</p> <p>note prot. n. 5583 e prot. n. 5584 del 16 marzo 2026</p>	<p>Segreteria della direzione</p> <p>Direzione Scientifica</p> <p>SOSD controllo di gestione</p>
Rendicontazione ed erogazione indennità (obiettivi di performance organizzativa e altre progettualità)	Relazione sulla performance	<p>Redazione della Relazione entro il 30.06.2026</p> <p>Validazione della Relazione entro il 30.09.2026</p>	<p>Direzione strategica</p> <p>SOSD controllo di gestione</p> <p>OIV</p> <p>SOC Legale, Affari Generali e gestione Risorse Umane</p>

In merito alle modalità di comunicazione dell'avvio della valutazione della performance individuale del comparto area ricerca, da parte della Direzione Scientifica, l'OIV ritiene di suggerire l'impiego di metodi di trasmissione attraverso protocolli, uniformi a quelli impiegati dalle restanti Direzioni, essenziali per garantire la corretta comunicazione, la standardizzazione ma soprattutto la validità legale delle informazioni scambiate.

D. Infrastruttura di supporto

Il Servizio Sanitario regionale del Friuli Venezia Giulia si avvale della software house regionale INSIEL che mette a disposizione strumenti gestionali sia in ambito amministrativo che sanitario. I sistemi attualmente in uso al CRO sono adeguati per quanto attiene alla gestione corrente delle attività, mentre dal punto di vista del controllo di gestione permangono importanti criticità per i costi del personale, centri di costo per progetto/attività, assenza di sistemi di reporting automatico, assenza di sistemi di ribaltamento dei costi. Il CRO non è dotato di uno strumento gestionale a supporto del percorso di performance individuale e organizzativa, strumento comunemente in uso presso le pubbliche amministrazioni.

Alla luce di tali considerazioni, l'OIV - come già evidenziato nelle relazioni relative all'anno 2023 e al 2024 - riconosce lo sforzo sviluppato a livello aziendale ma ritiene opportuno evidenziare nuovamente che l'assenza di un sistema di gestione delle performance "automatizzato" ad uso delle diverse articolazioni organizzative impegnate nel ciclo della performance (controller ed ufficio risorse umane) costituisce un importante vincolo operativo che incide negativamente anche sulle modalità e sulle tempistiche di attuazione del ciclo stesso.

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

Presso il CRO tuttora non sono attivi sistemi di integrazione dei flussi informativi che provengono dai diversi applicativi aziendali e che permettano quindi una gestione automatizzata a supporto degli obblighi informativi previsti dal D.Lgs. 33/2013 e s.m.i..

L'OIV fa considerare che l'integrazione dei flussi informativi in un unico cruscotto direzionale, a supporto del sistema di gestione della performance, rappresenti un requisito fondamentale per la crescita dell'Istituto, poiché consentirebbe di trasformare i dati in informazioni "azionabili", garantendo una gestione automatizzata a supporto delle decisioni operative. Tale integrazione permetterebbe di unificare sistemi eterogenei, assicurando la coerenza, la sicurezza e la qualità del dato, riducendo al contempo l'intervento manuale degli operatori del CdG nonché i possibili errori. Garantirebbe, inoltre, la possibilità di disporre in tempo reale delle informazioni necessarie per correggere eventuali disallineamenti rispetto agli obiettivi pianificati, efficienza operativa dei processi, precisione e compliance.

Nel corso dell'anno 2025 si è mantenuto il monitoraggio trimestrale, a partire dal 2° trimestre, utile a valutare il grado di assolvimento degli obblighi di trasparenza, con redazione di una relazione da parte dei responsabili, che indichi lo stato di aggiornamento dei dati, e, in caso di ritardi, fornisca idonee motivazioni con contestuale indicazione della data entro la quale assolvere il compito.

Con Delibera n. 495 del 25.09.2024, l'ANAC ha approvato 3 schemi di pubblicazione, ai sensi dell'art. 48 del D.Lgs. 14.03.13 n. 33, ai fini dell'assolvimento degli obblighi di cui agli artt. 4-bis (utilizzo risorse pubbliche), 13 (organizzazione) e 31 (controlli su attività e organizzazione) del citato decreto, ed ha concesso alle pubbliche amministrazioni un periodo transitorio di 12 mesi per procedere all'aggiornamento delle relative sezioni di "Amministrazione trasparente".

