2026-2028

Istituto Oncologico Veneto – IRCCS

PIANO INTEGRATO ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE 2026-2028

Sommario

Presentazione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione 5
1. Scheda anagrafica dell'amministrazione 7
1.1 L'Istituto Oncologico Veneto IRCCS 7
1.2 L'Azienda in cifre 8
1.2.1 Attività di ricovero: andamento triennio 2023-2025 10
1.2.2 Attività ambulatoriale: andamento triennio 2023-2025 14
1.2.3 Altre attività dell'Istituto 20
1.3 Attività di ricerca 22
1.3.1 Pubblicazioni e impact factor 22
1.3.2 Studi Clinici presso IOV 23
1.3.3 Fonti di finanziamento della ricerca 25
1.3.4 Partecipazione a Reti Regionali, Nazionali e Internazionali 30
1.4 Sistema di qualità 31
2. Valore pubblico, performance e anticorruzione 35
2.1 Valore Pubblico 35
2.2 Performance 42
2.2.1 Principi e riferimenti normativi 42
2.2.2 Performance Organizzativa 44
2.2.3 La performance individuale 62
2.2.4 Timing del processo 68
2.3 Rischi corruttivi e trasparenza 69
2.3.1 I ruoli nel sistema della prevenzione della corruzione 69
2.3.2 Altri soggetti 75
2.3.3 Valutazione di impatto del contesto esterno 77
2.3.4 Valutazione di impatto del contesto interno 82
2.3.5 Mappatura dei processi sensibili 82
2.3.6 Progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio 87
2.3.7 Monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure 101
2.3.8 Trasparenza e tutela dei dati personali 103
3.Organizzazione e capitale umano 113
3.1 Struttura organizzativa 113
3.1.1 I livelli di responsabilità organizzativa 121
3.2 Organizzazione del lavoro agile 123
3.3 Piano triennale dei fabbisogni di personale 124
3.3.1 Dotazione di personale: andamento triennio 2023-2025 124

3.3.2 Programmazione strategica delle risorse umane 124
3.3.3 La formazione e lo sviluppo delle competenze 125
4. Monitoraggio 128
4.1 Monitoraggio del valore Pubblico 128
4.2 Monitoraggio performance 130
4.3 Monitoraggio rischi corruttivi e trasparenza 131
4.4 Monitoraggio organizzazione e capitale umano 131
5. Gender Equality Plan – Piano Triennale di azioni positive 132
5.1 Piano triennale di azioni positive – PTAP 2026-2028 140

Presentazione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione

L'articolo 6 del D.L. 9 giugno 2021, n.80, convertito dalla Legge 6 agosto 2021, n. 113, e la DGR 1717/2023 "Adeguamento regionale, in relazione alle aziende e agli enti del Servizio sanitario regionale, ai principi normativi nazionali per l'adozione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) e ai contenuti del Piano tipo definito con Decreto Interministeriale n. 132 del 30 giugno 2022" hanno introdotto il "Piano integrato di attività e organizzazione" (PIAO), un documento unico di programmazione e governance che, in attuazione degli obiettivi fissati dal PNRR, assicura la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa, dei servizi ai cittadini e alle imprese, semplificando i processi.

Il PIAO deve essere adottato dalle pubbliche amministrazioni con più di 50 dipendenti (escluse le scuole), ha durata triennale, ma viene aggiornato annualmente. Definisce gli strumenti e le fasi "per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa, nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione", con l'obiettivo di migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso, nel rispetto del D.Lgs. n. 150/2009 e della Legge n. 190/2012.

Il PIAO comprende e declina in modo integrato e coordinato i seguenti documenti di pianificazione e programmazione, che in precedenza erano predisposti dall'Istituto Oncologico Veneto (IOV) secondo le modalità e scadenze previste dalle normative di riferimento:

a) il Piano della Performance triennale e il Documento delle Direttive: documenti dove erano descritti gli obiettivi strategici e programmatici della performance dello IOV, definendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati della performance organizzativa;

b) il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT): documento di natura "programmatoria" con cui ogni amministrazione o ente individua il proprio grado di esposizione al rischio di corruzione e indica gli interventi organizzativi (cioè le misure) volti a prevenire il rischio. Il PTPCT ha come fine la piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa, nonché il raggiungimento degli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia e in conformità agli indirizzi adottati dall'ANAC con il Piano nazionale anticorruzione;

c) il Piano di Organizzazione del Lavoro Agile (POLA), che stabilisce, per le attività che possono essere svolte in modalità agile, le misure attuative, organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale, anche dirigenziale, e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi, nonché della qualità dei servizi erogati;

d) il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP) che, compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni di personale, definisce gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne. In una prospettiva di stretta integrazione tra il programma di formazione del personale, gli obiettivi

strategici dell'organizzazione aziendale e quelli formativi annuali e pluriennali, il PIAO declina gli obiettivi formativi definiti nel Piano Formativo Aziendale 2026, approvato con Delibera del Direttore Generale n. 1122 del 30 dicembre 2025. Il PIAO definisce anche le modalità di monitoraggio degli esiti, con cadenza periodica, inclusi gli impatti sugli utenti, anche attraverso rilevazioni della soddisfazione degli utenti stessi;

e) il Piano delle Azioni Positive volto ad assicurare la rimozione degli ostacoli che, di fatto, impediscono la piena realizzazione di pari opportunità di lavoro e nel lavoro tra uomini e donne.

Oltre ai documenti di programmazione sopra elencati è stato inserito una sezione dedicata al Gender Equality Plan (GEP), ovvero un documento programmatico, comprensivo di impegni ed azioni, che mira a promuovere la parità di genere in un'organizzazione attraverso un processo di cambiamento strutturale. Il medesimo documento viene inoltre pubblicato nell'amministrazione trasparente in lingua inglese. L'elaborazione delle azioni pianificate nel GEP è stata elaborata con la collaborazione del Comitato Unico di Garanzia (CUG).

1. Scheda anagrafica dell'amministrazione

1.1 L'Istituto Oncologico Veneto IRCCS

L'istituto Oncologico Veneto IRCCS (di seguito denominato IOV) è, sulla base della legge regionale istitutiva (L.R. n. 26/2005) un Ente a rilevanza nazionale dotato di autonomia e personalità giuridica di diritto pubblico che, secondo standard di eccellenza, persegue finalità di ricerca prevalentemente clinica e traslazionale nel campo biomedico e in quello dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari, effettuando prestazioni di ricovero e cura di alta specialità.

La ricerca scientifica integrata all'assistenza è la caratteristica fondamentale dello IOV e differenzia in maniera sostanziale l'Istituto dalle aziende del Sistema Sanitario Regionale prive di tale qualifica, rispetto alle quali evidenzia modalità operative, complessità organizzative e fabbisogni di risorse umane e materiali specifici. Inoltre l'Istituto, oltre a essere soggetto al sistema dei controlli della Regione Veneto, è sottoposto, da parte del Ministero della Salute, a verifica periodica per la conferma del riconoscimento del carattere scientifico nella disciplina dell'oncologia e a verifica annuale dei prodotti della ricerca scientifica, alla quale è legata l'erogazione del finanziamento per le attività di Ricerca Corrente.

La Regione del Veneto ha affidato allo IOV il ruolo di HUB della rete oncologica regionale, in stretta sintonia con le Aziende Ospedaliere di Padova e Verona.

Sul piano organizzativo l'Istituto è articolato su più sedi operative situate a Padova, Castelfranco Veneto, Schiavonia e Venezia in conformità alla programmazione regionale ai sensi della Deliberazione di Giunta Regionale n. 614 del 14 maggio 2019 e in attuazione dell'Atto aziendale adottato con Deliberazione del Direttore Generale n. 850 del 27/09/2023 e approvato con Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 146 del 30 ottobre 2023.

La Regione ha promosso il riconoscimento dell'Istituto quale Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico nella disciplina Oncologia ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 26 ottobre 2003, n. 288. Il Ministero della Salute, con decreto del 18 marzo 2005, adottato d'intesa con il presidente della Regione Veneto, ha a sua volta riconosciuto il carattere scientifico dell'istituto, in seguito riconfermato con la periodicità e le modalità previste dalla normativa vigente da ultimo con Decreto del Ministero della Salute del 4 agosto 2023.

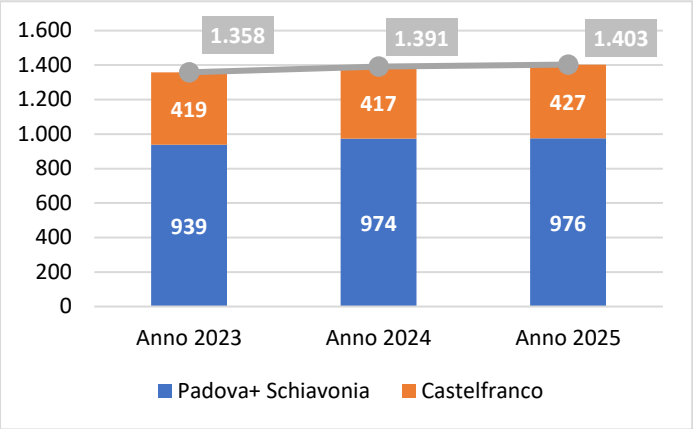
La **missione** dell'Istituto Oncologico Veneto consiste nella prevenzione, diagnosi e cura dei tumori, perseguendo in questi campi l'eccellenza attraverso lo sviluppo della ricerca oncologica di base, traslazionale e clinica e il miglioramento dell'organizzazione dell'attività di cura e assistenza. Elementi fondamentali sono il rapido trasferimento delle acquisizioni della ricerca ai pazienti, l'approccio multidisciplinare alla patologia e il coordinamento della rete di collaborazione/condivisione tra le Oncologie del Veneto.

Con delibera del Commissario n. 27 del 16/01/2026, l'Azienda ha nominato il dott. Alessandro Giuriola come Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

1.2 L'Azienda in cifre

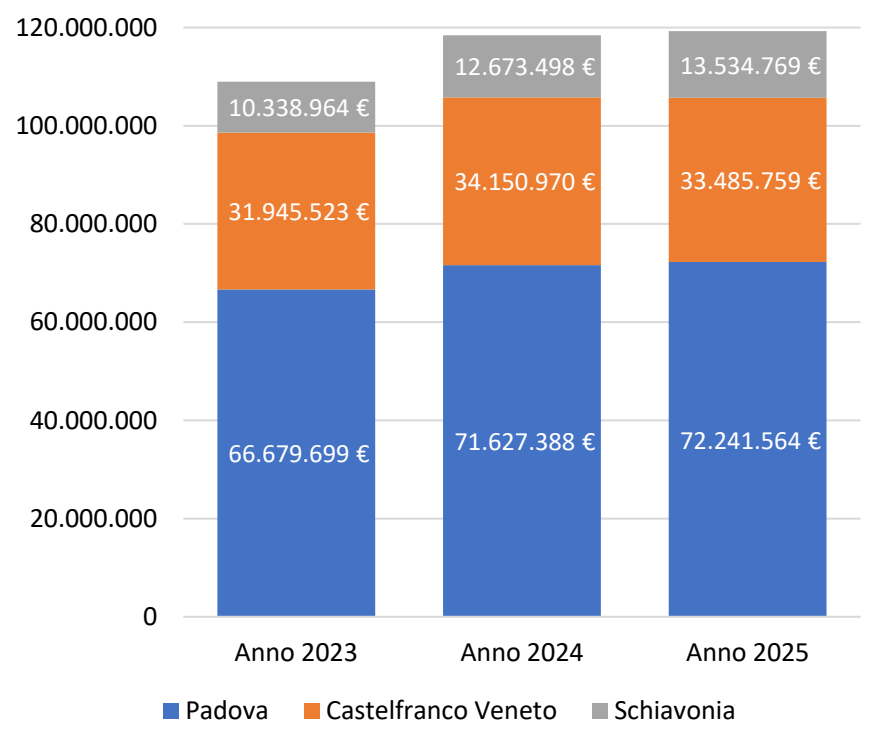
Si presentano di seguito alcuni dati di sintesi relativi al valore dell'attività di ricovero e specialistica dell'Istituto Oncologico Veneto dell'ultimo triennio 2023-2025 precisando che i dati dell'ultimo anno non risultano ancora consolidati e, dove non disponibili, è stata effettuata una previsione in base agli ultimi mesi disponibili alla data della redazione della presente.

Figura 1 – Personale in servizio allo IOV per sede: 2023-2025 (fonte: UOC Gestione Risorse Umane)



La dotazione del personale al 31/12/2025 si è attestata a 1.403 unità mantenendosi in linea con la dotazione organica al 31/12 dell'anno precedente.

Figura 2 – Andamento valore attività di ricovero e specialistica: 2023 – 2025



In figura 2 è rappresentato il valore dell'attività di ricovero e specialistica erogata dall'Istituto nell'ultimo triennio, suddivisa per sede di erogazione.
Il valore dell'attività dell'anno 2025 è in linea con l'attività erogata nel 2024.

In tabella 1 si riportano i posti letto per area di degenza e reparto.

Tabella 1 – Dotazione posti letto 2025

Area degenze	Day hospital	Day surgery	Degenza ordinaria	Totale
CF-Area chirurgica	0	12	38	50
CF-Area medica	0	0	28	28
CF-Terapia Intensiva	0	0	8	8
PD-Area chirurgica	0	6	24	30
PD-Area medica	38	0	50	88
PD-Terapia Intensiva	0	0	2	2
Totale	**38**	**18**	**150**	**206**
di cui sede Padova	38	6	76	120
di cui sede Castelfranco Ven.	0	12	74	86
Hospice – sede di Castelfranco Ven.				***6***

In tabella 2 sono riportati alcuni dati di sintesi dei livelli di attività dell'Istituto che mostrano un complessivo aumento rispetto all'anno precedente determinato dall'incremento di attività in tutte le sedi.

Tabella 2 - Sintesi dati di attività dell'Istituto. Anni 2023, 2024, 2025

Voce	2023	2024	2025
Numero trattamenti chemioterapici	57.242	59.856	60.226
Numero di pazienti in trattamento chemioterapico	6.945	7.214	7.653
Prestazioni di radiologia e senologia	80.212	80.836	81.194
Numero di pazienti in trattamento radioterapico	4.035	4.308	4.456
Numero di prestazioni per progetto screening ricerca papillomavirus (HPV)	42.678	41.228	40.628
Numero di interventi chirurgici	6.764	6.912	7.292
Numero di interventi di chirurgia robotica	510	533	437
Numero dimissioni da ricovero ordinari	7.662	7.713	8.183
Numero dimissioni da ricovero diurno	1.507	1.590	1.551

Per quanto riguarda la sintesi dei principali costi della produzione dell'Istituto, non essendo ancora disponibile il bilancio consuntivo dell'anno 2025, nella tabella 3 sono stati riportati il valore dei bilanci consuntivi degli anni 2023-2024 e del quarto Conto Economico Consuntivo Trimestrale 2025 (CECT) al fine di rappresentare l'utilizzo delle principali risorse produttive dell'Istituto.

Tabella 3 – Sintesi dei costi della produzione: anni 2023-2025

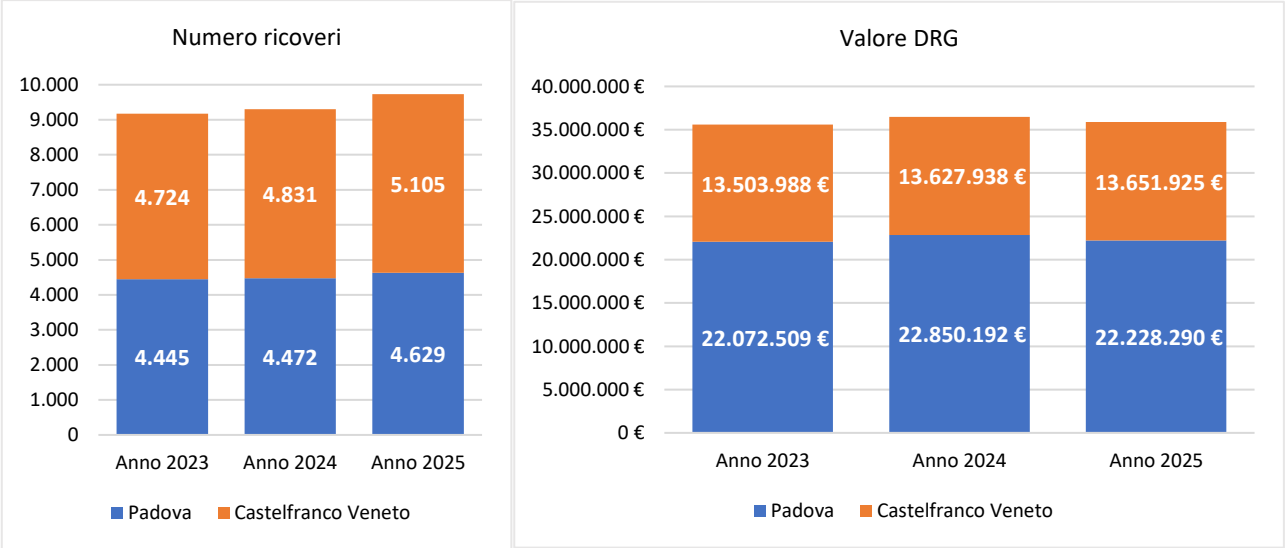
Sintesi costi della produzione	Anno 2023	Anno 2024	Anno 2025* IV CECT
Totale costi della produzione	**231.187.380,36 €**	**259.148.065,65 €**	**275.782.073,30 €**
Acquisti di beni	102.890.677,10 €	121.558.308,93 €	134.362.291,94 €
di cui Acquisti di beni sanitari	102.414.508,74 €	120.972.138,71 €	133.858.274,86 €
Acquisti di servizi non sanitari	9.726.526,12 €	10.090.786,38 €	25.799.289,12 €
Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	4.652.242,30 €	5.065.737,69 €	5.364.805,79 €
Totale Costo del personale	63.109.399,05 €	66.396.965,85 €	70.730.284,36 €
Personale del ruolo sanitario	51.424.320,37 €	53.952.238,74 €	57.590.288,24 €
di cui personale dirigente ruolo sanitario	27.071.930,18 €	28.074.664,92 €	29.918.408,28 €
di cui personale comparto ruolo sanitario	24.352.390,19 €	25.877.573,82 €	27.671.879,96 €
Personale del ruolo professionale	163.126,00 €	160.569,59 €	159.432,08 €
Personale del ruolo tecnico	5.983.078,04 €	6.077.143,35 €	6.489.695,44 €
Personale del ruolo amministrativo	5.538.874,64 €	6.207.014,17 €	6.490.868,60 €
Totale Ammortamenti	7.523.211,47 €	7.192.535,84 €	7.523.211,52 €

*dati non consolidati, relativi al quarto Conto Economico Consuntivo Trimestrale 2025 (CECT)

1.2.1 Attività di ricovero: andamento triennio 2023-2025

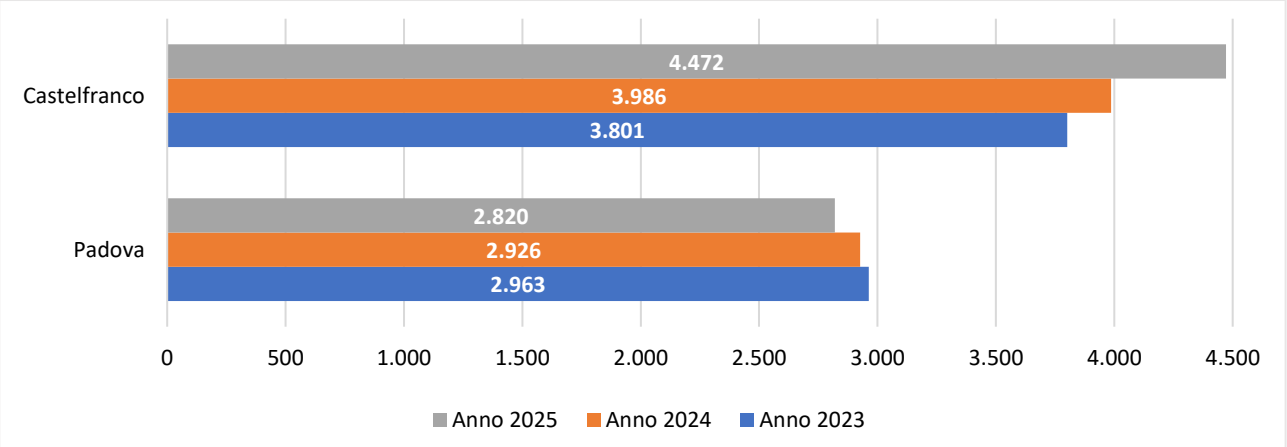
Il numero di ricoveri dell'anno 2025 è stato pari a 9.734 (+431 dimessi rispetto al 2024, +4,6%), di cui 5.105 ricoveri effettuati presso la sede di Castelfranco Veneto e 4.629 della sede di Padova.

Figura 3 - Attività di ricovero: numero dimessi e valore DRG: triennio 2023-2025



L'attività chirurgica nel suo complesso ha registrato nel 2025 un incremento del +5,5% rispetto all'anno precedente. Analizzando i dati per sede si rileva come nel 2025 nella sede di Castelfranco siano stati effettuati 4.472 interventi chirurgici, rispetto a 3.986 nel 2024, con un aumento del +12,8%.

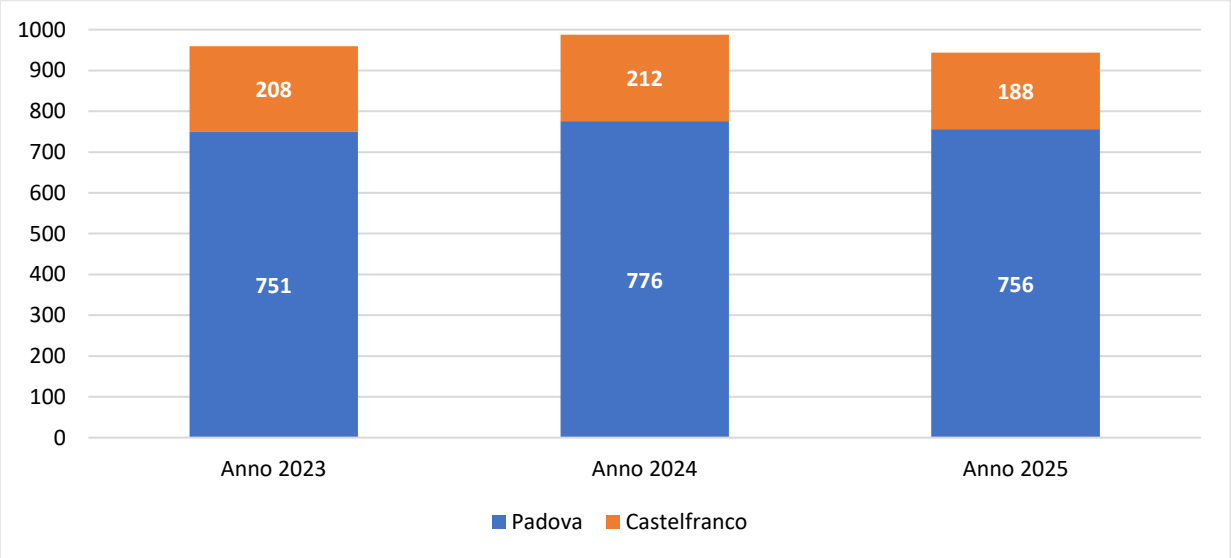
Figura 4 - Andamento n° interventi per sede: triennio 2023-2025



Considerando la tipologia di interventi si riportano i numeri relativi a:

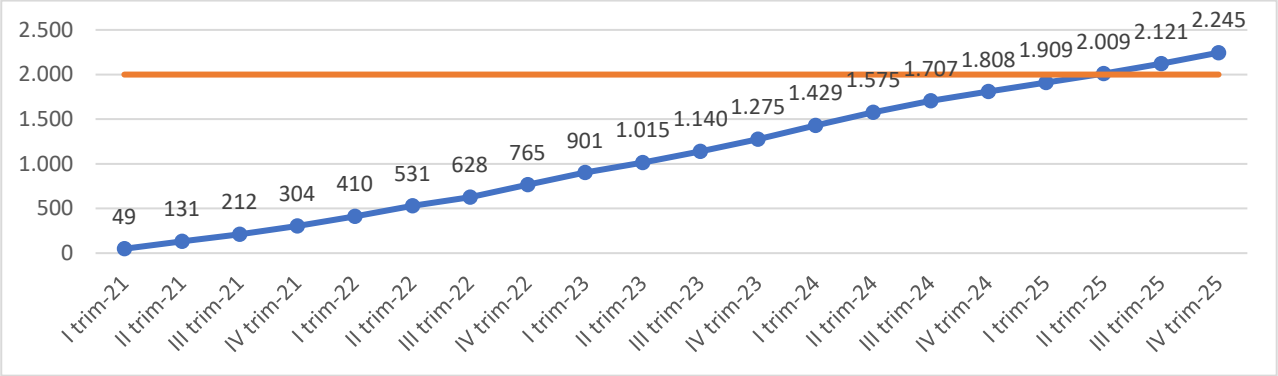
- attività della chirurgia senologica per tumore maligno alla mammella, con un sostanziale mantenimento dei livelli di attività rispetto alla media triennale e superiore rispetto alla soglia dei 150 interventi, definita come ottimale dal Programma Nazionale Esisti (PNE).

Figura 5 - Andamento interventi per tumore maligno della mammella: triennio 2023-2025



- attività di chirurgia robotica, avviata nel 2021 nell'ambito della chirurgia oncologica delle vie digestive e della urologia oncologica: nel 2025 è stata superata la soglia dei 2.000 interventi (come rappresentato nella figura 6).

Figura 6 – Numero incrementale di interventi di chirurgia robotica dal 2021 al 2025



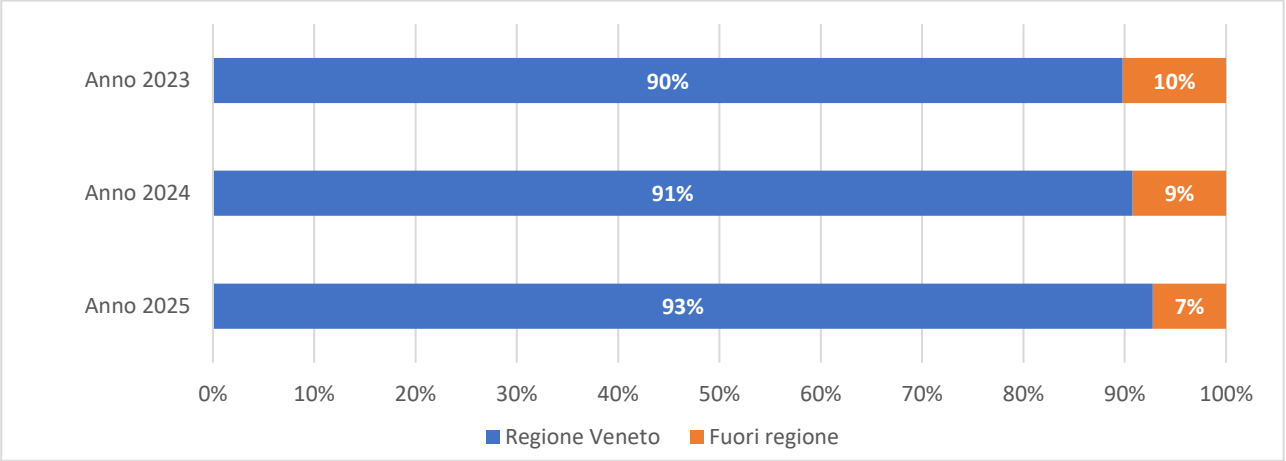
La casistica principale dell'attività di ricovero per tipo di DRG Chirurgico

Nella tabella sottostante è riportato l'andamento dei principali ricoveri con DRG chirurgico in mantenimento rispetto al 2024 e nella figura 7 è rappresentata la percentuale di assistiti per regione di residenza.

Tabella 4 – andamento casistica principale DRG chirurgici 2023-2025

Drg Chirurgici	2023	2024	2025
260 - Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC	605	585	544
266 - Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	445	509	536
311 - Interventi per via transuretrale senza CC	594	493	484
290 - Interventi sulla tiroide	192	196	374
337 - Prostatectomia transuretrale senza CC	440	343	286
258 - Mastectomia totale per neoplasie maligne senza CC	241	243	258
262 - Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	230	213	228
335 - Interventi maggiori sulla pelvi maschile senza CC	245	246	191
402 - Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici senza CC	130	160	169
309 - Interventi minori sulla vescica senza CC	42	91	155
303 - Interventi su rene e uretere per neoplasia	130	151	115
257 - Mastectomia totale per neoplasie maligne con CC	111	114	112
149 - Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	96	116	101
227 - Interventi sui tessuti molli senza CC	117	95	91
570 - Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	100	95	75
259 - Mastectomia subtotale per neoplasie maligne con CC	92	90	73
261 - Interventi sulla mammella non per neoplasie maligne eccetto biopsia e escissione locale	55	48	73
289 - Interventi sulle paratiroidi	29	48	72
265 - Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite con CC	55	66	68
171 - Altri interventi sull'apparato digerente senza CC	45	57	66
305 - Interventi su rene e uretere, non per neoplasia senza CC	70	91	65
217 - Sbrigliamento ferita e trapianto cutaneo eccetto mano, per malattie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	10	36	63
540 - Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori senza CC	67	76	62
270 - Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	58	64	57
461 - Intervento con diagnosi di altro contatto con i servizi sanitari	90	82	54
Altri DRG di tipo chirurgico	*1.068*	*1.082*	*1.057*
di cui 481 - Trapianto di midollo osseo	*26*	*36*	*30*
TOTALE	**5.357**	**5.390**	**5.429**

Figura 7 - Analisi attività di ricovero per DRG chirurgico e residenza assistito



Nella tabella seguente è riportata la performance relativa al rispetto dei tempi di attesa degli interventi con DRG di tipo chirurgico oncologico suddiviso per sede.

Tabella 5 – % rispetto dei tempi di attesa dell'attività di chirurgia oncologica - anno 2025 (fonte: dwh Regionale)

% INTERVENTI DI CHIRURGIA ONCOLOGICA CON TEMPO DI ATTESA RISPETTATO (tutte le classi di priorità)		
Mese	**PADOVA**	**CASTELFRANCO**
gen-25	94%	98%
feb-25	94%	92%
mar-25	94%	96%
apr-25	93%	96%
mag-25	92%	97%
giu-25	95%	93%
lug-25	94%	94%
ago-25	81%	80%
set-25	86%	80%
ott-25	89%	95%
nov-25	92%	95%
Andamento 2025	**94%**	**94%**

La casistica principale dell'attività di ricovero per tipo di DRG Medico

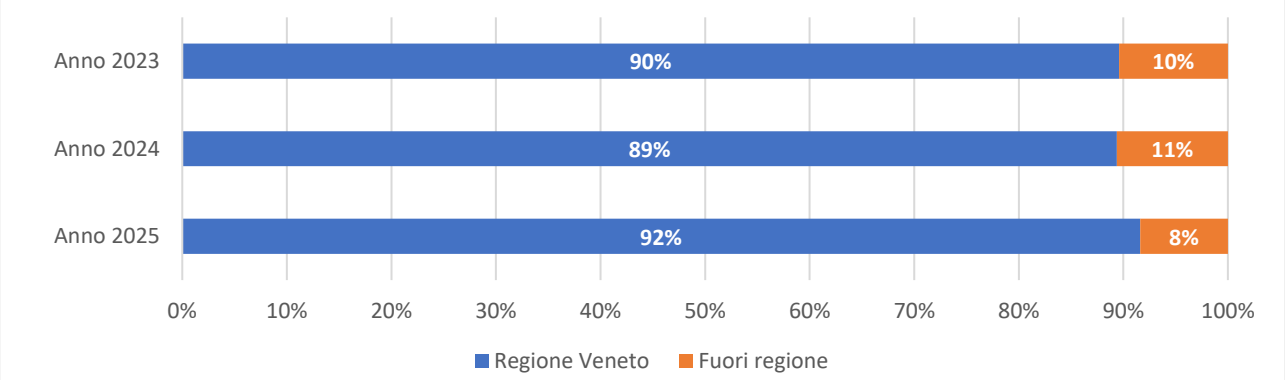
Nella tabella sottostante è riportato l'andamento dei principali ricoveri con DRG medico in lieve aumento rispetto al 2024 (+7%) e nella figura 8 è rappresentata la percentuale di assistiti per regione di residenza.

Tabella 6– andamento casistica principale DRG medico anni 2023-2025

Drg Medici	2023	2024	2025
410 - Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	997	1.008	987
409 - Radioterapia	265	236	519
203 - Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	181	185	248
082 - Neoplasie dell'apparato respiratorio	157	139	150

Drg Medici	2023	2024	2025
492 - Chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta o con uso di alte dosi di agenti chemioterapici	120	150	137
466 - Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	55	54	121
324 - Calcolosi urinaria senza CC	58	87	105
347 - Neoplasie maligne dell'apparato genitale maschile senza CC	17	22	92
467 - Altri fattori che influenzano lo stato di salute	71	87	88
332 - Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	71	80	80
172 - Neoplasie maligne dell'apparato digerente con CC	53	57	69
473 - Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età > 17 anni	89	81	65
574 - Diagnosi ematologiche/immunologiche maggiori eccetto anemia falciforme e coagulopatie	52	74	65
576 - Setticemia senza ventilazione meccanica > o = 96 ore, età > 17 anni	117	56	62
403 - Linfoma e leucemia non acuta con CC	48	59	58
465 - Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	34	45	57
319 - Neoplasie del rene e delle vie urinarie senza CC	26	47	55
404 - Linfoma e leucemia non acuta senza CC	188	150	50
173 - Neoplasie maligne dell'apparato digerente senza CC	52	30	46
239 - Fratture patologiche e neoplasie maligne del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	32	46	46
204 - Malattie del pancreas eccetto neoplasie maligne	39	40	38
321 - Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 anni senza CC	13	34	37
089 - Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	34	42	32
180 - Occlusione gastrointestinale con CC	23	34	30
453 - Complicazioni di trattamenti senza CC	44	48	28
Altri DRG	*976*	*1.022*	*929*
TOTALE	**3.812**	**3.913**	**4.194**

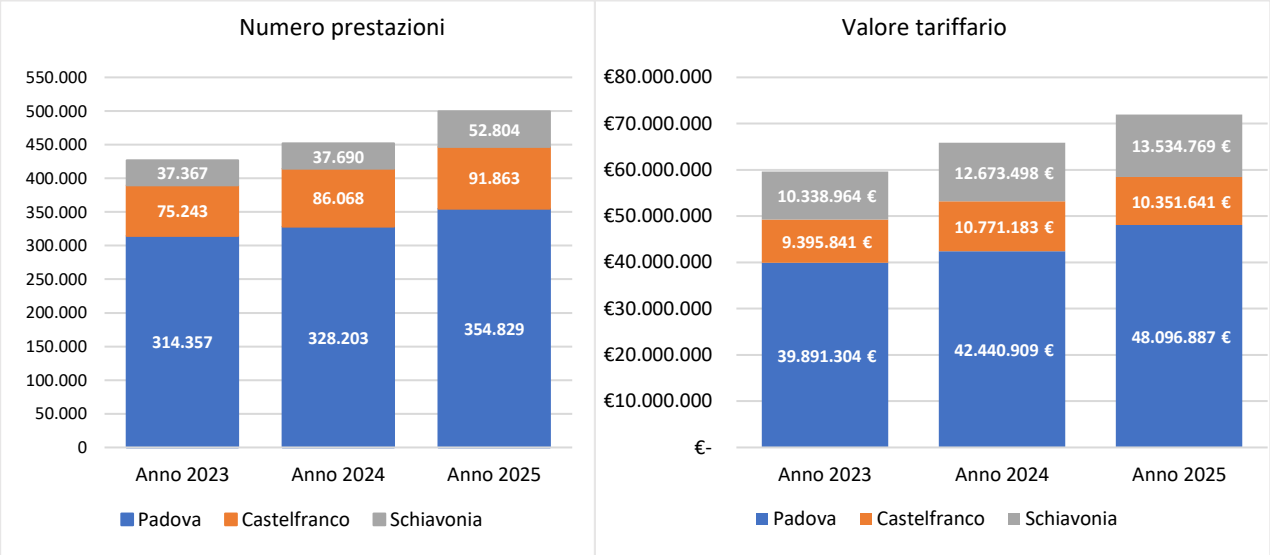
Figura 8 - Analisi attività di ricovero per DRG medico e residenza assistito



1.2.2 Attività ambulatoriale: andamento triennio 2023-2025

Si presenta di seguito l'andamento del triennio 2023-2025 dell'attività ambulatoriale dell'Istituto. Analizzando il numero di prestazioni e il valore tariffario dell'attività specialistica, si evidenzia un aumento del +9,25% del valore rispetto al 2024, con un incremento per tutte e tre le sedi di attività dell'Istituto.

Figura 9 - Andamento attività ambulatoriale per pazienti esterni con onere SSN e fatturazione (esclusa la branca di laboratorio) – numero prestazioni e valore tariffario: triennio 2023-2025



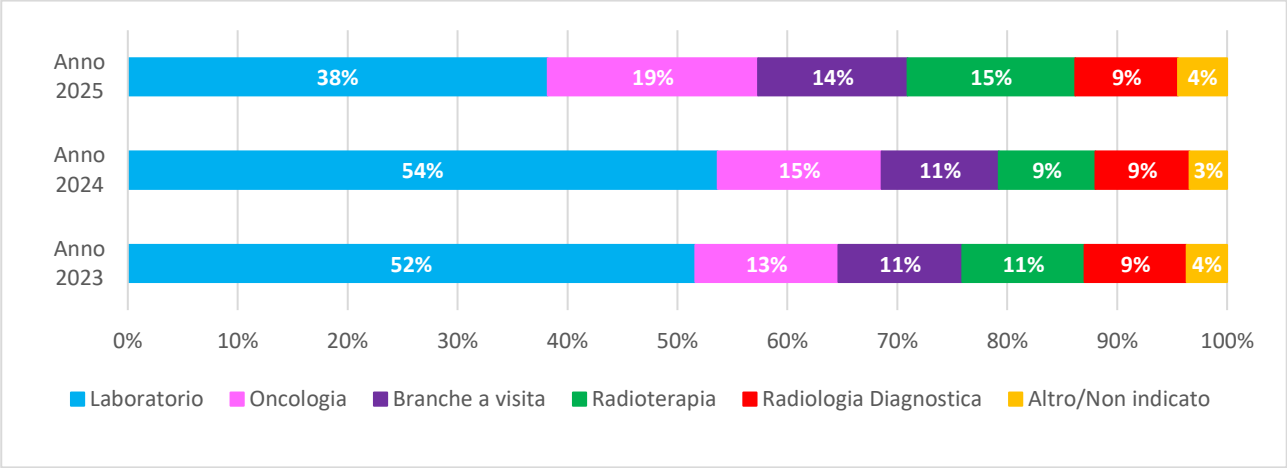
La casistica principale dell'attività ambulatoriale

La tabella 7 e il grafico in figura 9 mostrano l'andamento del triennio 2023-2025 dell'attività ambulatoriale dell'Istituto. La suddivisione per macroaree specialistiche mostra come le prestazioni di Oncologia e di Radioterapia abbiano un peso rilevante nel complesso dell'attività. Per quanto riguarda l'attività di laboratorio, si precisa che include anche le prestazioni erogate da altre strutture in convenzione con lo IOV.

Tabella 7 – Numero prestazioni per macroaree e sede (pazienti esterni onere SSN e fatturazione): triennio 2023-2025

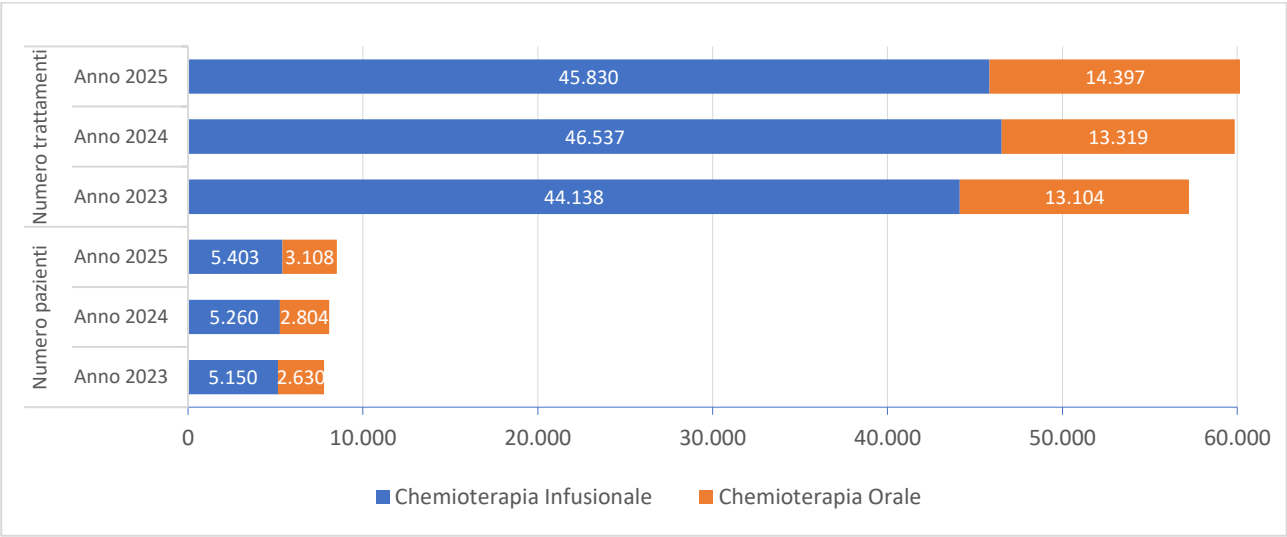
Macroaree	Padova			Castelfranco			Schiavonia		
	2023	2024	2025	2023	2024	2025	2023	2024	2025
Laboratorio	434.926	502.862	296.619	20.644	20.705	12.341	0	0	0
Oncologia	89.073	112.048	113.422	25.828	33.318	41.262	0	0	0
Branche a visita	69.239	71.567	76.777	30.290	32.300	32.901	5	103	119
Radioterapia	60.730	48.169	70.945	72	80	49	37.298	37.535	52.459
Radiologia Diagnostica	72.682	73.360	69.022	9.270	10.203	6.540	0	0	0
Altro/Non indicato	22.633	23.059	24.681	9.783	10.167	11.134	64	52	226
Totale	**749.283**	**831.065**	**651.466**	**95.887**	**106.773**	**104.227**	**37.367**	**37.690**	**52.804**

Figura 10 – distribuzione % delle macroaree dell'attività ambulatoriale: triennio 2023-2025



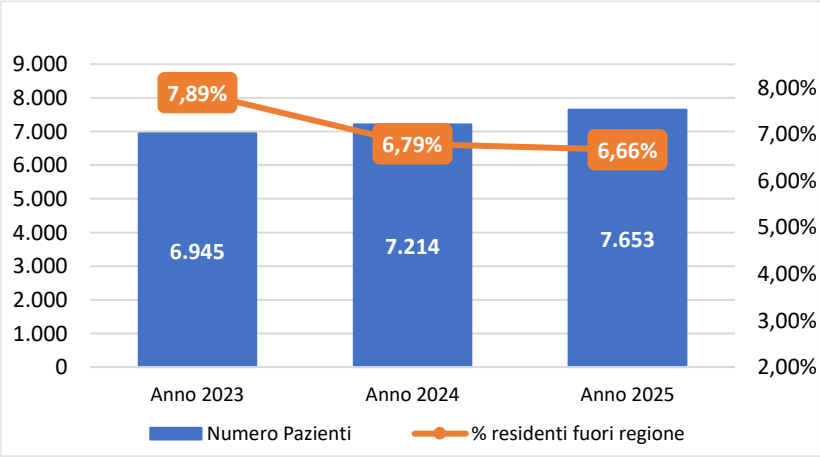
Trattamenti chemioterapici

Figura 11 - Numero pazienti e trattamenti chemioterapici 2023-2025



Come mostrato in figura 11 l'andamento del numero di pazienti e del numero di trattamenti chemioterapici dell'anno 2025 conferma il trend in incremento, con un aumento del +6,09% dei pazienti trattati e del +0,62% dei trattamenti.

Figura 12 - Numero pazienti in trattamento chemioterapico e % residenza fuori regione: 2023-2025



Il grafico in figura 12 mostra inoltre la percentuale dei pazienti trattati con chemioterapia che sono residenti in regioni diverse dal Veneto, dal quale si evince un trend in mantenimento.

Prestazioni Radioterapiche

In tabella 8 è rappresentato il numero di prestazioni delle sezioni trattamenti effettuate dalla UOC Radioterapia e dalla UOSD Radioterapia: Percorsi e attività di Radioterapia Pediatrica e il numero di pazienti trattati nel triennio 2023-2025. L'attività è in costante crescita per il numero di pazienti (+10,4% rispetto al 2023).

Tabella 8 - Numero di pazienti con trattamento radioterapico 2023-2025

	Anno 2023	Anno 2024	Anno 2025
Numero di pazienti con trattamento radioterapico	4.035	4.308	4.456

La telemedicina

Per quanto riguarda l'attività di telemedicina, controlli da remoto sono iniziati a maggio 2020, durante l'emergenza COVID-19, con lo scopo di proteggere i pazienti particolarmente fragili, perché anziani o con comorbidità, da un'eventuale infezione da COVID-19. La telemedicina non sostituisce la medicina tradizionale, ma la affianca e la integra con nuovi canali di comunicazione e di erogazione per andare incontro alle esigenze di coloro che risiedono più lontano dalle sedi dell'istituto, specie in altre province o Regioni d'Italia. Al momento presso lo IOV sono attivi numerosi progetti di sviluppo di attività in telemedicina, che vanno dalle televisite, ai colloqui psicologici a distanza, al teleconsulto, fino ad attività di telemonitoraggio.

Tabella 9 – Dettaglio prestazioni di telemedicina: anni 2023-2025

Codice	Prestazione regionale	Anno 2023	Anno 2024	Anno 2025
89.01.F	Visita Oncologica Di Controllo. Incluso: Eventuale Verifica All'Adesione Al Trattamento Farmacologico E Consegna Di Farmaci Chemioterapici Orali. Escluso Il Costo Dei Farmaci	1.794	1.527	3.462
89.01.N	Visita di radiologia interventistica di controllo	0	0	341
94.09	Colloquio Psicologico Clinico.	150	157	212
94.3	Psicoterapia Individuale.	13	48	27
89.01.1	Visita Anestesiologica Di Controllo Per Terapia Del Dolore.	17	22	137
89.01.8	Visita Endocrinologica Di Controllo.	8	7	227
91.35.6	Consulenza Collegata Al Test Genetico.	44	12	15
Altro		3	6	25
Totale		**2.029**	**1.779**	**4.446**

Attività innovative di Screening

Nel 2025 è proseguito il programma di screening senologico personalizzato per giovani donne, avviato nel 2018 dalla sinergia tra Regione del Veneto, IOV ed Azienda Zero, che prevede l'esecuzione gratuita di un triplice test e la presa in carico, secondo protocolli personalizzati, fino all'ingresso nello screening consolidato ai 50 anni. Il test prevede 3 fasi: mammografia con tomosintesi, calcolo della densità con software dedicato, valutazione della familiarità.

Nella figura 13 viene rappresentato il numero di pazienti arruolati e delle prestazioni erogate per il progetto giovani donne nel periodo 2021-2025.

Figura 13 – Andamento numero di prestazioni e pazienti per screening progetto giovani donne: anni 2021 – 2025

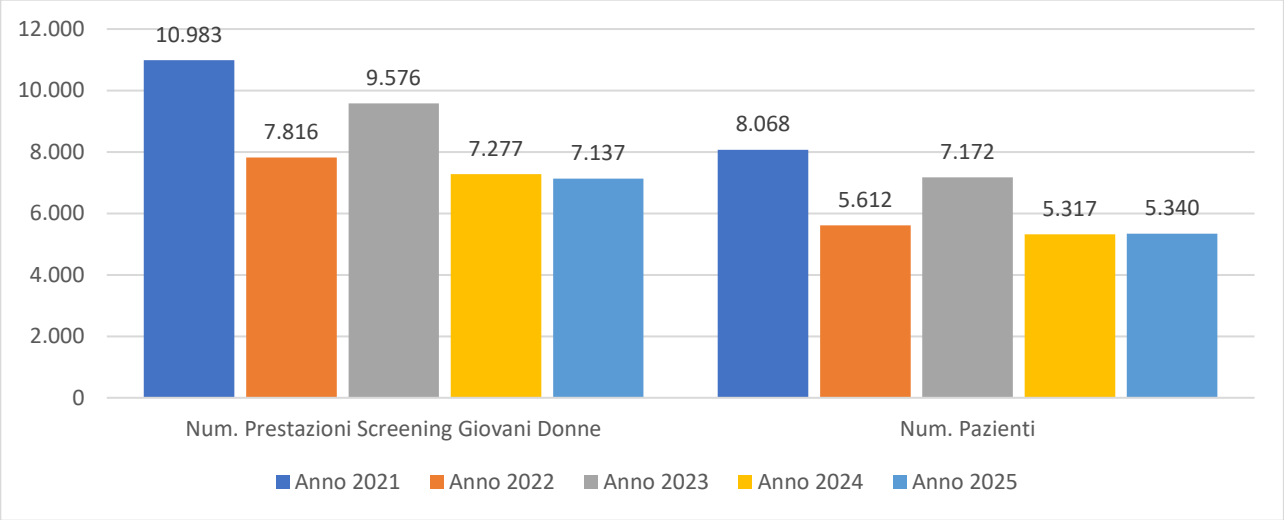
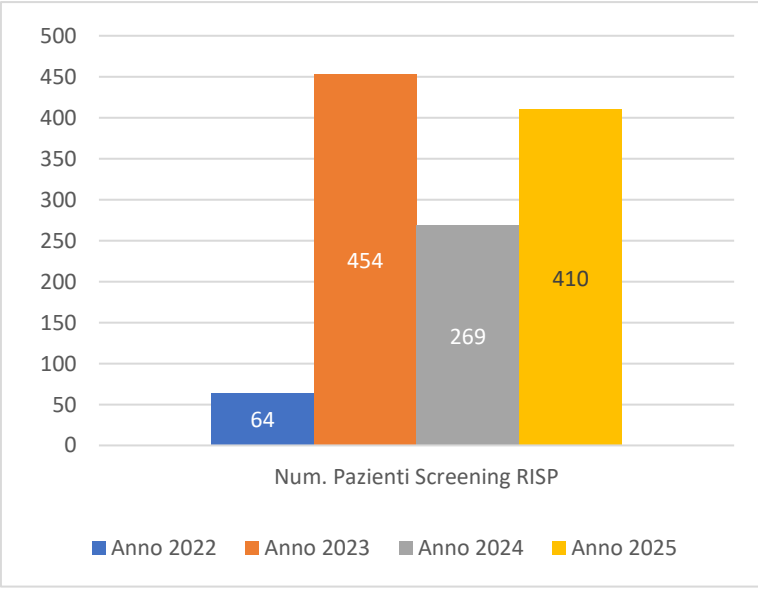


Figura 14 – Andamento numero di pazienti per screening progetto RISP: anni 2022 – 2025



Nel 2022 è stato avviato il programma di screening polmonare RISP (Rete Italiana Screening Polmonare) con target biennale di 480 pazienti arruolati. L'attività è proseguita anche nel 2025, come riportato nella figura 14, che rappresenta il numero di pazienti arruolati nel progetto per anno.

Cure palliative e simultanee

Nelle tabelle seguenti vengono rappresentati i dati dell'attività di cure simultanee e di cure palliative effettuate dall'Istituto.

Tabella 10 - Attività di cure simultanee: triennio 2023-2025

Anno erogazione	Anno 2023	Anno 2024	Anno 2025
Numero Pazienti	404	408	508
Numero visite multidisciplinari di cure simultanee	452	445	554

Tabella 11 - Attività di cure palliative: triennio 2023-2025

Anno erogazione		Anno 2023	Anno 2024	Anno 2025
Numero Pazienti	Castelfranco Veneto	217	242	240
	Padova	1.141	1.237	1.356
Numero prestazioni di cure palliative	Castelfranco Veneto	390	438	456
	Padova	3.309	3.538	3.762

Sintesi tempi di attesa dell'attività ambulatoriale

In tabella 12 è riportata la performance relativa al rispetto dei tempi di attesa delle prestazioni traccianti, per fascia di priorità.

Tabella 12 - Tempi di attesa attività ambulatoriale tracciante - anno 2025 rispetto standard regionali (fonte: dwh Regionale-Tableau)

% PRESTAZIONI CON TA RISPETTATO (TRACCIANTI)			
Mese	**Classe B (10gg)**	**Classe D (30gg)**	**Classe P (90gg)**
gen-25	100%	93%	100%
feb-25	100%	92%	100%
mar-25	100%	93%	100%
apr-25	100%	100%	100%
mag-25	100%	100%	100%
giu-25	100%	100%	100%
lug-25	100%	100%	100%
ago-25	100%	100%	100%
set-25	100%	100%	100%
ott-25	100%	91%	100%
nov-25	100%	92%	100%

1.2.3 Altre attività dell'Istituto

Attività Hospice

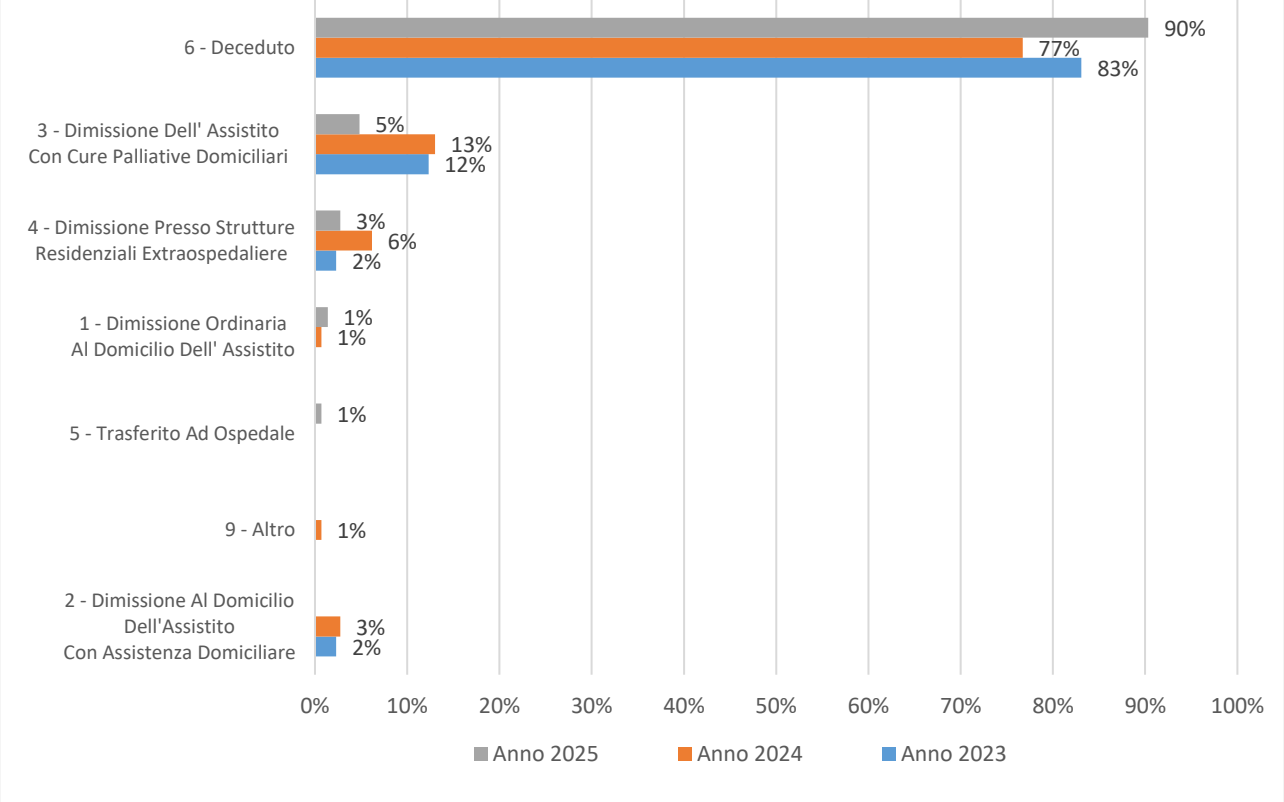
L'Hospice dello IOV, come indicato dalla programmazione regionale, ha iniziato la propria attività nel 2021, prevedendo la dotazione di 6 posti letto presso il presidio di Castelfranco Veneto. Di seguito si riepilogano i principali dati di attività del triennio 2023-2025.

Attività Hospice	Anno 2023	Anno 2024	Anno 2025
Numero di ricoveri	130	146	145
Giornate di degenza*	2.043	2.149	1.909

*Rispetto al calcolo delle giornate di un ricovero "ordinario", per la tipologia di attività eseguita dall'Hospice le giornate di degenza vengono calcolate come differenza tra giorno di dimissione e giorno di ammissione sommando il valore di 1 giorno.

In figura 15 è rappresentata la modalità di dimissione dei ricoveri in Hospice per il triennio 2023-2025. Nel 2025 il 9% dei pazienti ricoverati in Hospice sono stati dimessi per trascorrere gli ultimi giorni al domicilio o presso altre strutture residenziali.

Figura 15 – percentuale modalità di dimissione da Hospice: 2023-2025



Centrale Operativa Territoriale (COT)

L'Istituto Oncologico Veneto, in qualità di HUB regionale per le cure oncologiche, ha, quale territorio di riferimento, a differenza delle Aziende ULSS, l'intero territorio regionale.
Il modello organizzativo non prevede una Centrale Operativa Territoriale (COT) propria, espressione delle Aziende territoriali, ma le articolazioni organizzative si relazionano con le COT in particolare,

delle Aziende ULSS n. 2 Marca Trevigiana e ULSS n. 6 Euganea, per quanto attiene le dimissioni protette dai propri reparti di degenza delle due sedi ospedaliere e dall'Hospice.
La Regione del Veneto ha definito specifici percorsi di dimissione protetta a favore dei pazienti con malattia oncologica ricoverati e residenti/domiciliati nel territorio regionale che di seguito si elencano:

- ADI;
- ADI-Med;
- Cure Palliative Simultanee domiciliari;
- Cure Palliative di Base;
- Cure Palliative Specialistiche;
- Cure Palliative Residenziali (Hospice).

Il processo organizzativo della dimissione protetta erogata dallo IOV è costituito dalle seguenti fasi:

1. identificazione precoce della persona eleggibile alla dimissione protetta;
2. segnalazione della persona alla Centrale Operativa Territoriale (COT) e alle cure primarie distrettuali di riferimento per la dimissione protetta per la presa in carico (ove presente al Nucleo Continuità Cure o al Punto Unico di Accoglienza Distrettuale -PUAD);
3. valutazione multidimensionale dei bisogni sanitari, assistenziali e sociali e attivazione delle risorse nel setting assistenziale territoriale previsto;
4. definizione del progetto e pianificazione della dimissione: definizione del progetto nel setting assistenziale territoriale previsto e stesura del Piano Assistenziale Individuale (PAI) con eventuale convocazione dell'Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale (UVMD) ove previsto;
5. dimissione protetta (presa in cura nel setting extra-ospedaliero).

Attività vaccinale per pazienti fragili

Lo IOV si impegna a promuovere un insieme di azioni volte a sostenere e proteggere la salute dei pazienti oncologici anche attraverso l'attività vaccinale. Il vaccino rappresenta una difesa fondamentale per chi affronta un percorso oncologico, e l'Istituto è fortemente convinto dell'importanza di diffondere tra operatori sanitari, pazienti e familiari una consapevolezza sull'importanza della prevenzione vaccinale. Presso la sede di Padova si fa riferimento al Dipartimento di Igiene dell'ULSS 6 / UOC malattie infettive di AOUP, e presso la sede di Castelfranco al Dipartimento di Igiene dell'azienda ULSS 2, secondo i percorsi vigenti.

In particolare, in occasione della giornata dedicata alla campagna antinfluenzale del 25 ottobre 2025, sono state effettuate complessivamente 117 vaccinazioni antinfluenzali e anti-Covid, di cui 38 a favore dei pazienti e 79 ai caregiver e familiari.

Per quanto riguarda il personale dipendente, nel 2025 sono state effettuate nelle diverse sedi dello IOV complessivamente 450 vaccinazioni anti influenzali e 153 vaccinazioni contro il Covid19.

1.3 Attività di ricerca

1.3.1 Pubblicazioni e impact factor

L'attività di ricerca nell'anno 2024 dell'Istituto, che rappresenta l'ultimo periodo disponibile delle rendicontazioni ministeriali, ha visto rispetto all'anno precedente una leggera diminuzione del numero di pubblicazioni (-1,44%) a fronte però di un incremento dell'Impact Factor normalizzato (+2,52%), indice bibliometrico creato dal Ministero della Salute per poter distribuire in modo equo i fondi di ricerca agli IRCCS.

L'attività di ricerca dell'Istituto si caratterizza per una costante crescita nell'ultimo decennio e nel corso del 2020 in particolare la performance scientifica dello IOV ha avuto una netta impennata, complici diversi fattori: la nascita di nuove strutture nella sede di Castelfranco Veneto, la costituzione di gruppi di ricerca più solidi, l'aumento di pubblicazioni con autrici e autori in posizione rilevante, diversi lavori di ricerca editi su riviste ad alto impatto nella comunità scientifica.

Figura 16 – Numero di pubblicazioni con IF. Anni 2014-2024

Figura 17 – Impact Factor Normalizzato. Anni 2014-2024

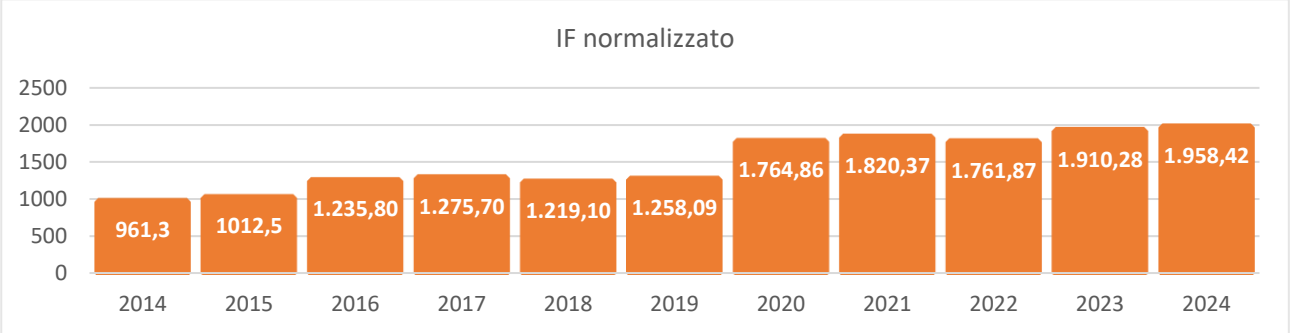


Tabella 13 – % di pubblicazioni frutto di collaborazioni a livello istituzionale, nazionale e internazionale nella produzione scientifica*. Anni 2022-2024

Anno pubblicazione	N° totale pubblicazioni*	Collaborazioni Internazionali	Collaborazioni Nazionali (solo)	Collaborazioni Istituzionali (solo)	Singolo autore
2022	332	111 (33,4%)	209 (63%)	12 (3,6%)	0
2023	361	145 (40,2%)	213 (59%)	3 (0,8%)	0
2024	371	163 (43,9%)	194 (52,3%)	13 (3,5%)	1 (0,3%)

**Il dataset analizzato comprende tutta la produzione scientifica edita dal personale dirigente dipendente IOV e/o universitario convenzionato, indicizzata in Scopus e con affiliazione IOV, includendo anche eventuali titoli non rendicontabili in sede di Ricerca Corrente.*

1.3.2 Studi Clinici presso IOV

In quanto Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), lo IOV è un ospedale di eccellenza che effettua attività assistenziale di alta specialità e che persegue finalità di ricerca, prevalentemente clinica e traslazionale, nel campo oncologico.
Di seguito si riportano i dati forniti dalla UOSD – Unità Ricerca Clinica (URC) in merito all'attività di ricerca clinica dell'Istituto. Trattasi dei dati relativi agli studi attivi presso l'Istituto e dei pazienti arruolati, in termini quantitativi, nel triennio 2023-2025 o comunque all'ultimo dato consolidato disponibile.
Infine, si riportano gli introiti legati all'attività di sperimentazione condotte negli anni 2023-2025 (dato fornito dall'Ufficio Gestione Fondi afferente alla UOS Controllo di Gestione).

Nuovi studi per anno di attivazione

La tabella sotto riportata rappresenta il numero di studi incidenti/attivati per anno e, quindi, quelli per i quali, essendosi concluso l'iter valutativo-autorizzativo, si procede all'attivazione del centro e all'arruolamento dei pazienti.
Nel corso del triennio 2023-2025, la normativa di riferimento degli studi clinici ha subito un radicale aggiornamento. La completa implementazione di nuove regole, modalità operative e piattaforme informatiche, ha modificato il processo di sottomissione, valutazione e autorizzazione, coinvolgendo tutti gli interlocutori interessati (promotori e centri partecipanti). In questo scenario di transizione, lo IOV è riuscito non solo a mantenere, ma a consolidare il volume di studi attivati nel 2025 rispetto al biennio precedente.

	Totale studi	Sperimentali	Osservazionali	Traslazionali	Altre tipologie
2023	123	63	42	7	11
2024	107	52	41	7	7
2025	134	76	43	11	4

Studi attivi prevalenti per anno

La tabella sotto riportata rappresenta il numero degli studi prevalenti per anno di cui al triennio 2023-2025. La tabella si riferisce agli studi con arruolamento attivo o chiusi all'arruolamento ma con pazienti in trattamento o in follow-up.

	Totale studi	Sperimentali	Osservazionali	Traslazionali	Altre tipologie
2023	621	347	135	82	57
2024	648	359	158	81	50
2025	681	366	181	87	47

Pazienti in carico prevalenti per anno

Nelle tabelle successive è riportato, per il triennio 2023-2025, il numero di pazienti prevalenti (che risultano in trattamento e/o in follow-up nell'anno di riferimento nell'ambito di uno studio clinico) con il dettaglio dei pazienti arruolati in studi sperimentali con farmaco.

Per l'anno 2025, il dato complessivo dei pazienti in carico si mantiene sostanzialmente stabile; si rileva, tuttavia, un lieve decremento del numero di pazienti arruolati in studi sperimentali con farmaco rispetto alle altre tipologie di studio.

Anno	Totale pazienti	Sperimentali	Osservazionali	Traslazionali	Altre tipologie
2023	3.837	1.837	718	879	403
2024	4.356	2.304	762	817	473
2025	4.233	1.995	860	921	457

	Pazienti in studi sperimentali con farmaco
2023	1.785
2024	2.214
2025	1.931

Pazienti reclutati su attesi

Un indicatore molto utilizzato per la valutazione della performance dei centri clinici nell'ambito delle sperimentazioni cliniche, è il numero di pazienti effettivamente arruolati rispetto all'atteso. Nella tabella sottostante è rappresentato il numero di studi che hanno concluso l'arruolamento nel periodo 2023-2025. Di questi si riporta il numero di studi con una percentuale di pazienti arruolati superiore al 100% e gli studi con una percentuale inferiore al 20% dell'atteso.
Tra gli studi sperimentali, oltre il 62% (123 su 199) ha concluso l'arruolamento raggiungendo o superando il target previsto per il centro, mentre solo il 12,6% (25 su 199) si è chiuso con meno del 20% dei pazienti previsti. Il confronto con il triennio precedente mostra un netto miglioramento della performance complessiva (il tasso di successo sale dal 57,6% al 62%, mentre le chiusure sotto soglia scendono dal 15,9% al 12,6%). Questi dati confermano l'affidabilità dell'Istituto nei confronti dei promotori, oltre che il rigoroso rispetto dei protocolli sperimentali e la piena aderenza alle Good Clinical Practice (GCP).

Pazienti reclutati su attesi (%)	Totale studi	Sperimentali	Osservazionali	Traslazionali	Altre tipologie
Su totale studi	321	199	82	21	19
≥100%	193	123	47	15	8
>20% e <100%	85	51	24	5	5
≤20%	43	25	11	1	6

Sperimentazioni di Fase 1

Dalla fine del 2018, presso lo IOV, è attivo il centro sperimentazioni di Fase 1, certificato ai sensi della Determina AIFA 809/2015. In ambito oncologico, gli studi di fase 1 sono estremamente importanti perché prevedono l'utilizzo di nuovi farmaci che possono rappresentare un'alternativa unica e preziosa per pazienti senza altre opzioni terapeutiche. Sono studi generalmente molto complessi e delicati che richiedono una notevole organizzazione e un team ultra-qualificato.
Di seguito si riporta il numero di sperimentazioni cliniche di fase 1, incidenti e prevalenti nel triennio 2023-2025 con il numero di pazienti arruolati per anno.

	Nuovi studi	Studi Prevalenti
2023	10	31
2024	8	38
2025	9	37

	Pazienti arruolati	Pazienti prevalenti
2023	120	185
2024	85	174
2025	80	152

Proventi dell'attività di sperimentazione clinica per tipologia fondo

Nel corso del biennio 2022-2023 vi è stata la piena applicazione del Regolamento UE 536/2014 delle sperimentazioni cliniche, in accordo al quale, la valutazione degli studi interventistici con farmaco da condursi presso lo IOV, viene effettuata da parte di un solo comitato etico territoriale/nazionale, diverso dal Comitato Etico IOV. In aggiunta, con D.M. 26.01.2023, sono stati riorganizzati i comitati etici in Italia con l'individuazione di 40 Comitati Etici Territoriali (di seguito CET). Con DGR n. 330 del 29/03/2023 presso la Regione del Veneto, sono stati istituiti 3 CET e tra questi il CET per l'area Nord della Regione Veneto con sede presso lo IOV.

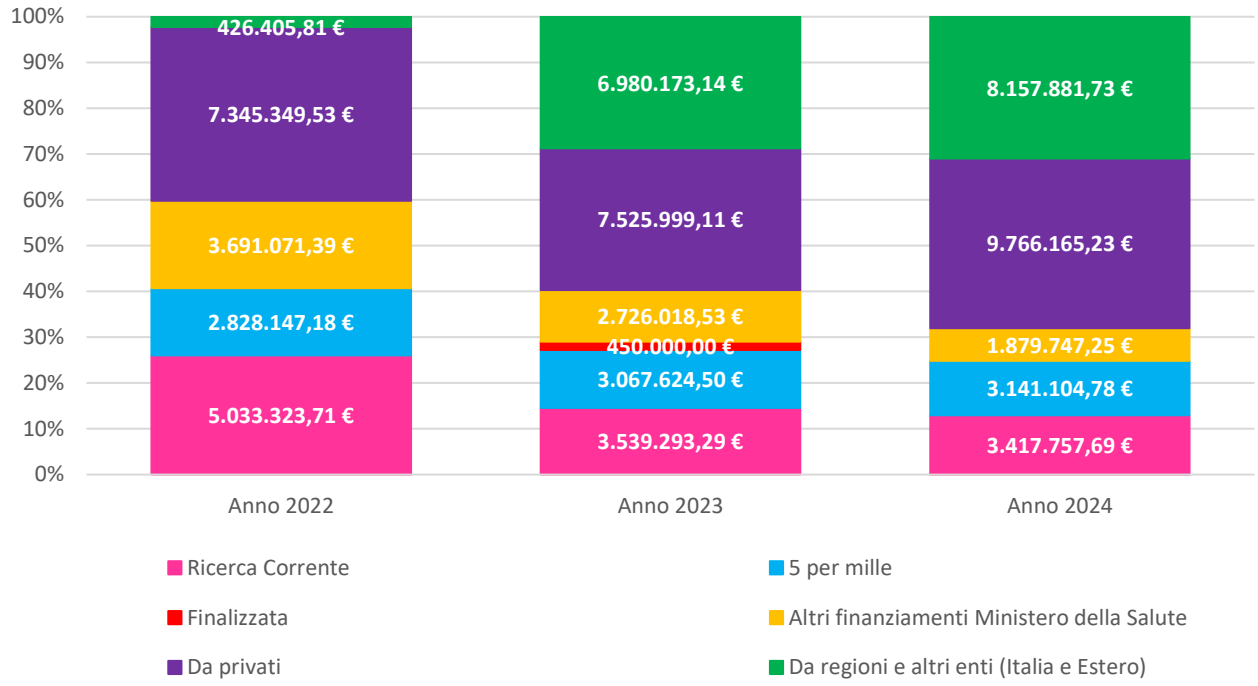
Anno	Quota CESC/CET	Proventi IOV	Totale
2023	159.494 €	7.866.797 €	8.026.291 €
2024	187.494 €	10.018.682 €	10.206.176 €
2025*	74.146 €	8.595.798 €	8.669.944 €

*Dato non consolidato

1.3.3 Fonti di finanziamento della ricerca

Per quanto riguarda le fonti di finanziamento, la ricerca si finanzia prevalentemente con fondi di ricerca corrente e con il finanziamento 5 per mille, progetti nazionali ed internazionali e con la sperimentazione clinica profit. La figura 18 riporta i dati provenienti dal bilancio consuntivo, sezionale della ricerca, ed evidenzia i finanziamenti della ricerca relativi al triennio 2022-2024.
Per il 2025 il finanziamento per l'attività di ricerca corrente assegnato dal Ministero della Salute allo IOV risulta pari a 3.708.057,33€.

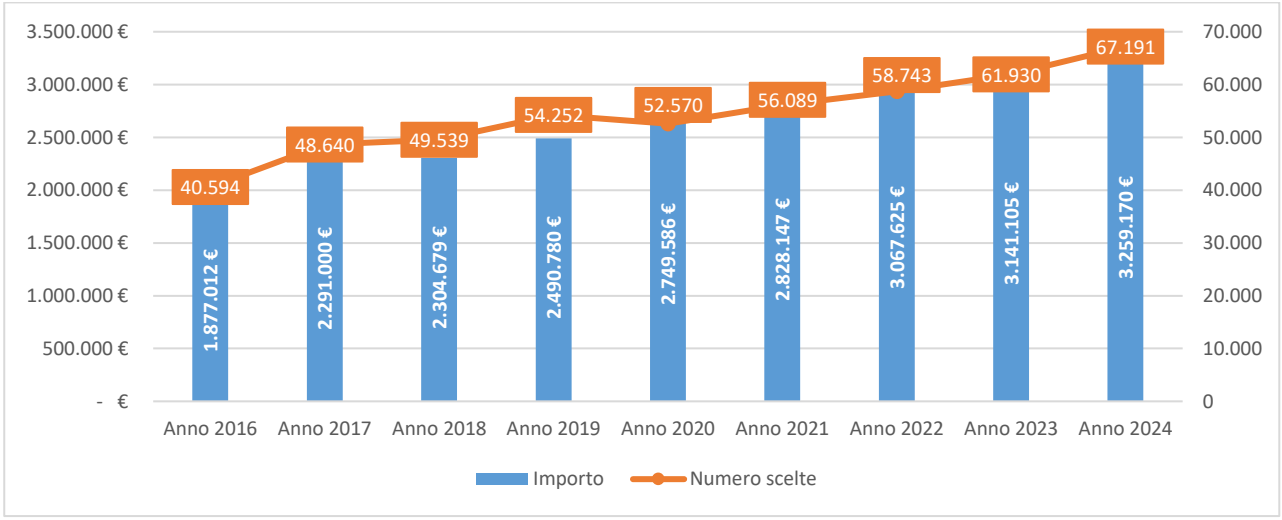
Figura 18 – Fonti di finanziamento della ricerca: 2022-2024



Donazioni 5 per mille 2024

I dati sulla ripartizione del 5 per mille riferiti all'anno fiscale 2024, resi noti a giugno 2025 e che pertanto rientreranno nel bilancio d'esercizio 2025, confermano che lo IOV è, a livello regionale, il soggetto con la maggiore contribuzione da parte dei cittadini, avendo totalizzato 3.259.170 € (+3,8%), mantenendo per il quarto anno consecutivo il 18° assoluto su base nazionale. Le scelte espresse nel 2024 hanno superato quota 60 mila (67.191), con un incremento del 8,5% rispetto all'anno precedente.

Figura 19 – Numero scelte e importo 5 per mille anno fiscale 2016-2024 (fonte: Agenzia delle Entrate)



Finanziamenti in Grant ottenuti nel periodo 2020-2025

Tabella 14 – Finanziamenti ricerca finalizzata assegnati nel periodo 2020-2025

Denominazione progetto	Ente finanziatore	Anno in cui si è ottenuto il finanziamento	Entità del finanziamento ottenuto
An integrative approach identify immune suppressive features in glioma patients - RF-2019	Ministero della Salute	2020	447.750€
A LIPSTIC screening system to identify tumor neoantigens - RF-GR-2019	Ministero della Salute	2020	450.000€
Understanding Resistance in Braf Advanced coloN. The URBAN Project - RF-GR-2019	Ministero della Salute	2020	273.700€
Development of a multiparametric model based on host and tumor immune-related features for predicting complete pathological response to neoadjuvant chemoradiation in locally advanced rectal cancer - RF-2021	Ministero della Salute	2022	450.000€

Tabella 15 - Progetti PNRR - Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

Denominazione progetto	Ente finanziatore	Anno in cui si è ottenuto il finanziamento	Importo complessivo finanziato	Importo finanziato per IOV
Persistent, aberrant myelopoiesis as etiological factor for chronic illness and metastatic disease - CAPOFILA	Ministero della Salute	2022	1.000.000 €	364.172 €
Implementation of a predictive biomarker of response to regorafenib in glioblastoma - CAPOFILA	Ministero della Salute	2022	990.000 €	362.450 €
Exploiting hyaluronan as a natural and effective immunological adjuvant for protein-based vaccines against cancer and infectious diseases - CAPOFILA	Ministero della Salute	2022	1.000.000 €	600.000 €
Low Dose Tamoxifen and Lifestyle Changes for Breast Cancer Prevention: a randomized phase II biomarker trial in subjects at increased risk - PARTNER	Ministero della Salute	2022	950.000 €	80.000 €
Identification of targetable vulnerabilities in redox homeostasis pathways as a novel therapeutic approach for human T-cell malignancies - CAPOFILA	Ministero della Salute	2023	999.000 €	502.000 €
Contrast Enhancement Mammography vs. MRI for the surveillance of women at high risk of breast cancer: Con-trust randomized controlled trial. PARTNER	Ministero della Salute	2023	923.498 €	115.054 €
Multidisciplinary and Multiomic approach to dissect the cellular network in the glioma microenvironment: translational perspective to improve patient's management PARTNER	Ministero della Salute	2023	1.000.000 €	225.000 €
Genotypic, metabolic and immunophenotypic characterization of Early T-cell Precursor (ETP) Acute Lymphoblastic Leukemia (ALL) for the preclinical development of CAR-T cells	Ministero della Salute	2023	1.000.000 €	200.000 €

Denominazione progetto	Ente finanziatore	Anno in cui si è ottenuto il finanziamento	Importo complessivo finanziato	Importo finanziato per IOV
Life Science TTO Network (PNC) PARTNER - SPOKE	Ministero della Salute	2023	15.000.000 €	251.450 €

Tabella 16 – Altri finanziamenti con fondi pubblici assegnati nel periodo 2020-2025

Denominazione progetto	Ente finanziatore	Anno in cui si è ottenuto il finanziamento	Entità del finanziamento ottenuto
Valorizzazione della Proprietà Intellettuale dei Ricercatori IOV al fine di aumentare l'intensità e la qualità dei processi di innovazione e di trasferimento tecnologico dell'Istituto da e verso le imprese 2.0 (IOV_INNOVA 2.0) PARTNER	Ministero dello Sviluppo Economico (MISE)	2020	132.000€
Costruzione di una rete di centri oncologici ad alta specializzazione e di strumenti di condivisione di informazioni e dati, finalizzati alla realizzazione di documenti tecnici di consenso e di studi multicentrici sul tema dell'esposizione professionale a citotossico	INAIL	2021	28.700€
Letture Inattese	Regione del Veneto	2021	5.000€
Valorizzazione della Proprietà Intellettuale dei Ricercatori IOV al fine di aumentare l'intensità e la qualità dei processi di innovazione e di trasferimento tecnologico dell'Istituto da e verso le imprese 3.0 (INNOVA 3.0)	Ministero dello Sviluppo Economico (MISE)	2023	85.336€
Life Science Innovation Bridge: InnOVazione in azione tra Ricerca e Impresa (InnOVa 4.0)	Ministero delle Imprese e del Made in Italy	2025	97.245,29€
FOCUS - Valutazione di fattibilità e sicurezza della combinazione di cellule CIK con anticorpi monoclonali nei linfomi B diffusi a grandi cellule: studio pilota multicentrico	Regione del Veneto	2025	370.000€
Oncognition-AI: applicazione dell'intelligenza artificiale per il monitoraggio degli effetti neurocognitivi dei trattamenti oncologici nella survivorship di pazienti con carcinoma mammario	CORIS	2025	150.000€
Innovative spatial profiling of early triple negative breast cancer landscape to shed light on unexpected outcomes	Bando FIS 3- – Fondo Italiano per La Scienza	2025	1.037.125,00€

Tabella 17 – Finanziamenti con fondi privati assegnati nel periodo 2020-2025

Denominazione progetto	Ente finanziatore	Anno in cui si è ottenuto il finanziamento	Entità del finanziamento ottenuto
TrainEd MonocytoPOiesis in cancer progression (TEMPO)	Fondazione AIRC	2020	1.093.000 €
Learning from failure: decoding metabolic traits of cancer to empower therapeutic activity of anti-angiogenic drugs	Fondazione AIRC	2020	547.000€
Caratteri epidemiologici e decorso clinico dell'infezione SARS-CoV-2 nei pazienti oncologici nella realtà della Rete Oncologica Veneta: lo studio ROVID	Fondazione Cassa di Risparmio di Padova e Rovigo (CARIPARO)	2020	100.000€

Denominazione progetto	Ente finanziatore	Anno in cui si è ottenuto il finanziamento	Entità del finanziamento ottenuto
Applicazione della value based Healthcare nella gestione del paziente con tumore del colon-retto all'interno della rete nazionale dei percorsi oncologici	FONDAZIONE BERLUCCHI (ONLUS)	2022	10.000 €
Hyaluronan as an effective immunological adjuvant for the creation of protein-based vaccines against HER2 breast cancers	Fondazione AIRC	2023	497.750€
HO-1 Nuclear Pathways: Implications for Immunosuppression in Glioblastoma	Società Italiana di Immunologia, Immunologia Clinica e Allergologia (SIICA)	2025	20.000 €
Detection of germline BRCA1/2 mutations through liquid biopsy in patients with breast cancer	Gilead Sciences S.r.l.	2025	25.000 €

Tabella 18 – Finanziamenti con fondi internazionali assegnati nel periodo 2020-2025

Denominazione progetto	Ente finanziatore	Anno in cui si è ottenuto il finanziamento	Entità del finanziamento ottenuto
MELANOSTRUM	National Institute of Health/USA	2020	43.673,00€
Targeting breast tumors with anti-Netrin-1 nanocarriers as a promoter of immunity (NANONET)	European Commission	2020	250.000,00€
Radiotherapy-Activated Immunomodulating Niches (RAIN)	European Commission	2022	250.000,00€
Joint Action on Networks of Expertise (JANE)	European Commission	2022	14.980,00€
Diagnostic HER2DX-guided treatment for patients with early-stage HER2-positive breast cancer (DEFINITIVE)	European Commission	2023	59.475,00€
Towards Safe, Optimized and persoNalized radiOlogy and RAdiotherapy procedure for pregnant patients (SONORA)	European Commission	2023	44.730,00€
European Comprehensive Cancer Centre Network (EUnetCCC)	European Commission	2024	112.905,41€
Joint Action on Networks of Expertise on Cancer (JANE-2)	European Commission	2024	183.106,96€

Tabella 19 – Adesioni a reti internazionali nel periodo 2020-2025

Denominazione rete	Anno di adesione alla rete	Note
Organisation of Europe Institutes (OECI)	2010	
European Radiation Dosimetry Group (EURADOS)	2020	

Denominazione rete	Anno di adesione alla rete	Note
Collaborazione Internazionale relativa all'applicazione delle nanotecnologie in ambito oncologico	2020	Collaborazione promossa dall'Istituto Oncologico Veneto IOV-IRCCS
The European Liquid Biopsy Society (ELBS)	2020	
European Reference Network for Rare Adult Solid Cancers (ERN EURACAN)	2021	
European Association of Research Managers and Administrators (EARMA)	2021	
DIGital Institute for Cancer Outcomes REsearch (DigiCore)	2022	
European Regional and Local Health Authorities (EUREGHA)	2025	

1.3.4 Partecipazione a Reti Regionali, Nazionali e Internazionali

L'ecosistema delle reti strategiche dello IOV: integrazione tra clinica, ricerca e policy

La strategia di crescita dell'Istituto Oncologico Veneto (IOV-IRCCS) si fonda sulla costruzione di un network scientifico multi-livello, indispensabile per affrontare la complessità dell'oncologia moderna. Questa architettura di collaborazioni non risponde solo a un'esigenza di prestigio, ma è funzionale a garantire al paziente l'accesso alle migliori cure disponibili e a rendere sostenibile la ricerca di alto profilo.

Eccellenza clinica e cura delle patologie complesse

Sul piano prettamente assistenziale, l'accreditamento presso l'OECI (Organisation of European Cancer Institutes) rappresenta la chiave di volta del sistema qualità dell'Istituto: l'adesione a questo network certifica l'adozione di un approccio "comprehensive", che integra ricerca e cura secondo gli standard europei più rigorosi. Parallelamente, per rispondere alla sfida delle patologie a bassa incidenza, lo IOV è nodo attivo della ERN EURACAN (European Reference Network for Rare Adult Solid Cancers). Questa rete europea permette di superare la frammentazione delle conoscenze, assicurando una presa in carico multidisciplinare e la condivisione di expertise cliniche transfrontaliere per i pazienti affetti da tumori rari solidi dell'adulto.

Frontiere tecnologiche: Nanotecnologie, Biopsia Liquida e Radiazioni

L'innovazione traslazionale è presidiata attraverso la partecipazione a gruppi di lavoro specifici che definiscono il futuro della medicina di precisione. L'Istituto è membro della European Liquid Biopsy Society (ELBS), lavorando allo sviluppo di metodiche non invasive per il monitoraggio della malattia, e partecipa alla Collaborazione Internazionale per l'applicazione delle nanotecnologie, esplorando nuovi vettori per terapie mirate. Fondamentale per la sicurezza e l'efficacia dei trattamenti è il contributo all'European Radiation Dosimetry Group (EURADOS), rete di eccellenza per la ricerca sulla dosimetria delle radiazioni ionizzanti, essenziale per una radioterapia sempre più precisa e personalizzata.

La rivoluzione digitale e la bioingegneria

Consapevole che il futuro della ricerca risiede nell'analisi dei dati, lo IOV ha consolidato la propria posizione nel DIGital Institute for Cancer Outcomes REsearch (DigiCore) e nel CBIM (Consorzio di Bioingegneria Informatica Medica). Queste partnership permettono di applicare strumenti avanzati di bioingegneria e

analisi dei Big Data per migliorare gli esiti clinici (outcomes research), trasformando le informazioni sanitarie in evidenze scientifiche concrete.

Governance, Finanziamenti e Valorizzazione

Per sostenere questa mole di attività scientifica, lo IOV ha strutturato una rete di supporto strategico-collaborativo. A livello nazionale, il ruolo istituzionale è garantito dalla partecipazione ad ACC (Alleanza Contro il Cancro), la rete di riferimento fondata dal Ministero della Salute. Tuttavia, per competere nello scenario globale, è cruciale la capacità di attrarre risorse: in quest'ottica, la collaborazione con APRE (Agenzia per la Promozione della Ricerca Europea) risulta determinante. Grazie ai suoi servizi di informazione, formazione e assistenza tecnica, APRE supporta i ricercatori dello IOV nell'accesso ai complessi programmi di finanziamento per la ricerca e l'innovazione (R&I) dell'Unione Europea. A complemento di ciò, l'adesione a EARMA (European Association of Research Managers and Administrators) assicura l'aggiornamento continuo e la professionalizzazione delle figure amministrative che gestiscono tali progetti. Infine, affinché la ricerca diventi "prodotto" utile alla collettività, lo IOV sfrutta la Rete PerfeTTO, il network italiano degli Uffici di Trasferimento Tecnologico (TTO) degli IRCCS, dedicato alla valorizzazione dei brevetti e della proprietà intellettuale.

Presidio istituzionale in Europa

A chiusura di questo cerchio strategico, la recente sottoscrizione della Convenzione con la Regione del Veneto per il servizio di domiciliazione presso la Sede regionale di Bruxelles offre allo IOV un vantaggio competitivo unico: un presidio fisico nel cuore decisionale dell'Europa, fondamentale per intercettare trend legislativi e opportunità di sviluppo in tempo reale.

1.4 Sistema di qualità

Rilevazione e soddisfazione utenti

L'Istituto fin dalla sua istituzione si è dotato di numerose certificazioni/accreditamenti per garantire idonei strumenti di governo, controllo e monitoraggio nell'ottica del miglioramento continuo, valore intrinseco nella natura di soggetto che è chiamato a coniugare assistenza e ricerca. Tali processi sono, per la maggior parte, coordinati dalla UOS Qualità, Accreditamenti e Riconoscimento IRCCS.
Oltre ai percorsi di autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale disciplinati a livello regionale e il percorso di riconoscimento di Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico a livello nazionale, che riconoscono all'Istituto elevati standard qualitativi, dal 2004 il Sistema di gestione per la qualità dell'Istituto è certificato ISO 9001, il cui certificato è attualmente in fase di riemissione.
A partire dal 2025 sono state certificate ISO 9001:2015 tutte le attività dell'Istituto Oncologico Veneto e non più singole sedi o unità operative, superando la logica delle certificazioni settoriali, per arrivare a un sistema di qualità integrato a livello istituzionale. Il beneficio di questo risultato non si riflette solo nella qualità delle cure erogate, ma anche nella crescente centralità dello IOV come Hub regionale e punto di riferimento nazionale nella lotta contro il cancro.
Il campo di applicazione dell'ultimo certificato ISO 9001:2015 è il seguente: "*Erogazione di prestazioni di diagnosi e cura, in regime ambulatoriale, di ricovero ordinario, Day Hospital e Day Surgery, in ambito oncologico e non, da parte delle articolazioni organizzative in allegato, compresi*

i processi di supporto. Progettazione e gestione della ricerca clinica in ambito oncologico. Progettazione ed erogazione di eventi formativi in ambito sanitario. Attività di coordinamento del gruppo multidisciplinare (GOM Prostate Unit) per la presa in carico del paziente con tumore della prostata".

Ulteriore riconoscimento è in essere dal 2015 quando lo IOV ha ottenuto l'accreditamento della Organisation of European Cancer Institutes (OECI) – la rete che raggruppa i più importanti centri di ricerca e cura dei tumori del continente – con la qualifica di "Comprehensive Cancer Center". Nel 2025 è stato avviato il percorso di ri-accreditamento con l'obiettivo di rinnovare il certificato entro la scadenza del quinquennio, e comunque non oltre il primo semestre del 2026.
Lo IOV è altresì accreditato dalla Società europea di Oncologia Medica (ESMO) come "Centro di integrazione tra le terapie oncologiche e le cure palliative (cure simultanee)" e ha completato il percorso per ottenere l'accreditamento JACIE rilasciato dal Joint Accreditation Committee ISCT-Europe & EBMT (JACIE), unico organismo di accreditamento ufficiale in Europa nel campo del trapianto di cellule staminali emopoietiche (CSE) e della terapia cellulare. Il certificato per il Programma di Trapianto Autologo di Midollo Osseo (P-TMO autologo) dell'Istituto Oncologico Veneto-IRCSS è stato emesso il 1°agosto 2024 con scadenza 15 marzo 2027. È attualmente in corso un progetto per estendere tale sistema all'applicazione anche di terapie cellulari avanzate come il trapianto di CSE da donatore familiare e da registro (trapianto allogenico), e con linfociti ingegnerizzati (CAR-T).
A fine 2024, inoltre, è stato avviato il Progetto di adeguamento delle attività dei laboratori dello IOV (UOC Immunologia e Diagnostica Molecolare Oncologica, UOSD Oncologia di base Sperimentale e Traslazionale e UOC Istologia e Anatomia Patologica) ai fini dell'accreditamento alla Norma UNI EN ISO 15189:2024 per i Laboratori Medici.
Altro importante riconoscimento dell'Istituto è l'autocertificazione in essere presso AIFA del Centro Sperimentazioni di Fase 1, che offre la possibilità ai pazienti che ne presentano i requisiti, di partecipare a studi clinici di Fase I accedendo ad ulteriori opzioni terapeutiche. Nell'ambito della ricerca clinica lo IOV ha esteso dal 2021 tale autocertificazione anche con l'istituzione del Clinical Trial Quality Team (CTQT), consentendo all'Istituto di svolgere il ruolo di promotore di sperimentazioni di Fase 1 no profit e garantendo il mantenimento di elevati standard di qualità e il rispetto delle normative vigenti in tema di sperimentazioni cliniche.
A tali percorsi si aggiungono ulteriori elementi qualificanti come l'adesione quale membro della Rete europea per i tumori rari dell'adulto EURACAN (European Network for Rare Adult Solid Cancer), venendo accolto nel novero dei migliori poli d'Europa per le neoplasie con origine dal tessuto connettivo (sarcomi delle parti molli), dal testicolo e dall'encefalo. Il riconoscimento quale "centro esperto" è avvenuto dopo l'approfondita verifica di una serie di requisiti sul numero di pazienti presi in carico, sull'esistenza di gruppi multidisciplinari (GOM) di cura, sulla disponibilità di trattamenti oncologici innovativi e sulla produzione scientifica annuale.
In tale contesto l'Istituto ha adottato opportune metodologie di monitoraggio, analisi, misurazione e miglioramento per:

- dimostrare la conformità dei propri servizi;

- assicurare la conformità del Sistema di Gestione per la Qualità alla norma di riferimento UNI EN ISO 9001;
- assicurare la conformità del sistema di gestione per la qualità agli altri sistemi di certificazione/accreditamento adottati attraverso una piattaforma comune e integrata;
- migliorare in modo continuo l'efficacia del sistema di gestione per la qualità.

In tal senso, tali metodologie consistono in:

- indagini sulla soddisfazione degli utenti interni ed esterni, con l'utilizzo di questionari di soddisfazione;
- audit interni, esterni ed Ispezioni/Visite da parte di Enti Regolatori;
- analisi statistiche;
- dati documentati del Riesame della Direzione e delle relazioni delle articolazioni organizzative.

Gli audit interni

L'audit interno è l'insieme delle procedure che costituiscono un'attività di carattere consulenziale erogate al fine di garantire che i processi interni di erogazione delle prestazioni e di supporto siano orientati ai principi di efficacia ed efficienza, nell'ottica di ottimizzazione degli strumenti di governance complessiva e del contenimento e mitigazione dei rischi.
Tale strumento è costantemente utilizzato dall'Istituto quale supporto al monitoraggio e valutazione dei propri processi, progettato per la creazione di valore e per un miglioramento delle operazioni, a ogni livello.

Non conformità e azioni correttive

È attivo presso tutto l'Istituto un sistema di registrazione delle non conformità intese come scostamento dal risultato atteso riferito ad un processo o ad un prodotto. Tale raccolta sistematica di queste informazioni è particolarmente importante per garantire un'efficace e costante monitoraggio dei propri processi erogativi e per garantire un miglioramento continuo della qualità delle prestazioni rese, sia assistenziali, sia legate alla ricerca.
La segnalazione di una non conformità può infatti richiedere l'avvio di azioni correttive che possono essere determinate dalle seguenti cause:

- presenza di non conformità di prodotto o processo;
- reclami da parte degli utenti;
- mancanza, inadeguatezza o inosservanza delle procedure;
- carenze di addestramento;
- esiti di audit interno o esterno.

Riesame della Direzione

Il Riesame della Direzione è un momento di analisi finalizzato ad assicurare l'adeguatezza e l'efficacia del Sistema di gestione aziendale e dei relativi strumenti di monitoraggio e raccolta dei dati e informazioni relative a tutti i processi interni.

In particolare, tale analisi effettua una sintesi degli elementi di monitoraggio sopradescritti e qui sintetizzati:

- soddisfazione dell'utente;
- caratteristiche e andamento dei processi, incluse le opportunità per attuare azioni preventive;
- conformità ai requisiti del servizio.

Gli elementi in ingresso del Riesame tengono conto dei requisiti dell'utente, di tutte le informazioni provenienti dallo stesso e dagli altri stakeholder, e sono compresi nei seguenti:

- stato e risultati degli obiettivi per la qualità e delle attività di miglioramento;
- stato delle decisioni assunte nei precedenti Riesami della Direzione;
- risultati degli Audit Interni;
- relazioni annuali delle Strutture, unitamente alla matrice dei rischi ed eventuali piani di sviluppo/miglioramento;
- informazioni di ritorno da parte dell'utente e sulla soddisfazione dello stesso;
- controllo delle non conformità e del loro stato di trattazione;
- necessità di formazione e addestramento;
- analisi dati statistici periodici;
- altri fattori che possono influire sull'organizzazione.

Gli elementi in uscita dal riesame sono utilizzati dalla Direzione Aziendale per l'attuazione dei processi di miglioramento. Gli elementi che emergono dall'attività di riesame e che possono accrescere l'efficienza sono individuabili nei seguenti:

- obiettivi per il miglioramento della struttura e dei servizi in termini organizzativi, strutturali, impiantistici, tecnologici e, in generale, relativi al miglioramento nella gestione dei processi produttivi, di supporto e di controllo;
- valutazioni sull'idoneità delle strutture e delle risorse dell'Istituto.

2. Valore pubblico, performance e anticorruzione

2.1 Valore Pubblico

La Mission dell'Istituto Oncologico Veneto consiste nella prevenzione, diagnosi e cura dei tumori, perseguendo in questi campi l'eccellenza, attraverso lo sviluppo della ricerca oncologica di base, traslazionale e clinica e il miglioramento dell'organizzazione dell'attività di cura e assistenza. Elementi fondamentali, in questo senso, sono il rapido trasferimento delle acquisizioni della ricerca ai pazienti, l'approccio multidisciplinare alla patologia e la collaborazione con la rete oncologica della Regione del Veneto.

Parte delle linee strategiche adottate per il triennio 2026-2028, per ottemperare a tale mission, si possono tradurre, come riportato sinteticamente di seguito, anche in termini di Valore Pubblico, in coerenza con le linee strategiche esplicitate, ad esempio, dagli obiettivi di sviluppo sostenibile dell'ONU dell'agenda 2030, dalla contestualizzazione regionale degli obiettivi del PNRR e dal Piano Regionale della Prevenzione.

Ruolo di Hub per le cure oncologiche

Come già evidenziato in precedenza, l'Istituto Oncologico Veneto IRCCS, oltre ad essere un centro riconosciuto per ricerca e formazione, riveste il **ruolo di Hub di riferimento regionale per quanto riguarda la patologia oncologica**, come evidenziato anche nel Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) 2019-2023 (LR 48 del 2018). Tale ruolo si è sviluppato e rafforzato negli anni attraverso azioni rivolte in diverse direzioni, anche con la collaborazione di altri enti.

Innanzitutto l'Istituto ha **contribuito allo sviluppo ed alla crescita della rete oncologica integrata della Regione del Veneto**, oggi presidiata dal Coordinamento Regionale per le Attività Oncologiche (CRAO), al quale l'Istituto garantisce il supporto logistico (DGRV n° 1711 del 30 dicembre 2022). L'integrazione con le strutture e le aziende territoriali, all'interno della rete, ha contribuito a costituire un modello integrato di rete oncologica con disseminazione del *know how*, nell'ottica del raggiungimento di percorsi chiari, trasparenti ed omogenei, e di una maggiore accessibilità alle cure oncologiche per tutti i cittadini, secondo un principio di equità.

Uno dei nodi strategicamente fondamentali della crescita del network oncologico, coordinato dal CRAO, è stato lo **sviluppo di percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali (PDTA) condivisi,** sia a livello regionale che a livello delle singole aziende. In particolare nell'ultimo triennio, lo IOV ha contribuito a supportare il Coordinamento Regionale per le Attività Oncologiche (CRAO), attraverso i suoi professionisti, nella gestione coordinata delle fasi di implementazione, aggiornamento e monitoraggio dei PDTA oncologici all'interno della Rete Oncologica Veneta e nel promuoverne la contestualizzazione degli stessi all'interno delle aziende sanitarie della Regione del Veneto, in sinergia con Azienda Zero. Tale attività è stata anche inserita tra gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende Sanitarie per l'anno 2025, definiti dalla Deliberazione della Giunta Regionale n. 1557 del 30 dicembre 2024.

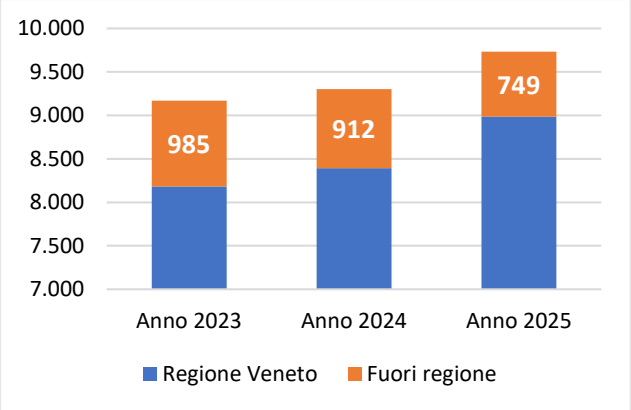
Lo IOV, a supporto di tale attività, ha anche avviato a partire dal 2025 una serie di audit presso le aziende sanitarie del Veneto, sulla contestualizzazione e applicazione dei PDTA oncologici, in sinergia con la UOC Autorizzazione all'Esercizio e Organismo Tecnicamente Accreditante di Azienda Zero; Questi Audit rientrano nel percorso di affiancamento delle aziende in coerenza a quanto raccomandato dal Piano Socio-Sanitario Regionale 2019-2023 (L.R.48/2018) ovvero la promozione della logica dell'accreditamento come strumento di governo continuo dei processi. Per tal motivo l'attività svolta nel 2025 proseguirà nell'anno successivo.

Il ruolo di Hub dello IOV si manifesta anche attraverso il **Supporto alle Aziende Territoriali nell'attività oncologica** con l'integrazione dell'offerta assistenziale (attraverso specifici accordi) e all'integrazione operativa, prevista dalla programmazione regionale, attraverso percorsi condivisi con le aziende territoriali. Nel mese di giugno 2024 è stata approvata anche una specifica procedura per definire tale modalità di supporto: in particolare è stata adottata la procedura "Attività di Teleconsulto con parere medico degli specialisti oncologici IOV per ospedali spoke della Regione del Veneto" (I_DS_P41) con la quale è disciplinata l'attività consulenziale, con l'emissione di pareri medici specialistici, a favore dei professionisti delle seguenti Aziende ULSS:

- ULSS n. 1 - Dolomiti;
- ULSS n. 2 - Marca Trevigiana;
- ULSS n. 4 - Veneto Orientale;
- ULSS n. 5 - Polesana;
- ULSS n. 6 - Euganea;
- ULSS n. 7 - Pedemontana.