La Delibera ANAC n. 192 del 7 maggio 2025 ha introdotto il nuovo percorso di adeguamento dei siti istituzionali alla normativa sulla trasparenza, stabilendo criteri uniformi di pubblicazione, di formattazione dei dati in formato aperto e di aggiornamento continuo delle sezioni obbligatorie, al fine di rafforzare la qualità, la leggibilità e la completezza delle informazioni rese pubbliche.

Durante l'incontro dell'OIV tenutosi in data 30.05.2025, l'RPCT ha presentato il percorso definito dall'Istituto per l'adeguamento alle nuove indicazioni.

L'OIV evidenzia anche in questo caso la necessità di implementare strumenti informatici a supporto dell'implementazione ed attuazione delle attività previste dal PTPCT.

Definizione e gestione degli standard di qualità

L'Istituto prosegue l'impegno in diversi programmi di accreditamento, molti dei quali volontari; alcuni coinvolgono l'organizzazione nel suo complesso e tutti i processi di diagnosi, cura, formazione, come l'accreditamento istituzionale regionale e l'accreditamento secondo lo standard OECl.

Nel corso del 2025 sono state svolte le seguenti attività relative ai diversi programmi di accreditamento:

- rinnovo dell'accreditamento del Programma Trapianto CSE secondo lo standard FACT/JACIE, nonché di preparazione all'accreditamento regionale con riferimento alla DGR 522/2024 e il DPREG 50/2024 che recepiscono e regolamentano l'Accordo Stato Regioni n. 49 del 2021 "Revisione dell'Accordo Stato Regioni 10 luglio 2003 (Rep. Atti1 770/CSR), in attuazione dell'articolo 6, comma 1, del decreto legislativo 6 novembre 2007, n. 191, per la definizione dei requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici e delle linee guida di accreditamento delle strutture afferenti al programma di trapianto di cellule staminali emopoietiche (CSE)" il cui percorso si è concluso con la visita di accreditamento nel mese di novembre 2025;
- mantenimento dell'accreditamento della Breast Unit secondo lo standard EUSOMA;
- avvio del piano di adeguamento a seguito delle non conformità in corso di visita di accreditamento istituzionale regionale, le cui azioni correttive sono state completate secondo le scadenze previste, ad eccezione di alcune proroghe accordate dalla Regione;
- prosecuzione delle attività previste dal piano di adeguamento nell'ambito dell'accreditamento OECl;
- prosecuzione delle attività per l'accreditamento della Biobanca secondo lo standard ISO 20387.

La gestione dei reclami rappresenta un ulteriore strumento utilizzato per l'attuazione di azioni di miglioramento: nel corso del 2025 sono stati registrati 42 reclami. I motivi principali che li hanno generati sono legati alla difficoltà da parte dell'utenza di prenotare appuntamenti, agli aspetti comunicativi da parte del personale di segreteria di alcuni servizi/strutture con l'utenza e criticità riscontrate nella gestione del servizio di ristorazione. La direzione sanitaria, dopo aver analizzato le cause (comunicazione e organizzazione), che hanno principalmente generato i reclami, hanno definito delle azioni correttive che sono state attuate. In particolare è stato organizzato un corso di comunicazione rivolto al personale di front office, sono stati rivisti i criteri di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali e le modalità di distribuzione dei pasti nei reparti di degenza.

La Carta dei servizi disponibile nel sito web aziendale istituzionale è aggiornata al mese corrente.

F. Utilizzo dei risultati del Sistema di misurazione e valutazione

I risultati del Sistema di misurazione e di valutazione delle performance generano ricadute giuridiche ed economiche; essi, infatti, assumono rilievo sia ai fini dell'assegnazione, conferma e revoca degli incarichi professionali e di struttura, che ai fini dell'erogazione degli incentivi direttamente correlati agli esiti delle valutazioni espresse. I risultati verranno riportati nella Relazione sulla Performance che sarà redatta entro il 30.06.2026.

L'OIV, nel prendere atto dell'introduzione nel 2025, nel percorso di programmazione di obiettivi privi di valorizzazione incentivante, ritiene di suggerire all'Istituto un'attenta valutazione sulla necessità di correlazione tra risultati di gestione e strumenti di valorizzazione dell'apporto, sia a livello di performance organizzativa che individuale, introducendo maggior coerenza ed aderenza tra i diversi meccanismi gestionali.

L'OIV propone una revisione del Sistema di valutazione per quanto attiene alla Performance individuale, prevedendo specifici meccanismi di feedback tra valutatore e valutato.