L'integrazione con le aziende territoriali, ed in particolare con quelle del territorio in cui le sedi dell'Istituto sono presenti, trova spazio, come evidenziato in precedenza, anche nello **Sviluppo delle cure simultanee e delle cure palliative**. Lo IOV è accreditato come "Centro di integrazione tra le terapie oncologiche e le cure palliative (cure simultanee)" dalla Società europea di Oncologia Medica (ESMO). Nel 2022 è stata predisposta ed approvata anche una Istruzione Operativa "Dimissione Ospedaliera Protetta" (I_DS_IO12), che descrive le modalità organizzative e procedurali condivise per la dimissione protetta ed inserimento nella Rete di Cure Palliative per pazienti residenti/domiciliati in Regione del Veneto e ricoverati presso lo IOV.

Figura 20 – Numero di ricoveri per pazienti con residenza fuori regione: anni 2023-2025



Lo IOV nel 2025 ha raggiunto complessivamente con la propria attività di tipo assistenziale circa 130.000 utenti (con un trend in incremento continuo), dei quali il 42% proveniente dai distretti in cui sono collocate le sedi dell'Istituto, e nei quali lo IOV svolge anche attività oncologica di primo livello, mentre il restante da altre aree territoriali della regione o da fuori regione.

L'Istituto infatti, anche nel 2025, si è confermato come riferimento a livello nazionale, specie per alcune problematiche specialistiche.

Anche per dare evidenza all'eccellenza raggiunta in particolari ambiti clinici, con il più recente atto aziendale, approvato nel 2023, si è provveduto a valorizzare **specifiche aree specialistiche** all'interno delle unità cliniche.

Negli ultimi anni lo IOV è sempre più riconosciuto come centro Hub sia a livello nazionale che internazionale. La "World's Best Specialized Hospitals 2026", la classifica che descrive i migliori ospedali al mondo per le diverse discipline, a cura della rivista Newsweek, colloca l'Istituto Oncologico Veneto tra i primi 300 al mondo ospedali specializzati in Oncologia. In questa classifica lo IOV si colloca al 86° posto al mondo, 23 posizioni in più rispetto al 2025 (109°), 41 posizioni in più rispetto al 2024 (127°) e ben 66 posizioni in più rispetto al 2022 (152°).

Sviluppo dell'offerta

Lo sviluppo dei percorsi si accompagna ad un parallelo **sviluppo della rete d'offerta in accordo con la programmazione regionale** grazie ad azioni di riorganizzazione ed efficientamento, finalizzate allo sviluppo di nuovi servizi, alla razionalizzazione dei percorsi esistenti e ad un ampliamento della capacità di presa in carico del paziente oncologico.
Tale sviluppo è accompagnato da **Innovazione tecnologica**, grazie al rinnovo delle attrezzature al fine di offrire prestazioni sempre di livello qualitativamente elevato. Lo sviluppo della rete di offerta può avere ripercussioni positive sul territorio, anche grazie al possibile aumento della mobilità attiva, in particolare extraregionale.
Di seguito sono riepilogate le priorità di investimento rappresentate nella pianificazione triennale 2026-2028, allegato alla DDG 1105 del 23/12/2025 ad oggetto "Adozione bilancio preventivo economico annuale per l'anno 2026". Per il 2026 l'investimento in tecnologie sanitarie ammonta a 22 milioni di euro.

La strategia triennale è orientata a:

- rafforzare il ruolo dello IOV come HUB oncologico regionale;
- completare e mettere a regime la nuova Radioterapia di Castelfranco Veneto;
- investire in tecnologie ad altissima specializzazione (acceleratori, RM, PET, TAC, sistemi radioterapici avanzati);
- sostenere la ricerca, la digitalizzazione e l'integrazione dei sistemi clinici;
- garantire l'adeguamento infrastrutturale e sicurezza (prevenzione incendi, manutenzioni straordinarie).

L'investimento strutturalmente più rilevante dell'intero triennio è quello legato al cantiere per il nuovo polo di radioterapia con investimenti sia in edilizia sia in tecnologie. Proseguono inoltre i lavori di completamento della ristrutturazione della Radiologia presso l'Ospedale Busonera di Padova, che ha comporterà anche la sostituzione di alcune grandi attrezzature.

Attività di Prevenzione e di Screening

Come sottolineato in precedenza, oltre alla diagnosi e cura dei tumori la Mission dell'Istituto Oncologico Veneto prevede anche nell'attività di prevenzione delle neoplasie. Pur essendo i programmi di screening di popolazione affidati alle ULSS Territoriali, lo IOV riveste un **importante ruolo nella promozione degli screening e nel supporto alla Regione nello sviluppo di nuovi programmi di screening oncologici**.

Varie le attività portate avanti all'interno dell'Istituto finalizzate alla prevenzione primaria e terziaria dei tumori, come a titolo di esempio:

- La partecipazione alla campagna di Screening per l'epatite C, promossa dalla Regione del Veneto;
- L'attività dell'ambulatorio di Dietetica e Nutrizione Clinica orientata anche alla prevenzione e al trattamento dell'eccesso di peso quale fattore prognostico e quale fattore di rischio per recidiva;
- L'attività dell'ambulatorio "No Fumo" nell'ambito delle attività della UOSD Psicologia Clinica, a disposizione non solo dei pazienti oncologici, ma anche di familiari e caregiver e dei lavoratori dell'Istituto che vogliano intraprendere un percorso per smettere di fumare.

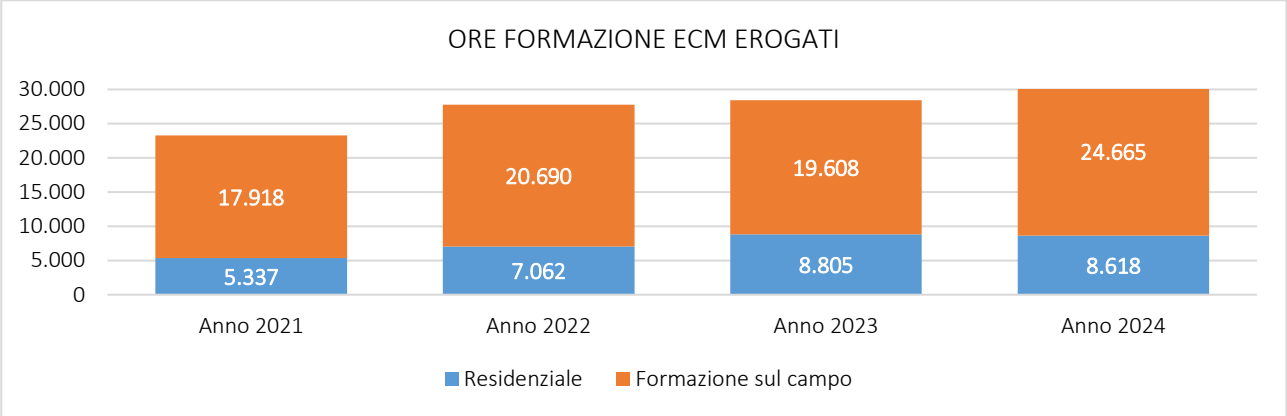
L'istituto, se si considera l'importante contributo svolto nel corso della pandemia in termini di monitoraggio dei casi positivi e di vaccinazione dei propri utenti, contribuisce anche alla **prevenzione delle malattie trasmissibili nel paziente fragile oncologico**, che si sviluppa anche nella campagna antinfluenzale.

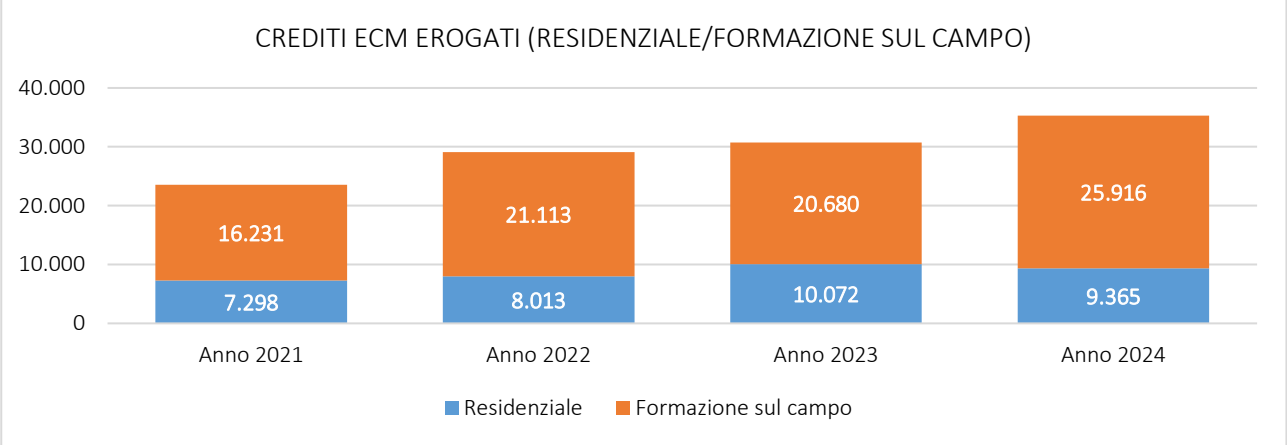
La promozione della prevenzione si esplicita poi anche in diverse **attività di comunicazione esterna rivolte all'intera popolazione,** realizzate attraverso diversi canali, quali, a titolo di esempio, la campagna sulla prevenzione del tumore al seno in occasione di **Ottobre Rosa** o a quella sul tumore alla Prostata per "**Movember**".

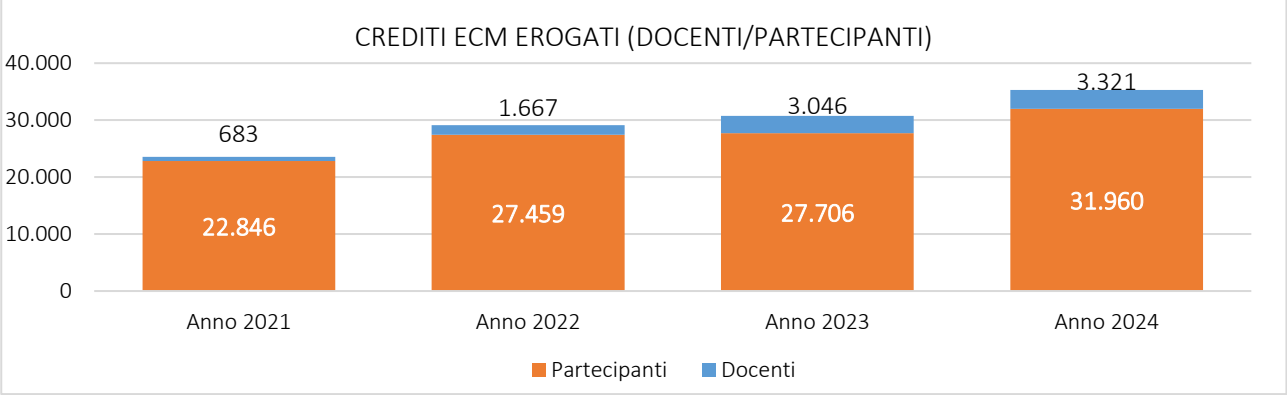
Attività di formazione

L'Istituto Oncologico Veneto è riconosciuto dalla Regione come provider ECM, ovvero un soggetto qualificato nel campo della **formazione continua in sanità** che è abilitato a realizzare attività formative riconosciute idonee per l'ECM (Educazione Continua in Medicina) individuando e attribuendo direttamente i crediti ai partecipanti.
La Formazione pianifica ogni anno le iniziative di formazione e addestramento finalizzate a garantire al personale l'acquisizione e il miglioramento delle conoscenze e delle capacità necessarie ad attuare le prestazioni di competenza. L'attività formativa si sviluppa nel rispetto della normativa del D. Lgs. 502/92 e ss.mm.ii. e della normativa regionale.
Lo IOV si impegna da tempo a dare ascolto alle esigenze di pazienti e familiari con diverse iniziative, collegate all'attività di patient education and empowerment.
Lo IOV negli anni è riuscito inoltre a dare sempre più spazio ai corsi di formazione sul campo, indispensabili per garantire un continuo aggiornamento professionale tra i suoi professionisti e uno

scambio reciproco di competenze tra il personale appartenente a diverse discipline. In continuità con quanto avvenuto nel 2024 la formazione sta implementando l'utilizzo del nuovo gestionale informatico per la formazione al fine di informatizzare quanti più processi possibili.
L'attività svolta nel Piano Formativo Aziendale 2025 è attualmente in fase di rendicontazione che si concluderà entro il 31/03/2026 con la relazione finale.







Il monitoraggio delle competenze permette ai coordinatori e alla Direzione delle Professioni Sanitarie di avere uno strumento per gestire al meglio il lavoro in staff del personale, valutare le competenze per l'affiancamento del personale neoassunto e neo inserito, valorizzare e creare percorsi di miglioramento continuo e orientare la pianificazione degli interventi formativi mirati a colmare i gap conoscitivi rilevati. Nel corso del 2024 e 2025 invece l'Istituto Oncologico Veneto ha partecipato al Gruppo di Lavoro coordinato da Azienda Zero, finalizzato a identificare un modello di

riferimento per lo sviluppo di un sistema volto a mappare le competenze professionali della Dirigenza di Area Medica e Sanitaria.

Empowerment del paziente oncologico

Per ogni individuo, ma in particolare per il paziente oncologico, assume particolare importanza la conquista della consapevolezza di sé e del controllo sulle proprie scelte, decisioni e azioni, pur in una fase della vita di particolare fragilità. La **Patient Education e l'Empowerment** del paziente rappresentano i processi che aiutano le persone ad acquisire controllo della propria situazione, attraverso l'iniziativa, la risoluzione dei problemi e l'assunzione di decisioni. È anche il diritto e la capacità del paziente di fare scelte ed assumere la responsabilità per le conseguenze delle proprie decisioni.

Il Supporto a pazienti e Caregiver

Un aspetto rilevante ma spesso non abbastanza evidenziato collegato alle cure oncologiche, è l'impatto sociale della patologia. Affrontare la malattia non ha solo ricadute fisiche e psicologiche sul paziente, ma anche sulla sua rete sociale e lavorativa, con conseguenze che vanno al di là degli aspetti economici. Sono attivi una serie di progetti di **rilevazione dell'esperienza degli utenti, a partire da quelli che hanno sperimentato un ricovero ospedaliero (Osservatorio PREMs) e dalle donne sottoposte ad un intervento chirurgico per il trattamento del tumore maligno al seno (Indagine PROMs).**

Rapporti con le associazioni dei pazienti e di volontariato

Nel 2023 è stato approvato il regolamento in materia di rapporti fra l'Istituto Oncologico veneto e le Associazioni di volontariato e si è consolidato il rapporto di collaborazione esistente da anni tra IOV e associazioni dei pazienti e associazioni di volontariato, con risultati su più fronti. Oggi i volontari sono impegnati nell'accoglienza all'ingresso, al punto prelievi, agli ambulatori, al DH e presso Area Omogenea medica e Area Omogenea Chirurgica; i volontari sono inoltre coinvolti nell'accoglienza ed accompagnamento dei pazienti nella palazzina di Radioterapia.

Prevenzione della corruzione e la trasparenza

La prevenzione della corruzione e la trasparenza sono dimensioni del Valore Pubblico e hanno natura trasversale a tutte le attività volte alla realizzazione della mission istituzionale dell'Istituto.
Nel prevenire fenomeni di cattiva amministrazione e nel perseguire obiettivi di imparzialità e trasparenza, la prevenzione contribuisce a generare Valore pubblico riducendo gli sprechi e orientando correttamente la gestione dell'attività sanitaria e amministrativa. Il contrasto e la prevenzione della corruzione costituiscono il presupposto per la creazione del Valore pubblico anche inteso come valore riconosciuto da parte dell'utenza in termini di efficienza.
Le misure di prevenzione sono dirette a proteggere il Valore pubblico e sono strumentali a produrre risultati sul piano economico e su quello dei servizi.
Ai sensi del comma 3 dell'art. 10 del D. Lgs. n. 33/2013 che disciplina la promozione di maggiori livelli di trasparenza "quale obiettivo strategico di ogni amministrazione, che deve tradursi nella

definizione di obiettivi strategici ed individuali", lo IOV promuove azioni positive volte a garantire ai cittadini l'accesso a dati, documentazione amministrativa ed informazioni detenute dall'Istituto, individuando innanzitutto i soggetti deputati all'implementazione delle iniziative a nel rispetto della disciplina di cui all'art. 43 D. Lgs. n. 33/2013 e dei principi di buon andamento e di imparzialità dell'azione amministrativa.

Esiste un profilo "statico" della trasparenza, consistente essenzialmente nella pubblicità di categorie di dati attinenti alle pubbliche amministrazioni per finalità di controllo sociale. Il profilo "dinamico" della trasparenza è, invece, direttamente correlato alla performance.

2.2 Performance

La misurazione della performance aziendale, che mira a valutare il raggiungimento degli obiettivi strategici ed operativi definiti in coerenza con la strategia aziendale pluriennale, si articola su due livelli integrati:

- Performance organizzativa: riguarda il processo di definizione degli obiettivi di pianificazione e programmazione aziendali, in coerenza con la programmazione regionale e loro declinazione nelle diverse articolazioni organizzative.
- Performance individuale: agisce come leva di responsabilizzazione e crescita professionale, promuovendo una cultura di miglioramento continuo in tutto il personale.

A partire dal 2026, con l'obiettivo di semplificare l'azione amministrativa, la Direzione Strategica ha integrato nel PIAO 2026-2028 il Documento delle Direttive 2026.

Tale integrazione assicura un raccordo diretto tra la pianificazione delle linee strategiche pluriennali e gli obiettivi operativi annuali che costituiscono il punto di riferimento per la contrattazione e definizione degli indicatori specifici di unità operativa da riportare nella scheda di budget, che sarà approvata con provvedimento del Direttore Generale.

2.2.1 Principi e riferimenti normativi

Nel seguente documento di programmazione trovano sintesi le diverse disposizioni contenute dei documenti di seguito elencati.

Ambito della programmazione regionale e ministeriale

- **DGRV n. 614 del 14/05/2019** "Approvazione delle schede di dotazione delle strutture ospedaliere e delle strutture sanitarie di cure intermedie delle Aziende Ulss, dell'Azienda Ospedale-Università di Padova, dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona, dell'Istituto Oncologico Veneto - IRCCS, della Società partecipata a capitale interamente pubblico "-Ospedale Riabilitativo di Alta specializzazione" e degli erogatori ospedalieri privati accreditati;
- **L.R. n. 48 del 28/12/2018** di approvazione del "Piano Socio Sanitario Regionale 2019-2023", e DGR applicative, le cui disposizioni mantengono validità fino all'approvazione del nuovo Piano socio-sanitario regionale in virtù dell'art. 24 della L.R. 19/2016;
- **DGRV n. 1524 del 20/11/2025** di approvazione delle valutazioni degli obiettivi assegnati per il 2024 ai Direttori Generali delle Aziende/Istituti del SSR che, in attesa della delibera di determinazione degli obiettivi per l'anno 2026, riporta **"**Inoltre, nelle more della determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi delle Aziende e Istituti del SSR per l'anno 2026, si ritiene di proporre tra i temi di valutazione per l'anno 2026 anche gli obiettivi già individuati per il 2025 correlati al Nuovo Sistema di Garanzia, al perseguimento PNRR Missione 6 ed alla sostenibilità economica del miglioramento dei tempi di accesso alle prestazioni sanitarie, in quanto oggetto di misurazioni continuative anche ministeriali e al fine

di allineare il più possibile i cicli di misurazione e controllo della Regione e delle Aziende sanitarie.";

- **Decreto del Direttore del Ministero della Salute del 23/12/2024** di approvazione del "Programmazione Triennale 2025-2027 Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS)".

Ambito del finanziamento e razionalizzazione della spesa

- **Nota dell'Azienda Zero n. 32742 del 26/11/2025** avente ad oggetto "Direttive per la formulazione del Bilancio Preventivo Economico annuale 2026 delle Aziende del SSR", con la quale vengono fornite le indicazioni operative per la predisposizione del BEP, nel rispetto delle disposizioni dell'articolo 32, comma 5 del D. Legislativo n. 118/2011;
- **Deliberazione del Direttore Generale n. 1105 del 23/12/2025** avente ad oggetto "Adozione Bilancio Preventivo Economico annuale per l'anno 2026";
- **Nota della Direzione Programmazione Controllo SSR della Regione Veneto n°28334 del 20/01/2026** ad oggetto "Piano di Efficientamento per l'esercizio 2026".

Ambito della performance e trasparenza

- **D.Lgs. n. 150 del 27/10/2009** "Attuazione della legge 4 marzo n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficacia e trasparenza delle pubbliche amministrazioni";
- **DGRV n. 2205 del 06/11/2012** "Linee di indirizzo in materia di misurazione e valutazione dei dipendenti del servizio sanitario regionale ed in materia di trasparenza, applicative delle disposizioni del d.lgs. n.150/2009 e della L.R. 26 maggio 2011, n. 9, modificata dalla L.R. 11 novembre 2011, n. 22. Approvazione definitiva della deliberazione/CR n. 90 del 4 settembre 2012 sulla base del parere favorevole espresso dalla Quinta Commissione consiliare";
- **D.Lgs. n. 33 del 14/03/2013** "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni";
- **DGRV n. 140 del 16/02/2016** "Organismi Indipendenti di Valutazione delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale. Approvazione delle Linee guida relative alla costituzione, al funzionamento e alle competenze attribuite agli Organismi predetti, in conformità alle disposizioni nazionali e regionali in materia. DGR n. 84/CR del 15/10/2015 (L.R. 22/2011, art. 1, comma 2)". La DGR n. 140 DEL 16/02/2016 ha posto particolare attenzione ai compiti dell'O.I.V. sia in ambito di trasparenza e anticorruzione sia in ambito di attuazione del ciclo delle performance che del benessere organizzativo;
- **DGRV 1717 del 30/12/2022** "Adeguamento regionale, in relazione alle aziende e agli enti del Servizio sanitario regionale, ai principi normativi nazionali per l'adozione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) e ai contenuti del Piano tipo definito con Decreto Interministeriale n. 132 del 30 giugno 2022. Art. 6, comma 7-bis, del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80 convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113";
- **Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza 2025-2027** dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC);

- **LINEE GUIDA 2025 sul Piano Integrato di Attività e di Organizzazione (PIAO) e sul Report del PIAO** a cura del Dipartimento della Funzione Pubblica.

2.2.2 Performance Organizzativa

La misurazione della performance organizzativa dell'Istituto non si esaurisce nella mera valutazione delle attività interne, ma si inserisce in un sistema di governance integrato che recepisce gli indirizzi del Piano Socio-Sanitario Regionale e della programmazione annuale. In tale contesto, la valutazione delle Unità Operative (UU.OO.) costituisce una leva strategica per responsabilizzare i diversi attori e definire azioni di miglioramento continuo volte a incrementare la produttività e l'appropriatezza delle prestazioni. Il sistema di misurazione permette di mettere in evidenza il contributo dei singoli operatori e delle unità operative nel perseguimento della missione istituzionale. Questa distinzione è alla base dell'attribuzione della retribuzione legata alla produttività, che ha l'obiettivo di premiare il merito e la capacità dell'organizzazione di tradurre le indicazioni regionali e aziendali in Valore Pubblico e risultati concreti per la salute dei cittadini.

2.2.2.1 Documento delle Direttive: dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi

Per il triennio 2026-2028, lo IOV definisce le proprie linee di intervento all'interno di macro-aree strategiche improntate all'eccellenza clinico-scientifica e alla continuità operativa. In tale ottica, molti degli obiettivi individuati per il prossimo triennio rappresentano la naturale prosecuzione e il consolidamento delle azioni già definite nel precedente ciclo di pianificazione (PIAO 2025-2027), garantendo la stabilità dei processi di crescita avviati.

La programmazione si ancora saldamente ai pilastri normativi e programmatori vigenti quali gli indirizzi della DGRV 614/2019 relativi alle dotazioni ospedaliere e la Programmazione Triennale 2025-2027 del Ministero della Salute per gli IRCCS.

In attesa della formale determinazione degli obiettivi regionali per l'anno 2026, l'Istituto recepisce le priorità strategiche già individuate per il 2025 — con particolare riferimento al miglioramento dei tempi di accesso alle prestazioni e al perseguimento delle milestone del PNRR — assicurando una governance reattiva e costantemente allineata agli indirizzi del sistema sanitario regionale.

Di seguito si descrive brevemente ciascuna area strategica:

1. *Sviluppo dei processi di cura del paziente, pazienti in fase attiva (acuti), pazienti cronici, cure palliative*

   Area orientata allo sviluppo, al potenziamento e all'efficientamento dei processi di cura del paziente oncologico lungo l'intero percorso assistenziale, dalla prevenzione e dallo screening alla diagnosi, cura, follow-up e assistenza palliativa. L'area sostiene il ruolo dello IOV come HUB regionale attraverso investimenti strutturali e tecnologici, il miglioramento della produttività e dell'utilizzo delle apparecchiature, il rafforzamento dei servizi ad alta specializzazione, l'integrazione con la rete oncologica territoriale e l'adozione di indicatori nazionali di qualità e performance.

2. *Ricerca*

   Area dedicata al governo, allo sviluppo e al supporto dell'attività di ricerca dell'Istituto, attraverso la definizione di criteri di allocazione delle risorse, il monitoraggio dei finanziamenti e il rafforzamento dei sistemi informativi e dei servizi a supporto dei ricercatori. L'area promuove la qualità e la sostenibilità della ricerca clinica e preclinica, il consolidamento delle collaborazioni nazionali e internazionali, l'adozione di nuove linee di ricerca e la valorizzazione dei risultati scientifici, anche attraverso iniziative di trasferimento tecnologico e lo sviluppo della biobanca.

3. *Qualità, sicurezza delle cure e degli operatori*

L'area coordina accreditamenti, certificazioni e azioni di miglioramento finalizzate alla sicurezza delle cure e degli operatori, monitorando indicatori di qualità, rischio clinico, infezioni correlate all'assistenza e uso appropriato degli antibiotici, a supporto della sostenibilità e dell'affidabilità dei processi assistenziali.

4. *Valorizzazione del personale*

   L'area promuove la formazione come leva strategica per la crescita professionale del personale, garantendo il rispetto degli obblighi normativi e lo sviluppo delle competenze, in particolare sui temi della sicurezza e del rischio clinico.

5. *Comunicazione e Marketing*

   Area dedicata allo sviluppo e all'integrazione dei sistemi di comunicazione e marketing dell'Istituto, con l'obiettivo di rafforzare la relazione con stakeholder e cittadini, valorizzare i contenuti istituzionali, sostenere le iniziative di promozione e fundraising e consolidare il ruolo dello IOV come punto di riferimento per la salute e la ricerca.

6. *Diffusione della cultura dell'etica e della legalità e aumento della trasparenza verso gli stakeholders*

   Riguarda il consolidamento di principi etici e di legalità all'interno dell'Istituto, accrescendo i livelli di trasparenza nei confronti di pazienti, operatori e stakeholder esterni;

7. *Governance interna*

   L'area presidia la governance interna attraverso il monitoraggio sistematico di indicatori di performance clinica, organizzativa ed economico-finanziaria, assicurando il rispetto degli standard regionali e nazionali in materia di tempi di attesa, appropriatezza delle prestazioni, qualità e sicurezza delle cure. L'azione si concretizza nel controllo dei costi e dei budget, nella valutazione degli esiti e dei processi (indicatori PNE e sistemi nazionali), nella sostenibilità dell'utilizzo di farmaci, dispositivi e beni sanitari, nella gestione dei dati e della compliance normativa, nonché nell'avanzamento dei progetti di digitalizzazione e PNRR, a supporto dell'efficienza, della trasparenza e dell'affidabilità complessiva dell'organizzazione.

8. *Diffusione di una cultura di equità di genere e contrasto alla violenza di genere, al mobbing, alle molestie e alle molestie sessuali*

   Area orientata alla diffusione di una cultura organizzativa fondata sull'equità di genere, sul rispetto e sul benessere lavorativo, attraverso azioni volte a favorire l'equilibrio tra vita privata e vita professionale e a prevenire e contrastare fenomeni di violenza di genere, molestie e discriminazioni. L'area si attua in coerenza con il Piano regionale di contrasto alla carenza di personale del SSSR del Veneto e con il Piano delle Azioni positive, contribuendo alla qualità del clima organizzativo e alla sostenibilità delle risorse umane.

Ciascun'area strategica è stata declinata in obiettivi strategici ed obiettivi operativi come riportato nella mappa operativa 2026 contenuta nella tabella 20. Gli obiettivi strategici costituiscono la descrizione dei traguardi che l'organizzazione si prefigge di raggiungere; gli obiettivi operativi definiscono le azioni necessarie all'implementazione dei programmi strategici e delle relative modalità (risorse umane, risorse economiche, interventi, etc.). Si evidenzia che la Mappa Operativa, contenuta nel presente documento (tabella 20), e successivamente la fase si monitoraggio del ciclo della performance, prevedono una condivisione con il Consiglio di Indirizzo e Verifica (CIV).

Tabella 20 – Obiettivi operativi dell'Istituto per il triennio 2026-2028

Area Strategica	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	ANNO 2026	ANNO 2027	ANNO 2028
Sviluppo dei processi di cura del paziente, pazienti in fase attiva (acuti), pazienti cronici, cure palliative	Promuovere il ruolo dello IOV quale supporto allo sviluppo dei programmi di screening oncologici	Gestione dei progetti legati agli screening	X	X	X
	Rafforzare il ruolo di HUB regionale dello IOV e ottimizzazione della presa in carico del paziente oncologico	Accordo IOV-ULSS sul percorso di presa in carico del paziente oncologico (OBIETTIVO CABINA DI REGIA)	X		
		Rispetto degli accordi contrattuali con le aziende territoriali	X		
		Sviluppo delle progettualità PON: telemedicina, telefarmacia e punti di accoglienza	X	X	
		Coordinamento dell'attività di contestualizzazione dei PDTA regionali (CRAO)	X	-	-
		Contestualizzazione dei PDTA regionali allo IOV	X		
		Cooperazione tra IOV - CRAO nel raggiungimento degli obiettivi del coordinamento della Rete Oncologica Veneta	X	X	X
	Potenziare ed efficientare l'offerta dell'area dei servizi sanitari	Attuazione della DGRV 614/2019 "Approvazione delle schede di dotazione delle strutture ospedaliere e delle strutture sanitarie di cure intermedie"	X	X	
		Monitoraggio utilizzo delle macchine per radioterapia per raggiungere la massima efficienza	X	X	
		Integrazione tra ARIA e SGP per la registrazione delle prestazioni di radioterapia	X		
	Gestione degli investimenti	Investimenti edilizi in sanità (art. 20 L. n. 67/1988 + bunker di radioterapia PO Castelfranco Veneto)	X	X	
		Indice di produttività delle apparecchiature	X		
	Implementazione del progetto promosso da AGENAS per lo sviluppo di indicatori nazionali specifici per gli IRCCS	Sviluppo indicatori nazionali IRCCS (progetto AGENAS)	X	X	X
Ricerca	Promuovere e potenziare le collaborazioni con altri IRCCS, Atenei e altri enti di ricerca	Partecipazione alle reti di collaborazione internazionale	X	X	X
		Ottimizzazione del processo di set-up contrattuale per collaborazioni nazionali ed internazionali	X	X	
	Promuovere e potenziare lo sviluppo della ricerca nelle UU.OO. Sanitarie: clinica e preclinica	Revisione delle procedure di gestione delle sperimentazioni	X		
		Organizzazione di incontri scientifici tra ricercatori preclinici e clinici	X	X	X
		Monitoraggio periodico finanziamenti di ricerca	X	X	X
	Definizione dei criteri di ripartizione tra le diverse UUOO del finanziamento della Ricerca Corrente	Valutazione delle UUOO in base ai criteri stabiliti dal Ministero della Salute	X	X	X
	Implementazione dei servizi a supporto dell'attività di ricerca	Mappatura delle attività svolte dalle UUOO in supporto all'attività di ricerca	X	X	X
		Progetto di sviluppo della Biobanca	X	X	
		Progetti di sviluppo del Technology Transfer Office (TTO)	X	X	X
		Monitoraggio e predisposizione del sezionale della ricerca	X	X	X
	Declinazione delle nuove linee di ricerca	Analisi sostenibilità studi sperimentali	X		
	Implementazione del sistema informatico sul cloud/server a supporto dell'attività di ricerca	Definizione di un progetto operativo per un sistema informativo a supporto della ricerca	X	X	
Qualità, sicurezza delle cure e degli operatori	Sviluppo dei progetti di qualità percepita	Rispetto delle attività definite nell'ambito dei progetti regionali di clima interno, rilevazione esperienza del paziente e sanità partecipata	X	X	X
	Mantenimento e sviluppo dei percorsi di qualità, dell'accreditamento e di certificazione	Mantenimento e sviluppo degli accreditamenti e riconoscimenti in essere	X	X	X

Area Strategica	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	ANNO 2026	ANNO 2027	ANNO 2028
	Sviluppo della cultura della sicurezza del paziente	Collaborare e integrare l'area tematica della sicurezza delle cure, del rischio infettivo e degli audit del rischio clinico, per garantire coerenza tra i programmi e le azioni nei PDTA a livello aziendale	X	X	
		Indicatore composito di sorveglianza e contrasto dell'antimicrobico-resistenza	X	X	X
	Sviluppo della cultura della sicurezza dell'operatore	Acquisizione di sistemi volti a garantire la sicurezza degli operatori e dei professionisti operanti nelle strutture sanitarie del SSR	X		
	Rafforzare la preparedness e mantenere la readiness aziendale nei confronti di eventi di natura infettiva e non di rilevanza per la sanità pubblica	Implementazione delle azioni di miglioramento definite durante le esercitazioni SIMEX svolte nel 2025	X		
Valorizzazione del personale	Promuovere la formazione come strumento di crescita professionale del capitale umano dell'Istituto	Attuazione di percorsi formativi relativamente a sicurezza, rischio clinico ed igiene ambientale	X	X	X
		Rispetto degli obblighi formativi (Direttiva Ministero della PA - 14/01/2025)	X	X	X
Comunicazione e Marketing	Consolidamento dei sistemi di comunicazione verso gli stakeholder dell'Istituto secondo un approccio integrato fra gli strumenti previsti	Sviluppo del Piano editoriale annuale	X		
		Mantenimento e sviluppo del sito dello IOV quale portale della salute	X	X	
		Sviluppo delle iniziative di comunicazione e promozione istituzionale	X	X	X
Diffusione della cultura dell'etica e della legalità e aumento della trasparenza verso gli stakeholders	Attuare le azioni di prevenzione della corruzione e promuovere maggiori livelli di trasparenza	Mappare i processi, i relativi rischi e le misure correttive (rif. allegato A - PIAO)	X	X	X
		Implementazioni azioni prioritarie del PNA 2025-2027	X	X	
		Rispetto degli obblighi normativi in materia di trasparenza	X	X	X
Governance interna	Indicatori dei Sistemi di valutazione nazionali, di processo e di esito	Indicatori LEA	X	X	X
		Indicatori specifici PNE e Sant'Anna	X	X	X
	Miglioramento processi di area ospedaliera	Indicatore composito Area Trapianti	X	X	X
	Miglioramento processi dell'area dei servizi	Produzione e somministrazione delle terapie informatizzate	X		
	Monitoraggio dell'attività di libera professione	Presidio dei volumi di libera professione	X	X	X
		Supporto all'attività di Libera professione aziendale	X	X	X
	Governo delle liste di attesa	Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi di attesa per gli interventi chirurgici	X	X	X
		Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	X	X	X
		Rispetto delle indicazioni della cabina di regia: Specialistica e Ricoveri	X		
	Valutazione dell'appropriatezza prescrittiva	Potenziamento della vigilanza su farmaci e dispositivi medici	X		
	Sostenibilità dei costi dell'area Farmaci e Dispositivi Medici	Rispetto del limite di Costo dei beni sottoposti a tetto regionale	X	X	X
		Mantenimento della sostenibilità economica nell'utilizzo dei beni sanitari	X	X	X
	Rispetto della programmazione economico finanziaria a garanzia della sostenibilità a medio/lungo termine del SSR	Piani di efficientamento	X	X	X
		Gestione del processo di definizione e monitoraggio del BEP/CECT	X	X	X
		Analisi del costo del personale, rispetto del limite di spesa e monitoraggio della contrattazione	X	X	X
	Efficientamento e sviluppo dei processi amministrativi e di supporto	Soddisfazione delle richieste provenienti dalla "Struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza" (Art. 4 co. 3 ter L.R. n. 21/2010)	X	X	X
		Sviluppo e adozione di un sistema di tracciatura delle richieste alla UOS Qualità, Accreditamenti e Riconoscimento IRCCS	X		
		Rispetto e pubblicazione dei tempi di pagamento dati PCC (circolare MEF n. 17/22) sul sito amministrazione trasparente	X	X	X
		Recupero crediti	X	X	X

Area Strategica	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	ANNO 2026	ANNO 2027	ANNO 2028
		Servizi legati al portale regionale	X		
		Rispetto degli adempimenti legati ai flussi informativi regionali e ministeriali	X	X	X
		Definizione di un modello metodologico per classificazione delle attività, al fine di definire dei parametri di valorizzazione delle attività, della produttività e dei carichi di lavoro	X		
		Adozione di procedure operative	X		
	Perseguimento PNRR Missione 6	PNRR: "FSE, alimentazione, comunicazione e formazione"	X	X	
	Perseguimento interventi strategici di informatica	SIO, adeguamento CUP e PNRR "Digitalizzazione dei DEA di I e II livello"	X	X	X
		Partecipazione alle attività legate al Sistema unico direzionale	X		
		Sviluppo progettualità "sette sorelle"	X	X	
		Rispettare le scadenze assegnate dal gruppo di coordinamento regionale del Computer Emergency Response Team (CERT) DGR 1024/2023	X	X	X
	Rispetto dei tempi delle indicazioni regionali per la gestione aziendale del sinistro	Gestione sinistri: conclusione dell'istruttoria (inclusa valutazione medico legale e valutazione CAVS) entro 180 giorni dall'apertura del sinistro	X	X	X
	Implementazione delle normative contrattuali e ottimizzazione della gestione delle risorse umane	Applicazione degli accordi integrativi per la performance del comparto	X		
		Integrazione nel DWH Aziendale del flusso informativo delle timbrature con valutazione delle tipologie di presenza	X		
		Tracciatura del personale universitario inserito nella Convenzione Piattaforma della ricerca	X		
	Coordinamento degli obiettivi di salute e di funzionamento dei Direttori Generali	Attività di coordinamento degli obiettivi del Direttore Generale	X	X	X
	Migliorare la gestione e la sicurezza del trattamento dei dati personali	Adeguare la gestione dei progetti di ricerca e sperimentazione alla normativa sulla privacy	X	X	X
		Migliorare la gestione complessiva dei dati sotto il profilo della privacy	X	X	X
Diffusione di una cultura di equità di genere e contrasto alla violenza di genere, al mobbing, alle molestie e alle molestie sessuali	Equilibrio vita privata/vita lavorativa e cultura dell'organizzazione	Attuazione Piano regionale di contrasto alla carenza di personale del SSSR del Veneto (DGR 960/2024)	X	X	X
		Obiettivi derivanti dal Piano delle Azioni positive 2026-2028	X	X	X

Di seguito si riportano le cinque linee di ricerca del piano attualmente in vigore (2025-2027).

Linea di ricerca n.1: ONCOLOGIA MOLECOLARE E PROCEDURE DIAGNOSTICHE INNOVATIVE

Descrizione linea di attività

Questa linea di ricerca mira a esplorare, con modalità multidisciplinari, le frontiere della ricerca molecolare e delle tecnologie diagnostiche innovative in oncologia. Partendo da quesiti clinici rilevanti, gli studi saranno fortemente traslazionali, portando i risultati di laboratorio al letto del paziente e, viceversa, riportando alla ricerca preclinica gli esiti degli interventi e le nuove domande da approfondire. Focalizzandosi sull'integrazione di tecnologie di laboratorio avanzate e algoritmi di intelligenza artificiale (IA) per l'analisi di campioni, questa linea svilupperà studi clinici e valuterà l'impatto di tali ricerche nel percorso di cura del paziente oncologico.

Premessa/Background

Negli ultimi anni l'oncologia di precisione ha rivoluzionato il trattamento di numerose neoplasie. Partendo dall'esempio canonico del carcinoma del polmone non a piccole cellule, per il quale una decina di marcatori genetici azionabili sono routinariamente disponibili, questo concetto è stato progressivamente esteso ad altre forme tumorali (colangiocarcinoma, melanoma, carcinoma della mammella e dell'ovaio). Inoltre, la crescente conoscenza dei meccanismi di adattamento e resistenza ha permesso di affinare i farmaci utilizzati per la "target therapy" con risultati clinici importanti. Pertanto, la caratterizzazione biologica della malattia oncologica su piani multipli (oltre al livello genetico) è cruciale al fine di identificare i meccanismi molecolari coinvolti nel processo di crescita e progressione neoplastica, valutare l'evoluzione della malattia ed identificare i potenziali marcatori predittivi di risposta ad agenti specifici. Si prevede che l'aumento esponenziale della quantità di dati disponibili sulle neoplasie faccia da volano per una crescente integrazione di algoritmi di IA in protocolli di ricerca e, in seguito, anche nella routine diagnostica ed assistenziale. Inevitabile per un completo inquadramento molecolare delle neoplasie anche il ricorso a tecnologie avanzate per lo studio dei fenotipi radiologici (radiomica) e la profilazione multiparametrica dei campioni biologici (sangue, tessuto, urine, feci) mediante analisi genomiche, epigenomiche e proteomiche.

Razionale

La caratterizzazione molecolare delle neoplasie richiede campioni biologici delle stesse, anche in momenti diversi della storia della malattia per ricostruirne e comprenderne appieno l'evoluzione clinica. In tal senso, la biopsia liquida consente la profilazione mutazionale ed analisi di target terapeutici; inoltre, è un approccio innovativo per monitorare longitudinalmente la risposta alle terapie. Rimane tuttavia necessario integrare questi dati con approcci di trascrittomica e genomica spaziale delle lesioni neoplastiche, primarie e metastatiche, per una più approfondita caratterizzazione istopatologica delle aree tumorali, insieme all'analisi in singola cellula del trascritto ma ed epigenoma delle cellule neoplastiche e del microambiente circostante. Questa linea di ricerca si avvarrà anche di nuovi approcci sperimentali in vitro e negli animali da laboratorio. L'eterogeneità delle neoplasie umane richiede modelli aggiuntivi quanto più possibile vicini al paziente. La comunità scientifica guarda con crescente interesse a linee cellulari isolate da tumori rari, xenotrapianti derivati da pazienti, organoidi, tessuti su chip, cellule staminali pluripotenti indotte, topi umanizzati e mutazioni multiple di oncogeni in modelli murini che permetteranno studi più approfonditi sulla progressione neoplastica, compresa la staminalità, il differenziamento ed i rapporti con il microambiente. Questo insieme di metodologie consentirà di rilevare determinanti e marcatori biomolecolari (non solo genetici) cruciali per la diagnosi, la prognosi e la predizione della risposta ai trattamenti antineoplastici. In tale contesto anche la farmacogenomica gioca un ruolo fondamentale, permettendo di personalizzare le terapie in base al profilo genetico del paziente. I risultati saranno fondamentali per investigare, nell'ambito di studi clinici indipendenti promossi dall'IRCCS, marcatori molecolari emergenti dalla ricerca preclinica.

Obiettivi Globali

1. Implementazione della biopsia liquida per l'identificazione di alterazioni genetiche azionabili e monitoraggio della risposta alla terapia;
2. Sviluppo di modelli preclinici innovativi per la diagnosi precoce e la comprensione dei meccanismi di progressione neoplastica;
3. Ricerca di determinanti genetici ed epigenetici e marcatori biomolecolari utili per diagnosi, prognosi e predizione della risposta e della tossicità dei trattamenti antineoplastici;
4. Applicazione dell'intelligenza artificiale alla diagnosi, terapia e follow up dei pazienti;
5. Attivazione di trials clinici nazionali ed internazionali su biomarcatori molecolari.

Linea di ricerca n.2: ONCOIMMUNOLOGIA E TERAPIE CELLULARI AVANZATE

Descrizione linea di attività

Questa Linea di Ricerca è finalizzata a decifrare le interazioni che si vengono a stabilire tra immunità e cancro, sia a livello sistemico che nel microambiente neoplastico, ed a prospettare nuovi interventi terapeutici, sia a livello sperimentale che per trials clinici. Gli ambiti di indagine prevedono l'immunoprofilazione high-throughput (dalla citometria multiparametrica alla trascrittomica spaziale), la caratterizzazione dei meccanismi sottesi all'induzione, evoluzione ed elusione della risposta immune antitumorale, lo sviluppo di modelli sperimentali per la valutazione di nuovi approcci immunoterapeutici, ad es., ATMP (Advenced Therapy Medicinal Products) e farmaci immunomodulatori.

Premessa/Background

L'immunoterapia dei tumori rappresenta un settore in rapida evoluzione tanto da essere definita il "quinto pilastro" della terapia oncologica, oltre alla radioterapia, chemioterapia, chirurgia e terapie mirate. In particolare, nell'ultimo decennio l'introduzione nell'armamentario terapeutico oncologico degli inibitori dei checkpoint immunologici (ICI), anticorpi monoclonali in grado di prevenire l'inibizione a feedback delle cellule T attivate e di stimolare risposte T cellulari terapeutiche dirette contro il "mutanoma" neoplastico, nonché la fattiva implementazione clinica di terapie cellulari adottive, in particolare CAR-T, stanno rivoluzionando l'approccio terapeutico nei confronti di numerosi istotipi neoplastici. Ciononostante, molto rimane da chiarire relativamente alle interazioni che si vengono a costituire tra la componente tumorale e gli effettori immuni, sia a livello sistemico che nel contesto del tessuto immuno-neoplastico. Questi aspetti sono fondamentali in quanto permetterebbero di comprendere i meccanismi sottesi al successo o al fallimento delle terapie, non solo immuno-mediate, che vengono poste in essere e conseguentemente ne permetterebbero l'ottimizzazione. Una risposta a queste problematiche può venire dagli enormi avanzamenti tecnologici che recentemente si sono avuti nel settore della profilazione fenotipo-funzionale e genomica dei campioni biologici, oltre che da appropiati modelli sperimentali in vitro ed in vivo.

Razionale

La continua espansione dell'impiego degli ICI a diverse tipologie neoplastiche, l'avanzare di terapie combinatoriali tra ICI e approcci farmacologici/nanotecnologici, biotecnologici, vaccinali, e non da ultimo la rapida evoluzione della terapia cellulare con CAR-T e similari, impongono sempre più pressantemente l'identificazione di determinanti biologici di protezione/efficacia per la corretta stratificazione dei pazienti, al fine di razionalizzare e personalizzare le terapie, nell'ottica sia di definire meglio i profili di tossicità che dell'economicità per il Sistema Sanitario Nazionale. D'altra parte, un'approfondita profilazione delle caratteristiche genomiche/proteomiche/metabolomiche della componente neoplastica e delle popolazioni immuni rispondenti offre prospetticamente un'opportunità unica per l'identificazione di nuovi bersagli e la fine caratterizzazione delle interazioni che si vengono a stabilire sia a livello sistemico che del contesto

immuno-tumorale, consentendo in ultima analisi di acquisire informazioni fondamentali per l'implementazione di nuove strategie immunoterapeutiche. L'infiltrato del microambiente è dinamico, in equilibrio con cellule immuni circolanti nel sangue ed ha spesso un'influenza essenziale sulla risposta immune dell'ospite verso la neoplasia e sull'evoluzione della malattia metastatica, anche nel contesto di terapie più tradizionali come la radio e la chemioterapia. I profili proteomici, genomici e metabolici e dei recettori dei linfociti T anti-tumorali nei tumori umani, risolti spazialmente, sono ora possibili a livello di singola cellula, sia nelle biopsie solide che liquide, e possono essere adattati all'oncologia di precisione attraverso l'intelligenza artificiale e l'analisi computazionale avanzata. Una sfida importante nel futuro dell'immunoterapia è rappresentata dalla possibilità di seguire l'evoluzione dell'ecosistema immune della neoplasia durante il decorso clinico della malattia.

Obiettivi Globali

1. l'integrazione funzionale delle piattaforme tecnologiche esistenti (dalla citometria multiparametrica/mass-imaging alla fenotipizzazione "high-throughput" fino alla trascrittomica spaziale);
2. la profilazione fenotipica-funzionale/genomica/metabolica, anche a singola cellula, sia della componente neoplastica che dell'infiltrato immune, di tumori potenzialmente bersaglio di terapie immunologiche;
3. lo sviluppo di modelli sperimentali in vitro ed in vivo per la comprensione delle interazioni tumore-sistema immune e per la messa a punto e validazione di approcci immunoterapeutici di nuova concezione e traslabili in studi clinici promossi dall'IRCCS.

Linea di ricerca n.3: STRATEGIE TERAPEUTICHE INNOVATIVE E TRATTAMENTI INTEGRATI IN ONCOLOGIA

Descrizione linea di attività

Questa linea di ricerca è finalizzata alla messa a punto di studi traslazionali e clinici innovativi, volti allo sviluppo di approcci terapeutici personalizzati ed integrati, al fine di poter offrire al paziente la miglior chance terapeutica. Nel perseguire tale obiettivo, la linea di ricerca è volta ad approfondire i meccanismi biologici e molecolari alla base dello sviluppo di farmacoresistenze sia primarie che secondarie. Verrà inoltre valutata la sinergia tra diverse strategie terapeutiche. Tutto ciò sarà svolto attraverso un continuo scambio "bench-to-bedside" che parte dalla ricerca di base per arrivare fino agli studi osservazionali "real-life", e viceversa.

Premessa/Background

Benché i farmaci mirati al bersaglio molecolare abbiano rivoluzionato la pratica clinica, nella maggior parte dei casi producono effetti terapeutici transitori a causa della selezione clonale di cellule tumorali farmaco-resistenti. Inoltre, la medicina di precisione ha evidenziato come ogni individuo presenti un profilo biologico e genetico unico, e richieda pertanto l'utilizzo di terapie personalizzate. Grazie all'integrazione di criteri clinici e patologici con dati molecolari "omici", che comprendono genomica, proteomica, metabolomica e altre analisi molecolari, sarà possibile approfondire la comprensione delle variabili biologiche che influenzano la risposta del paziente. Sarà inoltre possibile identificare le specifiche vulnerabilità biochimico-metaboliche delle cellule tumorali e delle componenti del microambiente tumorale. Lo IOV si è contraddistinto per un continuo impegno nella promozione diretta e nell'adesione a studi di ricerca farmacologica, potendo disporre di elevati volumi assistenziali che favoriscono l'individuazione di coorti specifiche, non solo per patologia, ma anche per alterazioni molecolari rare. La caratterizzazione molecolare e l'analisi dei meccanismi patologici

rappresentano la via per ottenere ricadute positive per i pazienti e per il sistema sanitario, sia in termini di efficacia delle cure che di impatto economico.