G. Descrizione delle modalità del monitoraggio dell'OIV

Le modalità di monitoraggio del Sistema di valutazione e della trasparenza e integrità e controlli interni utilizzate nel 2025 dall'OIV sono state:

- a) analisi dei dati forniti dall'Amministrazione;
- b) verifica della documentazione fornita dalle strutture aziendali;
- c) controllo sull'ottemperanza agli obblighi di pubblicazione direttamente dal sito;
- d) incontri con Direzione aziendale, responsabili di alcune Strutture e RPCT.

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

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

Nel corso degli ultimi anni, nell'ambito di un generale processo di efficientamento dell'azione amministrativa, il legislatore ha attribuito sempre più rilevanza ai controlli interni, a livello aziendale, le principali articolazioni organizzative impegnate su attività di controllo in relazione al mandato affidato sono:

- SOSD Controllo di Gestione
- SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie
- SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane ivi compreso il RPCT
- Ufficio Qualità Accreditamento e Rischio Clinico.

E' opportuno precisare che i sistemi di controllo interno attualmente in uso non sono supportati da sistemi informatici integrati che consentano di svolgere tali funzioni in maniera organica, rapida e strutturata.

Verifica delle buone pratiche di promozione delle pari opportunità

Con deliberazione del Direttore Generale n. 408 del 06/10/2023 è stato adottato il Piano di Uguaglianza di Genere (o Gender Equality Plan – GEP) dell'Istituto, che individua cinque macroaree (*equilibrio tra la vita e lavoro e la cultura organizzativa, equilibrio di genere nelle posizioni apicali e negli organi decisionali, uguaglianza di genere nel reclutamento e nelle progressioni di carriera, integrazione della dimensione di genere nella medicina e nella ricerca, formazione volta*

alla promozione dell'eguaglianza di genere), sulle quali sviluppare azioni di miglioramento con obiettivi monitorati mediante report annuale.

Si riporta l'elenco delle azioni positive individuate per le pari opportunità e l'equilibrio di genere.

- 1° AZIONE POSITIVA: *Costituzione e avvio della Cabina di Regia*
- 2° AZIONE POSITIVA: *Implementazione regolamento aziendale per il part-time del personale del comparto e monitoraggio rapporti a tempo parziale attivi*
- 3° AZIONE POSITIVA: *Monitoraggio richieste di accesso al lavoro agile o smart working*
- 4° AZIONE POSITIVA: *Principio di alternanza per gli incarichi apicali delle Direzioni e dei Dipartimenti*
- 5° AZIONE POSITIVA: *Monitorare l'equilibrio di genere*
- 6° AZIONE POSITIVA: *Promuovere la dimensione di genere nella medicina e nella ricerca*
- 7° AZIONE POSITIVA: *Promuovere la dimensione di genere nei prodotti della ricerca*
- 8° AZIONE POSITIVA: *Promuovere l'integrazione di genere*
- 9° AZIONE POSITIVA: *Attività per la formazione all'integrazione di genere e contro la violenza di genere*

Tutte le azioni positive sono state avviate a partire dal 2024 e durante il 2025 per l'azione "Attività per la formazione all'integrazione di genere e contro la violenza di genere" è stata somministrata la survey "UNESCO, Measuring Gender Equality in Science and Engineering: the SAGA Toolkit, SAGA Working Paper 2, Paris, 2017" ad un gruppo di ricercatori.

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. che ha organizzato il primo incontro nel mese di giugno del 2025.

In data 06.02.2026 il Direttore Amministrativo ha presentato all'OIV una sintesi delle attività svolte.

Coinvolgimento degli stakeholder

Il coinvolgimento dei pazienti, dei loro familiari e delle numerose organizzazioni di volontariato presenti nella pianificazione e organizzazione delle attività Istituzionali è un'attività sostanziale per il CRO.

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

Una delle finalità dell'Istituto è offrire ai pazienti un accesso coordinato alla diagnosi e alle cure più avanzate e far lavorare fianco a fianco il personale che si occupa dell'assistenza e quello che opera nella ricerca, sia di laboratorio che epidemiologica. Sotto questo aspetto, nel corso del 2025, l'Istituto ha portato avanti una nuova campagna d'indagine sulla soddisfazione dell'utente tramite la somministrazione del questionario afferente al "Programma Trapianto CSE" in ambito ambulatoriale per la struttura di Oncoematologia dei Trapianti Emopoietici e Terapie Cellulari. I risultati sono stati raccolti dall'URP in collaborazione con la SOSD Psicologia Oncologica e la SOC Epidemiologia Oncologica.

L'obiettivo generale di tale indagine è stato quello di valutare e migliorare l'esperienza dei pazienti lungo il Percorso Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale (PDTA) oncologico attraverso un sistema integrato e continuo di ascolto della customer satisfaction. Nello specifico: misurare la soddisfazione dei pazienti nelle varie fasi del PDTA; identificare criticità

organizzative, comunicative e relazionali; rafforzare l'umanizzazione delle cure; fornire spunti per il miglioramento dei processi assistenziali.

Le domande riguardavano sia aspetti organizzativi (come orientarsi nell'Istituto, i tempi d'attesa e le modalità di prenotazione), sia aspetti di carattere medico e sociale/relazionale (informazioni su malattia e terapie, continuità dell'assistenza, giudizio sul personale medico ed infermieristico, ecc.) ed è stata, inoltre, data la possibilità al paziente di esprimere un proprio parere personale tramite la sezione dei suggerimenti a risposta libera.

Il monitoraggio e la misurazione della soddisfazione del paziente si basano sull'analisi dei dati forniti dalla raccolta dei questionari. Sono strumento di riesame della direzione e offrono suggerimenti per migliorare ulteriormente l'esperienza dei pazienti e rendere il CRO un centro di eccellenza sempre più attento alle esigenze individuali. Al sondaggio hanno partecipato un campione di 123 pazienti, tra i quali la maggior parte non si trovava alla prima esperienza presso il nostro Istituto, segnale di presa in carico continuativa e stabile del paziente.

L'utenza esprime un giudizio ampiamente positivo, riconoscendo all'Istituto un ruolo rilevante e qualificato all'interno del proprio percorso di cura.

Le criticità emerse risultano circoscritte e prevalentemente riconducibili ad aspetti organizzativi, configurandosi come opportunità di miglioramento all'interno di un sistema complessivamente solido e ben strutturato.

Nel corso del 2025 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. Complessivamente sono stati realizzati 13 incontri a tema, rivolti a pazienti e cittadini, che hanno coinvolto 29 relatori e un'associazione di volontariato, con una media di 16 pazienti ad incontro.

In tema di divulgazione, nel corso del 2025, sono inoltre stati organizzati dal CRO:

- A. tre incontri formativi con studenti della scuola alberghiera IAL Aviano e una "cena in salute", per promuovere tra la cittadinanza pratiche di sana alimentazione e prevenzione oncologica;
- B. una rassegna di tre incontri "una mela al giorno" in collaborazione con il comune di Aviano e la scuola alberghiera IAL;
- C. presentazione all'evento "Pordenonelegge" del libro pubblicato in collaborazione con la scuola alberghiera IAL di Aviano "La salute si fa gourmet. 40 ricette per mangiare sano".

Valutazioni conclusive dell'OIV e proposte di miglioramento

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

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

Costituiscono ambito di miglioramento l'individuazione di azioni/modalità operative per una maggiore tempestività nella programmazione di budget pur mantenendo il necessario collegamento con la programmazione regionale. Sul piano metodologico l'OIV suggerisce di calendarizzare le varie fasi del ciclo delle performance mediante atti formali superando modalità operative informali.

In relazione all’inserimento nel ciclo della performance anno 2025 di obiettivi non incentivabili in termini economici per l’area della dirigenza– dei quali l’OIV ha preso atto solo nella propria seduta del 22 aprile 2026 – è opportuno rammentare che il quadro normativo delineato dal legislatore ha quale finalità principale quella di elevare il livello quali-quantitativo delle performance rese complessivamente dalle amministrazioni pubbliche nei servizi alla cittadinanza, in relazione alle quali il Sistema di misurazione e valutazione ne è uno strumento. Lo strumento risulta più efficace laddove diminuisce il numero degli obiettivi e contestualmente ne aumenta il singolo peso, convogliando le potenzialità individuali e della Struttura al suo pieno raggiungimento, pertanto l’OIV suggerisce alla Direzione dell’Istituto una attenta valutazione della scelta operata nel 2025.

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

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

Sicuramente vanno implementati sistemi automatizzati di monitoraggio dei dati a supporto delle attività di controllo e orientamento dei comportamenti, parallelamente ad una adeguata e specifica formazione diretta ai valutatori; a tal fine l’OIV valuta che i dati relativi ai livelli di differenziazione nelle valutazioni espresse dai dirigenti per i propri collaboratori possa costituire un utile ausilio anche ai fini della valutazione strategica in capo alle Direzioni.

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

Aviano, 29 aprile 2026

Dott.ssa Barazzutti Cristina

(firmato)

Dott.ssa De Lazzer Paola

(firmato)

Dott. Petrella Alessandro

(firmato)