Razionale

Nonostante le migliaia di studi clinici in corso, le combinazioni di trattamenti individuali superano il numero di pazienti arruolabili. Questo si traduce in opportunità mancate, fallimenti clinici, tossicità evitabili, insufficiente arruolamento dei pazienti ed alti costi. Urge progettare terapie combinate in modo più razionale, basate su conoscenze biologiche e meccanicistiche fondamentali. Mirare contemporaneamente o sequenzialmente a più componenti delle vie intracellulari di segnalazione, aumentare la letalità sintetica e modulare il microambiente sono alcune delle possibili strategie alla base di nuove combinazioni farmacologiche. Questa linea di ricerca si propone di studiare i meccanismi biologici della cellula neoplastica e delle sue interazioni con il microambiente, attraverso l'applicazione di metodiche multi-omiche, di innovazione tecnologica terapeutica e di studi clinici interventistici ed osservazionali, con l'obiettivo di sviluppare conoscenze sul trattamento ottimale dei pazienti ed offrire loro nuove opportunità di cura. In questo contesto, la ricerca traslazionale ha il ruolo chiave di relazionare quanto sviluppato in laboratorio e quanto verificato in vivo sul paziente. I meccanismi identificati attraverso queste analisi integrate consentiranno di decifrare i processi alla base dell'evoluzione tumorale, della sensibilità a trattamenti specifici e dello sviluppo di resistenze primarie e secondarie, al fine di ottimizzare i trattamenti migliorandone il rapporto rischio/beneficio. La progettualità di questa linea di ricerca considera anche le interazioni tra il tumore, l'ospite e l'ambiente. Il raggiungimento di questi obiettivi è cruciale per garantire un'assistenza adeguata. Le sperimentazioni cliniche su coorti altamente stratificate sono fondamentali per valutare l'efficacia di nuovi trattamenti tenendo conto delle caratteristiche molecolari e genetiche dei pazienti.

Obiettivi Globali

1. I meccanismi molecolari (genetici, epigenetici e virali) coinvolti nella risposta alle diverse terapie, attraverso analisi multi-omiche, anche a singola cellula;
2. Le interazioni tra cellula tumorale e microambiente, e fra ospite e tumore;
3. L'eterogeneità genotipica/fenotipica/metabolica ed evoluzione clonale delle cellule tumorali;
4. Nuovi approcci farmacologici basati sulle conoscenze emerse dalle suddette traiettorie di ricerca;
5. Modelli pre-clinici per la validazione di nuove combinazioni terapeutiche;
6. Partecipazione a trial clinici internazionali innovativi;
7. Analisi retrospettive e di outcome in real-life.

Linea di ricerca n.4: REGISTRAZIONE ONCOLOGICA AD ALTA RISOLUZIONE: IMPATTO EPIDEMIOLOGICO, CLINICO E NELLA RICERCA ONCOLOGICA APPLICATA

Descrizione linea di attività

La registrazione oncologica a alta risoluzione (RoHR) aggiunge ai tradizionali dati di incidenza variabili clinico/biologiche quali: fattori di rischio, percorsi preventivi, fenotipo/genotipo neoplastico, procedure di diagnosi, terapia, follow-up, prognosi. I dati derivabili dalla RoHR sono essenziali nella definizione della storia naturale dei tumori, dell'efficienza/efficacia dei percorsi preventivo/diagnostico/terapeutici e dell'outcome della neoplasia. La RoHR richiede di rimodellare le procedure di annotazione e l'implementazione di approcci analitici supportati da reti neurali. Il progetto di ricerca vuole promuovere il contesto educativo/operativo a supporto della RoHR nel Veneto.

Premessa/Background

La registrazione delle neoplasie è regolata da norme nazionali che ne declinano i requisiti operativi. Nel territorio nazionale, le procedure di registrazione sono disomogenee per modalità organizzative e tecniche. Nel recente passato, una precedente linea di ricerca IOV ha condotto studi di valutazione di performance dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA) nella patologia neoplastica della popolazione regionale. Tali valutazioni di monitoraggio sono state consentite dalla disponibilità di integrazione di dati amministrativi di sanità pubblica e da informazioni acquisibili da istituzioni sanitarie, con il supporto di informazioni derivanti dal registro regionale della patologia oncologica (RTV). Coerentemente con le missioni etica, sanitaria e scientifica dell'Istituto, il monitoraggio dei PDTA ha individuato aree cliniche ad elevata performance e spazi di miglioramento. Le ricerche condotte hanno inoltre verificato la disponibilità e l'efficienza di una rete di banche dati informatizzate tale da alimentare, con dati clinico/biologici e amministrativi, una banca-dati trasversale. Allo stato attuale, i dati collezionati sono: i) segmentati per le finalità costitutive delle banche, ii) carenti delle informazioni necessarie alla ricostruzione della storia naturale, delle strategie terapeutiche e di follow-up conseguenti alla diagnosi di neoplasia.

Razionale

La RoHR costituisce la logica evoluzione strategico-operativa delle esperienze già acquisite. Dal 2018, la registrazione oncologia copre l'intera popolazione regionale con esaustive informazioni sull'incidenza di neoplasie. L'espansione della registrazione oncologica dalla tradizionale dimensione delle valutazioni di incidenza all'annotazione multi-parametrica-HR consente valutazioni "personalizzate" del rischio neoplastico, della storia naturale delle neoplasie e della valutazione critica dei percorsi preventivo/diagnostico/terapeutici e di follow-up oncologico (efficacia terapeutica, intervallo libero da malattia, interventi terapeutici di seconda e terza linea). Tali informazioni consentono di indagare i determinanti di outcomes diversi nel contesto di lesioni neoplastiche apparentemente omogenee per incidenza, localizzazione d'organo, stadio, e fenotipo istologico e costituiscono il presupposto per la personalizzazione delle strategie preventive, diagnostiche, terapeutiche e di follow-up. Pur fondata su informazioni clinico-biologiche, la RoHR, include e valorizza variabili gestionali (ad es. adeguatezza dei farmaci utilizzati e loro impatto economico), integrando valutazioni di efficacia/efficienza degli interventi clinici e contribuendo al monitoraggio del percorso diagnostico-terapeutico e alla programmazione di allocazione delle risorse sanitarie fondata su prove di efficacia. Il monitoraggio di indicatori di performance clinici e di gestione organizzativa consente la tempestiva identificazione di criticità sanitarie e la promozione di interventi correttivi. Nel contesto e al di fuori di codificati protocolli terapeutici, la valutazione della "real clinical pratice": i) riduce la variabilità della pratica clinica; ii) valuta l'efficacia delle terapie nel contesto e al di fuori di trials sperimentali; iii) consente paragoni di efficienza/efficacia con contesti europei, iv) promuove la sostenibilità delle risorse economiche compatibile con la priorità di cura.

Obiettivi Globali

Obiettivi a breve termine:

1. Individuazione di centri pilota per tests di operatività della RoHR;
2. Individuazione di variabili (tumore-specifiche) descrittive di rischio neoplastico, strategie preventive, diagnosi (biomarker, approcci strumentali, profiling genotipico/fenotipico), terapia/follow-up della patologia target;
3. Educazione/promozione clinica della RoHR.

Obiettivi a medio/lungo termine:

1. Realizzazione di una piattaforma informatica adeguata alla RoHR;

2. Analisi epidemiologico-clinica del profilo della popolazione target (comorbidità, intervallo libero da malattia, etc.;
3. Comparazione del profilo della patologia oncologica regionale con quello di registri europei-HR.

Dagli obiettivi operativi alle schede di budget

Il processo di budgeting rappresenta l'anello di congiunzione operativo tra la pianificazione strategica e l'attività quotidiana di ciascuna struttura sanitaria e amministrativa. Attraverso questa fase, vengono declinati gli obiettivi operativi definendo, per ognuno di essi, i relativi indicatori di verifica (KPI), le azioni prioritarie, le tempistiche di attuazione, l'allocazione delle risorse e le specifiche responsabilità organizzative

Il percorso negoziale si conclude con la formalizzazione della 'scheda di budget', lo strumento attraverso il quale l'Istituto opera l'assegnazione formale degli obiettivi e delle risorse alle singole Unità di Budget (U.U.O.O.). Questo processo assicura che ogni articolazione organizzativa contribuisca in modo misurabile e trasparente al raggiungimento dei traguardi aziendali e regionali.

2.2.2.2 Il ciclo di gestione della performance

In conformità a quanto previsto dall'art. 4, comma 2, del D.Lgs. 150/2009 e dai vigenti CC.CC.NN.LL., il ciclo di gestione della performance dell'Istituto è strutturato per garantire un monitoraggio continuo e trasparente dei risultati. Il processo si articola nelle seguenti fasi:

I. pianificazione degli obiettivi strategici: analisi dei fabbisogni rispetto alla pianificazione delle risorse;
II. definizione ed assegnazione degli obiettivi operativi che si intendono raggiungere e dei valori attesi (obiettivi e correlati indicatori di raggiungimento del risultato);
III. negoziazione di budget che permette il collegamento tra gli obiettivi (definiti a livello strategico) e l'allocazione delle risorse;
IV. monitoraggio in corso d'esercizio ed attivazione di eventuali interventi correttivi con lo sviluppo di un sistema di reportistica;
V. Rinegoziazione: rimodulazione degli obiettivi qualora intervengano fattori oggettivi che ne impediscano il raggiungimento;
VI. misurazione e valutazione dei risultati tramite il grado di raggiungimento degli obiettivi con gli indicatori di performance (misurazione performance organizzativa);
VII. Rendicontazione e valutazione annuale: validazione dei risultati da parte dell'OIV e redazione della Relazione sulla Performance per la comunicazione trasparente degli esiti.

Di seguito si riporta per ciascuna fase del processo la mappatura dei soggetti coinvolti. L'intero processo, relativo alla performance organizzativa, è coordinato della UOS Controllo di Gestione.

Fase del processo	Soggetti coinvolti
Definizione degli obiettivi operativi	Direzione Strategica, Gruppo di Lavoro (GdL) PIAO e Comitato di budget, Consiglio di Indirizzo e Verifica, Direttori di Dipartimento.
Negoziazione	Comitato di budget, Direttori/Responsabili di Unità Operativa, Direttori di Area.
Monitoraggio	Referenti di monitoraggio. Gli esiti della fase di monitoraggio sono condivisi con la Direzione Strategica e i Direttori di Direttori, il Consiglio di Indirizzo e Verifica e con l'Organismo Indipendente di Valutazione
Rinegoziazione	Comitato di budget, Direttori di Area, Direzione Strategica
Valutazione performance organizzativa	Referenti di monitoraggio, Direttori di area, Direzione strategica, Organismo Indipendente di Valutazione

I componenti del Gruppo di Lavoro PIAO e Comitato di Budget sono di seguito riportati:

GdL PIAO e Comitato di budget

- Direzione Strategica
- Direttori di Dipartimento
- Direzione Medica Ospedaliera
- Direttore UOC Farmacia
- UOSD Professioni Sanitarie Ospedaliere
- UOS Qualità accreditamenti e riconoscimento IRCCS
- Gestione del rischio clinico e della sicurezza delle cure
- Staff Direzione Generale
- UOS Controllo di Gestione
- Responsabile unico aziendale e governo clinico ed appropriatezza
- UOC Gestione Risorse Umane
- Ufficio Formazione
- UOSD Unità di Ricerca Clinica
- UOSD Valorizzazione della Ricerca
- UOSD Sviluppo e Coordinamento della Ricerca Sanitaria
- UOC Contabilità e Bilancio
- Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)
- UOC Sistemi Informativi
- Responsabile Unico Aziendale
- UOC Provveditorato, Economato e Gestione della Logistica

Durante il processo di budget è prevista, in base alle aree strategiche degli obiettivi, una partecipazione differenziata dei componenti e/o il coinvolgimento di ulteriori figure.

Negoziazione

L'assegnazione degli obiettivi alle Unità di Budget avviene tramite la negoziazione del budget. Nell'attribuzione degli obiettivi a livello di Unità di Budget vengono assegnati, oltre agli obiettivi della mappa operativa, obiettivi di produzione relativi ai volumi dell'attività erogata in regime istituzionale e di libera professione, alla produzione scientifica, al monitoraggio dei tempi di attesa e a specifici obiettivi proposti a livello Dipartimentale.
Nella fase di negoziazione, organizzata per Dipartimento, vengono coinvolti tutti i Direttori e Responsabili di Unità Operativa, il personale con incarichi di funzione organizzativa e un referente di budget per ciascuna Unità di Budget indicato dal Direttore/Responsabile.

Per alcune unità organizzative non classificate come unità di budget sono previste delle "schede obiettivi", negoziate con il livello gerarchico sovraordinato, al fine di supportare l'assegnazione degli obiettivi individuali e la misurazione della performance organizzativa.

Oltre alle tipologie di schede sopra indicate, verranno predisposte specifiche schede, per ambito Dipartimentale, Direzione di Area di afferenza e complessiva di Istituto, con specifici indicatori funzionali al monitoraggio periodico della performance organizzativa del personale del comparto.

In questa fase vengono inoltre definiti gli indicatori e i rispettivi "referenti aziendali" per ciascun obiettivo operativo.
Gli indicatori sono classificati in tre categorie, in base alla metodologia di misurazione del livello di raggiungimento:

Macro-categoria di indicatore	Descrizione della macro-categoria
Data-warehouse aziendale (DWH)	Per gli indicatori, di attività e costi, che hanno come fonte i flussi informativi integrati nel sistema di reporting del Controllo di Gestione dell'Istituto (flussi informativi: attività specialistica, attività di ricovero, consumi di beni sanitari e non sanitari, Contabilità Analitica Aziendale).
Referente per la misurazione esterno all'Unità di Budget	Per gli indicatori che hanno come riferimento, per il monitoraggio e la misurazione del raggiungimento, un'unità operativa o un Direttore di struttura diversa dall'Unità Operativa di budget.
Autovalutazione di Unità Operativa	Per gli indicatori per i quali non è disponibile una fonte informativa diversa dall'Unità Operativa stessa. Per questi indicatori, in fase di consuntivo, verrà richiesto l'invio di documentazione a supporto della verifica, da parte della Direzione Aziendale, dello stato di realizzazione dell'obiettivo assegnato.

Monitoraggio

La fase di monitoraggio si articola su due livelli integrati, volti a garantire la costante verifica dell'avanzamento dei risultati:

- Monitoraggio delle schede di budget di Unità Operativa: effettuato secondo le tempistiche riportate nel timing (Tabella 21), consente di verificare il livello di raggiungimento intermedio degli obiettivi assegnati a ciascuna Unità di Budget. Questa attività è fondamentale per evidenziare tempestivamente eventuali scostamenti rispetto ai target attesi e attivare i necessari interventi correttivi. Per l'anno 2026, tale sistema fornirà inoltre i dati a supporto dell'erogazione di quote infra-annuali di premialità per il personale del comparto, avviata in via sperimentale.
- Monitoraggio degli obiettivi regionali: finalizzato a presidiare il raggiungimento dei traguardi assegnati all'Istituto dalla programmazione regionale, assicurando la piena coerenza con le scadenze intermedie definite dalla Regione del Veneto.

È compito del Controllo di Gestione coordinare l'intera fase con il supporto dei referenti individuati per ciascun indicatore. Si evidenzia che per gli indicatori della macro categoria "DWH" il monitoraggio è reso disponibile nel sistema di reporting del Controllo di Gestione, con un aggiornamento costante degli stessi.

Rinegoziazione

Successivamente alla fase di monitoraggio, è prevista la possibilità di rinegoziare gli obiettivi di budget annuali assegnati alle Unità di Budget. La rinegoziazione può essere richiesta per gli indicatori critici qualora le azioni correttive per il raggiungimento del target, realizzabili in corso d'anno, non risultino sufficienti e siano intervenuti fattori che impediscano oggettivamente il raggiungimento dell'obiettivo. Si evidenzia che gli obiettivi assegnati alle UU.OO. correlati agli obiettivi regionali, assegnati all'Istituto per l'anno in corso, potranno essere rimodulati solo in considerazione delle ricadute che gli stessi avranno sul raggiungimento dell'obiettivo regionale per l'Istituto.

Il percorso di rinegoziazione prevede che le Unità di Budget condividano con il Direttore del Dipartimento/Direttore dell'area di afferenza l'eventuale proposta di rinegoziazione motivando la richiesta. Il Direttore del Dipartimento/Direttore dell'area di afferenza, che ha la visione integrata degli obiettivi assegnati, provvederà a trasmettere le richieste, condivise ed approvate, al Direttore dell'area, al Direttore della UOC Direzione Medica Ospedaliera (per i Dipartimenti e le UU.OO. di afferenza) e per conoscenza alla Direzione Generale e alla UOS Controllo di Gestione. Il Direttore dell'area e il Direttore della UOC Direzione Medica Ospedaliera, raccolte e valutate le richieste, le condivideranno con la Direzione Strategica al fine della eventuale ridefinizione degli obiettivi e dei target assegnati.

Valutazione della performance organizzativa

La valutazione della performance organizzativa, ovvero del livello di raggiungimento degli obiettivi di budget da parte di ciascuna unità operativa, è stata articolata in tre fasi:

1. **Fase uno:** misurazione dei risultati di ciascun indicatore di budget a seconda della tipologia di macro-categoria di indicatori:
   • Per gli indicatori di tipo "DWH" viene eseguita una misurazione numerica del raggiungimento rispetto al target assegnato, tenendo in considerazione anche l'eventuale soglia di tolleranza definita per l'indicatore, utilizzando come fonte le informazioni dei sistemi di reporting aziendale;
   • Per gli indicatori con "misurazione esterna" viene effettuata la misurazione a cura del referente aziendale;
   • Per gli indicatori di "autovalutazione" viene richiesta ai Direttori/Responsabili di Unità di Budget la documentazione a supporto che misuri e attesti il raggiungimento degli indicatori;
2. **Fase due:** La misurazione effettuata nella "fase uno" viene sottoposta di concerto al Direttore di Dipartimento e alla Direzione Medica Ospedaliera i quali, in base agli elementi raccolti, verificano la coerenza rispetto al raggiungimento complessivo aziendale e predispongono una proposta di valutazione, da sottoporre al Direttore di Area. Qualora l'unità di budget non afferisca ad alcun Dipartimento, la valutazione è in carico al Direttore di Area.
3. **Fase tre:** valutazione finale della Direzione Strategica. La Direzione strategica in considerazione della performance aziendale complessiva, dell'andamento degli obiettivi regionali e di specifiche valutazioni riferite agli obiettivi della propria area strategica, valuta la performance di ciascuna Unità di Budget.

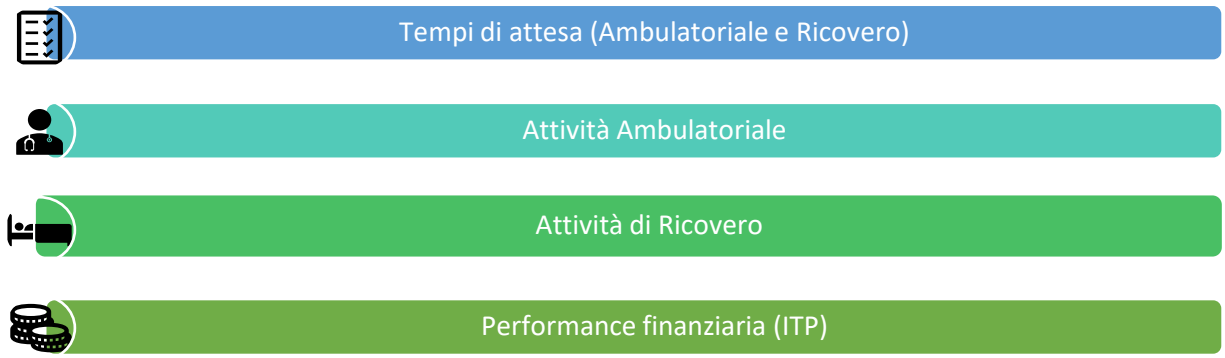
A conclusione della valutazione, le risultanze dell'intero processo nonché la metodologia adottata, vengono condivise con l'Organismo Indipendente di Valutazione, secondo le tempistiche inserite nel timing della tabella 21.

Performance organizzativa del personale del comparto

Il 2026 segna l'avvio del nuovo sistema di misurazione della performance per il personale del comparto, che integra il monitoraggio del budget delle Unità Operative. L'obiettivo è assicurare una verifica costante e tempestiva dell'andamento delle attività istituzionali.
Trattandosi del primo anno di implementazione, il percorso viene introdotto in via sperimentale attraverso l'individuazione di indicatori trasversali per il monitoraggio dell'attività dell'Istituto. Questo modello, basato su un monitoraggio bimestrale, consentirà di avere una visione sempre aggiornata dell'andamento dell'attività e risulterà a supporto dell'erogazione infrannuale periodica della quota incentivante della performance organizzativa al personale del comparto.

Per ogni indicatore sono definite soglie di riferimento e margini di tolleranza. La performance complessiva sarà considerata positiva con il raggiungimento di almeno il 90% degli obiettivi previsti. A garanzia della correttezza del processo, i risultati saranno condivisi ogni due mesi dall'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) ed oggetto di monitoraggio complessivo semestrale.

Coerentemente con questo nuovo assetto, si riportano di seguito le categorie di indicatori individuate per l'anno 2026:



Struttura Schede di Budget

La fase operativa di "configurazione e gestione delle schede di budget" avviene mediante l'utilizzo dell'applicativo web Metrica, accessibile ai Direttori/Responsabili delle Unità di Budget coinvolti per la parte di propria competenza, nonché a personale designato dai Direttori come referenti del budget. Attraverso Metrica verranno associati, in fase di negoziazione, a ciascun Dipartimento e Unità Operativa gli obiettivi, i relativi indicatori (KPI) ed i valori target per l'anno 2026, consentendo inoltre il monitoraggio periodico del livello di raggiungimento dei target attribuiti a ciascuna Unità Operativa, per gli indicatori con fonte "DWH".

Ciascuna scheda di budget è suddivisa in due parti:

- obiettivi strategici dell'anno in corso, contenuti nella mappa operativa 2026;
- obiettivi di produzione relativi ai volumi dell'attività, alla produzione scientifica, al monitoraggio dei tempi di attesa.

Di seguito si riportano le tipologie di contenuti della scheda di budget.

Informazioni riportate nella scheda di budget	Descrizione
Capitolo indicatore	Obiettivo Strategico "A"
Sotto-capitolo indicatore	Obiettivo Operativo "O"
Codice indicatore	Codice progressivo dell'indicatore: "I" per indicatori quantitativi, "QL" per indicatori qualitativi.
Descrizione indicatore	Descrive le modalità di definizione dell'indicatore
Risultato anno precedente	Risultato conseguito nell'anno precedente per lo specifico indicatore
Soglia	Valore di flessibilità rispetto al target assegnato per specifico indicatore
Valore atteso	Valore target per specifico indicatore definito nel corso del percorso di budget
Peso Obiettivo	Punti assegnati all'obiettivo
Note	Ulteriori spiegazioni alle modalità di valutazione dell'indicatore; azioni necessarie al raggiungimento degli indicatori qualitativi; considerazioni emerse nel corso della contrattazione di budget, nel corso di monitoraggio e in fase di rinegoziazione.

Per la categoria di indicatori “DWH”, la scheda di budget in fase di monitoraggio vede alimentate le seguenti informazioni aggiuntive:

Informazioni aggiunte in fase di monitoraggio	Descrizione
Data di monitoraggio	Periodo di competenza dei dati riportati nella scheda
Risultato anno precedente pari periodo	Risultato ottenuto nell'anno precedente in corrispondenza della data di monitoraggio
Risultato attuale anno corrente	Risultato conseguito alla data di monitoraggio dell'anno corrente
Risultato finale anno corrente	Valore di proiezione in fase di monitoraggio (se possibile effettuare una proiezione)
% Ragg. finale	Percentuale raggiungimento dell’obiettivo in base alla proiezione effettuata (risultato finale anno corrente)
Punti conseguiti	Punteggio conseguito in base alla % di raggiungimento finale

Lo strumento di Metrica viene inoltre utilizzato per la raccolta documentale delle relazioni a supporto e di comunicazioni nel corso dell’anno.

2.2.3 La performance individuale

Il processo di misurazione e di valutazione dei risultati individuali è volto al miglioramento continuo delle performance. Il suo scopo non è la definizione di un giudizio, ma la definizione di azioni di miglioramento, con riferimento sia alla performance individuale, sia all’efficacia del sistema nel suo insieme. A tal fine, la misurazione non può essere concepita come attività puntuale, svolta solo all’inizio e alla fine dell’anno, ma come un processo continuo caratterizzato da momenti di monitoraggio intermedio, con una chiara identificazione del “chi valuta chi” e si inserisce nel sistema di programmazione dello IOV.

I sistemi di valutazione adottati dallo IOV valorizzano e misurano, adeguatamente, in maniera equilibrata e integrata, la dimensione organizzativa e la dimensione individuale delle prestazioni rese e dei risultati conseguiti; essi consentono, inoltre, l’applicazione dei sistemi premianti previsti dalle norme vigenti.

Il sistema di valutazione, in armonia con le norme di legge vigenti e con quanto previsto dai CC.CC.NN.LL. è improntato ai seguenti principi:

- rispetto dei principi generali previsti dalle norme vigenti;
- coerenza con i documenti di programmazione aziendale;
- trasparenza con particolare riferimento alle informazioni concernenti le misurazioni e valutazioni delle performance;
- chiarezza e intelligibilità degli indicatori di risultato;
- preventiva e formale definizione e illustrazione degli obiettivi e dei comportamenti organizzativi richiesti ai valutati da parte dei valutatori nonché massima chiarezza degli stessi;
- miglioramento della qualità dei servizi offerti e stretta correlazione con il soddisfacimento dell’interesse del destinatario dei servizi e degli interventi e coni i sistemi incentivanti;

- chiarezza nell'individuazione di fasi, tempi, modalità, soggetti e responsabilità del processo, nonché nella definizione delle modalità di raccolta dei dati;
- differenziazione dei giudizi;
- diritto del valutato al contraddittorio;
- divieto assoluto di distribuzione delle risorse destinate agli incentivi in assenza di valutazione, o in maniera indifferenziata.

Gli ambiti di valutazione possono essere ricondotti a due principali aggregati:

1. operativo (rispetto degli obiettivi di budget): sono presi in considerazione gli obiettivi di budget definiti nella fase di programmazione e indicati nella scheda di budget. L'attenzione è concentrata sui risultati da conseguire nel periodo considerato ed il relativo processo è meglio specificato nel paragrafo precedente;
2. comportamenti organizzativi: sono prese in considerazione le differenti dimensioni organizzative e relazionali che vengono espresse nello svolgimento del proprio lavoro (l'attenzione è concentrata sulla valenza degli aspetti relazionali nel conseguimento delle prestazioni e sulla qualità del contributo e l'impegno reso per la realizzazione degli obiettivi).

Lo strumento di misurazione è rappresentato dalla scheda di valutazione individuale che è strutturata in modo da misurare sia il raggiungimento degli obiettivi, sia i comportamenti. La scheda individuale presenta differenze a seconda che si riferisca al personale della dirigenza o a quello del comparto.

La valutazione individuale del personale del Comparto

In data 11/06/2025 è stato sottoscritto con le Organizzazioni Sindacali e la RSU il nuovo Accordo di contrattazione integrativa aziendale, adottato nel rispetto del contratto collettivo vigente, per la definizione dei nuovi criteri generali di attribuzione della retribuzione correlata alla performance organizzativa e individuale per il personale del Comparto, aggiornando il sistema di valutazione descritto nei precedenti accordi del 4 novembre 2015 e del 7 luglio 2017.

La valutazione del personale assume una rilevanza strategica per il costante sviluppo delle risorse umane e costituisce il presupposto per l'attribuzione dei premi correlati alle performance organizzativa e individuale, nonché per l'applicazione di eventuali ulteriori istituti (es. differenziali economici di professionalità)

Il sistema utilizza apposite "schede individuali di valutazione" e rispetta i seguenti requisiti minimali:

Requisiti	
a	Diretta conoscenza del valutato da parte del valutatore
b	Specificazione di obiettivi individuali e/o di gruppo misurati tramite indicatori quantitativi e /o qualitativi e distinzione tra le suddette tipologie di obiettivi
c	Indicazione del numero degli elementi di valutazione e relativi indicatori inseribili nelle schede
d	Previsione di almeno un colloquio intermedio di analisi dell'andamento dei valutati e di un colloquio finale per l'illustrazione dei risultati, il colloquio intermedio dovrà essere effettuato, di norma, a metà ciclo di valutazione
e	Diritto per i valutati di esprimere osservazioni orali o scritte in sede di colloquio finale
f	Integrazione con il sistema di misurazione e valutazione dei risultati raggiunti dalla UO ai fini della determinazione dei contributi del singolo al raggiungimento dei risultati prestazionali rilevati per la stessa

Requisiti	
g	Possibilità di ricondurre la valutazione ad un punteggio finale numerico che potrà essere utilizzato per la definizione degli strumenti di ulteriore valutazione indicati da norme di legge o contrattuali

La valutazione è svolta dal dirigente responsabile della U.O. di assegnazione del dipendente valutato salvo potersi avvalere, con riferimento al personale del comparto direttamente coordinato in relazione al proprio incarico, dei dipendenti incaricati di posizione organizzativa o di coordinamento.

Le valutazioni vengono effettuate con cadenza annuale utilizzando il modello di scheda vigente.

La metodologia definita dallo IOV prevede cinque aree di valutazione nel rispetto delle disposizioni normative e contrattuali nazionali: Area della collaborazione, Area della comunicazione, Area della qualità erogata, Area dell'efficienza e Area della formazione.
All'interno delle suddette Aree sono specificati alcuni elementi analitici (item) per ciascuno dei quali è prevista una scala di giudizio su cinque gradi, corrispondenti ai seguenti giudizi di valore:

SCALA	GIUDIZIO
5	Eccellente o oltre le aspettative
4	Pienamente rispondente alle aspettative
3	Adeguato o accettabile
2	Inadeguato
1	Gravemente inadeguato

Al termine del ciclo annuale di valutazione e in apposito colloquio individuale, il valutatore provvede ad informare il dipendente dell'esito della stessa. Tale incontro può essere preceduto da altri colloqui intermedi, soprattutto in quei casi ove il dirigente responsabile ritenga utile formalizzare l'esistenza di altri momenti di confronto con un/a dipendente.

La scheda di valutazione, debitamente compilata in tutte le parti che la compongono, deve essere firmata dal valutato per presa visione.

Al fine di facilitare le operazioni di compilazione e di sottoscrizione, nonché la stessa conservazione, viene utilizzato un sistema informatizzato, le cui istruzioni vengono trasmesse annualmente a valutatori e valutati, separatamente ciascuno per le rispettive attività da compiere, anticipatamente rispetto all'inizio del periodo di valutazione.

Definizione della quota individuale di incentivazione e criteri per la valorizzazione del merito

Premesso che, ai sensi della lett. c), comma 9, dell'art. 103 del CCNL 02.11.2022 rubricato Fondo premialità e condizioni di lavoro *ai premi correlati alla performance organizzativa o individuale è comunque destinato, in sede di contrattazione integrativa ai sensi dell'art. 9 comma 5 lettera a) (Contrattazione collettiva integrativa: soggetti e materie), un importo non inferiore al 70% delle risorse destinate ai medesimi premi nell'anno 2022,* con il vigente accordo aziendale del 11.06.2025 è stato stabilito quanto segue.

Il fondo destinato alla premialità è ripartito come segue:

- 70 % per la performance organizzativa (P.O.);

- 30 % per la performance individuale (P.I.).

Il 60% dei premi riconducibile alla P.O. è collegato a specifici indicatori funzionali al monitoraggio periodico della performance del personale del comparto, a tal fine sono state predisposte specifiche schede, per ambito Dipartimentale, Direzione di Area di afferenza o complessiva di Istituto.

Il riconoscimento economico verrà erogato mensilmente in esito al raggiungimento degli obiettivi specifici definiti nelle schede di cui sopra a seguito del monitoraggio bimestrale predisposto dall'amministrazione.

L'andamento della performance organizzativa su base bimestrale sarà sottoposto alla valutazione dell'OIV con medesima cadenza, prevedendo inoltre una verifica semestrale sull'andamento complessivo dell'attività dell'Istituto: qualora l'OIV non certifichi il conseguimento degli indicatori le relative quote economiche corrisposte al personale verranno conguagliate.

Per il dettaglio delle tempistiche del processo si rimanda alla tabella 21.

Il restante 10% della P.O. viene attribuito al termine del ciclo della performance dell'Istituto certificato dall'OIV, e pertanto con riferimento al raggiungimento degli obbiettivi annuali di budget propri di ciascuna UO di riferimento.

Il restante 30% della premialità è collegato alla P.I. e viene corrisposta a saldo, in esito al processo di valutazione ed è proporzionata alla stessa.
I premi correlati alla performance organizzativa ed individuale spettano a tutto il personale con rapporto a tempo indeterminato e determinato. Al fine della corresponsione dei predetti premi si tiene conto dell'assiduità e del contributo quantitativo sulla base della effettiva presenza in servizio.
Al personale in *part time*, la quota di incentivazione alle performance organizzative ed individuali viene ridotta in proporzione all'orario effettuato.
Al personale neo assunto la quota individuale spettante è erogata dopo il superamento del periodo di prova.
La quota individuale è determinata, pertanto, sulla base dei criteri definiti in contrattazione collettiva integrativa aziendale e dall'ammontare delle risorse a disposizione.

La quota relativa a <u>tutta</u> la P.O. viene riconosciuta secondo i seguenti parametri:

- Percentuale di raggiungimento degli obiettivi >= 90%: 100% della quota;
- Percentuale di raggiungimento degli obiettivi >= 70%-89%: stessa % della quota;
- Percentuale di raggiungimento degli obiettivi >= 50%-69%: 50% della quota;
- Percentuale di raggiungimento degli obiettivi < 50%: 0% della quota.

Il 30% della premialità collegato alla P.I. viene corrisposta a saldo, in esito al processo di valutazione, per il quale si rinvia ai criteri di cui all'art. 3 del Regolamento sulla valutazione per il riconoscimento del merito del personale del comparto sottoscritto il 4/11/2015.
L'erogazione del premio per la P.I. è proporzionata alla valutazione individuale annuale espressa dal valutatore.
Il riconoscimento economico verrà erogato a seguito dell'approvazione della Relazione annuale sulla performance da parte dell'OIV.

La valutazione negativa comporta il mancato riconoscimento della produttività e il recupero delle quote corrisposte a titolo di performance organizzativa in corso d'anno.
Nei casi in cui, alla fine dell'anno di riferimento, a causa della ridotta presenza in servizio sopraggiunta in corso d'anno - in linea generale riscontrabile nei casi in cui la prestazione lavorativa effettiva risulti inferiore a 60 giorni - si rilevi una oggettiva impossibilità per il singolo di aver preso concretamente parte al raggiungimento degli obiettivi aziendali, la prestazione del dipendente non sarà valutata negativamente o dichiarata non sufficiente, ma dichiarata "non valutabile" implicando il mancato riconoscimento della premialità.

La valutazione individuale delle aree dirigenziali

Anche la valutazione del personale dell'area dirigenziale, al pari di quanto visto relativamente al personale del comparto, è disciplinata dagli accordi integrativi aziendali sottoscritti con le organizzazioni sindacali di categoria (Contratto Collettivo Integrativo dell'area sanità del 16.01.2024 e Contratto Collettivo Integrativo dell'area PTA del 9.06.2015 e integrato in data 30.08.2017).

Il punto di partenza è comune e si identifica nella succitata *performance* organizzativa e nella correlazione con la misurazione della *performance* individuale determinata, secondo quanto contenuto negli accordi con le OO.SS., considerando la presenza in servizio, l'incarico professionale conferito per il quale è stato previsto specifico coefficiente, il grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati dalla Direzione Strategica, nonché la valutazione individuale espressa attraverso l'apposita scheda.

La scheda di valutazione individuale utilizzata a partire dall'anno 2015 si differenzia in relazione alla natura dell'incarico dirigenziale, ovvero tra incarico gestionale e incarico professionale. La metodologia applicata dall'Istituto in via generale per esprimere i giudizi su tutti i possibili elementi da valutare, prevede la definizione di un certo numero di aree di esame e, all'interno di queste, l'indicazione degli elementi analitici (item) sui quali il valutatore di prima istanza è chiamato ad esprimere il proprio giudizio sintetico. Di seguito si procede ad illustrare i passaggi metodologici relativi alla valutazione sia professionale che gestionale.
Per l'espressione del giudizio relativo a ciascun "item" il valutatore di prima istanza potrà orientarsi sulla base di una scala di valutazione, cui corrispondono altrettanti giudizi di valore differenziale. La correlazione fra giudizi sintetici e punteggio è definita secondo lo schema seguente:

Punteggio	Giudizio sintetico	Esito osservato
5	Eccellente	Largamente al di sopra dell'attesa
4	Buono	Superiore all'attesa
3	Adeguato	In linea con l'attesa
2	Mediocre	Inferiore all'attesa
1	Scarso	Largamente al di sotto dell'attesa

A garanzia del diritto alla trasparenza ed alla partecipazione del valutato, ogni responsabile chiamato a svolgere la proposta di valutazione deve specificare a tutti i dirigenti affidati alla sua responsabilità quali siano gli elementi procedurali previsti compresa la scala dei giudizi possibili. Egli

deve svolgere almeno due incontri, durante i quali dovrà aver cura di illustrare i comportamenti ritenuti congrui per conseguire il giudizio adeguato (3) in relazione a ciascun item riportato. Nella compilazione della scheda il valutatore è tenuto a motivare negli spazi riservati o attraverso una relazione ogni giudizio inferiore al valore medio di riferimento (adeguato).

Definizione della quota individuale di retribuzione di risultato

L'erogazione della quota individuale è commisurata alle effettive risorse finanziarie disponibili e ai criteri definiti in contrattazione collettiva integrativa aziendale.

Il riconoscimento economico verrà erogato a conclusione della verifica operata dall'O.I.V. sul positivo raggiungimento, da parte del personale dirigente, degli obiettivi di risultato.
Nel caso di parziale/mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati, la quota economica della parte relativa alla performance organizzativa viene ridotta in relazione alla percentuale raggiunta ed attribuita secondo le seguenti percentuali:

- in presenza di valutazione pari o superiore al 90% il risultato si intende integralmente conseguito;
- per valutazioni comprese tra il 70% e l'89% il risultato si intende raggiunto al 75%;
- per valutazioni comprese tra il 35% e il 69% il risultato si intende raggiunto al 50%;
- per valutazioni inferiori al 35% nulla viene riconosciuto.

I soggetti competenti e la procedura dei ricorsi

Come già è stato accennato, esistono in sostanza due livelli di valutazione: quello del raggiungimento degli obiettivi della Struttura (*performance* organizzativa) e quello relativo al giudizio del singolo (*performance* individuale). I risultati gestionali della Strutture e di ciascun Dipartimento, Struttura Complessa/Semplice a valenza dipartimentale e Semplice, nonché i risultati dei dirigenti responsabili/apicali vengono valutati dal sopra citato Organismo Indipendente di Valutazione.
Per la *performance* individuale, ai sensi degli accordi integrativi sottoscritti, la figura preposta alla valutazione si identifica, a seconda dell'area di riferimento, seguendo generalmente un principio gerarchico. Nello specifico, per il comparto la valutazione sarà compito della figura gerarchicamente immediatamente superiore che opera a diretto contatto con il valutato (dirigente d'area amministrativa/tecnica, coordinatore area tecnico-sanitaria. Il coordinatore stesso sarà valutato dal dirigente delle Professioni Sanitarie. Per la dirigenza la valutazione rientra nelle competenze del Direttore di Struttura Complessa/Direttore di Dipartimento od eventualmente, per competenza, al Direttore Sanitario od Amministrativo.
Qualora un dipendente rilevasse divergenze sulla valutazione espressa da parte dei responsabili, avrà la possibilità di presentare ricorso all'Organismo di conciliazione per il personale del comparto o all'Organismo Indipendente di Valutazione per il personale della Dirigenza, esplicitandone le motivazioni secondo la procedura di seguito dettagliata:

- entro 30 giorni dalla sottoscrizione della scheda di valutazione da parte del valutato, deve essere effettuata un'istanza protocollata all'Organismo/Direttore Generale, indicante i motivi di disaccordo;

- nel caso di mancata sottoscrizione, il termine decorre dalla data di avvenuta conoscenza certificata dal valutatore (si ricorda che la sottoscrizione è per presa visione);
- l'Organismo procederà a contattare il valutatore di prima istanza ed il valutato;
- nel caso in cui ritenga fondati i motivi evidenziati dal ricorrente, l'Organismo di Conciliazione potrà chiedere al valutatore di prima istanza di procedere ad una revisione della valutazione. Nel caso di istanza da parte di un dirigente, l'O.I.V. verifica e valida la correttezza metodologica con la possibilità di modificare o integrare la valutazione qualora rilevasse anomalie significative. In caso di valutazione negativa del dirigente, l'O.I.V. procederà con valutazioni di merito ai sensi del CCNL delle Aree dirigenziali;
- in caso contrario procederà ad archiviare l'istanza con comunicazione all'istante.

2.2.4 Timing del processo

Tabella 21 – timing del ciclo della performance

Fase	Anno 2026											
	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Set	Ott	Nov	Dic
Valutazione Performance Organizzativa - obiettivi di budget UUOO 2025												
Valutazione Performance Individuale anno 2025												
Relazione sulla Performance anno 2025												
Validazione OIV della Relazione sulla Performance 2025												
Erogazione retribuzione di risultato a saldo anno 2025												
Approvazione "Piano integrato attività e organizzazione 2026-2028" e "Documento delle Direttive 2026"												
Negoziazione Budget 2026												
Monitoraggio intermedio obiettivi di budget anno 2026 (schede budget UO)												
Monitoraggio intermedio obiettivi di budget anno 2026 (comparto)												
Validazione OIV risultati intermedi budget anno 2026 (comparto)												
Rinegoziazione Schede di Budget 2026												

2.3 Rischi corruttivi e trasparenza

2.3.1 I ruoli nel sistema della prevenzione della corruzione

Efficacia **Strettamente connessa**

Al contributo attivo di tutti gli attori all'interno dell'organizzazione

Concorrono alla realizzazione degli obiettivi di prevenzione dei fenomeni di corruzione e di illegalità e partecipano al processo di gestione del relativo rischio i seguenti soggetti:

Il Direttore Generale

Il Direttore Generale è l'organo di indirizzo dell'ente che individua il Responsabile della Prevenzione della corruzione e della trasparenza, disponendo le eventuali modifiche organizzative necessarie per assicurare funzioni e poteri idonei per lo svolgimento dell'incarico, con piena autonomia ed effettività; definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono contenuto necessario del presente documento di programmazione, adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano, direttamente o indirettamente, finalizzati alla Prevenzione della corruzione.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT)

Nominato con deliberazione del Direttore Generale n. 27 del 16/01/2026 nella persona del dr. Alessandro Giuriola, Responsabile UOS Controllo di Gestione, ai sensi dell'articolo 1, comma 7, della Legge n. 190 del 2012 esercita i compiti attribuiti dalla legge e dal presente Piano, in particolare:

In materia di misure di prevenzione della corruzione:

- predisporre e verificare l'attuazione e l'idoneità del sistema di prevenzione della corruzione previsto nella apposita sezione del PIAO;
- presentare all'organo di indirizzo, per la necessaria approvazione, una proposta di misure di prevenzione della corruzione;
- vigilare sull'attuazione, da parte di tutti i destinatari, delle misure di prevenzione del rischio contenute nel Piano;
- segnalare all'organo di indirizzo e all'OIV le disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza;

- indicare agli uffici competenti all'esercizio dell'azione disciplinare i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza;
- redigere la Relazione annuale da pubblicare sul sito istituzionale dell'amministrazione (art. 1, comma 14, Legge n. 190/2012).

In materia di trasparenza:

- Elaborare un'apposita sezione del Piano dedicata alla trasparenza;
- Svolgere un'attività di monitoraggio sulla effettiva pubblicazione dei dati previsti dalla normativa vigente e segnalando gli inadempimenti rilevati, in relazione alla gravità, all'OIV, all'organo di indirizzo politico, ad ANAC o all'UPD (art. 43, co. 1 e 5, d.lgs. 33/2013);
- Ricevere istanze di accesso civico "semplice" (art. 5, co. 1, d.lgs. 33/2013) e (art. 5, co. 2, d.lgs. 33/2013), ricevere e trattare le richieste di riesame in caso di diniego totale o parziale dell'accesso civico generalizzato o di mancata risposta.

In materia di *whistleblowing*:

- Ricevere, prendere in carico le segnalazioni, porre in essere gli atti necessari ad una prima "attività di verifica e di analisi delle segnalazioni ricevute" da ritenersi obbligatoria in base al co. 5 dell'art. 4 del Decreto legislativo n. 24 del 10 marzo 2023.

In materia di imparzialità soggettiva del funzionario:

- ha capacità di intervento, anche sanzionatorio, ai fini dell'accertamento delle responsabilità soggettive ai sensi del d.lgs. 39/2013, in particolare deve:
  - vigilare sul rispetto, da parte dell'amministrazione, delle disposizioni in materia di inconferibilità e di incompatibilità degli incarichi (art. 15 comma 1);
  - contestare all'interessato l'esistenza o l'insorgenza delle situazioni di inconferibilità e di incompatibilità di cui al citato decreto legislativo;
  - segnalare all'Autorità Nazionale Anticorruzione, all'Autorità garante della concorrenza e del mercato ai fini dell'esercizio delle funzioni di cui alla legge 20 luglio 2004, n. 215, nonché alla Corte dei Conti, per l'accertamento di eventuali responsabilità amministrative, i casi di possibili violazione del citato decreto legislativo art. 15 comma 2).

Secondo il codice di comportamento, ai sensi del DPR n. 62/2013 e successive modifiche e integrazioni:

- curare la diffusione della conoscenza del Codice di comportamento, il monitoraggio annuale sulla loro attuazione;
- la violazione, da parte dei dipendenti dell'Istituto, delle misure di prevenzione previste dal piano costituisce illecito disciplinare.

In caso di commissione, all'interno dell'amministrazione, di un reato di corruzione accertato con sentenza passata in giudicato, il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza

risponde ai sensi dell'art. 21 del D. Lgs. n. 165/2001 e ss.mm.ii., nonché sul piano disciplinare, oltre che per il danno erariale e all'immagine della pubblica amministrazione, salvo che provi tutte le seguenti circostanze:

I. di aver predisposto, prima della commissione del fatto, il piano di prevenzione della corruzione e della trasparenza;
II. adempiuto agli obblighi di informazione ai dipendenti delle misure di prevenzione della corruzione previste nel Piano;
III. di aver vigilato sul funzionamento e sull'osservanza del piano;
IV. individuato specifici obblighi di trasparenza.

Nella definizione della strategia di prevenzione, assume un ruolo centrale la tempestiva e completa trasmissione al Responsabile della Prevenzione di tutti gli elementi, dati e informazioni che gli consentono di avere contezza di eventi o fattori sintomatici di potenziali situazioni patologiche e di definire le conseguenti misure correttive per rafforzare il sistema di prevenzione.

L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)

In base al D. Lgs. n. 97/2016 vengono rafforzate le funzioni affidate all'OIV, che:

- verifica che la sezione della prevenzione della corruzione e della trasparenza sia coerente con le altre sezioni del PIAO e gli obiettivi di programmazione strategico-gestionale e che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza;
- verifica i contenuti della relazione sui risultati dell'attività svolta dal responsabile in rapporto agli obiettivi inerenti alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza;
- riferisce all'ANAC sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza;
- fornisce le informazioni che l'ANAC richiede in merito all'attuazione delle misure di prevenzione, tanto quanto il RPCT;
- svolge compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza amministrativa (articoli 43 e 44 d.lgs. 33/2013);
- esprime parere obbligatorio sul Codice di comportamento e sulle sue modifiche (articolo 54, comma 5, d.lgs. 165/2001).

I Dirigenti

I Dirigenti, nell'ambito delle Strutture di rispettiva competenza, partecipano al processo di gestione del rischio ai sensi e per gli effetti dell'articolo 16 del D. Lgs. n. 165 del 2001.

I Dirigenti hanno un ruolo centrale ai fini della concreta realizzazione degli obiettivi di prevenzione del rischio corruttivo e della promozione e diffusione della cultura della legalità e del rispetto delle regole nella loro dimensione di valori funzionali al miglioramento dell'efficienza dei servizi, della qualità delle prestazioni e dei rapporti con gli utenti e fra dipendenti. In tale prospettiva, l'approccio dei Dirigenti Responsabili delle articolazioni aziendali deve essere in primis finalizzato al conseguimento del pieno e motivato coinvolgimento di tutti i dirigenti e dipendenti assegnati alle

strutture di rispettiva competenza nel processo di gestione e prevenzione del rischio di corruzione e di promozione della legalità. Pertanto i dirigenti:

- concorrono alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione e a controllare il rispetto da parte dei dipendenti dell'ufficio cui sono preposti (comma 1-bis);
- forniscono le informazioni richieste dal soggetto competente per l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione e formulano specifiche proposte volte alla prevenzione del rischio medesimo (comma 1-ter);
- provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva (comma 1-quater).

I Dirigenti inoltre, con riguardo alle attività considerate a rischio dal presente Piano:

- svolgono attività informativa nei confronti del RPCT ai sensi dell'articolo 1, comma 9, lett. c, della legge 190 del 2012;
- osservano le misure contenute nella sezione prevenzione della corruzione e della trasparenza del presente PIAO;
- vigilano sull'applicazione dei codici di comportamento e ne verificano le ipotesi di violazione, ai fini dei conseguenti procedimenti disciplinari.

I Dirigenti responsabili di struttura individuano almeno un referente interno con il compito di sovrintendere e coordinare le attività e gli adempimenti in materia di anticorruzione nell'ambito della struttura cui sono preposti.

La violazione dei compiti di cui sopra, nonché la mancata collaborazione con il RPCT, è fonte di responsabilità disciplinare, oltre che dirigenziale e viene considerata nella valutazione annuale delle prestazioni dirigenziali.

I Referenti per la prevenzione della corruzione

La costituzione di una rete di referenti ha quale obiettivo primario quello di creare un sistema di comunicazione e di informazione circolare, per assicurare che le misure di prevenzione della corruzione siano elaborate e monitorate secondo un processo partecipato.

In relazione alla Prevenzione della Corruzione i referenti concorrono:

- al processo di analisi dei rischi (mappatura dei processi, individuazione dei rischi e delle relative misure di mitigazione);
- a verificare l'efficacia e l'idoneità del Piano e proporre eventuali modifiche o integrazioni;
- a formulare proposte in merito all'adozione di soluzioni organizzative, sistemi di verifica e controllo, adozione/modificazione/integrazione di protocolli operativi e procedure e di ogni altra misura idonea a contrastare e prevenire il rischio di illegalità;
- a vigilare, anche mediante verifiche e controlli a campione, sull'effettiva attuazione del Piano

nell'ambito delle aree di rispettiva competenza e segnalare tempestivamente al RPCT eventuali criticità e, in particolare, ogni fatto di natura corruttiva o situazione che possa rappresentare un potenziale rischio di commissione di fatti illeciti;

- a redigere annualmente apposita relazione indirizzata al responsabile della prevenzione della corruzione illustrando l'attività svolta in tema di prevenzione;
- a cooperare con il RPCT ai fini della definizione dei fabbisogni formativi e della selezione del personale da inserire nei relativi percorsi;
- a monitorare l'attività svolta dai Responsabili e Dirigenti delle strutture ricomprese nella macro-area di competenza, anche con riferimento agli obblighi di rotazione del personale, segnalando tempestivamente al Responsabile della Prevenzione ogni irregolarità o criticità riscontrata.

Svolgono, inoltre, l'attività informativa nei confronti del RPCT e dell'Autorità giudiziaria (art.16 D. Lgs n.165/2001; art. 20 DPR n. 3/1957; art.1 comma 3, L.n.20/1994; art. 331 c.p.p.):

Gruppo di referenti di supporto al RPCT, con i responsabili delle funzioni aziendali maggiormente interessate dagli adempimenti della Trasparenza e dai possibili rischi di corruzione sono di seguito individuati da:

Referenti RPCT	
Referente Area della ricerca e delle sperimentazioni Cliniche	Responsabile UOSD Unità Ricerca Clinica
Ufficio procedimenti disciplinari (UPD)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
Referente rischio clinico	Risk manager
Referente Area Sanitaria	Direttore UOC Direzione Medica Ospedaliera
Referente Area della Farmacia e CESC	Direttore UOC Farmacia
Referente per i rifiuti	Collaboratore professionale sanitario con incarico organizzativo "Gestione rifiuti"
Internal Auditing	Responsabile Internal Audit
Referente Nucleo Aziendale Controllo (NAC)	Coordinatore del NAC
Referente Area legale e assicurativo	Collaboratore professionale amministrativo assegnato all'ufficio legale

I Referenti possono avvalersi del supporto di collaboratori.

Il responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA)

Ogni stazione appaltante è tenuta a nominare il soggetto responsabile (RASA) dell'inserimento e dell'aggiornamento annuale degli elementi identificativi della stazione appaltante stessa.

In riferimento all'obbligo di comunicazione, per l'espletamento del procedimento amministrativo sotteso all'applicazione dell'art. 33-ter del decreto legge n. 179 del 18.10.2012, del nominativo del responsabile, con funzioni di verifica o compilazione ed al successivo aggiornamento delle informazioni è stato specificamente individuato nel Direttore della UOC Provveditorato, Economato

e Gestione della logistica – Dott.ssa Maria Zanandrea, è preposto all'iscrizione ed all'aggiornamento dei dati inseriti nell'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (AUSA).

I dipendenti e collaboratori

I dipendenti dell'amministrazione:

- partecipano al processo di gestione del rischio;
- osservano le misure contenute nella sezione della prevenzione della corruzione e della trasparenza del presente PIAO;
- segnalano le situazioni di illecito ed i casi di personale conflitto di interessi.

Il coinvolgimento va assicurato:

- in termini di partecipazione attiva al processo di autoanalisi organizzativa e di mappatura dei processi;
- in termini di partecipazione attiva in sede di definizione delle misure di prevenzione;
- in sede di attuazione delle misure.

A tal fine, negli atti relativi all'instaurazione del rapporto di lavoro/collaborazione, dovrà essere inserita, a cura della UOC Gestione Risorse Umane, una clausola che preveda l'impegno ad osservare le prescrizioni del presente Piano e del Codice di comportamento e la risoluzione o decadenza dal rapporto, in caso di violazione.

Il Responsabile della UOC Gestione Risorse Umane informa ogni nuovo assunto o collaboratore dell'obbligo di prendere visione del Piano consultando l'apposito sito web e di trasmettere alla struttura medesima, entro e non oltre 15 giorni dalla data di decorrenza del contratto di assunzione/collaborazione, una dichiarazione di avvenuta presa visione del Piano.

Collaboratori

Per quanto riguarda il personale con contratti atipici (borse di studio, co.co.co, incarichi libero professionali), tirocini e frequenze, il presente Piano si applica, per quanto compatibile in relazione alla natura del rapporto con i processi aziendali, oltre che ai dipendenti con rapporto a tempo indeterminato o determinato e a tutti coloro che, a qualsiasi titolo, si trovino ad operare all'interno delle strutture aziendali o in nome e per conto dell'Istituto.

Internal Auditing

Il Responsabile dell'Internal Auditing è chiamato a svolgere attività di "Internal Control" finalizzata a mitigare quei rischi che potrebbero impedire a un'azienda di raggiungere gli obiettivi prefissati, garantendo:

- efficacia ed efficienza operativa;
- affidabilità del reporting finanziario;
- conformità a leggi e regolamenti.

Il Sistema dei Controlli Interni, così inteso, è l'insieme delle regole, delle funzioni, delle strutture, delle risorse, dei processi e delle procedure che mirano ad assicurare, nel rispetto della sana e prudente gestione, il conseguimento delle seguenti finalità:

- verifica dell'attuazione delle strategie e delle politiche aziendali;
- contenimento del rischio entro il limite massimo accettato ("tolleranza al rischio" o appetito per il rischio");
- salvaguardia del valore delle attività e protezione dalle perdite;
- efficacia ed efficienza dei processi aziendali;
- affidabilità e sicurezza delle informazioni aziendali e delle procedure informatiche;
- prevenzione del rischio frode, laddove l'Istituto, anche involontariamente, sia coinvolto in attività illecite (con particolare riferimento a quelle connesse con il riciclaggio, l'usura ed il finanziamento al terrorismo);
- conformità delle operazioni con la legge e la normativa di vigilanza, nonché con le politiche, i regolamenti e le procedure interne.

Al fine di operare per processi, il Responsabile dell'Internal Auditing ha l'onere di diffondere la "cultura di processo": tutto il personale dell'organizzazione deve sentirsi protagonista di un insieme preciso di processi orientati al soddisfacimento dei bisogni aziendali, e diretti anche a individuare i rischi corruttivi e le misure di prevenzione da adottare.

Il Responsabile dell'Internal Auditing mette a disposizione del RPCT l'aggiornamento del Control Risk Self Assessment (CRSA) svolto in Istituto nella parte che impatta con il rischio corruttivo; comunica al RPCT la programmazione di audit in modo da condividere l'interesse reciproco sulle attività ed allineare per quanto possibile il piano di di Audit con il piano di prevenzione della corruzione.

Ottiene la collaborazione del RPCT in fase di Audit per gli aspetti di rischio frode, in particolare nella stesura delle osservazioni e nella proposta del piano di azioni a contenimento del rischio corruttivo.

2.3.2 Altri soggetti

L'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD)

L'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD), la cui composizione e funzioni è prevista nel "*Regolamento relativo all'organizzazione e funzionamento dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari"*, approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 1084 del 21.12.2023, è competente per i procedimenti disciplinari, sia per il personale del comparto del Servizio Sanitario Nazionale che per il personale della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica ed amministrativa e della dirigenza medica (articolo 55 bis d.lgs. n. 165 del 2001) e per il personale del ruolo della ricerca sanitaria;

- provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria (art.20 D.P.R. n. 3 del 1957; art.1, comma 3, l. n. 20 del 1994; art. 331 c.p.p.);
- cura l'aggiornamento del Codice di Comportamento aziendale, l'esame delle segnalazioni di violazione dei Codici di Comportamento, la raccolta delle condotte illecite accertate e sanzionate, assicurando le garanzie di cui all'articolo 54-bis del decreto legislativo n. 165 del

2001;

- ai fini dell'attivazione del procedimento disciplinare per violazioni dei Codici di comportamento, l'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari può chiedere parere facoltativo all'Autorità Nazionale Anticorruzione secondo quanto stabilito dall'art. 1, comma 2, lett. d), della legge 190/2012;
- svolge le attività di vigilanza e, in raccordo col Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, di monitoraggio previste dall'art. 15 del DPR 62/2012 e dal Codice di Comportamento aziendale.

Il Risk Manager

Il Responsabile della gestione del rischio clinico aziendale (risk manager) svolge un ruolo fondamentale nell'ambito dell'attività di prevenzione degli eventi avversi e dell'attività di gestione e prevenzione del contenzioso:

- attiva percorsi di audit o altre metodologie finalizzati allo studio dei processi interni e delle criticità più frequenti, con segnalazione, anche in forma anonima, dell'evento o evento evitato (near miss) e analisi delle possibili attività finalizzate alla messa in sicurezza dei percorsi sanitari;
- rileva il rischio di inappropriatezza nei percorsi diagnostici e terapeutici e individua eventuali attività di medicina difensiva attiva e passiva;
- collabora con l'ufficio legale nella gestione dei sinistri per *malpractice*.

Il Nucleo Aziendale di Controllo (NAC)

Il NAC, costituito con apposita deliberazione del Direttore Generale, svolge controlli interni con riferimento all'appropriatezza delle prescrizioni delle prestazioni sanitarie e verifica la correttezza di gestione delle liste di attesa dei ricoveri programmati secondo le priorità assegnate. Per quanto concerne la specialistica ambulatoriale, verifica il rispetto dei tempi massimi di attesa per le prestazioni ambulatoriali e l'applicazione delle specifiche cliniche di prioritarizzazione delle prestazioni ambulatoriali definite a livello regionale e/o aziendale; accerta la corretta indicazione sulla ricetta delle esenzioni per patologia in relazione alle prestazioni prescritte e la corretta erogazione delle prestazioni, secondo quanto previsto dal D.M. del 28 maggio 1999, n. 329 e dal DPCM 12 gennaio 2017.

Il NAC predispone un "Piano annuale dei controlli interni" che riporti le tipologie di controllo che verranno esaminate nel corso dell'anno, e lo trasmette al Nucleo Regionale di Controllo (NRC).

Tale Piano deve essere conforme alle linee guida approvate dalla Regione Veneto con Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 93 del 10/09/2021 che prevede che lo stesso sia trasmesso al RPCT per certificare il buon funzionamento dei processi necessari a garantire il rispetto dei tempi e delle liste di attesa e dell'attività professionale *intra moenia*.

Il Responsabile della protezione dei dati (RPD)

Ai sensi dell'art. 39 del GDPR, il Responsabile della Protezione dei dati, nominato con apposita deliberazione del Direttore Generale, svolge i seguenti compiti:

- informa e fornisce consulenza al titolare o al responsabile del trattamento nonché ai dipendenti che eseguono il trattamento in merito agli obblighi derivanti dal regolamento e dalle norme vigenti in materia di protezione dei dati;
- sorveglia l'osservanza del GDPR all'interno dell'organizzazione del titolare;
- fornisce, se richiesto, un parere in merito alla valutazione d'impatto sulla protezione dei dati;
- funge da punto di contatto per l'Autorità di controllo per questioni connesse al trattamento;
- coordina l'implementazione e l'aggiornamento del registro delle attività di trattamento sotto la responsabilità del titolare.

Il RPD costituisce una figura di riferimento anche per il RPCT con cui collabora in caso delle istanze di riesame di decisioni sull'accesso civico generalizzato che possano riguardare profili attinenti alla protezione dei dati personali, e con i dirigenti responsabili della pubblicazione dei dati in Amministrazione Trasparente affinché i dati pubblicati siano conformi alla tutela dei dati personali degli interessati.

Con riferimento all'Anagrafica delle figure sopra riportate, si rinvia alla Sezione 1 del PIAO.

2.3.3 Valutazione di impatto del contesto esterno

Oltre a quanto esposto nella Sottosezione 2.1), cui si rinvia, con riferimento al contesto esterno si rappresenta che il territorio della Regione del Veneto, in cui l'Istituto opera, attira ormai da molto tempo grazie alla sua economia molti interessi illeciti, che si manifestano tramite infiltrazioni nell'economia legale e in particolare intercettano le opportunità fornite dagli appalti pubblici (si veda in particolare la Relazione del Ministro dell'Interno al Parlamento sulle "Attività svolta e risultati conseguiti dalla Direzione Investigativa Antimafia" – ed. 2024).

Se a questo si aggiungono la gestione dei fondi PNRR di matrice europea e gli effetti – anche sull'economia locale e sui flussi di denaro – originati dalle imminenti Olimpiadi Invernali 2026, il quadro emerge come meritevole di forte attenzione alle misure di controllo e prevenzione.

Utile richiamare anche che l'associazione di Promozione Sociale (APS) REACT e Transparency International Italia, che agisce nell'ambito e nei limiti del D. Lgs. n. 117/2017 (Codice del Terzo Settore o "CTS") e che ha come scopo peculiare il contrasto alle diverse forme di corruzione ha pubblicato, in occasione della seconda edizione della Giornata Nazionale per l'Integrità in Sanità, i risultati di un'indagine condotta su circa 4.000 dipendenti di aziende sanitarie per comprendere la loro conoscenza e la loro percezione del fenomeno corruttivo in ambito sanitario.

Dal report “Il valore pubblico dell’integrità” emerge che per i dipendenti delle strutture sanitarie intervistati la corruzione è ancora molto diffusa, sia a livello nazionale (94%) che nella propria regione (79%). La pandemia sembra aver aumentato i rischi, e gli effetti tuttora permangono: il 70% degli intervistati reputa che l’attuale emergenza sanitaria abbia fatto crescere il rischio di corruzione nella sanità italiana ed il 39% ritiene che il rischio sia aumentato anche nel proprio ente. Con l’emergenza pandemica, le preoccupazioni maggiori sono soprattutto legate a irregolarità nella somministrazione di tamponi e vaccini, al favoreggiamento di particolari fornitori di dispositivi di protezione individuale, e alla sottrazione di questi da parte del personale.

Gli strumenti per prevenire la corruzione ci sono, tuttavia non tutti sembrano funzionare allo stesso modo. I Codici di Comportamento sono adeguatamente conosciuti da almeno il 75% dei rispondenti, le percentuali si abbassano al 52% per il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e solo 1 dipendente su 2 è a conoscenza dei canali di segnalazioni interni.

L’Istituto per la promozione dell’Etica in Sanità ISPE/Sanità ha pubblicato “Il Libro bianco sulla corruption in Sanità”, volume nel quale viene fotografata la corruption in Sanità da diversi punti di vista.

Analisi qualitativa

La corruzione in sanità rimane un fenomeno ampiamente oscuro in termini quantitativi, ma i suoi effetti sono evidenti. Negli anni recenti, la Corte dei Conti ha rilevato che in sanità “si intrecciano con sorprendente facilità veri e propri episodi di malaffare con aspetti di cattiva gestione, talvolta favoriti dalla carenza dei sistemi di controllo” e che “il settore sanitario presenta livelli inaccettabili di inappropriatezza organizzativa e gestionale che vanno ad alimentare le già negative conseguenze causate dai frequenti episodi di corruzione a danno della collettività”.

I fattori generali che favoriscono la corruzione sono la natura consensuale del crimine, l’assenza di vittime dirette, la distanza causale tra accordo e vittimizzazione, la sofisticazione degli schemi criminali e la commistione con altri fenomeni di mal-amministrazione.

I drivers di corruzione in sanità sono 12, di cui quattro dal lato della domanda sanitaria, e otto dal lato dell'offerta sanitaria. Dal lato della domanda: Incertezza o debolezza del quadro normativo, asimmetria informativa tra utente e Sistema Sanitario, elevata parcellizzazione della domanda sanitaria, fragilità nella domanda di servizi di cura. Dal lato dell'offerta: forte ingerenza della politica nelle scelte tecnico-amministrative, elevata complessità del sistema, ampi poteri e discrezionalità nelle scelte aziendali e ospedaliere, basso livello di accountability del personale pubblico, bassi standard etici degli operatori pubblici, asimmetria informativa tra Sistema Sanitario e fornitori privati, crescita della sanità privata, scarsa trasparenza nell’uso delle risorse.

In particolare emergono criticità dalla frammentazione del quadro regolamentare a livello regionale e sub-regionale; dall'abuso della decretazione di urgenza; dall'esplosione del contenzioso, giustificato o strumentale. Anche la nuova legge anticorruzione (L.190/12) e i decreti attuativi presentano elementi di criticità, riducendo alcune pene edittali - e di conseguenza i termini di prescrizione, ignorando alcune fattispecie penali, e non tutelando adeguatamente i whistleblowers.

La complessità organizzativa ed il decentramento rendono più difficile effettuare i controlli, e genera una parcellizzazione delle risorse e moltiplicazione dei centri di potere discrezionale, anche ai livelli più bassi della struttura amministrativa.

L'asimmetria informativa espone al rischio di corruzione il cittadino, debole e poco informato rispetto al medico che agisce in sua vece rispetto al SSN, determinando la domanda e l'offerta sanitaria. L'asimmetria espone al rischio anche le aziende, soprattutto quelle che investono in R&D, che si trovano a confrontarsi con funzionari impreparati o incompetenti, limitando quindi le scelte del SSN sulla base di criteri di selezione inadeguati, insufficienti, obsoleti o inutili, a seconda dei casi. L'infungibilità è un altro driver di rischio, perché permette di bypassare le procedure ad evidenza pubblica.

L'affidamento ai privati convenzionati di porzioni sempre crescenti di sanità pubblica aumenta il rischio di corruzione a causa del conflitto naturale di interessi - di profitto per il privato e di riduzione dei servizi sanitari, idealmente investendo sulla prevenzione, e di costi da parte del SSN. La debolezza dei sistemi di controllo e l'elevato potere economico-politico che ruota attorno a tali affidamenti portano a schemi pericolosi di *grand corruption*, come si è visto in numerose regioni.

La politica ha esondato in sanità, superando i normali confini di indirizzo e di controllo e di nomina dei soggetti apicali delle strutture sanitarie, alterando la buona amministrazione nei settori delle nomine, degli appalti e degli accreditamenti privati, in alcuni casi arrivando a controllare l'intero sistema sanitario regionale.

Il senso civico e l'integrità del settore sanitario devono essere rafforzati. Il *whistleblowing*, ovvero il riportare situazioni illecite o sospette per prevenire la corruzione nella pubblica amministrazione, disciplinato dalla legge 190/2012, viene considerato dagli intervistati nel settore sanitario come strumento di delazione – anziché prevenzione – e fonte di tensione tra il personale. "L'analisi strutturale della spesa sanitaria regionale [...] appalesa la necessità di una attenta promozione della cultura della legalità e dell'etica pubblica anche in questo settore", afferma la Relazione Garofalo.

Il personale del sistema sanitario può approfittare di un basso livello di accountability per le proprie azioni, un incentivo a violare le regole. I sistemi interni di valutazione soffrono di corporativismo e autotutela che di fatto riducono la capacità di controllo. Le valutazioni dei dirigenti sono quasi sempre molto positive, indipendentemente dalla qualità dei servizi erogati o dai risultati della gestione economico-finanziaria dell'ente. Pur assistendo a una diffusione di codici di condotta e standard etici volontari, questi raramente contengono misure efficaci in termini di poteri d'indagine e sanzionatori, nonché di protezione per coloro che denunciano illegalità.

La trasparenza, ad oggi, rimane una buona intenzione, anche se le recenti norme stanno spingendo in modo deciso verso una maggiore trasparenza della PA.

Analisi quantitativa

Il tasso medio stimato di corruzione e frode in sanità è del 5,59%, con un intervallo che varia tra il 3,29 e il 10% (Leys e Button 2013). Per la sanità Italiana, che vale circa 110 miliardi di Euro/anno: questo si tradurrebbe in circa 6 miliardi di euro all'anno sottratti alle cure per i malati.

Il rischio di corruzione nell'acquisto di dispositivi per terapia meccanica, radiologica, elettrica e fisica è pari all'11-14%, secondo uno studio di PriceWaterHouseCooper (PwC 2013).

Nella percezione dei cittadini, la sanità (in particolare i servizi che seguono le gare e gli appalti) è un settore corrotto. Il 40% degli Italiani intervistati - contro il 30% della media UE - ritiene che la corruzione sia diffusa tra coloro che lavorano nel settore della salute pubblica, percentuale che sale al 59% per i funzionari che aggiudicano le gare d'appalto (media UE 47%), superati solo dai politici a livello nazionale (67% Italia, 57% UE).

Secondo il Bribe Payers Index 201110 la sanità si colloca al settimo posto, ma è probabilmente il settore in cui i cittadini, specie i più deboli, pagano, anche con la vita, i costi altissimi della corruzione.

Lo spreco di denaro pubblico negli appalti pubblici corrotti o sospetti (i casi con sospetta corruzione) è pari al 18% del budget complessivo dell'appalto, di cui il 13% deriva dal costo diretto della corruzione, sostiene PWC.

La corruzione in sanità provoca perdite pari a circa il 15% dei finanziamenti pubblici. Ed è un fenomeno che non riguarda solo il nostro paese, ma anche le altre nazioni europee. In Italia, con la legge Severino (la 190 del 2012) qualcosa si è mosso, soprattutto in termini di trasparenza e consapevolezza, ma la strada è ancora lunga.

Secondo gli ultimi dati di Transparency International Italia, tra inizio 2020 e aprile 2021 nel nostro paese sono stati riportati dai media 132 casi di corruzione nell'ambito sanitario/farmaceutico, al secondo posto rispetto al generale settore pubblico.

Le criticità

I casi analizzati nell'ambito di cinque ambiti (nomine, farmaceutica, procurement, negligenza, sanità privata) hanno evidenziato le seguenti problematiche:

- NOMINE: ingerenza politica, conflitto di interessi, revolving doors, spoil system, insindacabilità, discrezionalità, carenza di competenze;
- FARMACEUTICA: aumento artificioso dei prezzi, brevetti, comparaggio, falsa ricerca scientifica, prescrizioni fasulle, prescrizioni non necessarie, rimborsi fasulli;
- PROCUREMENT: gare non necessarie, procedure non corrette, gare orientate o cartelli, infiltrazione crimine organizzato, carenza di controlli, false attestazioni di forniture, inadempimenti-irregolarità non rilevate;
- NEGLIGENZA: scorrimento liste d'attesa, dirottamento verso sanità privata; false dichiarazioni (intramoenia); omessi versamenti (intramoenia);

- SANITÀ PRIVATA: mancata concorrenza, mancato controllo requisiti, ostacoli all'ingresso e
- scarso turnover, prestazioni inutili, false registrazioni DRG, falso documentale."

In ambito sanitario, l'obiettivo primario è la salute dei cittadini che, in un sistema di programmazione e di controllo delle Aziende Sanitarie del sistema sanitario regionale (nel nostro SSR, Aziende ULSS, Aziende Ospedaliere Universitarie e IOV- IRCCS), si proiettano verso una prospettiva manageriale che tiene conto dell'efficacia dei propri processi sia sotto il profilo quantitativo che qualitativo, e dell'efficienza, che invece considera l'economicità dei costi e l'ottimizzazione di tutti i fattori, compresi quelli tecnici. È doveroso proteggere il "sistema sanità" dal dissesto economico e da tutte le interferenze di natura interna ed esterna, anche nelle realtà gestionali pubbliche più piccole, pena la continua violazione dei diritti costituzionali.

Il comportamento, inteso come la condotta nelle scelte, negli obiettivi e nel controllo delle prime e dei secondi, richiede la presa di consapevolezza di un agire all'interno della cosa pubblica secondo trasparenza, legalità, performance, ragionevolezza, accessibilità, tracciabilità e comprensibilità. Solo così i sottoinsiemi proteggono l'insieme "sistema sanità" e si può garantire l'accesso e la fruibilità di tutti i Diritti riconosciuti dalla nostra Carta Costituzionale.

Il "sistema sanità" è il maggior capitolo di spesa a carico delle Regioni ed è uno dei fondi a maggior impatto sulle finanze pubbliche italiane. Gestire questi fondi significa non solo mettere al bando processi di sprechi, ma produrre salute secondo una logica di efficacia ed efficienza che deve tener conto non semplicemente del singolo, ma anche della collettività. Il sistema sanitario è caratterizzato da fattori di rischio unici e da una innata complessità che lo rendono particolarmente suscettibile alla corruzione. Ciò è dovuto ad una asimmetria informativa, a un largo numero di attori con interessi, ad un mix di attività privata e pubblica e all'ampia disponibilità di finanziamenti aggredibili.

La corruzione nel settore sanitario è molto più pericolosa che in altri settori. La corruzione viola i diritti degli individui e della comunità e quando questa penetra nel tessuto sanitario non crea solo un breakdown del sistema, ma colpisce profondamente gli outcomes e le performances. La corruzione nel settore sanitario ha impatti negativi sull'accesso ai servizi sanitari, sulle infrastrutture, sul finanziamento e sui determinanti sociali della salute stessa, comportando un'inflazione per i servizi sanitari. Perciò non si può ritenere che tali danni siano solo a carico della salute del singolo cittadino. Oltre 23 miliardi. È il costo finale di corruzione, sprechi, inefficienze per la sanità italiana. In senso stretto la corruzione, in realtà, manda in fumo ogni anno circa 6,4 miliardi che generano un effetto moltiplicatore sull'intero sistema: la 'corruption' totalizza così 23,6 miliardi l'anno e può essere addirittura maggiore. Sono alcuni dati del Libro bianco Ispe-Sanità sulla 'Corruption' e il Rapporto Trasparency-Rissc su 'Corruzione e sprechi in sanità', presentati nel corso dell'Assise nazionale sull'etica in sanità' pubblica, organizzato da Ispe Sanità (Istituto per la promozione dell'etica in sanità) e Trasparency International con il supporto di Rissc.

In tema di corruzione in sanità la geografia conta. Da un'indagine europea dell'università di Gothenburg, riportata nel Libro bianco emerge che, su 18 Paesi, l'Italia occupa la III posizione per attendibilità dei media sulla corruzione, l'11esima per segnalazioni dei cittadini di "pagamenti di

corrispettivi non dovuti” e 10ma nell'indicatore generale di "corruzione in istruzione, sanità e servizi pubblici".

La stessa indagine indica differenze regionali importanti nella sanità italiana; l'indicatore più generale di 'corruzione nei servizi pubblici' vede nelle posizioni più lusinghiere Bolzano (13), Valle d'Aosta (18), Trento (20) e nelle ultime posizioni Sicilia (148), Calabria (154) e Campania (157).

2.3.4 Valutazione di impatto del contesto interno

L’organizzazione dell’Istituto è descritta nella sezione 3.1 del documento a cui si fa rinvio, confermando che il RPCT ha collaborato all’analisi del contesto interno con la UOS Controllo di Gestione che si occupa di performance.

2.3.5 Mappatura dei processi sensibili

Costituisce l’individuazione e analisi dei processi organizzativi volti al raggiungimento degli obiettivi di performance volti a incrementare il Valore Pubblico (VP), da intendersi come miglioramento della qualità della vita e del benessere economico, sociale, ambientale degli utenti, degli stakeholder e di tutti i soggetti coinvolti e/o toccati dall’attività dell’Istituto.

Sotto il versante dell’analisi dei processi, al fine di garantire la redazione della sezione dell’anticorruzione e della trasparenza il più possibile aderente alla realtà istituzionale, è stato avviato nel 2025 un iter di rilevazione delle attività che possono risultare di interesse per le finalità di cui alla Legge n. 190 del 2012, pianificato per il triennio 2025-2026-2027, tenuto conto della implementazione del personale amministrativo in dotazione allo IOV e del forte turnover in alcune Unità Operative amministrative dello stesso che non ha garantito continuità e conoscenza dello sviluppo dei processi nel tempo. Sarà, inoltre, costituito un apposito Gruppo di Lavoro, che preveda il coinvolgimento di diverse aree e sensibilità per garantire una gestione quanto più efficace ed efficiente dei processi dell’Istituto, con focus privilegiato naturalmente su quelli sensibili.

La mappatura viene attuata con l’ausilio di un software per incrementare il grado di automazione e digitalizzazione dei processi e consentire di aumentare l’efficacia, l’efficienza dei processi amministrativi e il coordinamento delle attività di monitoraggio con il sistema dei controlli interni, nonché di soddisfare esigenze di semplificazione, così come previsto negli “Orientamenti per la pianificazione Anticorruzione e Trasparenza” approvato da ANAC in data 2 febbraio 2022. L’implementazione e la personalizzazione è stata avviata con il supporto della funzione Internal Auditing.

Nella mappa strategica 2026-2028 (Tabella 20) è previsto in capo alle Unità Operative individuate come esposte a rischi corruttivi l’obiettivo di budget della mappatura dei processi.

In tal modo l’intera attività amministrativa e di ricerca svolta dall’amministrazione viene gradualmente esaminata al fine di identificare aree che, in ragione della natura e delle peculiarità dell’attività stessa, risultino potenzialmente esposte a rischi corruttivi. La mappatura del processo avviene attraverso:

- elencazione dei processi o macro – processi;
- individuazione delle responsabilità e delle strutture organizzative che intervengono;
- individuazione del/dei process owner;
- indicazione dell'origine del processo (input) e del risultato atteso (output);
- descrizione della sequenza delle attività poste in essere, evidenziando tempi, vincoli, risorse e interrelazioni tra i processi e individuazione dei rischi;
- il coinvolgimento dei responsabili delle strutture organizzative;
- descrizione dei controlli relativi alle diverse fasi, se previsti;
- indicazione delle criticità eventualmente emerse durante la mappatura;
- misure di trattamento del rischio;
- monitoraggio e riesame.

Tale mappatura è un requisito indispensabile per la formulazione di adeguate misure di prevenzione e incide sulla qualità complessiva della gestione del rischio. Per la predisposizione degli allegati A, B e C del PIAO 2026-2028, stante la variazione dell'RPCT dell'ente (delibera del Commissario n. 27 del 16/01/2026), si è provveduto all'aggiornamento in continuità con la mappatura approvata del PIAO 2025-2027.

Fondamentale il coinvolgimento dei responsabili delle strutture organizzative principali.

L'identificazione dei processi IOV utilizzata nel presente Piano è, nell'impostazione, quella generata a livello di Internal audit delle Aziende del SSR. La lista dei processi viene allegata al presente Piano. (ALLEGATO A)

Continua ad essere sviluppato nel triennio 2025-2026-2027 un approfondimento graduale di ulteriori elementi di descrizione dei processi, fino al raggiungimento della completezza della descrizione del processo. Si segnala peraltro che all'aggiornamento della mappatura contribuirà, nel corso dell'anno 2026, l'interazione con gli appositi gruppi di lavoro inter-aziendali a livello di funzione di Internal Auditing, che esaminano e ampliano la mappa dei rischi potenziali (corruttivi ma non solo) previsti dalla normativa vigente, raffrontata con le *best practices* degli enti del SSR.

L'individuazione delle aree di rischio si pone in linea con quanto evidenziato dalla Determinazione n. 12/2015 di ANAC e ha la finalità di focalizzare l'attenzione su quegli ambiti all'interno dell'attività dell'intera Azienda che debbono essere presidiati più di altri mediante l'attuazione di misure di prevenzione.

Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi potenziali e concreti

A	Acquisizione e gestione del personale
B	Contratti pubblici
C	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio
D	Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni
E	Incarichi e nomine
F	Affari legali e contenzioso
G	Pianificazione e programmazione

I	Attività libero professionale
L	Liste di attesa
M	Gestione dei sinistri in autoassicurazione
N	Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie
O	Ricerca scientifica in ambito medico, sperimentazioni e sponsorizzazioni
P	Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero

La valutazione del rischio si articola in 5 fasi:

1. **L'identificazione del rischio:** *individuazione* dei comportamenti o fatti (anche ipotetici) che possono verificarsi in relazione ai processi di pertinenza dell'amministrazione, tramite cui si concretizza il fenomeno corruttivo (fonti informative: procedimenti disciplinari, segnalazioni, report di uffici di controllo, ecc.; interviste/incontri con il personale, workshop e focus group, benchmarking con amministrazioni simili; ecc.);
2. **Analisi del rischio** al fine di pervenire ad una *comprensione* più approfondita degli eventi rischiosi identificati (attraverso l'analisi dei cosiddetti fattori abilitanti della corruzione) e stimare il livello di esposizione dei processi e delle relative attività al rischio;
3. **Misurazione del rischio**, punta – a seguito dell'analisi – a definire le *priorità di trattamento* dei rischi, considerando gli obiettivi dell'organizzazione e il contesto in cui la stessa opera, attraverso il loro confronto;
4. **Trattamento del rischio**, prendendo come riferimento le risultanze della precedente fase, per definire le *azioni* da intraprendere per ridurre l'esposizione al rischio;
5. **Monitoraggio del rischio**, che è deputata alla *verifica* dell'efficacia delle azioni intraprese

Fase 1: Identificazione del rischio

L'intero processo di gestione del rischio si fonda sulla partecipazione ed il coinvolgimento, oltre che dei Referenti, dei Responsabili, dei Dirigenti delle strutture aziendali, e anche di tutti coloro che in concreto svolgono le attività oggetto di analisi.

Si ritiene di mantenere il ricorso a forme di autovalutazione da parte dei Responsabili delle Unità Operative coinvolte nello svolgimento del processo (cd. *self assessment*) le cui valutazioni devono esplicitare le motivazioni del giudizio espresso e fornire le evidenze a supporto. Il RCPT ha il compito di vagliare le valutazioni dei responsabili.

Considerata la complessità delle attività svolte dall'Istituto, e data la essenziale flessibilità e modificabilità del Piano, che deve essere resiliente alla concreta esperienza applicativa, la rilevazione suddetta sarà costantemente attualizzata e sarà soggetta ad aggiornamento periodico.

Con riferimento al sistema di controllo preventivo da costruire in relazione al rischio di commissione delle fattispecie di reato previste dalla legge 190/2012, il modello da raggiungere nel corso del tempo è rappresentato da un sistema di prevenzione tale da non poter essere aggirato se non fraudolentemente. In altre parole il modello organizzativo e le relative misure devono essere tali che l'agente non solo dovrà "volere" l'evento reato, ma potrà attuare il suo proposito criminoso soltanto aggirando fraudolentemente le indicazioni dell'Istituto. L'insieme delle misure che l'agente,

se vuole delinquere, sarà costretto a "forzare" dovrà essere realizzato in relazione alle specifiche attività dell'ente considerate a rischio ed ai singoli reati ipoteticamente collegabili alle stesse.

Fonti informative utilizzabili per l'identificazione degli eventi rischiosi

- le risultanze dell'analisi del contesto interno e esterno realizzate nelle fasi precedenti;
- le risultanze dell'analisi della mappatura dei processi;
- l'analisi di eventuali casi giudiziari e di altri episodi di corruzione o cattiva gestione accaduti in passato nell'amministrazione oppure in altre amministrazioni/ enti simili;
- incontri (o altre forme di interazione) con i responsabili degli uffici o il personale dell'amministrazione che abbia conoscenza diretta sui processi e quindi delle relative criticità;
- le risultanze dell'attività di monitoraggio svolta dal RPCT e delle attività svolte da altre strutture di controllo interno, individuate nel presente Piano;
- le segnalazioni ricevute tramite il canale del whistleblowing o tramite altra modalità (es. segnalazioni raccolte dal RUP o provenienti dalla società civile sia prima che dopo la consultazione nella sezione della prevenzione della corruzione e della trasparenza);
- le esemplificazioni elaborate dall'Autorità per il comparto sanità;
- il registro di rischi da implementare con i processi in corso di definizione con i responsabili delle Unità Operative interessate.

Il registro dei rischi

L'identificazione degli eventi rischiosi avviene nel "registro degli eventi rischiosi", nel quale saranno riportati gli eventi rischiosi relativi ai processi dell'amministrazione.
Per ogni processo sarà individuato almeno un evento rischioso in relazione:

- eventi rischiosi per processo
- eventi rischiosi per singola fase/attività

<u>Fase 2: Analisi del rischio corruttivo</u>

L'analisi del rischio ha un duplice obiettivo: il primo è quello di pervenire a un'analisi approfondita degli eventi rischiosi identificati attraverso l'analisi dei c.d. fattori abilitanti della corruzione, il secondo è quello di stimare il livello di esposizione dei processi e delle relative attività al rischio.

Fattori abilitanti del rischio corruttivo:

1) mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli): in fase di analisi viene verificato se siano già stati predisposti – ma soprattutto efficacemente attuati – strumenti di controllo relativi agli eventi rischiosi;
2) mancanza di trasparenza;
3) eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;
4) esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;
5) scarsa responsabilizzazione interna;
6) inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;

7) inadeguata diffusione della cultura della legalità;
8) mancata attuazione del principio di separazione di funzioni di "programmazione o di governo" dalle funzioni di gestione.

Gli indicatori di stima del livello di rischio:

a. livello di interesse "esterno": la presenza di interessi, anche economici, rilevanti e di benefici per i destinatari del processo determina un incremento del rischio;
b. grado di discrezionalità del decisore interno alla PA: la presenza di un processo decisionale altamente discrezionale determina un incremento del rischio rispetto ad un processo decisionale altamente vincolato;
c. manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata: se l'attività è stata già oggetto di eventi corruttivi in passato nell'amministrazione o in altre realtà simili, il rischio aumenta poiché quella attività ha delle caratteristiche che rendono attuabili gli eventi corruttivi;
d. opacità del processo decisionale: l'adozione di strumenti di trasparenza sostanziale, e non solo formale, riduce il rischio;
e. livello di collaborazione del responsabile del processo o dell'attività nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del piano: la scarsa collaborazione può segnalare un deficit di attenzione al tema della prevenzione della corruzione o comunque risultare in una opacità sul reale grado di rischiosità;
f. grado di attuazione delle misure di trattamento: l'attuazione di misure di trattamento si associa ad una minore possibilità di accadimento di fatti corruttivi.

Dalla valutazione combinata dei fattori abilitanti e degli indicatori di stima, scaturisce la metodologia Key Risk Indicators (KRI), utilizzata per la misurazione del rischio, articolata su una scala di n. 3 livelli di rischio, in grado di fornire delle indicazioni sul livello di esposizione al rischio del processo o delle sue attività componenti:

Fase 3: Misurazione del rischio

La fase della ponderazione del rischio consiste nell'agevolare, sulla base degli esiti dell'analisi del rischio, i processi decisionali riguardo a quali rischi necessitano un trattamento e le relative priorità di attuazione.

L'RPCT si interfaccia con l'Internal Audit e le UU.OO. interessate al fine di fissare la relativa gradazione.

Fase 4: Trattamento del rischio

Appare necessario prendere in considerazione sia le azioni da intraprendere per ridurre l'esposizione del rischio, sia le priorità di trattamento dei rischi, in coerenza con gli obiettivi dell'Amministrazione e con il contesto in cui la stessa opera. A tal scopo, in aderenza alla norma UNI ISO 37001:2016, in linea con le fonti normative in materia, si orienta:

- nella prevenzione della corruzione attraverso possibili **azioni**, da attivare contestualmente, compatibilmente con le risorse organizzative a disposizione:
- nel fissare **obiettivi** collegati alla prevenzione della corruzione e comunicare a tutto il personale in modo chiaro;
- nell'investimento in adeguate **risorse** di supporto;
- nel reclutamento di **personale** con adeguate competenze;
- nella **formazione** di tutto il personale per creare una cultura organizzativa contraria alla corruzione;
- nella gestione e il controllo dei **flussi di comunicazione**, sia interni che in ingresso/uscita;
- nella predisposizione di **adeguata documentazione** finalizzata a rendere più efficace il controllo del rischio e di migliorare la diffusione di prassi, procedure e comportamenti coerenti con la politica di prevenzione della corruzione;
- nei controlli sulla **conformità dei processi** ai criteri identificati per contenere i rischi di corruzione;
- nella conservazione di tracce documentate sugli **esiti dei controlli** in modo da avere evidenza che i processi vengano svolti come pianificato.

Il Registro delle attività mappate a fini di Anticorruzione è riportato nell'allegato B.

Fase 5: Monitoraggio del rischio

Ultima fase del processo è costituita dal fondamentale monitoraggio del rischio, così come mappato e affrontato secondo i punti precedenti.

In tal senso, il ruolo centrale è affidato alle relazioni periodiche predisposte dai Direttori/Responsabili delle Strutture cui i processi sensibili si riferiscono, che vengono condivise con il RPCT e l'Internal Audit con cadenza periodica.

2.3.6 Progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio

Le misure individuate per abbattere il rischio corruttivo, nel triennio 2026-2027-2028, seguono le seguenti generali e specifiche:

Misure generali:

- trasparenza
- codice di comportamento
- rotazione del personale
- rotazione straordinaria del personale

- misure di disciplina del conflitto di interesse
- svolgimento di attività e incarichi extraistituzionali
- inconferibilità/incompatibilità
- pantouflage
- patti di integrità negli affidamenti
- formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimenti incarichi in caso di condanna per delitti contro la P.A.
- tutela del Whistleblower
- formazione del personale

Esse hanno carattere trasversale e coinvolgono la generalità delle strutture. Nel corso dell'anno, ne verrà verificata l'attuazione, su programmazione e controllo a cura della RPCT, e secondo le indicazioni individuate nella metodologia di verifica di cui al presente Piano.

Codice di comportamento

Lo IOV-IRCCS ha adottato, ai sensi dell'art. 54, co. 5 del D. Lgs. n. 165/2001 ss.mm.ii., con procedura aperta alla partecipazione e previo parere obbligatorio dell'OIV, il codice di comportamento dei dipendenti e approvato con delibera del Direttore generale n. 568 del 27.09.2018.

Con delibera del Direttore Generale n. 1066 del 21.12.2023 è stato adottato l'aggiornamento del codice di comportamento dello IOV, predisposto dal RPCT in condivisione con l'UPD a seguito della pubblicazione del DPR 13.06.2023 n. 81 di integrazione del Codice di comportamento dei dipendenti pubblici di cui al DPR n. 62 del 2013 e delle Linee Guida adottate dall'A.N.A.C. approvate da ultimo con delibera n. 177/2020, previo parere dell'OIV. Il codice è stato pubblicato nel sito istituzionale per la procedura partecipativa per garantire la massima condivisione degli stakeholders e, alla scadenza del termine per la presentazione delle osservazioni, l'aggiornamento del codice di comportamento è stato approvato con delibera del Direttore Generale n. 447 del 16.05.2024 e pubblicato nel sito istituzionale a cura del RPCT, unitamente alla relazione illustrativa e trasmesso ad ANAC. L'aggiornamento del codice di comportamento è stato trasmesso a tutto il personale.

Il Codice si applica a tutto il personale dipendente dell'Istituto, compreso quello con qualifica dirigenziale, con rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato e determinato, a tempo pieno e a tempo parziale.

Gli obblighi di condotta previsti dal Codice sono estesi, in quanto compatibili, a tutti i collaboratori o consulenti (con qualsiasi tipologia di contratto o incarico ed a qualsiasi titolo), nonché nei confronti dei collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore dell'amministrazione.

A tale fine, negli atti di incarico o nei contratti di acquisizioni delle collaborazioni, delle consulenze e dei servizi, l'Istituto inserisce apposite disposizioni o clausole di risoluzione o decadenza del rapporto in caso di violazione degli obblighi derivanti dal Codice.

Vigilano sull'applicazione del Codice, ai sensi dell'art. 54, comma 6, del D. Lgs. n. 165 del 2001, i dirigenti responsabili di ciascuna struttura e l'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari (art. 17 del Codice di Comportamento dello IOV).

Il controllo sul rispetto dei codici da parte dei dirigenti, nonché sulla mancata vigilanza da parte di questi ultimi sull'attuazione dei codici presso le loro strutture, è svolto dal soggetto sovraordinato che attribuisce gli obiettivi ai fini della misurazione e valutazione della performance, con la conseguente incidenza sulla determinazione ed erogazione della retribuzione di risultato.

È regolarmente costituito l'Ufficio Procedimenti Disciplinari.

Il Codice di comportamento costituisce una delle principali misure di attuazione delle strategie di prevenzione della corruzione, all'interno dell'Amministrazione ed elemento essenziale del PTPC. Ai sensi di quanto previsto dal comma 7 dell'art. 54, D. Lgs. n. 165/2001 e delle previsioni di cui al comma 1, art. 15 del Codice di comportamento, il RPCT effettua annualmente il monitoraggio sull'applicazione del Codice di comportamento.

La rotazione del personale

L'applicazione del principio di rotazione nell'ambito sanitario presenta particolari criticità, specie in enti dall'organico altamente specialistico come l'Istituto. Sebbene misura di prevenzione della corruzione imprescindibile, va comunque attuata in modo non confliggente con l'ottimale funzionamento dell'assetto organizzativo dell'Ente e correlata all'esigenza di assicurare il buon andamento e la continuità del servizio pubblico erogato e di garantire la qualità delle competenze professionali necessarie per lo svolgimento di talune attività specifiche, con particolare riguardo a quelle con elevato contenuto tecnico, in una logica di necessaria complementarietà con le altre misure di prevenzione della corruzione.

La rotazione dei dirigenti sanitari è pertanto difficile, se non impossibile, in quanto figure c.d. "infungibili" il cui spostamento provocherebbe problemi oggettivi di continuità e di buon funzionamento dei servizi. Vi è da considerare inoltre lo stretto rapporto di collaborazione scientifica che lega l'Istituto e l'Università degli Studi di Padova e che si esplicita anche della designazione condivisa di alcune figure apicali all'interno dell'Istituto stesso.

Come evidenziato nella sezione Sanità del PNA 2016 e del PNA 2018, il settore clinico è sostanzialmente vincolato non solo dal possesso di titoli e competenze ma anche da *expertise* consolidate che inducono a considerare un ambito in cui la rotazione è di difficile applicabilità.

Gli incarichi amministrativi, professionali, tecnici richiedono anch'essi in molti casi competenze specifiche.

Vista, inoltre, la particolare limitatezza della dotazione organica dirigenziale dell'area professionale, tecnico-amministrativa, e il frequente turn over anche del personale del comparto, il processo di rotazione potrà essere consolidato nel momento in cui la dotazione stessa sarà implementata,

procedendo comunque alla cd. segregazione di funzioni, che comporta il frazionamento delle fasi della procedura e la riconduzione di ciascuna in capo a soggetti distinti.

In termini generali è opportuno rilevare come la rotazione del personale, in ottemperanza alle indicazioni di ANAC, quindi, è demandato alla UOC Gestione Risorse Umane la valutazione della sussistenza della possibilità di elaborazione di una disciplina specifica elaborata di concerto con le strutture interessate, da sottoporre all'approvazione di un provvedimento del Direttore Generale di adozione di un Piano di rotazione del personale.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza può, in ogni momento, comunque sottoporre richiesta di ottenere un report sulle misure adottate ai Responsabili delle strutture/unità.

La rotazione straordinaria del personale

La rotazione straordinaria costituisce una misura di carattere cautelativo da attuarsi nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva (ex art. 16 comma 1, lett. L-quater D.Lgs. n. 165/2001).

I Dirigenti responsabili delle Unità Operative e delle varie Strutture procedono, comunque, alla rotazione dei dipendenti coinvolti in procedimenti penali o disciplinari collegati a condotte di natura corruttiva (cd. rotazione straordinaria).

In ordine a tale istituto, l'A.N.AC. è intervenuta con la Delibera n. 215 del 26 marzo 2019, ad oggetto "Linee guida Linee guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria di cui all'art. 16, comma 1, lettera l-quater, del d.lgs. n. 165 del 45 2001" fornendo alle amministrazioni, tra l'altro, indicazioni sia sull'ambito soggettivo di applicazione, sia sull'ambito oggettivo, che si richiamano integralmente.

Detta misura dovrà essere prevista nella disciplina specifica relativa alla rotazione del personale da adottare.

Previsione di adozione di specifiche misure di contenimento dei rischi corruttivi alla luce del nuovo codice degli appalti

La UOC Provveditorato, Economato e Gestione della logistica e la UOSD Servizi Tecnici e Patrimoniali elaborano, con l'ausilio del responsabile dell'Internal Auditing e del RPCT, delle misure di contenimento dei rischi corruttivi in materia di appalti di lavori, servizi e beni, distinti per fasi di affidamento e fase di esecuzione, oltre a quelle già individuate nella presente sezione del Piano.

Misure di disciplina del conflitto di interessi

Tutti i dipendenti, il personale convenzionato e i collaboratori a qualsiasi titolo sono tenuti a rispettare gli obblighi di astensione in caso di conflitto di interessi previsto dalle norme vigenti, ed in particolare nei casi previsti dall'art. 6 bis nella L. n. 241/90, introdotto dall'art. 1, comma 41, della legge 190/2012, dagli articoli 16 e 95 del D. Lgs. n. 36/2023 ss.mm.ii., nonché dagli artt. 5, 6, 7 e 13

del Codice di comportamento nazionale e di quello aziendale, e a segnalare tempestivamente la situazione di conflitto, secondo le modalità stabilite nel Codice di comportamento aziendale.

I conflitti di interesse devono essere resi noti con immediatezza, attraverso una dichiarazione scritta da inviarsi al proprio responsabile.

Il soggetto destinatario della segnalazione deve valutare espressamente la situazione sottoposta alla sua attenzione e deve rispondere per iscritto al dipendente medesimo sollevandolo dall'incarico oppure motivando espressamente le ragioni che consentono, comunque, l'espletamento dell'attività da parte di quel dipendente.

Nel caso in cui sia necessario sollevare il dipendente dall'incarico, lo stesso dovrà essere affidato ad altro dipendente ovvero, in carenza di dipendenti professionalmente idonei, il Responsabile della struttura dovrà avocare a sé ogni compito relativo a quel procedimento.

La violazione sostanziale della norma, che si realizza con il compimento di un atto illegittimo, dà luogo a responsabilità disciplinare del dipendente suscettibile di essere sanzionata con l'irrogazione di sanzioni all'esito del relativo procedimento, oltre a poter costituire fonte di illegittimità del procedimento e del provvedimento conclusivo dello stesso, quale sintomo di eccesso di potere sotto il profilo dello sviamento della funzione tipica dell'azione amministrativa.

Per conflitto di interesse, reale o potenziale oppure apparente, si intende qualsiasi relazione intercorrente tra un dipendente/collaboratore/consulente e soggetti, persone fisiche o giuridiche, che sia o possa risultare o appaia di pregiudizio per l'Istituto, in particolare quanto al danno all'immagine.

I Responsabili delle unità organizzative devono provvedere a trasmettere tempestivamente le segnalazioni di astensione ricevute dal personale afferente alla propria struttura al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

La misura per la gestione del conflitto di interessi in materia di contratti pubblici è costituita dal sistema di dichiarazioni che vengono rese dai dipendenti e dai soggetti esterni coinvolti, dalle successive verifiche e valutazioni svolte dall'Istituto e dall'obbligo di astensione in caso di astensione in caso di sussistenza del conflitto.

Per i contratti che non utilizzano fondi PNRR e fondi strutturali, il RUP e i commissari di gara hanno sempre l'obbligo di rendere la dichiarazione per ogni singola gara.

Il RUP deve attestare all'interno del provvedimento di affidamento/aggiudicazione di aver accertato l'assenza di situazioni di conflitto di interessi, ovvero la ricorrenza di situazioni di conflitto tali, però, da non pregiudicare la procedura; ovvero la ricorrenza di significative situazioni di conflitto, a seguito delle quali sono state adottate specifiche misure di riduzione/eliminazione del rischio.

In data 29/12/2022 è stata approvata con il sistema Qualità la Procedura "Trattamento del conflitto d'interessi" (I_TA_P01) Rev00. Tale procedura è stata aggiornata in data 21.12.2023 (I_TA_P01) Rev 01.

Svolgimento di attività e incarichi extraistituzionali

Lo svolgimento di incarichi, soprattutto se extra-istituzionali può realizzare situazioni di conflitto di interesse che possono compromettere il buon andamento dell'azione amministrativa, ponendosi altresì come sintomo nell'evenienza di fatti corruttivi.

L'Istituto Oncologico Veneto ha adottato il Regolamento per lo svolgimento di incarichi extraistituzionali e sulla disciplina delle incompatibilità ai sensi dell'art. 53 del d. lgs. 165/2001 e ss.mm.ii, approvato con delibera del Direttore Generale n. 561 del 27/09/2018.

Quanto alle attività e incarichi extra-istituzionali, fatta salva la specifica disciplina prevista dalla legge per il personale dirigenziale del ruolo sanitario, lo svolgimento di incarichi e attività extra-istituzionali da parte dei dipendenti dell'Istituto è consentito nei limiti e nel rispetto della disciplina prevista dall'art. 53 del d.lgs. 165/2001 e dalle altre norme di legge ivi richiamate.

I Responsabili di struttura, ai fini della formulazione del parere/nulla osta di competenza, devono verificare e valutare l'assenza di situazioni di conflitto di interesse, anche solo potenziale, tra l'attività extra-istituzionale che il dipendente intende svolgere e l'attività istituzionale, nonché l'assenza di altre cause ostative allo svolgimento dell'attività e al rilascio del provvedimento, inclusa l'intervenuta irrogazione di sanzioni disciplinari nel corso dell'ultimo biennio per fatti di natura corruttiva; l'omesso versamento all'amministrazione, nei termini dalla medesima stabiliti, del compenso indebitamente percepito per lo svolgimento di incarichi/attività non autorizzata o comunque non autorizzabile, è fonte di responsabilità erariale in capo al dipendente indebito percettore.

Alla stregua delle modifiche apportate dalla legge 190/2012:

- i dipendenti sono tenuti a comunicare formalmente all'Ente anche l'attribuzione di incarichi gratuiti, utilizzando l'apposito modulo di comunicazione allegato al regolamento aziendale;
- l'irrogazione di sanzioni disciplinari per fatti di natura corruttiva costituisce causa ostativa al conferimento di incarichi aggiuntivi e/o allo svolgimento di incarichi/attività extra- istituzionali di cui all'art. 53, d.lgs. 165/2001.

Inconferibilità e incompatibilità degli incarichi

Il D. Lgs. 8 aprile 2013, n. 39, recante "Disposizioni in materia di inconferibilità degli incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50 della legge 6 novembre 2012, n. 190" individua agli articoli 3 e ss. le fattispecie di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi, disponendo, all'articolo 17, la nullità degli incarichi conferiti in violazione delle disposizioni in esso contenute e, all'articolo 19, la decadenza dai medesimi in caso di incompatibilità.

L'articolo 18 del D. Lgs. n. 39/2013 succitato, prevede, inoltre, le sanzioni da applicare nei casi di conferimento di incarichi poi dichiarati nulli, stabilendo, al comma 2, che "I componenti degli organi

che abbiano conferito incarichi dichiarati nulli non possono per tre mesi conferire gli incarichi di loro competenza".

Ruolo del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

A.N.AC., con delibera n. 833 del 3 agosto 2016 "Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del responsabile della prevenzione della corruzione. Attività di vigilanza e poteri di accertamento dell'A.N.AC. in caso di incarichi inconferibili e incompatibili" ha specificato, tra l'altro, conformemente all'orientamento giurisprudenziale determinatosi sul tema, il ruolo del RPCT all'interno del D. Lgs. n. 39/2013, quale soggetto titolare di una generale funzione di vigilanza sul rispetto delle disposizioni di cui al predetto decreto ed unico soggetto deputato ad avviare il procedimento di contestazione della situazione di irregolare conferimento di un incarico per violazione della normativa in materia di inconferibilità e incompatibilità, obbligato, al contempo, a segnalare tali violazioni direttamente all'A.N.A.C.

L'attività che il RPCT deve svolgere, si compone di due distinti accertamenti:

1. il primo di tipo oggettivo, avente ad oggetto l'accertamento della violazione delle disposizioni sulle inconferibilità;
2. il secondo destinato a valutare l'elemento psicologico della colpevolezza in capo all'organo che ha conferito l'incarico, ai fini dell'eventuale applicazione della sanzione interdittiva di cui all'art. 18 del D. Lgs. n. 39/2013.

Accertata, quindi, la sussistenza della causa di inconferibilità dell'incarico, il RPCT dichiara la nullità della nomina e procede alla verifica dell'elemento soggettivo del dolo o della colpa, anche lieve, in capo ai soggetti che all'atto della nomina componevano l'Organo che ha conferito l'incarico, ai fini della applicazione della sanzione inibitoria prevista all'art. 18.

Come chiarito dalla giurisprudenza amministrativa, a fronte della accertata violazione delle norme in tema di inconferibilità, il RPCT è tenuto a dichiarare la nullità dell'incarico conferito: tale potere ha natura vincolata, in quanto correlato al mero riscontro della inconferibilità dell'incarico.

Le Linee Guida si soffermano inoltre sui compiti del RPCT nell'avvio del procedimento di accertamento della causa di incompatibilità. In relazione a tale ipotesi, l'art. n. 19 prevede la decadenza e la risoluzione del contratto di lavoro subordinato o autonomo, decorso il termine perentorio di quindici giorni dalla contestazione all'interessato, da parte del RPCT, dell'insorgere della causa di incompatibilità. Anche in questo caso l'accertamento è di tipo oggettivo, essendo sufficiente il mero accertamento della sussistenza di una causa di incompatibilità.

La violazione delle disposizioni del D. Lgs. n. 39/2013 costituisce una delle disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione che, in base all'art. 1, co. 7, della Legge n. 190/2012, come modificata dal D. Lgs. n. 97/2016, il RPCT deve segnalare all'Organo di indirizzo e all'OIV, indica agli uffici competenti all'esercizio dell'azione disciplinare i nominativi dei dipendenti responsabili della scorretta attuazione della misura.

Attività successive alla cessazione del servizio – *"pantouflage"*

Con riferimento all'attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (c.d. *pantouflage*), in ottemperanza alle modifiche apportate dalla L.190/2012 all'art. 53 del D. Lgs. 165/2001, nei contratti di assunzione del personale deve essere inserita la clausola che prevede il divieto per i dipendenti che negli ultimi tre anni di servizio hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali, di prestare attività lavorativa per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente.

Deve essere inserita:

- un'apposita clausola all'interno dei contratti di nuova assunzione e di conferimento di incarico dirigenziale, nonché nei moduli di recesso, sia di livello dirigenziale che non dirigenziale, che prevedono specificamente il divieto di pantouflage;
- previsione di una dichiarazione da sottoscrivere nei tre anni precedenti alla cessazione dal servizio o dall'incarico, con cui il dipendente si impegna al rispetto del divieto di pantouflage, allo scopo di evitare eventuali contestazioni in ordine alla conoscibilità della norma;
- previsione della misura di comunicazione obbligatoria, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto, dell'eventuale instaurazione di un nuovo rapporto di lavoro.
- in caso di soggetti esterni con i quali l'amministrazione stabilisce un rapporto di lavoro subordinato a tempo determinato o uno degli incarichi di cui all'art. 21 del d.lgs. 39/2013 previsione di una dichiarazione da rendere *una tantum* o all'inizio dell'incarico, con cui l'interessato si impegna al rispetto del divieto di pantouflage;
- previsione nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti di contratti pubblici dell'obbligo per l'operatore economico concorrente di dichiarare di non avere stipulato contratti di lavoro o comunque attribuito incarichi ad ex dipendenti pubblici in violazione del predetto divieto, per quanto di conoscenza, in conformità a quanto previsto nei bandi- tipo adottati dall'Autorità ai sensi dell'art. 71 del D. Lgs. n. 50/2016;
- inserimento nei bandi di gara, nonché negli atti di autorizzazione e concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici di qualunque genere a enti privati, come pure nelle Convenzioni comunque stipulati dall'Amministrazione di un richiamo esplicito alle sanzioni cui incorrono i soggetti per i quali emerga il mancato rispetto dell'art. 53, co. 16-ter, del D. Lgs. n. 165/2001.

Il divieto di *pantouflage* si applica:

- ai dipendenti con rapporto di lavoro a tempo indeterminato;
- ai dipendenti con rapporto di lavoro a tempo determinato o autonomo;
- ai titolari di incarichi di cui all'art. 21 del d. lgs 39/2013, incarichi di vertice.

Rientrano nei "poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni", sia provvedimenti afferenti specificamente alla conclusione di contratti per l'acquisizione di beni e servizi per la PA, sia provvedimenti adottati unilateralmente dalla pubblica amministrazione, quale manifestazione del potere autoritativo, che incidono, modificandole, sulle situazioni giuridiche soggettive dei destinatari.

La conseguenza della violazione del divieto di *pantouflage* è la nullità dei contratti conclusi e degli incarichi conferiti. ANAC nei bandi tipo n. 1/2023 ha previsto la clausola del *pantouflage* tra le cause di esclusione dalle procedure di gara.

Si rinvia alle Linee Guida N. 1 adottate da ANAC con delibera n. 493 del 25 settembre 2024.

Patti di integrità negli affidamenti

Nello specifico settore dei contratti pubblici, il dirigente della UOC Provveditorato, Economato e gestione della Logistica e il dirigente della UOSD Servizi Tecnici e Patrimoniali provvedono a:

- monitorare il rispetto del principio di ripartizione dei ruoli – funzioni nell'ambito di ciascun sotto-processo di acquisto/ affidamento di lavori;
- verificare l'inesistenza di conflitti di interesse in capo ai soggetti richiedenti/utilizzatori i beni, lavori, servizi, nonché in capo ai componenti le commissioni giudicatrici, i gruppi tecnici nominati per la stesura dei capitolati, etc.;
- inserire nei bandi/capitolati/contratti le clausole di cui al protocollo di legalità sottoscritto dalla Regione del Veneto in data 10 dicembre 2020 con valenza di patto di integrità;
- verificare che sia rispettato il percorso autorizzativo prestabilito per ciascuna tipologia di bene/servizio/lavoro prima di dare l'avvio all'iter di acquisizione;
- verificare che la documentazione comprovante l'esclusività di un prodotto sia esaustiva, circostanziata e, se possibile, supportata da indagini di mercato e studi scientifici;
- procedimentalizzare la fase di consultazione preliminare del mercato, al fine di rispettare il principio di trasparenza;
- pubblicare tempestivamente la programmazione dei lavori/degli acquisti, secondo fabbisogni vagliati e autorizzati dal responsabile della Struttura competente.

La Regione Veneto, con DGRV n. 1822 del 29 dicembre 2020 ha approvato le clausole-tipo da inserire nei bandi di gara e/o nei contratti per l'applicazione del Protocollo di legalità sottoscritto in data 17 settembre 2019 e delle ulteriori clausole-tipo da inserire nella documentazione di gara e contrattuale. Da ultimo, con DGRV n. 721 dell'8 luglio 2025 è stata approvata la nuova versione del protocollo di legalità, perfezionato poi in via definitiva in data 9 ottobre 2025.

Le clausole approvate con la DGRV n. 1822/2020, che vengono richiamate dal presente Piano, sono valide, efficaci ed applicabili direttamente dallo IOV, con valenza di "Patto di integrità" purché specificamente accettate dall'operatore economico in sede di gara.

Formazione di commissioni, assegnazione agli uffici, conferimenti di incarichi in caso di condanna per delitti contro la pubblica amministrazione

L'art. 35-bis con rubrica "Prevenzione del fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni e nelle assegnazioni agli uffici", introdotto, nel corpo normativo del D. Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, dal comma 46 dell'art. 1 della Legge n. 190/2012 dispone che:

- 1. Coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale: a) non possono fare parte,

anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi; b) non possono essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati; c) non possono fare parte delle commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.

- 2. La disposizione prevista al comma 1 integra le leggi e regolamenti che disciplinano la formazione di commissioni e la nomina dei relativi segretari."

Qualora, a seguito dell'acquisizione di dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato ai sensi dell'art. 46 del DPR n. 445/2000, prima dell'assunzione degli incarichi di cui alle lettere a), b), c), comma 1, art. 35-bis, risultino precedenti penali per reati contro la P. A. a carico del soggetto, non potranno essere allo stesso conferiti gli incarichi di componente di commissione di cui alle lettere a) e c) o effettuate le assegnazioni agli uffici di cui alla lettera b) dell'art. 35-bis, co. 1 del D. Lgs. n. 165/2001.

Formazione del personale

La formazione è fondamentale per sviluppare la cultura della legalità, deve essere diretta ad un maggior numero di dipendenti e diretta ad un programma formativo sulla normativa relativa alla prevenzione e repressione della corruzione e sui temi della legalità.

Il programma di formazione va ad approfondire le norme penali in materia di reati contro la pubblica amministrazione ed in particolare i contenuti della Legge n. 190 del 2012 e della legge n. 179 del 2017, delle misure adottate dall'Istituto per prevenire i fenomeni corruttivi, gli aspetti etici e della legalità dell'attività oltre ad ogni tematica che si renda opportuna e utile per prevenire e contrastare la corruzione.

Si rinvia alla sezione della Formazione del presente PIAO.

Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti – *whistleblowing*

La segnalazione/denuncia ritenuta necessaria di condotte illecite consente l'emersione di fatti e comportamenti corruttivi. Il whistleblower (o "sentinella civica") assume un ruolo decisivo e strategico per l'efficacia della lotta alla corruzione, in ragione del fatto che la denuncia alle autorità competenti esterne all'amministrazione o la segnalazione al RPCT dell'amministrazione interessata creano nel medio e lungo termine un ambiente sfavorevole all'assunzione di comportamenti devianti dalla cura dell'interesse generale. Per promuovere tali comportamenti proattivi l'Amministrazione garantisce al segnalante un'adeguata tutela della riservatezza sulla propria identità e sul contenuto della segnalazione e dell'annessa documentazione.

Come inviare una segnalazione

- La segnalazione deve essere "spontanea"
- non riguarda doglianze di carattere personale del segnalante o rivendicazioni/istanze che rientrano nella disciplina del rapporto di lavoro o rapporti col superiore gerarchico o colleghi, per le quali occorre fare riferimento alla disciplina e alle procedure di competenza del Servizio Personale
- la segnalazione anonima, ove circostanziata è equiparata a segnalazione ordinaria e trattata conseguentemente
- inoltre è possibile inoltrarla sia in modalità digitale/informatizzata sia in modalità tradizionale (cartacea).

Nella segnalazione devono essere indicati:

- la denominazione e i recapiti del whistleblower nonché, se posseduto, l'indirizzo di posta elettronica certificata;
- i fatti oggetto di segnalazione e l'Amministrazione in cui sono avvenuti;
- l'Amministrazione cui appartiene il whistleblower e la qualifica/mansione svolta;
- una descrizione delle ragioni connesse all'attività lavorativa che hanno consentito la conoscenza dei fatti segnalati;
- l'indicazione di eventuali altri soggetti che possono riferire sui fatti oggetto di segnalazione;
- l'indicazione di eventuali documenti che possono confermare la fondatezza di tali fatti;
- ogni altra informazione che possa fornire un utile riscontro circa la sussistenza dei fatti segnalati.

Modalità digitale

Nel rispetto della disciplina innovata dal D. Lgs. 24/2023, la Piattaforma Whistleblowing PA, sistema digitale gratuito per gestire le segnalazioni di illeciti nella P.A a cui lo IOV ha aderito è stata aggiornata.

L'utilizzo della piattaforma informatica agevola l'espletamento degli accertamenti da parte degli istruttori, consentendo l'interlocuzione diretta con il segnalante, senza la necessità che sia acquisito il suo nominativo.

È quindi possibile collegarsi alla piattaforma dedicata, accessibile dal sito istituzionale IOV, cliccando alla voce "Amministrazione trasparente->Prevenzione della corruzione->Segnalazione di presunti illeciti o irregolarità", raggiungibile al seguente link:

https://www.ioveneto.it/istituzionale/amministrazione-trasparente/segnalazione-presunti-illeciti-irregolarita-cd-whistleblowing

la quale garantisce la possibilità di segnalare le condotte illecite in totale anonimato tecnologico.

Nel momento dell'invio della segnalazione, il segnalante riceve un codice numerico che deve conservare per poter accedere nuovamente alla segnalazione, verificare la risposta del Responsabile

per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza e dialogare rispondendo a richieste di chiarimenti o approfondimenti.

In alternativa, ed in via residuale, è possibile inoltrare una segnalazione anche in modalità tradizionale-cartacea:

- compilando e seguendo le istruzioni del modulo pubblicato sul sito istituzionale dell'Istituto, rinvenibile al link: https://www.ioveneto.it/wp-content/uploads/2022/03/Modulo-per-la-segnalazione-di-condotte-illecite-da-parte-del-dipendente-pubblico.pdf
- inviandolo successivamente, a mezzo del servizio postale o tramite posta interna, all'indirizzo sottostante in una busta chiusa, avendo cura che di riportare all'esterno la dicitura "All'attenzione del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza riservata/personale", come descritto nel modulo stesso:

Responsabile Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza IOV – S.P.M.

Via Gattamelata nr. 64

35128

Padova

La segnalazione ricevuta da un responsabile/dirigente dell'Istituto deve essere tempestivamente inoltrata, a cura del ricevente e nel rispetto delle garanzie di riservatezza, al Responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza al quale è affidata la sua protocollazione in via riservata e la tenuta del relativo registro.

Qualora il whistleblower rivesta la qualifica di pubblico ufficiale, l'invio della segnalazione interna non lo esonera dall'obbligo di denunciare alla competente Autorità giudiziaria i fatti penalmente rilevanti e le ipotesi di danno erariale.

Quando il destinatario della segnalazione è il RPCT

entro 15 giorni lavorativi, verifica la fondatezza delle circostanze rappresentate nella segnalazione nel rispetto dei principi di imparzialità e riservatezza effettuando ogni attività ritenuta opportuna, inclusa l'audizione personale del segnalante e di eventuali altri soggetti che possono riferire sui fatti segnalati.

Può avvalersi del supporto e della collaborazione delle competenti strutture dell'Istituto e, all'occorrenza, di organi di controllo esterni (tra cui la Corte dei Conti, la Guardia di Finanza, l'Agenzia delle Entrate, etc.).

Entro 60 giorni dalla data di avvio dell'istruttoria, qualora, all'esito della verifica, la segnalazione risulti fondata, il RPCT, in relazione alla natura della violazione, provvederà:

- a presentare denuncia all'autorità giudiziaria competente;
- a comunicare l'esito dell'accertamento al Responsabile dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari, nonché al Responsabile della struttura di appartenenza dell'autore della violazione accertata affinché sia espletato l'esercizio dell'azione disciplinare;

- a comunicare l'esito dell'accertamento alla Direzione dell'Istituto e alle strutture competenti affinché adottino gli eventuali ulteriori provvedimenti e/o azioni che nel caso concreto si rendano necessari a tutela dell'Istituto.

Misure specifiche

Sperimentazioni cliniche

Lo IOV ha da ultimo approvato, con deliberazione del Direttore Generale n. 394 del 24/04/2025, **il regolamento per lo svolgimento delle sperimentazioni profit e no-profit dell'IRCCS- IOV,** al fine di:

- razionalizzare il processo con evidenza di trasparenza nei percorsi di sperimentazione anche sotto gli aspetti di tracciabilità economica;
- assicurare coerenza delle attività di ricerca ai percorsi assistenziali ed organizzativi dell'Istituto Oncologico Veneto IRSS, anche al fine di contribuire al miglioramento delle strategie assistenziali, garantendo la massima tutela dei diritti dei pazienti coinvolti nelle attività di ricerca;
- assicurare ai professionisti una corretta conduzione della ricerca, anche attraverso l'attività di monitoraggio e rendicontazione;
- assicurare la congruità, la corretta attribuzione, la trasparenza, nonché l'equa ripartizione delle risorse economiche conseguenti alla conduzione di ricerche o sperimentazioni.

Quanto alla ripartizione dei proventi derivanti da sperimentazioni, in conformità alle disposizioni contenute nel PNA 2016 e richiamate dal PNA 2019, lo IOV ha sottoscritto gli accordi sindacali, per il comparto nel mese di ottobre 2020 e per la dirigenza nel mese di gennaio 2021, sulle modalità di remunerazione dell'attività diretta e indiretta erogata dal personale dipendente nello svolgimento delle sperimentazioni cliniche profit, tali accordi sono resi pubblici in Amministrazione Trasparente.

Il regolamento vigente prevede che a chi ha condotto la sperimentazione, può essere riconosciuto un compenso orario per l'attività aggiuntiva destinata alla sperimentazione e prestata al di fuori dell'orario di servizio assistenziale.

Gli accordi sindacali predetti prevedono i criteri per la remunerazione dell'attività diretta e indiretta svolta da personale dipendente nell'ambito di sperimentazioni profit.

Nell'ambito del monitoraggio il RPCT può verificare il rapporto tra il volume dell'attività svolta nell'ambito delle sperimentazioni cliniche e l'attività istituzionale, oltre che valutare l'elaborazione di appositi indicatori di rischio nella gestione delle sperimentazioni cliniche

Comodati d'uso

Con DGRV n. 1953 del 23 dicembre 2019 la Regione Veneto ha prescritto l'acquisizione del parere preventivo, obbligatorio e vincolante, della Commissione regionale per l'investimento in tecnologia ed edilizia (CRITE) per i contratti di concessione di comodato d'uso gratuito di attrezzature sanitarie.

Nel caso in cui l'analisi della proposta di comodato d'uso evidenzi costi a carico dello IOV, connessi all'utilizzo del bene, la struttura competente alla valutazione della proposta deve prendere in considerazione la previsione di eventuali corrispettivi economici in favore del soggetto comodante o comunque di un soggetto predeterminato, in quanto tale vincolo può attribuire all'intera operazione la natura di contratto di appalto, che deve come tale essere gestito secondo le ordinarie procedure di gara.

L' UOC Provveditorato, Economato e gestione della logistica ha l'onere di predisporre un set minimo di dati tra cui:

- il richiedente/l'utilizzatore;
- la tipologia della tecnologia;
- gli estremi dell'autorizzazione della direzione sanitaria;
- la durata/termini di scadenza;
- il valore economico della tecnologia;
- gli eventuali costi per l'azienda sanitaria correlati all'utilizzo della tecnologia

In data 5.01.2024 è stata approvata l'Istruzione Operativa del Comodato d'uso (I_DA_IO02) elaborata dal Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza insieme alla UOC Provveditorato, Economato e gestione della logistica.

Il RPCT chiede annualmente un report alla UOC Provveditorato, Economato e gestione della logistica

sulle percentuali dei beni concessi in comodato d'uso, successivamente acquistati dall'Ente.

Piano dei controlli interni – Liste di Attesa

Con DGRV n. 2022 del 28 dicembre 2018, "Aggiornamento dei controlli dell'attività sanitaria nella Regione Veneto", la Regione Veneto, alla luce di quanto disposto con DGRV n. 733 del 29 maggio 2017 che ha attribuito ad Azienda Zero le funzioni afferenti al Coordinamento Regionale per i controlli sanitari, l'appropriatezza e le liste di attesa e la sicurezza del paziente, ha rivisitato il sistema dei controlli sanitari, fermo restando la funzione di programmazione regionale in materia.

La DGRV n. 2022/2018 si propone di perseguire gli obiettivi di:

- potenziare i controlli interni al fine di migliorare l'appropriatezza di erogazione delle prestazioni di ricovero ed ambulatoriali e la correttezza di codifica, definendo una funzione di "certificazione interna";
- aumentare il livello di omogeneità delle codifiche e delle modalità di erogazione delle prestazioni, con auspicata riduzione delle contestazioni a livello dei controlli esterni;
- ribadire l'importanza degli organi deputati al controllo (Nucleo Aziendale) da una parte, e di quelli di supervisione e vigilanza (Nucleo Regionale) dall'altra, i quali garantiscono la necessaria imparzialità e omogeneità nello svolgimento dei controlli;
- mantenere il sistema il più possibile esplicito e trasparente grazie alla presenza dei Piani Annuali di Controllo e favorire una sinergia tra la funzione di pianificazione periferica e la funzione di coordinamento regionale.

Pertanto, con DDG n. 286 del 30/03/2022, è stata rinnovata la composizione del NAC prevedendo al suo interno la presenza di personale medico, infermieristico e amministrativo.

Il NAC elabora il "Piano annuale dei controlli interni" che deve essere presentato, entro il mese di marzo di ogni anno di riferimento, al Direttore Sanitario che ne curerà la successiva adozione e trasmissione al Nucleo Regionale di Controllo e al l'U.O.C. Ispezioni Sanitarie e Socio-Sanitarie di Azienda Zero.

Si rileva che il Piano dovrà comprendere, oltre a tutte le categorie di controllo definite dal provvedimento regionale 2022/2018, e dalle Linee guida per le attività dei Nuclei Aziendali di Controllo approvate con Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e sociale n. 93 del 10/09/2021, che andranno adeguatamente esplicitate e motivate.

All'interno del piano sono esplicitate le attività di prevenzione delle azioni in capo ai responsabili del Registro "Unico" dei ricoveri ospedalieri e registro "Unico delle liste operatorie" oltre al verbale dei controlli interni con relazione dei Responsabili delle Liste di attesa affinché sia evidente la verifica annuale del buon funzionamento dei processi necessari a garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa per le prestazioni in ottemperanza alla vigente normativa. Su questo specifico punto, si aggiunge che – in attuazione del Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA), di cui alla D.G.R.V. n. 626/2024 – è stato nominato il Responsabile del Servizio Governo Clinico e Appropriatezza nonché Responsabile Unico Aziendale dei Tempi d'Attesa (RUA) per la specialistica ambulatoriale e i ricoveri programmati.

Attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero

Con Determina n. 12 del 28/10/2015, ANAC ha aggiornato il Piano Nazionale Anticorruzione fornendo indicazioni integrative e chiarimenti con riferimento alla Sanità fornendo, tra l'altro, degli approfondimenti per alcune aree specifiche ritenute ad alto rischio tra le quali vengono prese in esame le attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero, tenuto conto delle forti implicazioni di natura sia etica sia economica che possono coinvolgere anche gli operatori sanitari connesse alla commistione di molteplici interessi che finiscono fatalmente per concentrarsi su questo particolare ambito.

Questo Istituto si avvale, previo Accordo, del servizio di obitorio dell'Azienda Ospedale Università di Padova per i decessi avvenuti presso l'ospedale di Padova e del servizio di obitorio dell'Azienda ULSS 2 per i decessi avvenuti presso la sede dell'Ospedale San Giacomo di Castelfranco Veneto.

2.3.7 Monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure

Lo sviluppo e l'applicazione delle misure di prevenzione della corruzione devono essere il risultato di un'azione sinergica e combinata dei singoli responsabili delle strutture e del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, secondo un processo "bottom-up" in sede di formulazione delle proposte e "top-down" per la successiva fase di verifica ed applicazione. Risulta fondamentale il coinvolgimento dei dirigenti delle strutture e di tutto il personale nell'attuazione della strategia di prevenzione per l'individuazione dei settori maggiormente esposti al rischio

corruzione, ma anche per il monitoraggio e l'attuazione delle attività connesse e presupposte alla redazione del presente Piano.

Tutti i dirigenti, con riferimento all'area di rispettiva competenza:

- partecipano al processo di gestione del rischio;
- assicurano l'osservanza del Codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione;
- verificano che siano rispettate dai propri preposti le misure necessarie alla prevenzione degli illeciti nell'amministrazione;
- rispettano e fanno rispettare le prescrizioni contenute nella sezione per la prevenzione della corruzione e della trasparenza del presente PIAO;
- osservano le misure contenute nella sezione per la prevenzione della corruzione e della trasparenza del presente PIAO;

In particolare, i Referenti del RPCT e gli altri dirigenti responsabili delle Unità Operative e delle varie Strutture devono elaborare modalità e meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione.

A tal fine i Referenti e i dirigenti responsabili delle Unità Operative e delle varie Strutture in genere devono formalizzare, con comunicazione al Responsabile della Prevenzione della corruzione e della trasparenza, le procedure utilizzate indicando, per categorie e senza eccessivo aggravio della procedura, i controlli di regolarità e legittimità effettuati e i soggetti che li operano e procedere al loro periodico monitoraggio specificando l'oggetto e la tempistica dei controlli.

I dirigenti responsabili delle Unità Operative e delle varie Strutture dovranno altresì programmare incontri sistematici, al fine di formare ed aggiornare il personale afferente su norme, procedure e prassi.

Tutti i dirigenti, in particolare i responsabili di struttura non sanitaria, per l'area di rispettiva competenza devono:

- monitorare le attività e garantire il rispetto dei tempi procedimentali, costituente elemento sintomatico del corretto funzionamento amministrativo;
- segnalare, tempestivamente, qualsiasi altra anomalia accertata adottando, laddove possibile, le azioni necessarie per eliminarle oppure proponendo al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, ove non rientrino nella competenza dirigenziale;
- proporre al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza i dipendenti da inserire nei diversi corsi del programma di formazione sulla prevenzione della corruzione e della trasparenza;
- garantire il monitoraggio delle eventuali situazioni di conflitto di interessi del personale assegnato, esaminando le relative dichiarazioni e decidendo sulla necessità dell'astensione, ai sensi degli artt. 51 c.p.c., 6 bis l. 241/1990 e 6 del Codice di comportamento dei dipendenti pubblici e dello IOV;
- provvedere affinché l'organizzazione della struttura/servizio/ufficio sia resa trasparente, con evidenza delle responsabilità per procedimento, processo e prodotto;

- intensificare i controlli a campione su dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio rese dai dipendenti.

Di tali adempimenti dovrà essere data periodicamente evidenza alla Direzione generale e al Responsabile della Prevenzione della corruzione e della trasparenza.

I Referenti del RPCT e gli altri dirigenti responsabili delle Unità Operative e delle varie Strutture non sanitarie individuano i termini per la conclusione dei procedimenti di competenza, anche parziale, e provvedono al monitoraggio periodico del loro rispetto con cadenza almeno semestrale.

Il prospetto dei termini di conclusione dei procedimenti di competenza deve essere trasmesso da ciascun dirigente interessato alla Direzione generale e al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della trasparenza.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza verifica che i Dirigenti responsabili delle U.O. e delle varie Strutture provvedono periodicamente al monitoraggio del rispetto dei termini di conclusione dei procedimenti, acquisendo dagli stessi un report periodico in materia.

Al fine di prevenire e controllare il rischio derivante da possibili atti di corruzione, il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, in qualsiasi momento, può richiedere ai Responsabili cui afferiscono i dipendenti che hanno istruito e/o adottato il provvedimento finale, di dare per iscritto adeguata motivazione circa le circostanze di fatto e le ragioni giuridiche che sottendono all'adozione del provvedimento stesso.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione può, in ogni momento, verificare e chiedere delucidazioni per iscritto e verbalmente a tutti i dipendenti su comportamenti che possono integrare anche solo potenzialmente ipotesi astratte di corruzione e illegalità, di regola per il tramite dei rispettivi Responsabili.

Si dà atto che, anche per l'anno 2025, sono stati raccolti i vari riscontri dalle UU.OO. coinvolte.

2.3.8 Trasparenza e tutela dei dati personali

Con riferimento al combinato disposto normativo in materia di protezione dei dati personali (Regolamento (UE) 2016/679 e D. Lgs.196/2003 e ss.mm.ii.) e del riordino della trasparenza amministrativa di cui al PNA 2022, l'Istituto pubblica sul proprio sito istituzionale i propri dati nel rispetto delle seguenti regole:

1. sul sito non dovranno mai essere pubblicati dati sulla salute e sulla vita sessuale (tale disposizione dovrà essere osservata in particolare dalle unità Operative aziendali che pubblicano i dati ai sensi degli artt. 14 e 26 del "decreto trasparenza");
2. sul sito possono essere pubblicati dati personali, contenuti anche in atti e documenti amministrativi (in forma integrale, per estratto, ivi compresi gli allegati), solo se vi è una norma di legge o di regolamento che preveda tale possibilità;
3. sul sito devono essere pubblicati solo i dati personali pertinenti rispetto alla finalità di

trasparenza che si intende perseguire nel caso concreto;

4. sul sito devono essere pubblicati solo i dati sensibili (ad esclusione di quelli di cui al punto 1 che non possono mai essere diffusi) e giudiziari che siano indispensabili, rispetto alla finalità di trasparenza che si intende perseguire nel caso concreto.

In conformità a quanto contenuto nella sentenza della Corte Costituzionale n. 20/2019 che si è pronunciata sul tema del bilanciamento della trasparenza e della privacy, quest'ultimo va compiuto avvalendosi del test di proporzionalità che «*richiede di valutare se la norma oggetto di scrutinio, con la misura e le modalità di applicazione stabilite, sia necessaria e idonea al conseguimento di obiettivi legittimamente perseguiti, in quanto, tra più misure appropriate, prescriva quella meno restrittiva dei diritti a confronto e stabilisca oneri non sproporzionati rispetto al perseguimento di detti obiettivi».*

Va inoltre tenuto conto dei seguenti principi:

- il regime normativo per il trattamento di dati personali «*è costituita esclusivamente da una norma di legge o, nei casi previsti dalla legge, di regolamento»* (art. 2 ter, d.lgs. n. 196/2003);
- principi di adeguatezza, pertinenza, esattezza e aggiornamento;
- il RPD, come da nomina di cui alla delibera del Direttore Generale, svolge specifici compiti, anche di supporto, per tutto lo IOV essendo chiamato a informare, fornire consulenza e sorvegliare in relazione al rispetto degli obblighi derivanti dalla normativa in materia di privacy.

Ruoli e responsabilità rispetto agli obblighi di pubblicazione

Il ruolo del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

Il Responsabile della Trasparenza coincide con il Responsabile per la prevenzione della corruzione.

Il RPCT è il soggetto preposto in Istituto all'applicazione delle disposizioni normative in materia di trasparenza di cui al D. Lgs. n. 33/2013, così come modificato dal D. Lgs. 97/2016. Il RPCT, nell'esercizio delle proprie funzioni, si avvale della collaborazione di una rete di Responsabili di Pubblicazione, come di seguito precisato. Il RPCT, nell'esercizio del ruolo di regia, di coordinamento e di monitoraggio sull'effettiva pubblicazione dei dati, documenti e informazioni di cui al D.Lgs. 33/2013 e s.m.i, non si sostituisce agli uffici nell'elaborazione, nella trasmissione e nella pubblicazione dei medesimi. Ai Dirigenti/Responsabili delle Unità Operative/uffici competenti per materia, dunque, è affidato il compito di individuare, elaborare, validare, aggiornare, trasmettere e pubblicare i dati di loro competenza sul sito internet aziendale, nelle sezioni concordate, all'interno dell'area denominata "Amministrazione Trasparente", coerentemente a quanto previsto all'art. 43 del D.Lgs. 33/2013.

Per lo svolgimento di tali attività collabora il gruppo di lavoro aziendale specificamente dedicato alla cura e aggiornamento del sito Internet d'Istituto.

La responsabilità dirigenziale non sanitaria

Alla dirigenza, in materia di Trasparenza, fanno capo importanti responsabilità in merito al controllo sulla regolarità e tempestività dei flussi di dati, documenti e informazioni da pubblicare.
I Dirigenti aziendali preposti alle strutture competenti alla produzione e aggiornamento della trasparenza:

- individuano, ciascuno per le proprie competenze e materie, i contenuti del programma e i dati oggetto di pubblicazione, nonché i termini temporali di pubblicazione e di aggiornamento;
- garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge;
- garantiscono l'integrità, il costante aggiornamento, la completezza, la tempestività, la semplicità di consultazione, la comprensibilità, l'omogeneità, la facile accessibilità, nonché la conformità ai documenti originali in possesso dell'Istituto, l'indicazione della loro provenienza e la riutilizzabilità delle informazioni pubblicate;
- individuano all'interno della propria struttura il personale che collaborerà all'esercizio delle suddette funzioni. La relativa designazione deve essere comunicata al RPCT;
- verificano la conformità ai documenti originali in possesso dell'Amministrazione nonché la loro provenienza e fruibilità nel rispetto dei limiti prefissati dalle norme sulla protezione dei dati personali ai sensi del GDPR 679/2016;
- verificano la corretta pubblicazione dei dati-aggiornamenti trasmessi nella sezione Amministrazione Trasparente del sito internet aziendale.

I Referenti

Prestano la collaborazione, qualora richiesta, e concorrono a:

- sensibilizzare le strutture in ordine agli adempimenti degli obblighi di trasparenza secondo le disposizioni normative vigenti, supportando all'occorrenza nell'individuazione, elaborazione, reperimento e trasmissione dei dati sottoposti all'obbligo di pubblicazione sul sito istituzionale;
- monitorare sul termine di aggiornamento delle pubblicazioni di propria competenza nel rispetto dei termini previsti;
- collaborare all'aggiornamento annuale della Sezione Trasparenza nel PIAO per la parte attinente alla trasparenza;
- comunicare eventuali criticità rispetto agli obblighi di pubblicazione, al fine di individuare, con il coordinamento del RPCT, la soluzione più adeguata;
- collaborare in ordine alla presa in carico degli accessi civici di competenza, monitorando la conclusione dei procedimenti di accesso;
- informare il RPCT, laddove si evidenzino eventuali criticità rilevate nelle rispettive strutture, in merito all'assolvimento degli obblighi in materia di trasparenza ed accesso civico.

Definizione dei flussi per la pubblicazione dei dati ed individuazione dei responsabili

La gestione degli obblighi di pubblicazione delle relative azioni viene effettuata con l'ausilio del supporto informatico dell'Ente (sito web) al fine di rendere completo ed esaustivo lo stesso e consentire al cittadino, al quale l'Istituto deve rendicontare, di fruire di tutti i documenti collegati.

Ai sensi di quanto previsto dall'art. 10 del D. Lgs. n. 33/2013 e ss.mm.ii., i flussi per la pubblicazione dei dati e l'individuazione dei Responsabili di Pubblicazione sono rappresentati nella tabella allegata al Piano (Allegato C – Elenco degli obblighi di pubblicazione). Le responsabilità, infine, sono indicate con riferimento alla struttura competente, come da organigramma pubblicato nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente".

Stato di adempimento degli obblighi di pubblicazione

In allegato, specifico rispetto a questa sezione e parte integrante del PIAO (allegato C), è riportato il prospetto riepilogativo e analitico dei dati da pubblicare nella sezione Amministrazione trasparente del sito istituzionale, con l'indicazione della descrizione delle attività, dei soggetti responsabili di ogni fase del processo (dalla selezione alla pubblicazione dei dati), dei termini previsti per gli adempimenti e della modalità di pubblicazione on line, secondo lo schema e i contenuti forniti dallo stesso D. Lgs. n. 33/2013 sulla trasparenza, così come declinati dalla citata Delibera ANAC n. 1310 del 28.12.2016.

La tabella di cui sopra (cfr. All. C) costituisce uno strumento dinamico e dai contenuti più articolati messo a disposizione dei Responsabili di pubblicazione.

L'"Albero adempimenti della trasparenza" individua tutti gli obblighi di pubblicazione ad oggi vigenti con indicazione per ogni obbligo:

- del/dei Responsabili di pubblicazione competenti;
- dei termini di pubblicazione delle informazioni/dati/documenti da pubblicare ed il loro aggiornamento;
- delle modalità di pubblicazione (tabelle, organigrammi, link ipertestuali, ecc.);
- dell'indicazione degli strumenti interpretativi dell'obbligo di pubblicazione, se presenti;
- il monitoraggio sull'attuazione degli obblighi.

L'adozione dell'Elenco consente ad ogni Responsabile di pubblicazione di individuare immediatamente ed autonomamente i propri obblighi di pubblicazione, di disporre di opportune indicazioni e suggerimenti relativi alle modalità di adempimento dell'obbligo e di poter consultare il link ipertestuale che rimanda alla pagina in cui deve essere pubblicata l'informazione e/o dati e/o documenti indicati nella mappa ricognitiva.

Con riferimento agli obblighi di pubblicazione in materia di contratti pubblici di lavori, servizi e forniture previste dal nuovo Codice dei contratti pubblici di cui al D. Lgs. 36/23, la UOC Provveditorato, economato e Gestione della Logistica e la UOSD Servizi Tecnici e Patrimoniali, con il supporto della UOC Sistemi Informatici, hanno il compito di assicurare il collegamento tra la sezione

“Amministrazione trasparente" del sito e la Banca dati delle amministrazioni pubbliche (BDNCP), secondo le disposizioni di cui al D.lgs. 33/2013. Tali obblighi di pubblicazione sono assolti:

- con la comunicazione tempestiva alla BDNCP, ai sensi dell’articolo 9-bis del d.lgs. 33/2013, di tutti i dati e le informazioni individuati nell’articolo 10 della deliberazione ANAC n. 261/2023;
- con l’inserimento sul sito istituzionale, nella sezione "Amministrazione trasparente", di un collegamento ipertestuale che rinvia ai dati relativi all’intero ciclo di vita del contratto contenuti nella (BDNCP). Il collegamento garantisce un accesso immediato e diretto ai dati da consultare riferiti allo specifico contratto della stazione appaltante e dell’ente concedente ed assicura la trasparenza in ogni fase della procedura contrattuale, dall’avvio all’esecuzione;
- con la pubblicazione in “Amministrazione Trasparente” del sito istituzionale dei soli atti e documenti, dati e informazioni che non devono essere comunicati alla BDNCP, come elencati nell’Allegato 1) della delibera n. ANAC 264/2023 e successivi aggiornamenti.

Si precisa che per trasmissione si intende, nel caso in cui di dati siano archiviati in una banca dati, sia l’immissione dei dati nell’archivio, sia la confluenza degli stessi dall’archivio al soggetto responsabile della pubblicazione sul sito.

Per quanto concerne la materia dei contratti pubblici, il D.Lgs. 36/2023 - nuovo Codice dei Contratti Pubblici, dispone nuove e ulteriori modalità di pubblicazione a valere dal 1° gennaio 2024.

In particolare, gli artt. 20, 21, 23 e 28 del citato decreto disciplinano la nuova trasparenza dei contratti pubblici, prevedendo, a partire dal 1° gennaio 2024:

- L’estensione degli obblighi di trasparenza all’intero ciclo di vita degli appalti pubblici (programmazione, progettazione, pubblicazione, affidamento ed esecuzione);
- La semplificazione degli adempimenti in attuazione del principio once only, con un unico invio degli atti da parte della stazione appaltante alla BDNCP gestita da ANAC, al duplice fine della loro pubblicità legale e della trasparenza.

La pubblicazione in Amministrazione trasparente dei dati relativi agli appalti è perciò residuale e si limita ai dati non oggetto di trasmissione alla BDNCP.

ANAC, con Delibera n. 495 del 25 settembre 2024, in un’ottica di semplificazione e uniformità dei dati pubblicati, ha approvato 3 schemi di pubblicazione ai sensi dell’art. 48 d.lgs. n. 33/2013, ai fini dell’assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui al medesimo decreto.

Gli schemi approvati, nello specifico, riguardano l’utilizzo delle risorse pubbliche (art. 4 bis), l’organizzazione delle pubbliche amministrazioni (art. 13) e i controlli su attività e organizzazione (art. 31).

L’Istituto ha correttamente aggiornato nel 2025 le relative sezioni in Amministrazione trasparente, adeguandosi agli schemi forniti da ANAC.

Al termine di tale periodo, i dati dovranno essere pubblicati in conformità agli standard adottati dall'Autorità.

La qualità dei dati pubblicati, ai sensi degli artt. 6 e 7 co. 1 e 9 d.lgs. 33/2013, devono rispettare i seguenti requisiti:

- INTEGRITA': il dato non deve essere parziale;
- COMPLETEZZA: la pubblicazione dev'essere esatta, accurata ed esaustiva. L'esattezza fa riferimento alla capacità del dato di rappresentare correttamente la realtà, l'accuratezza concerne invece la capacità del dato di riportare tutte le informazioni richieste dalle previsioni normative;
- TEMPESTIVITA': le informazioni, i dati e i documenti vanno pubblicati nell'immediatezza
- della loro adozione;
- COSTANTE AGGIORNAMENTO: il dato deve essere attuale e aggiornato rispetto al procedimento a cui si riferisce. In corrispondenza di ciascun contenuto della sezione A.T., è necessario indicare la data di aggiornamento;
- SEMPLICITA' DI CONSULTAZIONE: il dato dev'essere organizzato in modo da consentirne
- agevolmente la consultazione;
- COMPRENSIBILITA': il dato dev'essere chiaro nel suo contenuto;
- OMOGENEITA': il dato dev'essere coerente e non presentare contraddittorietà;
- FACILE ACCESSIBILITA' E RIUTILIZZABILITA': il dato deve essere predisposto e pubblicato in formato aperto e non possono essere disposti filtri e altre soluzioni tecniche che impediscano ai motori di ricerca web di indicizzare ed effettuare ricerche all'interno della sezione Amministrazione trasparente;
- CONFORMITA' AI DOCUMENTI ORIGINALI IN POSSESSO DELL'AMMINISTRAZIONE: occorre
- assicurare la conformità dei documenti pubblicati all'originale;
- INDICAZIONE DELLA LORO PROVENIENZA: qualora il dato sia il risultato di una rielaborazione di atti o documenti, è necessario indicarne la fonte;
- RISERVATEZZA: la diffusione tramite il sito istituzionale e il trattamento del dato deve rispettare i principi sul trattamento dei dati personali.

Ulteriore presupposto necessario per la pubblicazione dei dati è la **validazione**, la quale costituisce il processo che *"assicura la corrispondenza dei dati finali (pubblicati) con una serie di caratteristiche qualitative"*, avuto riguardo alla comprensibilità, conformità e attendibilità delle informazioni da pubblicare.

La validazione, all'interno di ciascuna Unità Operativa, è affidata al Dirigente responsabile del medesimo ufficio, in quanto soggetto che conosce in maniera approfondita i dati e le informazioni elaborate.

Misure di monitoraggio e di vigilanza sull'attuazione degli obblighi di trasparenza

Il Responsabile per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza, ha l'obbligo di verificare ed esaminare lo stato di attuazione degli adempimenti.

Per operare efficacemente l'azione di monitoraggio, è prevista l'attivazione mediante:

- verifica della tempestività degli aggiornamenti con particolare riferimento alla pubblicazione "a carattere tempestivo" contestuale al verificarsi degli atti/eventi riducendo a 30 giorni il termine massimo per l'adempimento dell'obbligo;
- implementazione di "dati ulteriori" per ampliare l'informazione puntuale dell'attività aziendale;
- verifica dell'assolvimento dell'obbligo di pubblicazione in formato open data;
- verifica ai fini del controllo in capo all'OIV della veridicità, completezza e tempestività dei dati pubblicati.

I Responsabili di pubblicazione, ciascuno per gli ambiti di propria competenza, trasmettono al RPCT, con cadenza semestrale (31 maggio e 30 novembre), una relazione attestante i risultati delle attività svolte e lo stato di adempimento degli obblighi di pubblicazione, con l'indicazione degli eventuali scostamenti rispetto a quanto previsto dal Piano.

Il monitoraggio viene effettuato attraverso un'analisi puntuale delle pubblicazioni nel sito web aziendale, con verifica completa di tutti gli obblighi. Attraverso queste relazioni, i Responsabili di pubblicazione attestano, per ogni obbligo di pubblicazione di propria competenza:

- lo stato di aggiornamento;
- la completezza del dato pubblicato;
- il formato utilizzato per la pubblicazione.

In una logica di miglioramento continuo, i Responsabili di pubblicazione evidenziano, in occasione del monitoraggio, eventuali criticità rilevate nell'attuazione dell'adempimento, con riferimento alla disponibilità e rintracciabilità delle informazioni; riferimenti temporali nell'Albero della Trasparenza; modalità di adempimento previste; qualità delle informazioni e dei documenti (struttura dei report, set minimo di informazioni previste, formati); eventuali modifiche organizzative intervenute rispetto a quanto riportato nella mappa ricognitiva degli obblighi. Sempre in una logica di miglioramento, alla luce dall'analisi delle relazioni di monitoraggio, il RPCT effettua le opportune verifiche, i cui esiti vengono comunicati ai Responsabili di pubblicazione, in occasione della richiesta della successiva relazione di monitoraggio del 30 novembre. Parimenti, gli esiti del monitoraggio avviato a novembre costituiscono la base di partenza per le verifiche previste al 31 maggio, assicurando così un ciclo continuo di monitoraggio in grado di dare evidenza della storicizzazione dei precedenti.

Attestazioni OIV, controllo sulla qualità dei dati

L'OIV, nello svolgimento dell'attività di attestazione dello stato di attuazione degli obblighi di pubblicazione, secondo le indicazioni date ogni anno da ANAC, verifica la presenza/assenza del dato o documento nella sezione «Amministrazione trasparente» del sito istituzionale, e si esprime anche su profili qualitativi che investono la completezza (ovvero se riporta tutte le informazioni richieste dalle previsioni normative e se è riferito a tutti gli uffici), l'aggiornamento e il formato aperto ed elaborabile del dato pubblicato.

Le attestazioni degli OIV, all'esito di ciascuna verifica, vengono quindi pubblicate a cura del RPCT nella corrispondente sezione in A.T., complete delle schede delle verifiche di monitoraggio.

Tale attestazione costituisce strumento di verifica in merito all'effettivo adempimento degli obblighi di trasparenza, l'attività di monitoraggio dell'Organismo Indipendente di Valutazione è focalizzata su un insieme delimitato di obblighi, indicati da ANAC con apposito provvedimento, ritenuti particolarmente rilevanti sotto il profilo economico e sociale, al fine di rendere tale attività al contempo maggiormente sostenibile ed efficace.

I soggetti deputati alla misurazione e valutazione delle performance, nonché l'Organismo Indipendente di valutazione, utilizzano le informazioni e i dati relativi all'attuazione degli obblighi di trasparenza ai fini della misurazione e valutazione delle performance, come da indicazioni ANAC.

Il RPCT, successivamente alla pubblicazione dell'attestazione OIV e all'invio ad ANAC, assume le iniziative – implementa le misure di trasparenza già adottate e ne individua e adotta di ulteriori – utili a superare le criticità segnalate dagli OIV, ovvero idonee a migliorare la rappresentazione dei dati per renderli più chiari e fruibili.

Accesso civico (D. lgs. 33/2013)

Lo strumento dell'accesso civico semplice (art. 5, co. 1 d.lgs. 33/2013) costituisce già un meccanismo di garanzia e correzione, attivabile da chiunque, introdotto dal legislatore e applicabile anche nell'adempimento degli obblighi di pubblicazione tramite standard.

Gli accessi verso la p.a. si sostanziano schematicamente nei seguenti diritti:

- DIRITTO DI ACCESSO DOCUMENTALE (l. n. 241/1990) - più profondo (posizione rivestita dal soggetto, interessi, motivazione) - meno ampio (solo documenti);
- DIRITTO DI ACCESSO CIVICO (SEMPLICE) (d.lgs. n. 33/2013) - strumento sanzionatorio verso la p.a. - inadempienza agli obblighi di pubblicazione;
- DIRITTO DI ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO (d.lgs. n. 33/2013 e circolari del DFP n. 2/2017 e 1/2019) - meno profondo (il solo diritto a conoscere) - più ampio (documenti, dati, informazioni).

La normativa vigente ha introdotto l'accesso civico generalizzato sul modello del Freedom of Information Act (FOIA). Tale istituto permette a "chiunque" di accedere ai documenti e ai dati detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione, fermi i limiti ex art 5 bis D. lgs n.33/2013.

L'accesso civico 'generalizzato', prescindendo dagli obblighi di pubblicazione, si manifesta come espressione della volontà del legislatore di configurare uno strumento di tutela dei diritti dei cittadini (*quivis de populo*, senza limiti, cioè, alla legittimazione soggettiva del richiedente che non necessita di alcuna motivazione) e di promozione della partecipazione degli interessati all'attività amministrativa, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati, e salvi i casi di segreto o di divieto di divulgazione previsti dall'ordinamento.

Si tratta di una dimensione diversa ed ulteriore rispetto all'istituto di accesso ai documenti amministrativi ex L. 7 agosto 1990 n. 241. Quest'ultimo, infatti, è uno strumento finalizzato a tutelare interessi giuridici particolari di soggetti portatori di un "interesse diretto, concreto e attuale, corrispondente ad una situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento al quale è chiesto l'accesso" e si esercita con la visione e l'estrazione di copia di documenti amministrativi.

Il RPCT riceve solo le domande di accesso civico c.d. semplice.

Il RPCT è organo di riesame per l'accesso civico generalizzato: l'art. 5, comma 7 del d.lgs. 33/2013 prevede che al RPCT possano essere rivolte (dai richiedenti o dai controinteressati) le istanze di riesame, in caso di diniego (totale o parziale) o di differimento dell'accesso civico.

L'art. 43, comma 4, del d.lgs. 33/2013 prevede che il RPCT, unitamente ai dirigenti responsabili dell'amministrazione, controlli e assicuri la regolare attuazione dell'accesso civico.

il RPCT può chiedere agli uffici dell'amministrazione informazioni sull'esito delle istanze ai sensi dell'art 5, comma 6 del D.lgs. 33/2013 e ss.mm.ii.

L'istanza di accesso civico identifica i dati, le informazioni o i documenti richiesti e non richiede motivazione.

L'istanza, può essere trasmessa per via telematica secondo le modalità previste dal decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, e successive modificazioni, ed è presentata al Protocollo Generale dello IOV che l'assegna all'ufficio che detiene i dati, le informazioni o i documenti.

Lo IOV ha approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 1017 del 21.11.2024 il "Regolamento in materia di accesso agli atti" disciplinante il diritto di accesso ai documenti amministrativi che contiene una disciplina organica e coordinata dei profili applicativi relativi alle tre tipologie di accesso: a) documentale; b) civico semplice; c) civico generalizzato pubblicato in "Amministrazione trasparente" in Disposizioni Generali-atti generali.

Lo IOV ha istituito un Registro delle richieste di accesso presentate (per tutte le tipologie di accesso) che è pubblicato in Amministrazione trasparente a cura del RPCT.

Per soddisfare i campi di registrazione richiesti dalla normativa e dalla circolare DFP sul FOIA è stata predisposta una nuova configurazione in sintonia con il software acquisito per la gestione del protocollo informatico e per la gestione documentale, prevedendo:

- Integrazione protocollo e registro accessi;
- Estrazione automatica del registro degli accessi (da pubblicare sul sito).

In caso di inadempimento degli obblighi in materia di accesso civico, le conseguenze previste dalla L. 160/2019 sono le seguenti:

- valutazione negativa ai fini della responsabilità dirigenziale;
- applicazione della sanzione di cui all'art. 47, co. 1 bis (come modificato);
- eventuale responsabilità per danno all'immagine dell'amministrazione;

- valutazione ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio collegato alla performance individuale dei responsabili.

Il coinvolgimento dei portatori di interessi

L'Istituto Oncologico Veneto IRCCS ha già attivato iniziative di ascolto dei portatori di interesse (stakeholder) - cittadini, utenti e loro familiari, istituzioni territoriali, Aziende del Servizio Sanitario Regionale e Nazionale, Organizzazioni Sindacali, Associazioni di volontariato – che saranno implementate e integrate nel triennio.

Con avviso pubblicato sul sito aziendale al link: https://www.ioveneto.it/avviso-pubblico-inerente-laggiornamento-del-piano-triennale-di-prevenzione-della-corruzione-e-della-trasparenza-2024-2026-aggiornamento-2024/ sono coinvolti anche gli stakeholder esterni al fine di raccogliere utili suggerimenti e proposte per la redazione del Piano.

Al fine di rendere possibile un ascolto attivo degli stessi, lo IOV ha attivato vari canali di comunicazione fruibili dai soggetti interessati, pubblicando gli estremi sul sito internet istituzionale all'interno del quale, in particolare, i cittadini e gli stakeholder possono accedere alla sezione U.R.P. (Ufficio Relazioni con il Pubblico) dove vi è la disponibilità di numeri di telefono, indirizzi mail e orari di apertura dell'ufficio per qualsiasi tipo di segnalazione e di suggerimento per migliorare il servizio offerto dall'Istituto.

Sul proprio portale internet l'Istituto ha pubblicato la modulistica necessaria per consentire agli interessati di azionare il c.d. diritto di accesso civico, introdotto dal D. Lgs. n. 33 del 2013, avente ad oggetto i dati soggetti a pubblicazione ai sensi del decreto delegato predetto.

3.Organizzazione e capitale umano

3.1 Struttura organizzativa

L'istituto Oncologico Veneto IRCCS è articolato su più sedi operative situate a Padova, Castelfranco Veneto (DGR n. 1635 del 21/10/2016 e DGR n. 1342 del 22/08/2017) Schiavonia (DGR n. 910 del 20/07/2015) e Venezia (DGR n. 190 del 28/02/2022). L'assetto istituzionale è adeguato alla DGR n. 614/2019.

La struttura organizzativa definisce la struttura dell'Istituto, le relazioni gerarchiche e funzionali tra le Unità e individua in modo coordinato le responsabilità assegnate a ognuna di esse. La struttura organizzativa è graficamente descritta attraverso gli organigrammi che ne rappresentano le relazioni di sovra ordinazione o subordinazione e la caratterizzazione di relazioni gerarchiche e funzionali in particolare al fine di garantire l'integrazione fra l'assistenza e la ricerca e quanto necessario a supporto della ricerca stessa.

L'articolazione interna dell'Istituto si sviluppa attraverso:

- Dipartimenti;
- Unità Operative Complesse (UOC);
- Unità Operative Semplici a valenza Dipartimentale (UOSD);
- Unità Operative Semplici (UOS);
- Unità di Staff.

Il numero complessivo delle Unità Operative Semplici a valenza Dipartimentale unitamente a quello dell'Unità Operative Semplici, è previsto in un rapporto di 1,31 per Unità Operativa Complessa. Non rientrano in questo computo generale le strutture semplici a valenza dipartimentale afferenti alla Direzione Scientifica, in quanto l'Istituto, stante la sua natura di Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, risponde a specifiche normative nazionali per l'articolazione di tale Direzione, peraltro, individuata come organo dell'Istituto nominato dal Ministero della Salute sentito il Presidente della Regione. Le stesse trovano copertura economica attraverso fondi riconducibili ai finanziamenti legati alle attività di ricerca.

Dipartimenti

Il Dipartimento è un'organizzazione integrata di unità omogenee, affini o complementari, ciascuna con obiettivi specifici, ma che concorrono al perseguimento di comuni obiettivi di salute. La composizione dei Dipartimenti, l'organizzazione gestionale, le procedure di nomina ed i compiti sono disciplinati dalla normativa nazionale e regionale vigente.

I Dipartimenti possono essere:

Strutturali: costituiscono il modello ordinario di gestione operativa delle attività, con una tipologia organizzativa e gestionale volta a dare risposte unitarie, flessibili, tempestive, razionali ed esaustive rispetto ai compiti assegnati, anche attraverso la condivisione delle risorse; sono costituiti, di norma, da strutture omogenee sotto i profili dell'attività o delle risorse umane e tecnologiche impiegate o delle procedure operative.

Al fine di perseguire i propri obiettivi il Dipartimento Strutturale utilizza in via prioritaria i seguenti strumenti:

- gestione e utilizzo comune di spazi, attrezzature e tecnologie;
- utilizzo dei posti letto assegnati organizzati per aree omogenee secondo livelli di intensità di cure; – utilizzo integrato del personale appartenente alle professioni tecnico-sanitarie nonché degli operatori socio sanitari e del personale ausiliario e amministrativo;
- continuità assistenziale integrata;
- negoziazione e gestione del budget;
- formazione permanente e valorizzazione del personale.

Funzionali: costituiti da strutture che concorrono alla realizzazione di obiettivi specifici tesi a migliorare la pratica clinico-assistenziale, la presa in carico del paziente e l'integrazione multiprofessionale e multidisciplinare, ovvero la revisione o l'introduzione di processi tecnico-amministrativi. Vengono istituiti con durata triennale e per obiettivi chiaramente determinati.

Interaziendali: si configurano come funzionali e vengono costituiti previa autorizzazione regionale. Rappresentano una modalità organizzativa attraverso la quale gli Enti del Servizio Sanitario Regionale che lo compongono rispondono ai bisogni della popolazione dell'area di riferimento, condividendo i percorsi clinico-assistenziali e diagnostico-terapeutici, gli standard di appropriatezza delle prestazioni, le "best practice" e i modelli organizzativi, nel rispetto degli indirizzi di programmazione regionale.

Transmurali: si configurano come funzionali. Sono costituiti da Unità Operative Complesse che appartengono a strutture tecnico funzionali diverse, con lo scopo di assicurare la migliore presa in carico del paziente nei casi di percorsi assistenziali ad elevata complessità. Ai Dipartimenti transmurali si applica quanto disposto dalla normativa relativamente alla qualificazione attribuita.

Unità Operative complesse

Si configurano quali articolazioni previste dalla programmazione regionale, costituite con riferimento all'Area Sanitaria delineata nelle specialità delle Aree Medica, Chirurgica, della Terapia Intensiva, dei Servizi di Diagnosi e Cura, Riabilitativa, e all'Area Amministrativa. Sono centri di responsabilità dotati di autonomia operativa e funzionale per quanto attiene lo svolgimento delle attività clinico-diagnostiche, scientifiche e amministrative di competenza e l'uso delle risorse specificamente attribuite. Il Direttore di Unità Operativa Complessa è un dirigente con incarico di natura gestionale e negozia il budget annuale con il Direttore del Dipartimento cui afferisce la struttura e/o con la Direzione dell'Istituto, secondo la pianificazione della gestione del piano delle performance. Le Strutture complesse possono essere articolate in Strutture Semplici per lo svolgimento di articolati ambiti di attività specialistiche e/o di ricerca. Peculiari attività possono trovare realizzazione ed evidenza attraverso l'assegnazione di incarico dirigenziale che ne connoti le elevate competenze.

Unità Operative semplici a valenza dipartimentale

Sono organizzazioni per cui è previsto un centro di responsabilità dotato di budget specifico e quindi di gestione di risorse umane e strumentali, con autonomia e responsabilità di produzione ed erogazione di specifiche attività e prestazioni, rispondendo al modello organizzativo del Dipartimento cui afferiscono. Possono essere previste sia dalla programmazione regionale che essere definite dalla programmazione dell'Istituto.

Il responsabile di Unità Operativa Semplice a valenza Dipartimentale è un dirigente con incarico di natura gestionale e negozia il budget annuale con il Direttore di Dipartimento cui afferisce la struttura e/o con la Direzione dell'Istituto, secondo la pianificazione della gestione del piano delle performance.

Unità Operative semplici

Sono, di norma, articolazioni organizzative di Unità Operative Complesse, ma possono afferire anche direttamente "in staff" a direzioni di area e di dipartimento; possono essere previste sia dalla programmazione regionale che essere definite dalla programmazione dell'Istituto. Nel caso in cui siano unità in staff sono centri di responsabilità che negoziano il budget annuale con il Direttore di Dipartimento cui afferisce la struttura e/o con la Direzione dell'Istituto, mentre quando sono articolazioni di Unità Operativa Complessa fanno riferimento al budget negoziato ed assegnato a quest'ultima.

Le Unità Operative Semplici sono finalizzate all'erogazione di prestazioni di particolare e peculiare rilievo, sia in ambito assistenziale, che della ricerca che dell'attività amministrativa; nel caso in cui siano articolazione di una struttura non si connotano necessariamente con l'attività di maggiore caratterizzazione della Unità Operativa Complessa. L'Unità Operativa Semplice è diretta da un dirigente responsabile con incarico di natura gestionale.

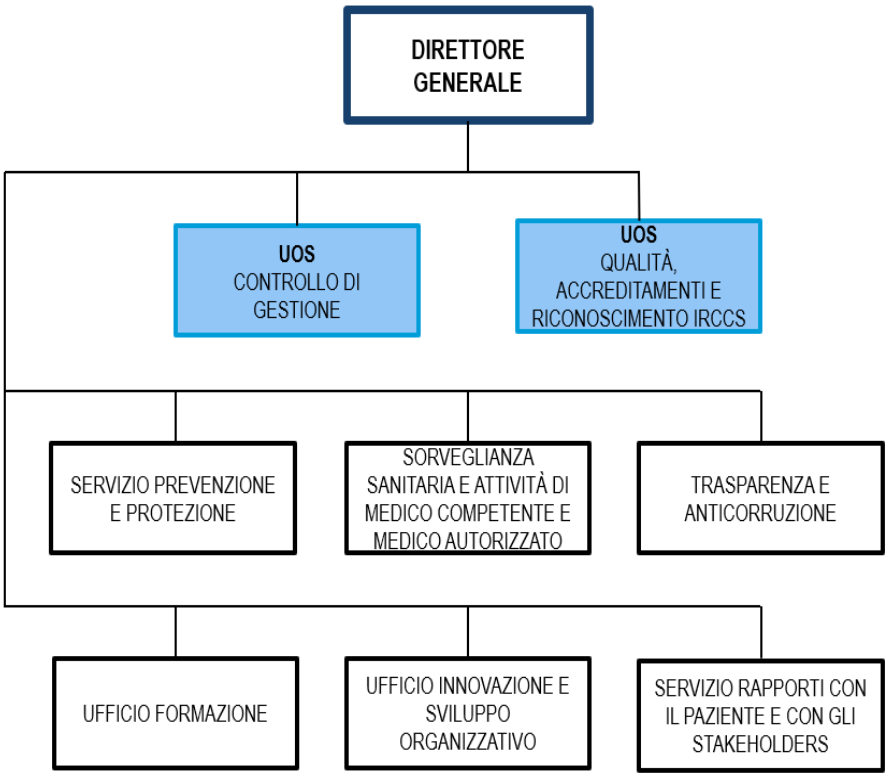
Unità di staff

A supporto delle attività strategiche e per sviluppare e sostenere alcune delle più importanti esigenze di coordinamento e standardizzazione dei processi, la Direzione Generale, Scientifica, Sanitaria e Amministrativa si avvalgono di strutture organizzative che sono parte integrante dell'organizzazione aziendale denominate Unità di Staff. La loro autonomia è esercitata nell'ambito dei programmi e delle direttive impartite dal Direttore di riferimento che definisce anche le risorse necessarie per il funzionamento. La relativa responsabilità è esercitata tramite un incarico di posizione o di funzione nel rispetto del regolamento di Istituto in materia.
All'interno delle unità operative sopra individuate possono essere conferiti al personale dirigente incarichi di natura professionale. Tali incarichi prevedono, in modo prevalente, responsabilità tecnico-specialistiche di cui ai CC.CC.NN.LL. della dirigenza di Area sanità e di Area Funzioni Locali vigenti. Il richiamo nell'Atto aziendale all'articolazione funzionale o all'unità organizzativa deve intendersi riferito ad un livello/segmento organizzativo interno alla struttura di riferimento, anche dotato di autonomia funzionale, identificato per la presenza di elevate competenze tecnico professionali che producono prestazioni quali-quantitative complesse.

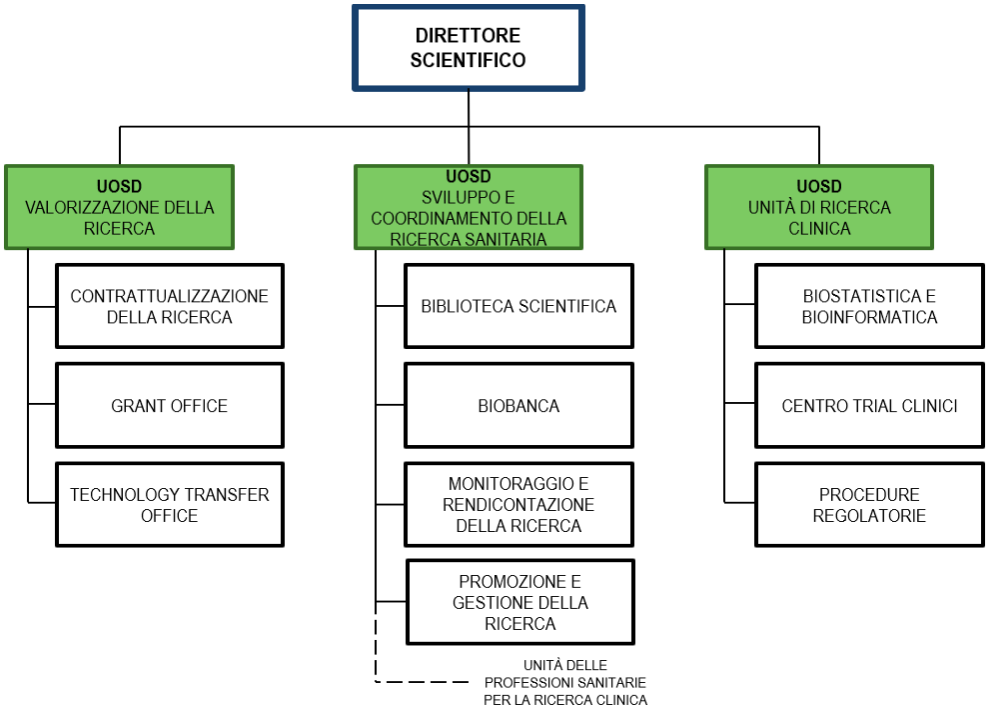
A tale articolazione è preposto un dirigente con "incarico professionale anche di alta specializzazione" del CCNL di settore vigente. Agli incarichi professionali specialistici e agli incarichi professionali altamente specialistici può essere riconosciuta la medesima retribuzione di posizione rispettivamente della UOS e UOSD.
All'interno delle unità operative sopra individuate possono essere conferiti al personale del comparto incarichi di funzione. Tali incarichi sono istituiti e conferiti secondo quanto definito nell'apposito regolamento approvato dal Direttore Generale previa contrattazione con le OO.SS..

L'organigramma dell'Istituto è il seguente:

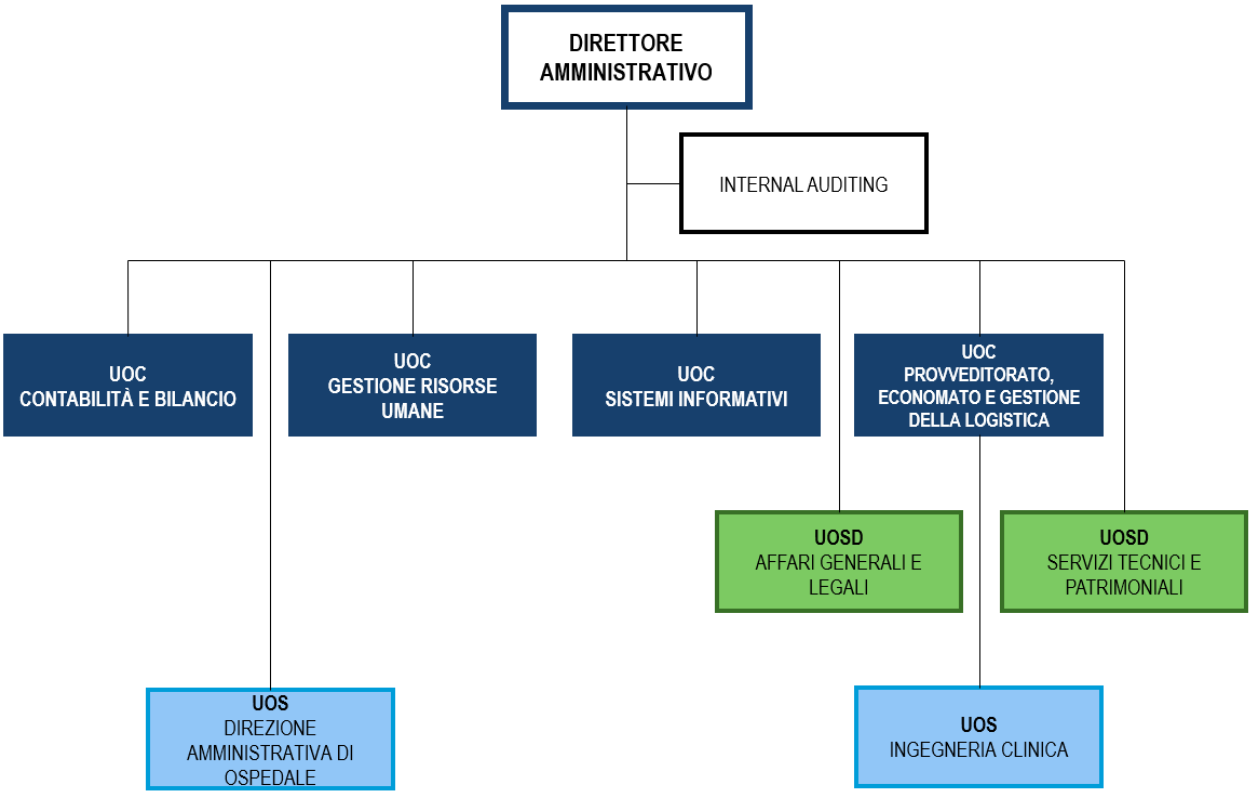
DIREZIONE GENERALE



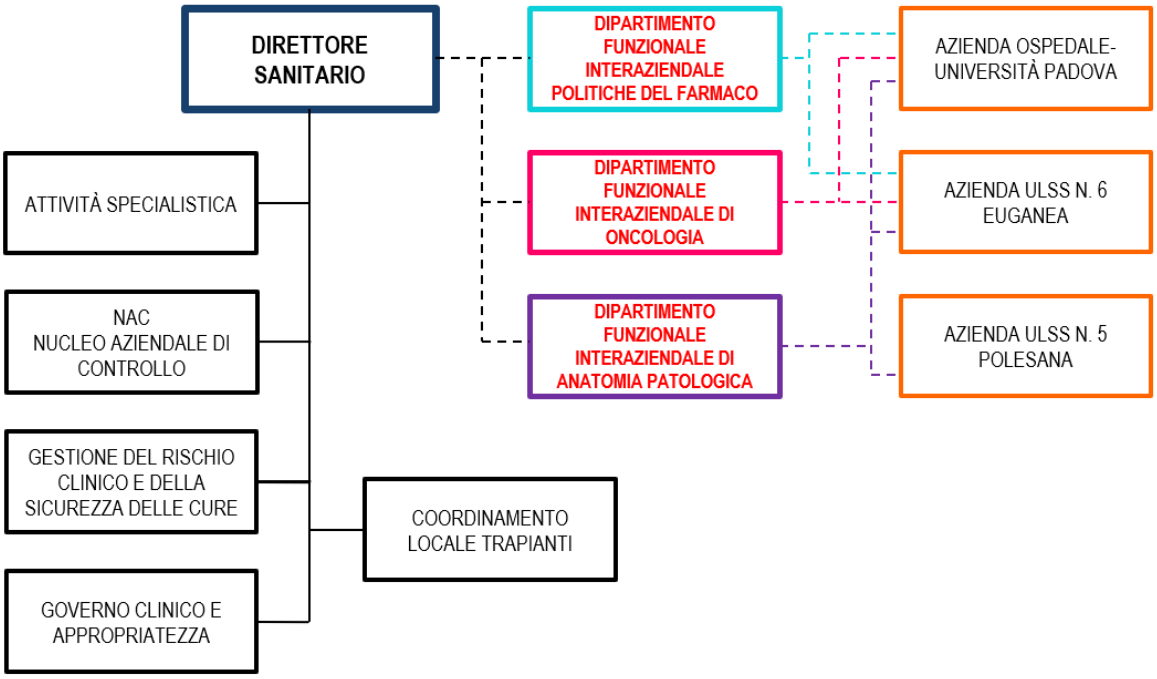
DIREZIONE SCIENTIFICA

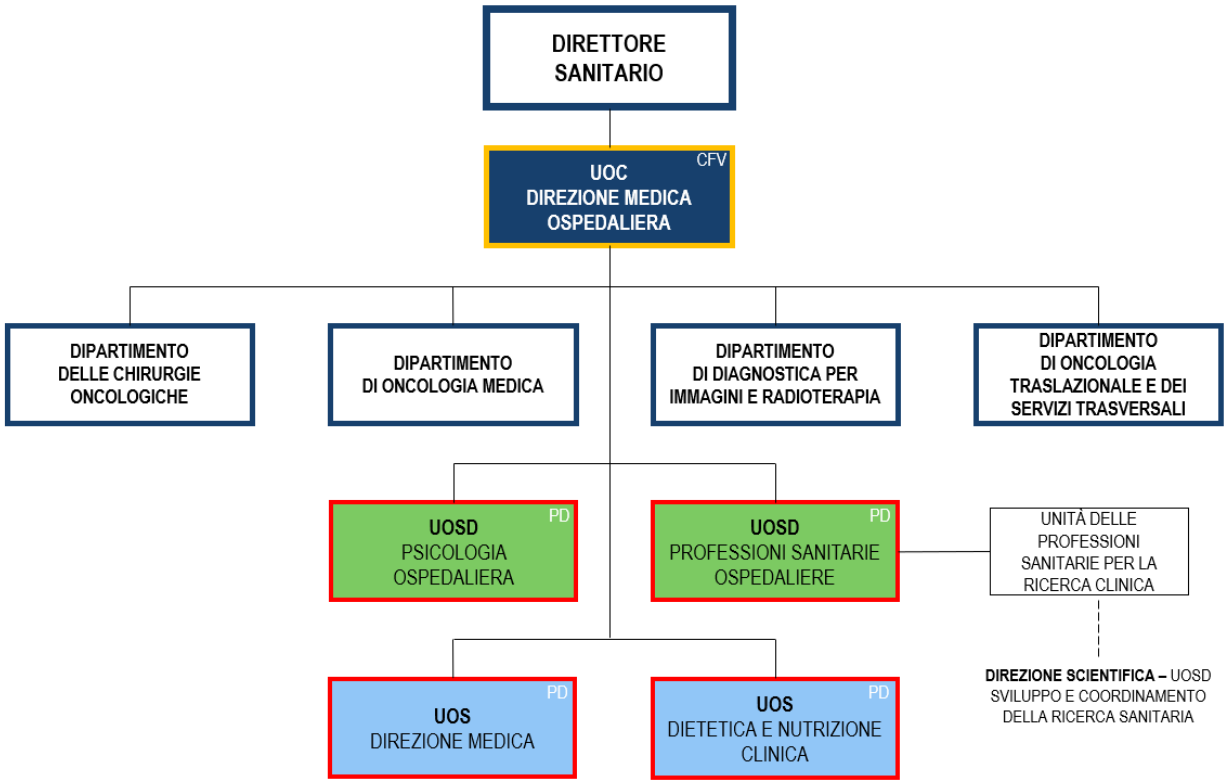


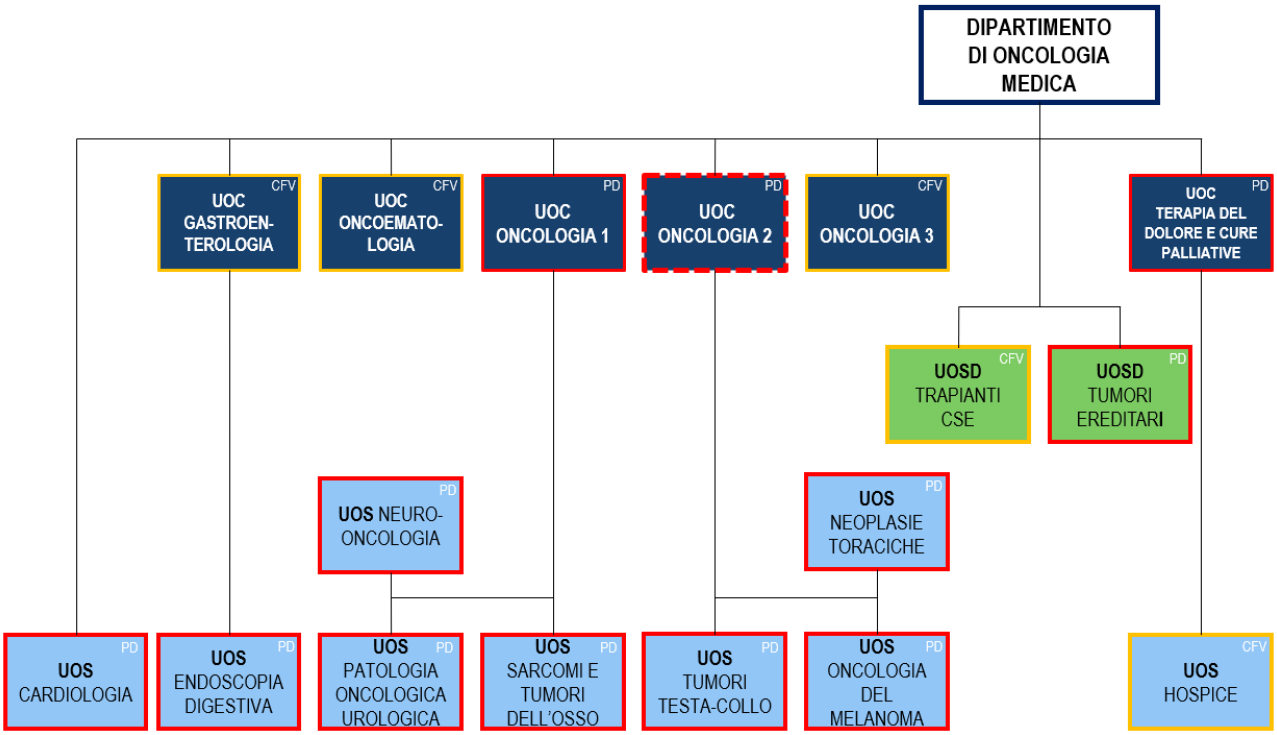
DIREZIONE AMMINISTRATIVA

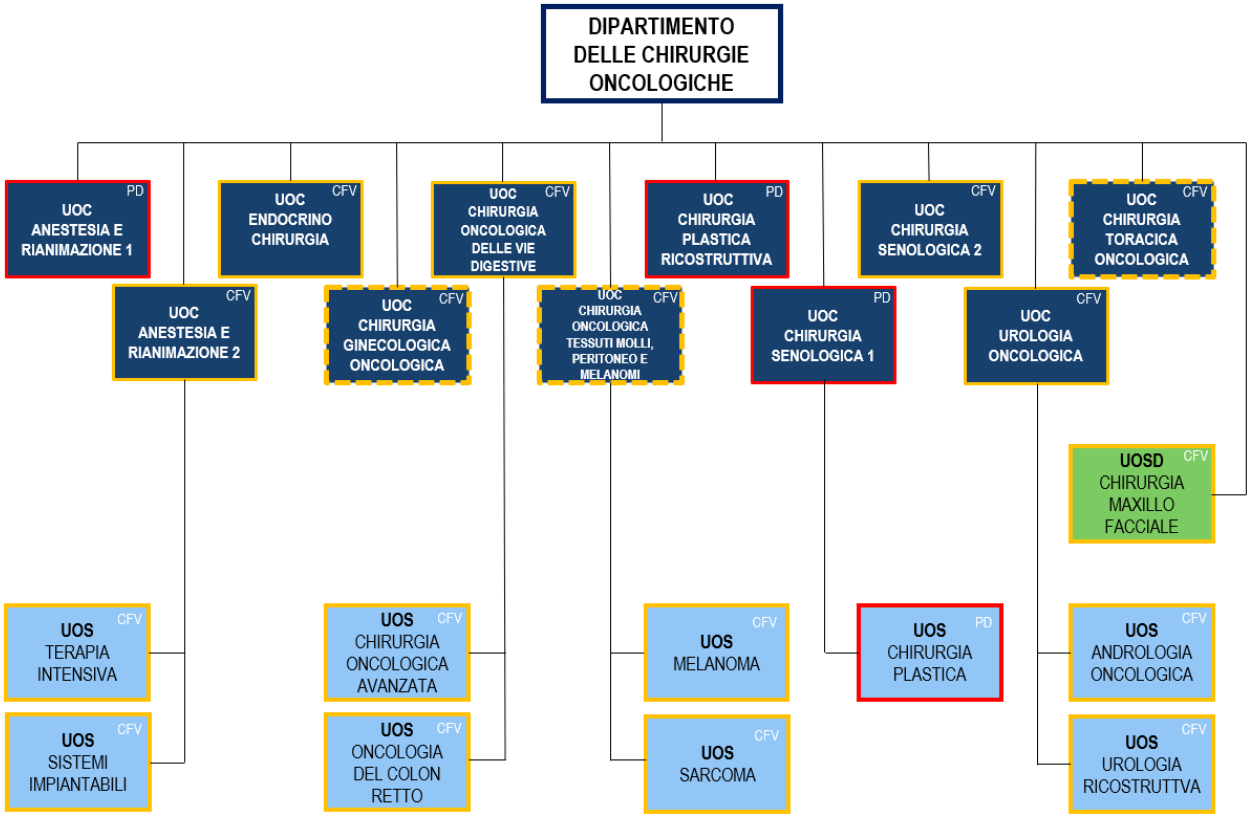


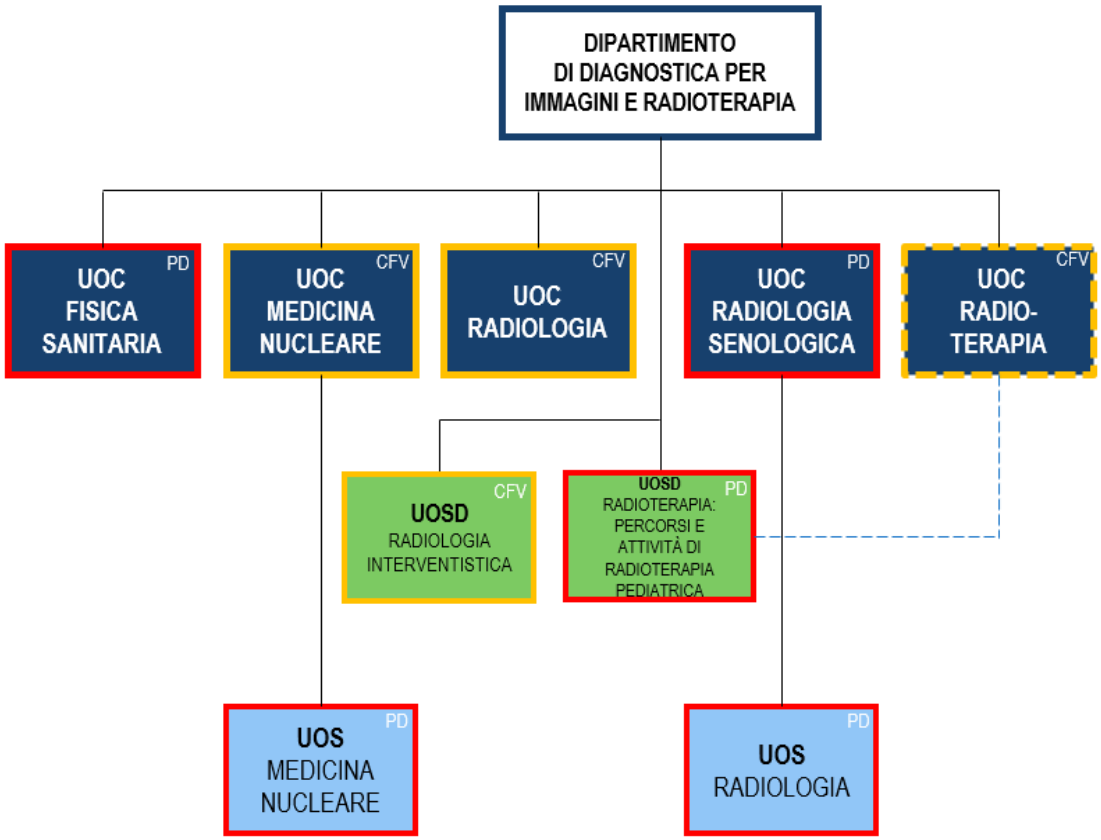
DIREZIONE SANITARIA

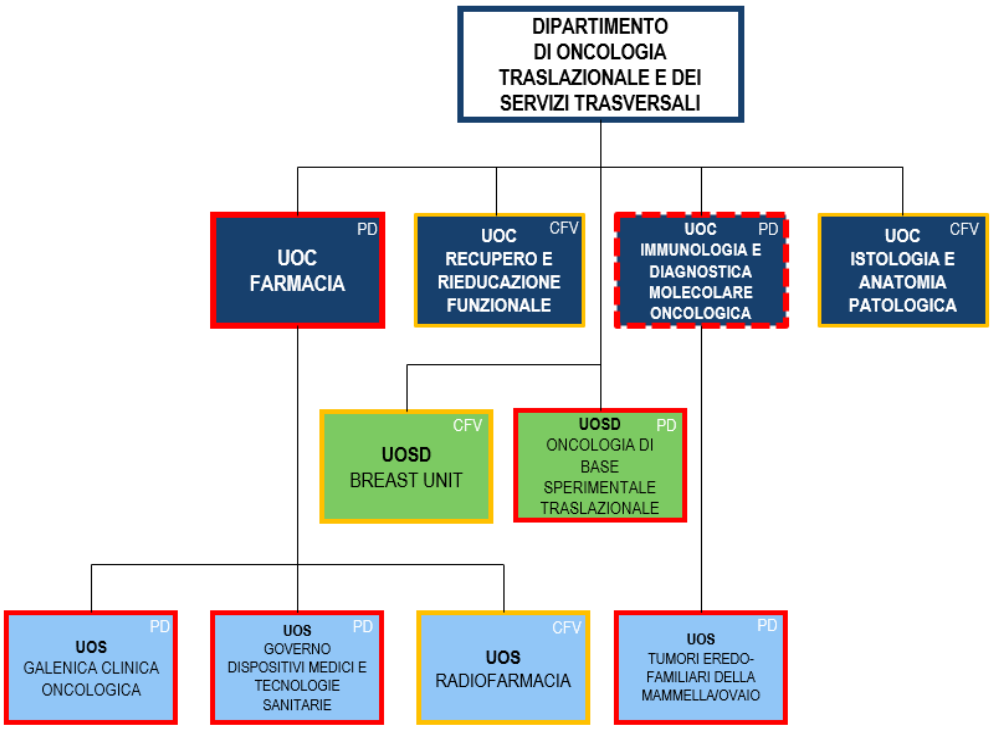





DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA MEDICA
UOC GASTROEN-TEROLOGIA
CFV
UOC ONCOEMATO-LOGIA
CFV
UOC ONCOLOGIA 1
PD
UOC ONCOLOGIA 2
PD
UOC ONCOLOGIA 3
CFV
UOC TERAPIA DEL DOLORE E CURE PALLIATIVE
PD
UOSD TRAPIANTI CSE
CFV
UOSD TUMORI EREDITARI
PD
UOS NEURO-ONCOLOGIA
PD
UOS NEOPLASIE TORACICHE
PD
UOS CARDIOLOGIA
PD
UOS ENDOSCOPIA DIGESTIVA
PD
UOS PATOLOGIA ONCOLOGICA UROLOGICA
PD
UOS SARCOMI E TUMORI DELL'OSSO
PD
UOS TUMORI TESTA-COLLO
PD
UOS ONCOLOGIA DEL MELANOMA
PD
UOS HOSPICE
CFV


DIPARTIMENTO DELLE CHIRURGIE ONCOLOGICHE
UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE 1
PD
UOC ENDOCRINO CHIRURGIA
CFV
UOC CHIRURGIA ONCOLOGICA DELLE VIE DIGESTIVE
CFV
UOC CHIRURGIA PLASTICA RICOSTRUTTIVA
PD
UOC CHIRURGIA SENOLOGICA 2
CFV
UOC CHIRURGIA TORACICA ONCOLOGICA
CFV
UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE 2
CFV
UOC CHIRURGIA GINECOLOGICA ONCOLOGICA
CFV
UOC CHIRURGIA ONCOLOGICA TESSUTI MOLLI, PERITONEO E MELANOMI
CFV
UOC CHIRURGIA SENOLOGICA 1
PD
UOC UROLOGIA ONCOLOGICA
CFV
UOSD CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE
CFV
UOS TERAPIA INTENSIVA
CFV
UOS CHIRURGIA ONCOLOGICA AVANZATA
CFV
UOS MELANOMA
CFV
UOS CHIRURGIA PLASTICA
PD
UOS ANDROLOGIA ONCOLOGICA
CFV
UOS SISTEMI IMPIANTABILI
CFV
UOS ONCOLOGIA DEL COLON RETTO
CFV
UOS SARCOMA
CFV
UOS UROLOGIA RICOSTRUTTVA
CFV


DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E RADIOTERAPIA
UOC FISICA SANITARIA
PD
UOC MEDICINA NUCLEARE
CFV
UOC RADIOLOGIA
CFV
UOC RADIOLOGIA SENOLOGICA
PD
UOC RADIO-TERAPIA
CFV
UOSD RADIOLOGIA INTERVENTISTICA
CFV
UOSD RADIOTERAPIA: PERCORSI E ATTIVITÀ DI RADIOTERAPIA PEDIATRICA
PD
UOS MEDICINA NUCLEARE
PD
UOS RADIOLOGIA
PD


DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA TRASLAZIONALE E DEI SERVIZI TRASVERSALI
UOC FARMACIA
PD
UOC RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE
CFV
UOC IMMUNOLOGIA E DIAGNOSTICA MOLECOLARE ONCOLOGICA
PD
UOC ISTOLOGIA E ANATOMIA PATOLOGICA
CFV
UOSD BREAST UNIT
CFV
UOSD ONCOLOGIA DI BASE SPERIMENTALE TRASLAZIONALE
PD
UOS GALENICA CLINICA ONCOLOGICA
PD
UOS GOVERNO DISPOSITIVI MEDICI E TECNOLOGIE SANITARIE
PD
UOS RADIOFARMACIA
CFV
UOS TUMORI EREDO-FAMILIARI DELLA MAMMELLA/OVAIO
PD

Per una descrizione dettagliata delle singole unità operative, delle loro funzioni ed obiettivi si fa riferimento all'Atto Aziendale dell'Istituto, adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 850 del 27/09/2023.

3.1.1 I livelli di responsabilità organizzativa

I livelli di responsabilità organizzativa, si fondano sull'articolazione dei livelli di responsabilità aderenti all'organizzazione dell'Istituto.

Il sistema degli incarichi dirigenziali e di funzione, presente nell'Istituto è adottato nel rispetto delle previsioni contrattuali, disciplina le tipologie, la graduazione e le procedure di attribuzione degli incarichi, garantendo, in particolare, oggettività, imparzialità e verifica delle competenze nelle relative procedure di attribuzione e nella disciplina degli incarichi medesimi.

Gli incarichi dirigenziali

L'Istituto si è dotato di un nuovo Regolamento di individuazione, graduazione, attribuzione, revoca e processo di valutazione degli incarichi per i dirigenti dell'Area Sanità (DDG n. 960 del 04.11.2022).

In relazione alle funzioni, responsabilità e competenze declinate nell'atto, gli incarichi dirigenziali si distinguono in due tipologie previste dai vigenti CC.CC.NN.LL., così dettagliatamente riprese dai regolamenti istituzionali:

I. INCARICHI GESTIONALI che includono necessariamente ed in via prevalente la responsabilità di gestione di risorse umane e strumentali:

1) incarico di direzione di struttura complessa. Ove previsto dagli atti di organizzazione interna comporta anche la gestione diretta di risorse umane e materiali;
2) incarico di direzione di struttura semplice dipartimentale, quale articolazione interna di dipartimento. Ove previsto dagli atti di organizzazione interna comporta anche la gestione diretta di risorse umane e materiali e può comportare anche la gestione diretta di risorse finanziarie;
3) incarico di direzione di struttura semplice che può comportare la gestione diretta di risorse umane e materiali.

II. INCARICHI PROFESSIONALI:

1) incarico professionale di altissima professionalità
    - a valenza dipartimentale, quale punto di riferimento per l'acquisizione, il consolidamento e la diffusione di competenze tecnico professionali per l'intero dipartimento, all'interno di ambiti specialistici; è istituibile nel limite del 3% del numero degli incarichi di cui alle successive lettere b) e c);
    - a valenza interna di struttura complessa, quale punto di riferimento per l'acquisizione, il consolidamento e la diffusione di competenze tecnico professionali per le attività svolte nella struttura complessa di riferimento o di strutture tra loro

coordinate nell'ambito di specifici settori disciplinari; è istituibile nel limite del 7% del numero degli incarichi di cui alle successive lettere b) e c);

2) incarico professionale di alta specialità, articolazione funzionale di struttura complessa, semplice dipartimentale o semplice che assicura prestazioni di alta professionalità riferite alla disciplina e alla struttura organizzativa di riferimento che a sua volta si articola, per il solo personale medico in:
   - Incarico di alta specializzazione professionale esperto su specifiche patologie
   - Incarico di alta specializzazione funzionale esperto di percorsi assistenziali e di coordinamento GOM
3) incarico professionale, di consulenza, di studio e ricerca, ispettivo, di verifica e controllo, che prevede in modo prevalente responsabilità tecnico-specialistiche che a sua volta si suddivide in:
   - Incarico professionale di esperto senior con almeno 15 anni di anzianità
   - Incarico professionale di elevata esperienza con almeno 10 anni di anzianità
   - Incarico professionale di consolidata esperienza con almeno 5 anni di anzianità
4) incarico professionale iniziale, che prevede precisi ambiti di autonomia da esercitare nel rispetto degli indirizzi del responsabile di struttura e con funzioni di collaborazione e corresponsabilità nella gestione delle attività; detti ambiti sono progressivamente ampliati attraverso momenti di verifica e valutazione.

Nel corso del 2025 il numero di incarichi attivati è sotto riportato per ciascuna area:

- Incarico gestionale di Direttore di UOC: 20
- Incarico gestionale di Responsabile di UOSD/UOS: 36
- Incarico professionale di altissima professionalità dipartimentale/UOC/UOSD: 18
- Incarico professionale di alta specializzazione: 53
- Incarico professionale, di consulenza, di studio e ricerca e di consolidata esperienza professionale: 42
- Incarico professionale iniziale: 55

Gli incarichi al personale del comparto

Per quanto riguarda il personale del comparto, l'Istituto si è dotato di un nuovo Regolamento denominato "Incarichi di funzione organizzativa e professionale e incarichi di posizione" (DDG n. 715 del 14.08.2024).
Il nuovo sistema degli incarichi si basa sui principi di maggiore responsabilità e di impegno realmente profuso, valorizzazione del merito e della prestazione professionale ed è funzionale ad una efficace organizzazione aziendale e al raggiungimento degli obiettivi di salute previsti dalla programmazione sanitaria e sociosanitaria nazionale e regionale, finalizzati a promuovere lo sviluppo professionale, mediante il riconoscimento dell'autonomia operativa.

I. INCARICHI DI POSIZIONE
per il solo personale inquadrato nell'area di elevata qualificazione.

II. INCARICHI DI FUNZIONE ORGANIZZATIVA
per il solo personale inquadrato nell'area dei professionisti della salute e dei funzionari, comportano l'assunzione di specifiche responsabilità nella gestione dei processi.
Gli incarichi di funzione organizzativa sono suddivisi in due fasce:

- incarichi di complessità media;
- incarichi di complessità elevata.

III. INCARICHI DI FUNZIONE PROFESSIONALE
per il personale inquadrato nell'area dei professionisti della salute e dei funzionari, nell'area degli assistenti e nell'area degli operatori, comportano l'esercizio di compiti derivanti dalla specifica organizzazione delle funzioni che richiedono significative, elevate ed innovative competenze professionali, aggiuntive e/o maggiormente complesse rispetto a quelle del profilo posseduto, con assunzione diretta di responsabilità.
Gli incarichi di funzione professionale sono suddivisi in tre fasce:

- incarichi di complessità base;
- incarichi di complessità media;
- incarichi di complessità elevata

Nel corso del 2025 il numero di incarichi attivati è sotto riportato per ciascuna area:

- Incarichi di funzione organizzativa di complessità elevata: 16
- Incarichi di funzione organizzativa di complessità media: 31

3.2 Organizzazione del lavoro agile

Con deliberazione del Commissario n. 929 del 31/10/2025 è stato adottato il regolamento aziendale per il personale della Dirigenza Professionale, Tecnica e Amministrativa – Area Funzioni Locali, previa condivisione con le organizzazioni sindacali in applicazione di quanto previsto agli artt. 11 e 12 del nuovo CCNL Area Funzioni Locali, sottoscritto il 16 luglio 2024, e in conformità alla L. n. 81/2017.

Nel corso del 2025 il numero di Dirigenti con attivo un contratto di lavoro agile era di 2 unità.

Con riferimento al personale del comparto, con delibera del Direttore Generale n. 175 del 12.03.2020, l'Istituto Oncologico Veneto IRCCS si era dotato di un proprio regolamento per la disciplina del lavoro agile; successivamente esso è stato oggetto di revisione con delibera del Direttore Generale n. 928 del 30.10.2023. Il vigente regolamento è oggetto di revisione alla luce delle disposizioni contenute nel nuovo CCNL sottoscritto in data 27.10.2025.
Si conferma altresì che i nominativi dei lavoratori soggetti a lavoro agile vengono altresì pubblicati nel portale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali come stabilito dalla normativa vigente.

Nel corso del 2025 il numero di lavoratori con attivo un contratto di lavoro agile era di 51 unità.

3.3 Piano triennale dei fabbisogni di personale

3.3.1 Dotazione di personale: andamento triennio 2023-2025

La composizione del personale (dipendente, non dipendente ed in regime di convenzionamento con l'Università degli Studi di Padova), che costituisce la seconda voce di spesa dell'Istituto, è rappresentata in tabella 22, dove è esposto un confronto tra la situazione del triennio 2023-2025.

Tabella 22 - Personale in unità equivalenti per ruolo professionale

Tipologia	Ruolo	FTE medio al 31/12/2023	FTE medio al 31/12/2024	FTE medio al 31/12/2025
Dipendente	Sanitario Dirigenza Medica	212	218	227
	Sanitario Dirigenza non Medica	47	49	50
	Sanitario Comparto	504	510	515
	Personale della Ricerca	85	85	97
	Professionale Dirigenza	3	2	2
	Tecnico Dirigenza	1	1	1
	Tecnico Comparto	25	26	25
	Socio Sanitario Comparto	146	145	149
	Amministrativo Dirigenza	8	10	8
	Amministrativo Comparto	144	154	157
	Incarico Direttore	4	4	4
Non dipendente		149	164	154
In convenzione con l'Università		21	22	22
Totale		**1.290**	**1.390**	**1.411**

3.3.2 Programmazione strategica delle risorse umane

La dotazione organica del personale dipendente dell'Istituto Oncologico Veneto IRCCS è stata approvata dalla Regione Veneto con DGR n. 1748 del 29.11.2019. Nel rispetto di tale dotazione, vengono adottati annualmente i Piani triennali dei fabbisogni di personale.

Oltre al personale dipendente, presso l'Istituto presta la propria attività personale universitario in convenzione ex D. Lgs. n. 517/1999 e personale con contratto libero professionale o con borsa di studio.

Gli articoli 6 e 6-ter del D. Lgs. n. 165/2001 e ss.mm.ii. stabiliscono che le Pubbliche Amministrazioni, allo scopo di ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e di perseguire obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini, adottano il piano triennale dei fabbisogni di personale, in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e della performance, nonché con le linee di indirizzo emanate dal Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, nei limiti delle risorse quantificate sulla base della spesa per il personale in servizio e di quelle connesse alle facoltà assunzionali previste dalla legislazione vigente, indicando altresì la consistenza della dotazione organica e la sua eventuale rimodulazione, garantendo la neutralità finanziaria della rimodulazione.

Il Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione, con decreto dell'8 maggio 2018, ha emanato le "Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani dei fabbisogni di personale da parte delle amministrazioni pubbliche".

All'interno del quadro normativo sopra descritto, l'"Area Sanità e Sociale" della Regione del Veneto ha provveduto, con D.G.R. n. 677 del 15 maggio 2018, a fornire le procedure e le tempistiche per l'adozione e l'approvazione dei Piani Triennali delle Aziende ed Enti del SSR della Regione del Veneto prevedendo la presentazione del piano entro il 30 novembre di ogni anno al fine di garantire il successivo percorso autorizzatorio.
È stato approvato da parte dell'Area Sanità e Sociale della Regione del Veneto il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale per il triennio 2026-2028 e la dotazione organica per l'anno 2026.
Il piano del fabbisogno del personale per il triennio 2026-2028 è contenuto nell'ALLEGATO D.
L'Istituto, in quanto Ente pubblico della Regione del Veneto, realizza le assunzioni effettuabili sulla base del Piano autorizzato, attraverso la programmazione e lo svolgimento di selezioni concorsuali gestite da parte di Azienda Zero, nel rispetto della disciplina legislativa di riferimento:

- REGOLAMENTO REGIONALE n. 3 del 15 settembre 2017 "Modalità di gestione delle procedure selettive del comparto sanità da parte di Azienda Zero ai sensi dell'articolo 2, comma 1, lettera g), punto 2), della legge regionale 25 ottobre 2016, n. 19".

L'Istituto realizza altresì assunzioni attraverso selezioni gestite per proprio conto nel rispetto della disciplina legislativa di riferimento:

- DPR 487/1994 "Regolamento recante norme sull'accesso agli impieghi nelle pubbliche amministrazioni e le modalità di svolgimento dei concorsi, dei concorsi unici e delle altre forme di assunzione nei pubblici impieghi"
- DPR 483/1997 "Regolamento recante la disciplina concorsuale per il personale dirigenziale del Servizio sanitario nazionale"
- DPR 484/1997 "Direzione Sanitaria Aziendale"
- DPR 220/2001 "Regolamento recante disciplina concorsuale del personale non dirigenziale del Servizio sanitario nazionale";
- DPCM 21 aprile 2021 per l'assunzione a tempo determinato del personale del ruolo della ricerca sanitaria e delle attività di supporto alla ricerca sanitaria.
- DGR 1096/2022 "Conferimento degli incarichi di direzione di struttura complessa per la dirigenza medica, veterinaria e sanitaria nelle aziende ed enti del Servizio sanitario regionale del Veneto"
- Regolamento per lo svolgimento dei concorsi per il personale dirigenziale dell'Istituto Oncologico Veneto - IRCCS adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 499 del 08/11/2011.

Oltreché mediante l'espletamento di concorsi ed avvisi pubblici, l'Istituto, per effettuare le assunzioni programmate, si avvale anche degli altri istituti giuridici previsti dall'ordinamento, quali il passaggio diretto fra amministrazioni pubbliche (c.d. "mobilità fra Enti pubblici" ex art. 30 del D. Lgs. n. 165/2001 e ss.mm.ii. e c.d. "stabilizzazione" ex art. 20 del D. Lgs. n. 75/2017 e ss.mm.ii. ed art. 1, comma 268 della L. n. 234/2021 e ss.mm.ii.).

3.3.3 La formazione e lo sviluppo delle competenze

L'Istituto Oncologico Veneto è riconosciuto dalla Regione come provider ECM, ovvero un soggetto qualificato nel campo della formazione continua in sanità che è abilitato a realizzare attività

formative riconosciute idonee per l'ECM (Educazione Continua in Medicina) individuando e attribuendo direttamente i crediti ai partecipanti.

L'ufficio Formazione organizza ogni anno le iniziative di formazione e addestramento finalizzate a garantire al personale l'acquisizione e il miglioramento delle conoscenze e delle capacità necessarie ad attuare le prestazioni di competenza. L'attività formativa si sviluppa nel rispetto della normativa del D. Lgs. 502/92 e ss.mm.ii. e della normativa regionale.

La formazione aziendale proposta con il PFA 2026, progettato coerentemente con la normativa vigente a livello regionale e con le fasi metodologiche del processo formativo, costituisce una leva strategica per i processi di cambiamento culturale e organizzativo dell'Ente, intervenendo in tutti i passaggi che necessitano di un supporto finalizzato all'acquisizione o al perfezionamento delle conoscenze, delle abilità pratiche e relazionali del personale interessato. Il piano è comprensivo anche di eventi non ECM che risultano necessari al perseguimento della mission dell'Istituto. Le attività formative indicate nel Piano Formativo saranno realizzate secondo le priorità definite dall'Istituto.

Nella tabella sottostante sono riepilogati il numero di corsi e delle ore di formazione previsti dal Piano Formativo Annuale 2026 approvato con Delibera del Direttore Generale 1122 del 30/12/2025, suddivisi per obiettivi strategici formativi regionali:

Obiettivi strategici regionali	N° corsi	N° ore formazione
1 - Appropriatezza delle prestazioni sanitarie in conformità ai LEA	2	36
2 - Promozione della salute e prevenzione dei fattori di rischio (riduzione dell'incidenza delle malattie croniche, delle malattie trasmissibili, prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali, sicurezza alimentare, sanità animale e igiene degli allevamenti)	1	8
3 - Qualità del SSR (gli esiti clinico-assistenziali, l'accreditamento istituzionale, ...)	2	32
4 - Sicurezza del SSR (il governo clinico, la gestione del rischio, la responsabilità professionale, ecc.);	10	300
5 - Umanizzazione delle cure/relazione/comunicazione	3	65
6 - Approccio integrato e multidisciplinare nei diversi luoghi di presa in carico, cura e riabilitazione (percorsi assistenziali, modelli organizzativi, PDTA, ecc.)	31	1.008
7 - Linee guida, protocolli e procedure basate su evidenze scientifiche	7	361
8 - Cure palliative e terapia del dolore	3	17
10 - Malattie rare	2	7
16 - Malattia di Alzheimer, altri tipi di declino cognitivo e demenze	1	8
19 - Cultura del lavoro in team multiprofessionale e adozioni di modelli di lavoro in rete	7	96
20 - Sicurezza degli operatori nell'ambiente di lavoro (T.U. 81/2008)	21	412
21 - Valorizzazione del personale	13	134
22 - Gestione delle situazioni che generano violenza nei confronti dell'operatore sanitario	1	16
23 - Tematiche di interesse regionale a carattere urgente e/o straordinario individuate da apposito provvedimento regionale	2	24
24 - Sanità digitale (fascicolo sanitario elettronico, telemedicina/teleriabilitazione, trasformazione digitale dei servizi sanitari, cartella clinica elettronica ecc.)	10	61

Obiettivi strategici regionali	N° corsi	N° ore formazione
26 - Contrasto all'antibiotico-resistenza (PRCAR) compresi gli aspetti etici	2	8
28 - Realizzazione di modelli innovativi di organizzazione dell'assistenza	1	35
34 - Radioprotezione del paziente ex art. 162 del d.lgs 101 del 2020	1	8
Altro	13	188
Totale complessivo	**133**	**2.844**

4. Monitoraggio

Di seguito vengono illustrati i principali strumenti e le modalità di monitoraggio che l'Azienda adotta relativamente alle sezioni precedenti (Valore Pubblico, Performance, Rischi corruttivi e Trasparenza, Organizzazione e Capitale umano).

In linea con le indicazioni in tema di predisposizione del PIAO, è obiettivo dell'Azienda attuare un sistema di monitoraggio il più possibile integrato fra tutte le sezioni del Piano.

4.1 Monitoraggio del valore Pubblico

Soddisfazione dell'utente interno

Indagine di Clima Organizzativo 2025

L'Istituto Oncologico Veneto IRCCS, insieme agli altri enti del Sistema Sanitario Regionale, ha preso parte, analogamente alle precedenti edizioni, all'Indagine di Clima Organizzativo 2025. L'iniziativa, promossa dalla Regione del Veneto all'interno della campagna "La tua voce per una sanità migliore", è realizzata in collaborazione con il Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa.

L'indagine si è svolta tra il 7 dicembre 2025 ed il 16 gennaio 2026, ed era composta da un questionario che ha la finalità di conoscere le opinioni dei professionisti su alcuni aspetti riguardanti l'organizzazione e l'ambiente di lavoro, il rapporto con i colleghi e con i propri superiori. I risultati dell'indagine saranno oggetto di analisi per la pianificazione di azioni e interventi mirati a migliorare il clima aziendale e a creare condizioni di benessere organizzativo. A differenza delle precedenti edizioni, sono stati chiamati a condividere la propria opinione, oltre al personale dipendente, anche gli specialisti ambulatoriali interni (SAI) e il personale universitario.

Soddisfazione dell'utente esterno

Date le caratteristiche dei servizi offerti, la Direzione Aziendale e tutto il personale dello IOV sono costantemente e quotidianamente a contatto diretto con gli utenti.

Il monitoraggio e la misurazione della soddisfazione dell'utente si basano sul riesame delle informazioni relative agli utenti stessi e sui questionari di valutazione della soddisfazione che vengono somministrati periodicamente agli utenti. I questionari consentono di raccogliere, analizzare e utilizzare le informazioni e i suggerimenti che vi si trovano riportati, al fine di migliorare le prestazioni dell'organizzazione.

I dati di ritorno forniti dalla raccolta dei questionari costituiscono materia di Riesame della Direzione. Di seguito si descrivono gli strumenti adottati a partire dal 2022 e promossi dalla Regione del Veneto: l'indagine PREMs e l'indagine PROMs.

Osservatorio PREMs

All'interno dell'Accordo di collaborazione tra Azienda Zero e la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa avente ad oggetto lo "Sviluppo del sistema di valutazione delle performance dei sistemi sanitari regionali" (delibera n. 371/2018 di Azienda Zero) rinnovato in data 17/5/2022, l'Istituto Oncologico

Veneto IRCCS ha aderito al progetto di rilevazione della valutazione e dell'esperienza degli utenti del servizio di ricovero ospedaliero ordinario, denominato "Osservatorio PREMs" (Deliberazione del Direttore Generale n° 343/2022).
L'Osservatorio ha preso il via il 4 aprile 2022, coinvolgendo fin da subito entrambe le sedi (Padova e Castelfranco Veneto) e tutti i 14 reparti di degenza con ricoveri ordinari.
A partire da luglio 2025 la gestione del database è passata dal MeS ad Azienda Zero. Non vi sono ancora a disposizione i dati al 31/12/25; è possibile per ora fornire il dato del primo semestre dell'anno.
Al 30 giugno 2025, sono stati dimessi 24.050 pazienti e di questi sono stati contattati per la successiva compilazione del questionario 11.109 pazienti. Di questi hanno accettato di partecipare 5.617 pazienti compilando effettivamente il questionario, registrando un'ottima performance (tasso di adesione pari al 46%, tasso di risposta pari al 51%).
I dati riportati in piattaforma sono stati utilizzati per effettuare una restituzione dei risultati al personale dei reparti e per prendere in carico le principali criticità segnalate dai pazienti soprattutto nelle risposte alle 5 domande aperte della sezione narrativa del questionario. In base ai risultati ottenuti dal questionario PREMs, di seguito alcune azioni di miglioramento realizzate:

- Azione n° 1: Sostituzione materassi e cuscini
- Azione n° 2: Miglioramento segnaletica radioterapia di Padova
- Azione n° 3: Corsi di comunicazione in oncologia
- Azione n° 4: Spazio psicologico di ascolto

Indagine PROMs

All'interno dell'Accordo di collaborazione tra Azienda Zero e la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa avente ad oggetto lo "Sviluppo del sistema coordinato di valutazione e valorizzazione di qualità del Sistema Socio Sanitario Regionale", delibera n. 343/2022 di Azienda Zero, l'Istituto Oncologico Veneto – IRCCS è stato individuato per partecipare al progetto di rilevazione dei Patient Reported Outcome Measures (PROMs) tra le donne sottoposte ad un intervento chirurgico per il trattamento del tumore maligno al seno, denominato "Indagine PROMs".
L'incontro di presentazione dell'indagine si è svolto il 19 luglio 2022, mentre gli incontri operativi per l'implementazione del progetto sono partiti nel mese di settembre 2022 e hanno coinvolto i Direttori delle UOC Chirurgia Senologica 1 e 2, e i professionisti dell'UOC Sistemi informativi e dell'Ufficio Privacy afferente alla UOSD Affari Generali e Legali. Al 31 dicembre 2022 risultano definiti i seguenti documenti: Protocollo tecnico, Accordo per trattamento dei dati personali, Criteri di inclusione, questionari pre-operatori e di follow-up per i rispettivi percorsi chirurgici.
Nei primi mesi del 2023, dopo la fase di adesione e progettazione svoltasi nel 2022, ha preso avvio l'indagine rivolta a tutte le pazienti sottoposte a chirurgia oncologica mammaria durante tutto il percorso di cura mediante la somministrazione di 3 questionari online: prima dell'intervento e, successivamente, a distanza di 3 e 12 mesi. L'obiettivo è raccogliere suggerimenti e consigli per migliorare i servizi erogati.
Durante il colloquio pre-operatorio alle pazienti sono fornite informazioni sull'indagine e sul trattamento dei dati personali e viene richiesto il consenso a partecipare. Nel caso di adesione, per

e-mail e/o sms viene trasmesso alla paziente un invito personalizzato per rispondere al primo questionario online, al quale l'interessata può accedere tramite smartphone, tablet o computer. Gli altri 2 questionari sono inviati nei tempi successivi a 3 e 12 mesi dall'intervento.
Le domande sono relative a soddisfazione, esperienza ed esiti nelle diverse fasi del percorso di cura, con riferimento ad alcuni aspetti (ad esempio: dati generali sul proprio stile di vita, coinvolgimento nel percorso di cura, comunicazione durante il ricovero, qualità dell'assistenza, stato di salute, benessere psicofisico e fisico).
Al 31 dicembre 2025, erano eleggibili all'iniziativa 2.499 pazienti e di queste sono state contattate per la successiva compilazione dei questionari 1.395 pazienti. Di queste hanno accettato di partecipare 776 pazienti compilando effettivamente i questionari (tasso di risposta: 56%), registrando un'ottima performance.
Le risposte ai questionari nelle diverse fasi del percorso di cura hanno consentito di monitorare la qualità dell'assistenza erogata e la sua efficacia sullo stato di salute delle pazienti e di attivare specifiche azioni di miglioramento come di seguito sinteticamente esposto:

- Azione n° 1: Introduzione di una nuova tecnica anestesiologica
- Azione n° 2: Introduzione della tecnica endoscopica per mastectomia
- Azione n° 3: Acquisto di materiale per la fisioterapia post-intervento

4.2 Monitoraggio performance

Il dettaglio della fase di monitoraggio della performance organizzativa è riportato nella sezione 2.2 Performance.

Il monitoraggio della performance organizzativa si avvale dell'applicativo web Metrica, uno strumento operativo fondamentale per la configurazione e la gestione delle schede di budget. Accessibile ai Direttori, ai Responsabili delle Unità di Budget e ai loro referenti designati, la piattaforma permette di associare a ciascuna unità gli obiettivi, i relativi indicatori (KPI) e i target definiti in fase di negoziazione.

Nello specifico, Metrica supporta il processo attraverso le seguenti funzionalità:

- **Aggiornamento periodico**: Per gli indicatori di categoria "DWH" (Data-warehouse aziendale), il sistema consente un monitoraggio periodico e costante del livello di raggiungimento dei target;
- **Analisi dei dati e proiezioni:** Durante la fase di monitoraggio, l'applicativo integra informazioni dettagliate, tra cui il confronto con il risultato dell'anno precedente nel medesimo periodo, il risultato corrente e una proiezione del valore finale annuo con la relativa percentuale di raggiungimento dell'obiettivo;
- **Supporto documentale:** Lo strumento viene utilizzato anche per la raccolta della documentazione, come le relazioni a supporto e le comunicazioni intercorse durante l'anno.

- **Calcolo del punteggio**: Il sistema automatizza il calcolo dei punti conseguiti in base alla proiezione del raggiungimento finale, facilitando la trasparenza nella misurazione intermedia della performance.

Ulteriori elementi di valutazione esterna dell'attività dell'Istituto

Dal 2012 la Regione Veneto ha aderito al sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali, progettato dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Sant'Anna di Pisa. Tale sistema ha l'obiettivo di fornire a ciascuna regione una modalità di misurazione e di rappresentazione delle performance delle Aziende operanti al proprio interno, oltre a un confronto e una rappresentazione delle performance tra differenti regioni. Il sistema di valutazione della performance attraverso la rappresentazione del bersaglio con cinque fasce di valutazione (da scarsa performance a performance ottimale) riassume la performance di oltre 300 indicatori per il sistema di valutazione dei sistemi sanitari Regionali.

Inoltre la Regione Veneto ha messo a disposizione a tutte le aziende del SSR un Data Warehouse regionale. Nel corso del 2025 ha provveduto ad aggiornare il "catalogo indicatori" che permette di consultare e scaricare i dati degli indicatori Bersaglio, NSG, DM77 e PNE.

4.3 Monitoraggio rischi corruttivi e trasparenza

Le azioni di monitoraggio sono individuate nella sezione "rischi corruttivi e trasparenza".

4.4 Monitoraggio organizzazione e capitale umano

La Regione del Veneto adotta annualmente un provvedimento contenente le disposizioni e le risorse riguardanti il personale dipendente, il personale con rapporto di lavoro autonomo e il personale specialista ambulatoriale interno. Coerentemente con tale programmazione, l'Istituto provvede al monitoraggio periodico delle azioni attivate in relazione alle suddette indicazioni regionali per garantirne la piena attuazione.

5. Gender Equality Plan – Piano Triennale di azioni positive

Premessa

Il Gender Equality Plan (GEP) viene definito come “a set of commitments and actions that aim to promote gender equality in an organisation through a process of structural change”, cioè un documento programmatico, comprensivo di impegni ed azioni, che mira a promuovere la parità di genere in un’organizzazione attraverso un processo di cambiamento strutturale.
Con l’avvio della programmazione Horizon Europe, la Commissione europea ha reso il GEP, il piano per la parità di genere, un requisito fondamentale per la partecipazione al proprio programma quadro di ricerca.
Il Gender Equality Plan (GEP) dello IOV, per gli anni 2026-2028, si propone di essere uno strumento inclusivo rivolto a tutti, di valorizzare la piena partecipazione di tutte le persone alla vita dell’Istituto, favorendo la cultura del rispetto, il contrasto alle discriminazioni di genere e la promozione dell'effettiva uguaglianza di genere.
Il processo di aggiornamento del GEP, effettuato a cadenza annuale, che considera oltre ai dati interni i risultati delle indagini di clima organizzativo o di audit, dal 2024 vede coinvolto anche il Comitato Unico di Garanzia (CUG), in particolare nella definizione di obiettivi ed azioni positive in base alle linee strategiche di intervento identificate in precedenza.
Per il presente GEP (2026-2028) si è tenuto conto della revisione svolta dal CUG delle azioni individuate nell’anno precedente, attraverso alcuni gruppi di lavoro sviluppati nel corso di un percorso di formazione sul campo. Tali azioni sono state poi condivise con la Direzione Strategica.

Il Contesto europeo

L’Unione Europea persegue l’obiettivo della parità di genere mediante l’adozione di strategie che integrano sistematicamente la prospettiva di genere in tutte le politiche, affiancate da misure e iniziative specifiche quali la “Strategia dell'Unione Europea per la parità di genere 2020-2025”, che si è prefissata l’obiettivo di compiere progressi significativi verso un'Europa garante della parità di genere, un'Unione in cui le donne e gli uomini, le ragazze e i ragazzi, in tutta la loro diversità, siano liberi di perseguire le loro scelte di vita, abbiano pari opportunità di realizzarsi e possano, in ugual misura, partecipare e guidare la nostra società europea.
Gli obiettivi principali sono porre fine alla violenza di genere, combattere gli stereotipi sessisti, colmare il divario di genere nel mercato del lavoro, raggiungere la parità nella partecipazione ai diversi settori economici, affrontare il problema del divario retributivo e pensionistico, colmare il divario e conseguire l'equilibrio di genere nel processo decisionale e nella politica. La strategia persegue il duplice approccio dell'integrazione della dimensione di genere combinata con azioni mirate, la cui attuazione si basa sul principio trasversale dell'intersezionalità. Seppur incentrata su azioni condotte all'interno dell'UE, la strategia è coerente con la politica estera dell'UE in materia di pari opportunità e di emancipazione femminile.
Le azioni concrete intraprese hanno visto la presentazione da parte della Commissione europea di misure vincolanti in materia di trasparenza salariale e una nuova proposta di direttiva per combattere la violenza contro le donne e la violenza domestica, compresa la violenza online.

Il Contesto nazionale

Per contrastare le molteplici dimensioni della discriminazione di genere, che la pandemia ha contribuito ad evidenziare, a livello nazionale è stata implementata la Strategia nazionale per la parità di genere 2021-2026, che si ispira alla Gender Equality Strategy 2020-2025 dell'Unione europea. Questa rappresenta, mediante una prospettiva di lungo termine, lo schema di valori, la direzione delle politiche che dovranno essere realizzate e il punto di arrivo in termini di parità di genere. La Strategia è una delle priorità trasversali del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e il riferimento per l'attuazione della riforma del Family Act (Legge delega n. 32/2022).

Il documento strategico è il risultato di un percorso ampio e partecipato che ha coinvolto le amministrazioni, le parti sociali e le principali realtà associative. Cinque le priorità: Lavoro, Reddito, Competenze, Tempo e Potere, con obiettivi e target dettagliati e misurabili, da raggiungere entro il 2026. Attraverso tale strategia l'Italia si propone di raggiungere entro il 2026 l'incremento di cinque punti nella classifica dell'Indice sull'uguaglianza di genere elaborato dall'Istituto europeo per l'uguaglianza di genere (EIGE), che attualmente vede il nostro paese al 14esimo posto nella classifica dei Paesi UE-27.
Nell' indice sull'uguaglianza di genere 2025 elaborato dall'EIGE, l'Italia ha ottenuto 61,9 punti su 100, collocandosi al 12° posto nell'Unione Europea. Il punteggio di tale indice è aumentato di 9,4 punti dal 2015, e dal 2020 è cresciuto di 3,9 punti. Pur essendo tale punteggio inferiore alla media dell'UE il divario rispetto alla media europea si sta riducendo, evidenziando come il nostro paese stia registrando progressi in materia di uguaglianza di genere.
Il documento per ciascuna delle priorità definisce gli interventi da adottare (incluse le misure di natura trasversale), nonché i relativi indicatori (volti a misurare i principali aspetti del fenomeno della disparità di genere) e target (l'obiettivo specifico e misurabile da raggiungere). Gli indicatori e target sono funzionali a guidare l'azione di governo e monitorare l'efficacia degli interventi poste in essere.
Per rafforzare la governance della Strategia 2021-2026, la legge di bilancio 2022, oltre a prevedere l'adozione di un Piano strategico nazionale per la parità di genere, ha disposto l'istituzione presso il Dipartimento per le pari opportunità di una Cabina di regia interistituzionale e di un Osservatorio nazionale per l'integrazione delle politiche per la parità di genere.

Ai sensi delle richiamate norme il Piano strategico nazionale per la parità di genere con i seguenti obiettivi:

- individuare buone pratiche per combattere gli stereotipi di genere;
- colmare il divario di genere nel mercato del lavoro;
- raggiungere la parità nella partecipazione ai diversi settori economici;
- affrontare il problema del divario retributivo e pensionistico;
- conseguire l'equilibrio di genere nel processo decisionale.

Il contesto regionale

La Regione del Veneto riconosce la parità di genere quale presupposto fondamentale per un sistema equo e inclusivo di convivenza civile finalizzato al progresso sociale e allo sviluppo socio-economico del suo territorio e, nell'ottica della diffusione delle pari opportunità e dello sviluppo della personalità secondo le aspirazioni e le inclinazioni di ciascuna persona, promuove l'affermazione del ruolo delle donne nella società e la diffusione di una cultura antidiscriminatoria a tutti i livelli, nel rispetto e in attuazione di quanto sancito dalla Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, dalla Costituzione Italiana e dallo Statuto della Regione.
Oltre alla figura della Consigliera di Parità Regionale, figura istituita dalla legge 125/1991 e confluita nel decreto legislativo 198/2006 "Codice delle pari opportunità tra uomo e donna" con la finalità di svolgere funzioni di promozione e di controllo dell'attuazione dei principi di uguaglianza, di opportunità e di non discriminazione tra donne e uomini, la Regione del Veneto ha recentemente promulgato la Legge regionale 15 febbraio 2022, n. 3 con la quale sono introdotte importanti misure per la promozione della parità retributiva tra donne e uomini e il sostegno all'occupazione femminile stabile e di qualità.
Ulteriore iniziativa promossa nel corso del 2022 è stato l'avvio di una consultazione partecipata per definire ancora più in dettaglio la strategia della Regione del Veneto per ridurre le disparità tra donna e uomo in particolare nell'ambito del Programma Regionale FSE+ per il ciclo di programmazione 2021-2027.

Il Contesto dello IOV

L'adozione del Gender Equality Plan dell'Istituto Oncologico Veneto IRCCS rappresenta un'opportunità di definire, in coerenza con le strategie europee, nazionali e regionali, linee di consolidamento e sviluppo atte a promuovere la parità di genere all'interno dell'Organizzazione.
Gli aspetti generali sono stati già trattati in altre sezioni pertanto qui verrà rappresentata la distribuzione per genere nelle varie aree, dal management ai titolari di incarico e al personale della ricerca, oltre ad un focus relativo alla fruizione di permessi e congedi in base al genere. Tutti questi indicatori sono monitorati annualmente. Le distribuzioni di seguito riportate fanno riferimento alla dotazione del personale al 31/12/2025.

Figura 21 – Distribuzione di genere incarichi di top management e Direttori di Dipartimento al 31/12/2025

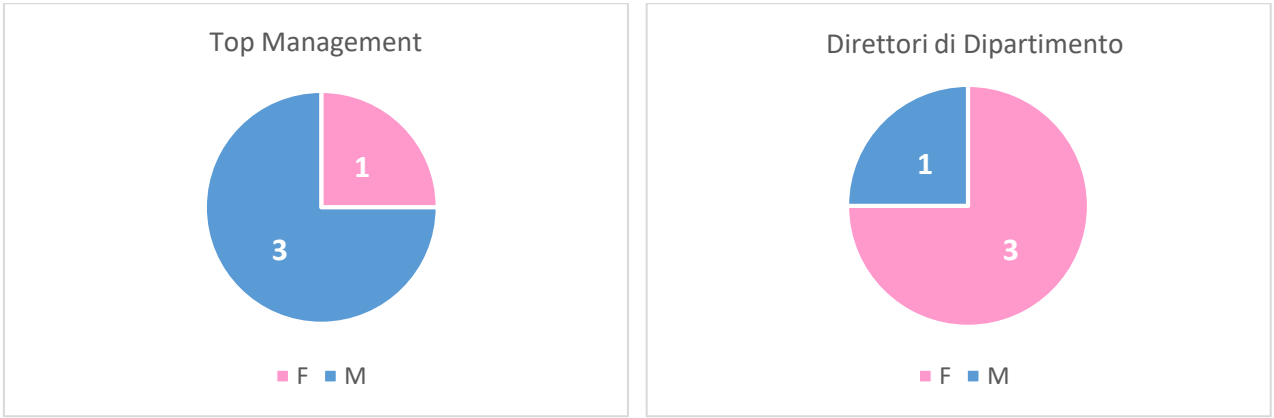


Figura 22 – Distribuzione di genere di tutto il personale suddiviso per fasce d'età al 31/12/2025

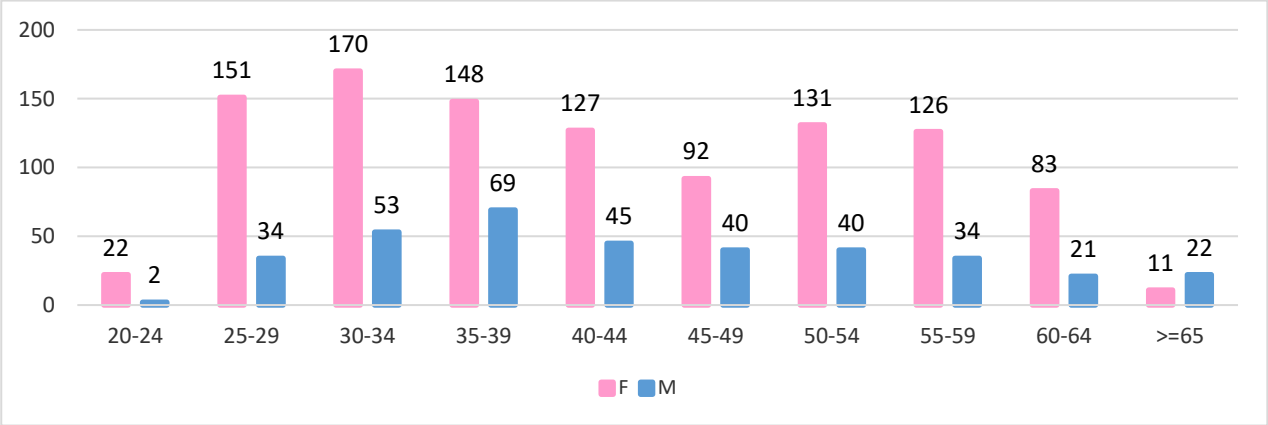


Figura 23 – Distribuzione di genere per ruolo (dirigenza) al 31/12/2025

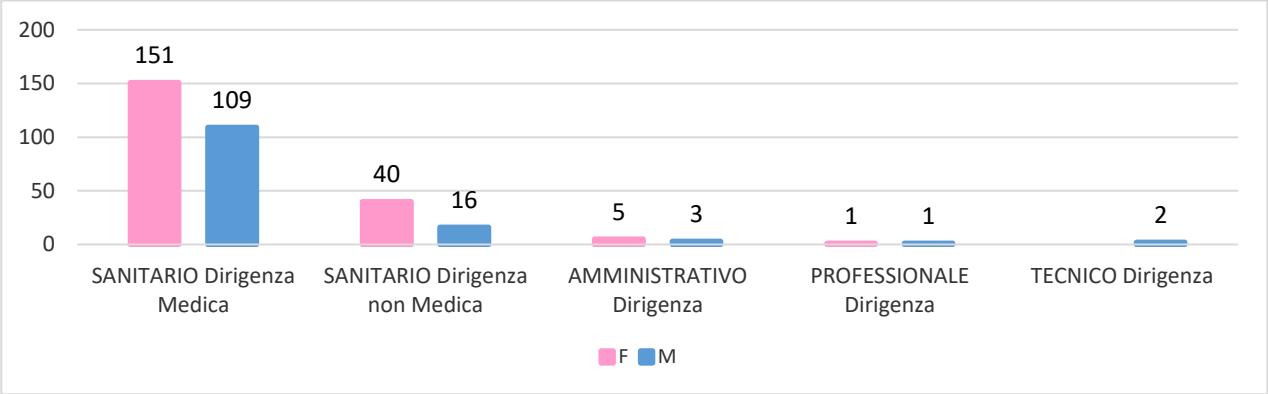


Figura 24 – Distribuzione di genere per ruolo (Comparto) al 31/12/2025

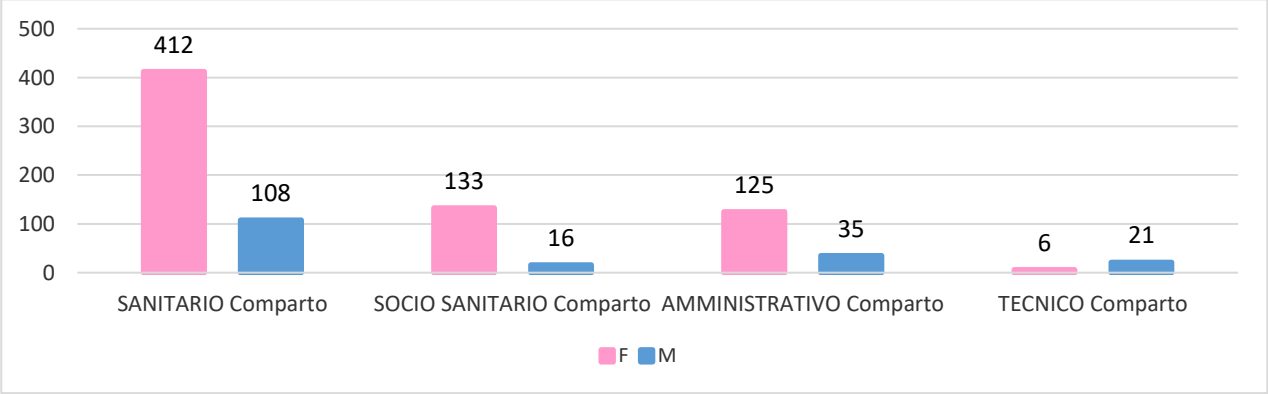


Figura 25 – Distribuzione di genere per ruolo (Borsisti e Personale della Ricerca) al 31/12/2025

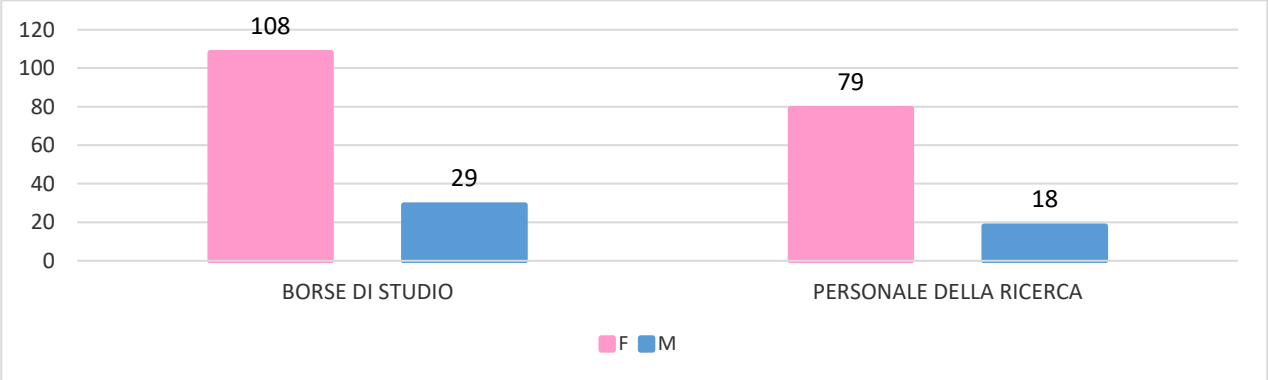
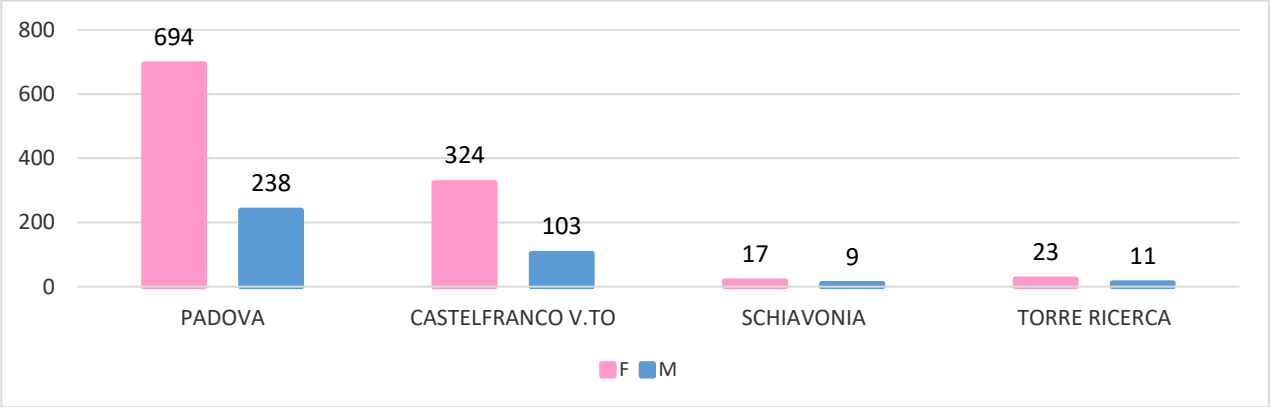
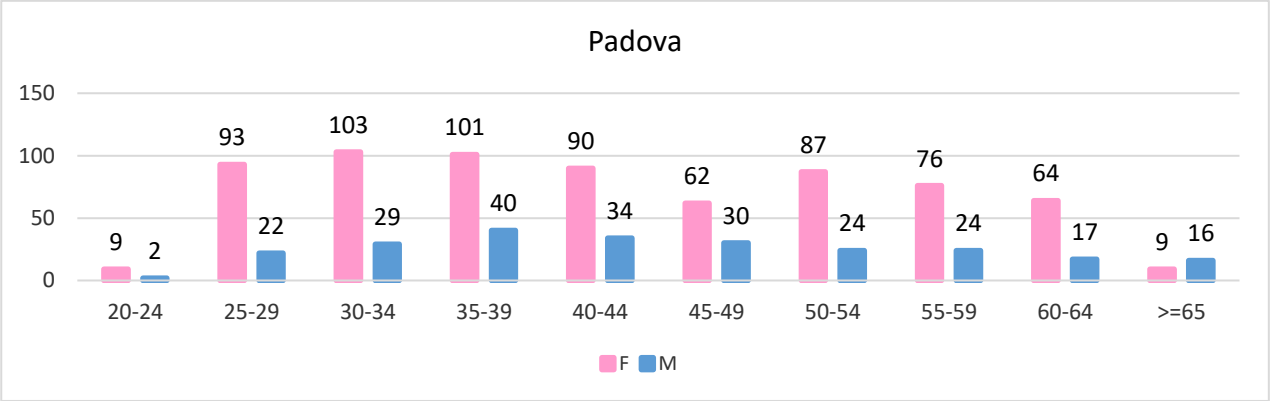
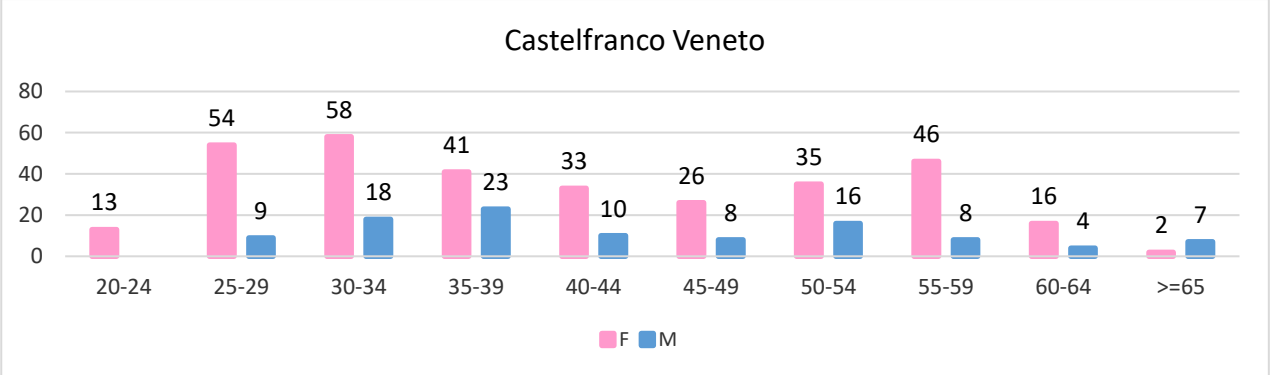
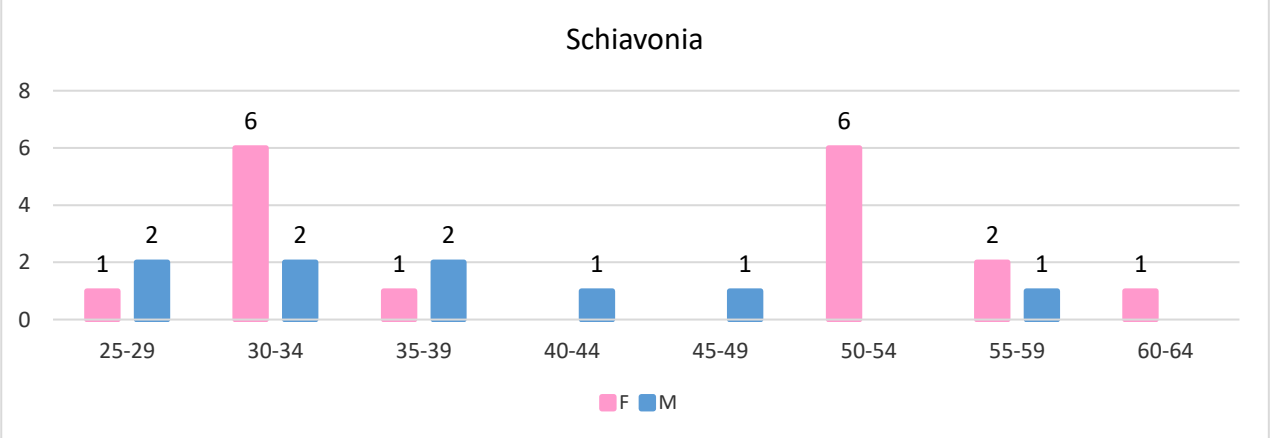


Figura 26 – Distribuzione di genere e per sede al 31/12/2025 (tutto il personale)









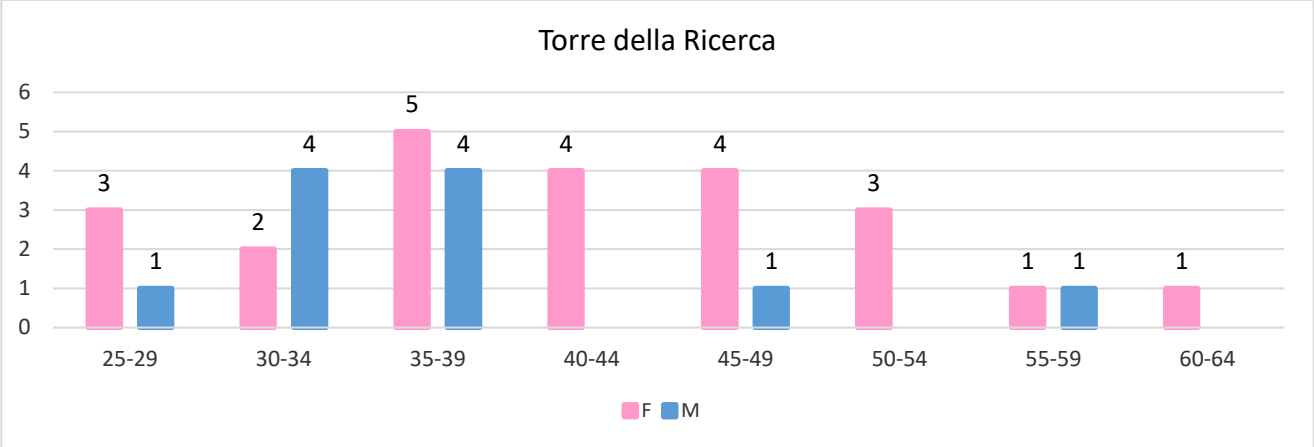
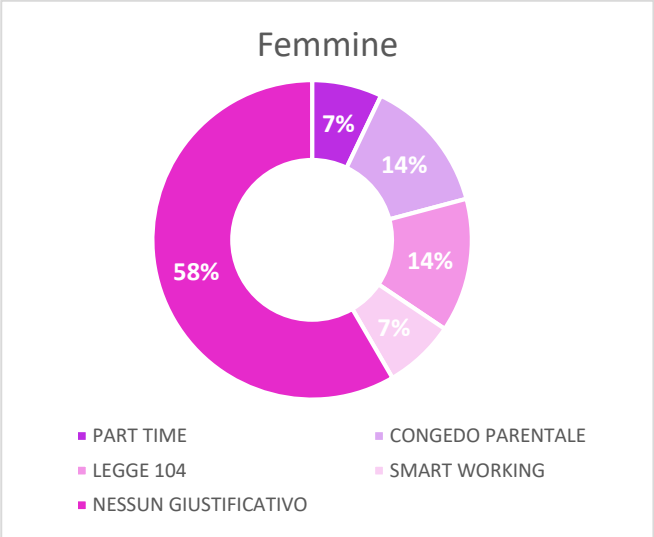
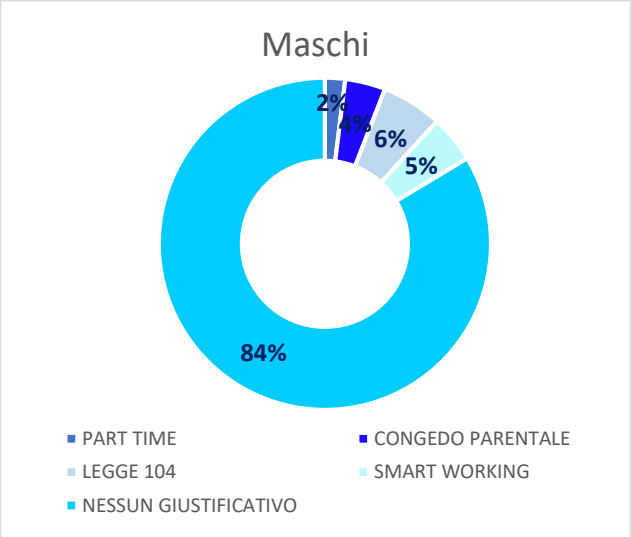


Figura 27 – Distribuzione % dei permessi usufruiti distinti per genere (Anno 2025)





Attività a supporto della parità di genere già attive allo IOV

Di seguito vengono riportate alcune iniziative e attività già poste in essere dallo IOV per promuovere la parità di genere.

- **Il Comitato Unico di Garanzia (CUG)**

Il Comitato unico di garanzia (CUG) per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni dello IOV è stato aggiornato nella sua composizione con Deliberazione del Direttore Generale n. 808 del 14/09/2023 e insediato nel corso del 2024.

Il CUG sostituisce, unificando le competenze, il Comitato per le pari opportunità e il Comitato paritetico sul fenomeno del mobbing, ha composizione paritetica ed è formato da rappresentanti sindacali e dell'amministrazione in pari numero.

Il Comitato, ai sensi dell'articolo 57, comma 3 del decreto legislativo 165/2001 e dell'articolo 89 del "Regolamento per il funzionamento del Comitato Unico di Garanzia dell'Istituto Oncologico Veneto di Padova I.R.C.C.S.", ha compiti propositivi, consultivi e di verifica e opera in collaborazione con il consigliere di fiducia. Contribuisce all'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico, migliorando l'efficienza delle prestazioni collegata alla garanzia di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità, di benessere organizzativo e dal contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica per i lavoratori.

- **Istituti di Welfare aziendale**

Si conferma anche per l'anno 2025 una particolare attenzione dell'UO Gestione Risorse Umane nell'applicazione dei seguenti istituti:

- ✓ Lavoro Agile
- ✓ ferie solidali

Lavoro Agile

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 928 del 30/10/2023 è stato approvato il nuovo Regolamento per il Lavoro Agile per il personale del comparto e, come richiamato sopra, con deliberazione del Commissario n. 929 del 31/10/2025 è stato adottato il regolamento aziendale per il personale della Dirigenza Professionale, Tecnica e Amministrativa – Area Funzioni Locali.
L'introduzione di questa diversa modalità di esecuzione della prestazione lavorativa mira al conseguimento delle seguenti principali finalità:
✓ agevolare la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, promuovendo una maggiore flessibilità nello svolgimento delle attività;
✓ migliorare la qualità delle prestazioni, anche attraverso il benessere psico-fisico dei dipendenti;
✓ valorizzare e responsabilizzare le risorse umane, favorendo e garantendo lo sviluppo di una cultura gestionale orientata al risultato;
✓ promuovere la fiducia reciproca tra datore di lavoro e lavoratore, senza collegarla alla circostanza della presenza in servizio, ma al raggiungimento degli obiettivi;
✓ Rafforzare i sistemi di misurazione e valutazione della performance basate sui risultati e sui livelli di servizio;
✓ promuovere l'utilizzo delle tecnologie informatiche e la digitalizzazione;
✓ diffondere la cultura della mobilità sostenibile, puntando alla riduzione degli spostamenti, nell'ottica di una politica ambientale sensibile alla diminuzione del traffico urbano in termini di volumi e di percorrenze;
✓ razionalizzare gli spazi lavorativi, realizzando economie di gestione e di spesa.

Il Regolamento si applica a tutto il personale del ruolo amministrativo, della ricerca sanitaria e di supporto alla ricerca. Il lavoro agile è concesso per un massimo di n. 2 giorni a settimana; il personale della ricerca che svolge attività di laboratorio può effettuare lavoro agile per massimo n. 2 giorni al mese; il personale della ricerca che non svolge attività di laboratorio può effettuare lavoro agile per massimo n. 8 giorni al mese.

Il lavoro agile è altresì concesso, all'interno di ogni singola Struttura, ad un numero di dipendenti non superiore al 50% anche a rotazione (arrotondato all'unità inferiore e fatte salve le deroghe stabilite nel Regolamento), secondo le seguenti priorità:

- lavoratori con figli fino a 12 anni / senza limiti di età se disabili;
- lavoratori con disabilità grave ex art. 4 co.1 legge 104/1992;
- lavoratori caregivers ex art.1 co.255 legge 205/2017;
- lavoratori che usufruiscono dei permessi di cui ai commi 2-3 art.33 legge 104/1992.

È prevista, a specifiche condizioni documentate, la possibilità di autorizzare il lavoro agile – di volta in volta - per il lavoratore pendolare con domicilio a più di 20 km dalla sede di lavoro, nonché per i lavoratori in situazioni particolari (diverse rispetto a quelle rientranti nelle categorie sopracitate): in queste circostanze si può derogare al limite del 50%.

L'iter per la concessione del lavoro agile è il seguente:

a. compilazione modulo da parte del dipendente (reperibile nel sito istituzionale);
b. firma autorizzativa del responsabile del servizio;
c. trasmissione del modulo alla UOC Gestione Risorse Umane;
d. redazione dell'accordo da parte della UOC Gestione Risorse Umane;
e. trasmissione dell'accordo al dipendente per la sottoscrizione da parte dello stesso e del responsabile del servizio;
f. trasmissione dell'accordo munito delle sottoscrizioni, in originale, alla UOC Gestione Risorse Umane.

Ferie solidali

Lo IOV ha adottato specifico regolamento per la disciplina dell'Istituto delle "Ferie Solidali" ai sensi degli art. 34 del CCNL del 21.05.2018 – personale del comparto e del CCNL del 19.12.2019 – area sanità, dell'art. 1, comma 4 del CCNL del 11.07.2019 - personale del ruolo della ricerca e delle attività di supporto alla ricerca sanitaria e dell'art. 17 del CCNL del 17.12.2020 – area delle funzioni locali.
In particolare, attraverso il citato regolamento l'Istituto vuole intervenire a supporto dei lavoratori che abbiano l'esigenza di assistere figli minori che necessitino di cure costanti per particolari condizioni di salute.
L'applicazione del presente Regolamento non comporta oneri aggiuntivi per l'Amministrazione ed è tesa ad accrescere il benessere organizzativo aziendale, attraverso l'applicazione di un'azione di solidarietà tra colleghi, che si integra con le misure di conciliazione tra vita privata e lavoro.
Il Regolamento disciplina la cessione, su base volontaria e a titolo gratuito, da parte di un dipendente ad altro dipendente che abbia esigenza di prestare assistenza ai figli minori che necessitino di cure costanti per particolari condizioni di salute, di parte delle proprie ferie, con le modalità e le condizioni individuate nello stesso regolamento e si applica a tutto il personale in servizio presso l'Istituto, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato o determinato, ivi compreso il personale del ruolo della ricerca e di supporto, senza alcuna distinzione di genere.

- **Parità di genere nelle Commissioni concorso**

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 499 del 08/11/2011 è stato approvato il Regolamento per lo svolgimento dei concorsi per il personale dirigenziale dell'Istituto Oncologico Veneto IRCCS.

Il Direttore Generale, dopo la scadenza del bando di concorso, nomina la commissione esaminatrice e mette a disposizione il personale necessario per l'attività della stessa. Almeno un terzo dei posti di componente delle commissioni di concorso, salva motivata impossibilità, è riservato alle donne in conformità all'articolo 57 del decreto legislativo 30 marzo 2001 n. 165, e successive modificazioni e integrazioni. Si conferma anche per l'anno 2025 una particolare attenzione dell'UO Gestione Risorse Umane nell'applicazione di tale regolamento.

5.1 Piano triennale di azioni positive – PTAP 2026-2028

Il piano triennale delle azioni positive 2026-2028 è stato redatto, come per gli anni precedenti, secondo la metodologia PDCA (Plan Do Check Act) adattato alle linee guida dedicate e promosse dal European Institute for Gender Equality (EIGE) per la redazione del Gender Equality Plan.

Figura 28 – Ciclo PDCA redazione del GEP

Di seguito se ne rappresentano i diversi step:

- **Linee strategiche di intervento:** le azioni proposte che si intende promuovere nel triennio, si ricollegano ad una o più delle raccomandazioni avanzate dalla Commissione europea per la redazione del GEP, di seguito sintetizzate:
  - ✓ Equilibrio vita privata/vita lavorativa e cultura dell'organizzazione;
  - ✓ Equilibrio di genere nella leadership e negli organi decisionali;
  - ✓ Uguaglianza di genere nel reclutamento e nelle progressioni di carriera;
  - ✓ Contrasto alla violenza di genere, al mobbing, alle molestie e alle molestie sessuali.

- Per ogni linea strategica è stata valutata la possibilità di individuare una serie di **azioni positive**, anche con il contributo di specifici gruppi di lavoro attivati all'interno del CUG
- Per ogni azione è stata valutata la rilevanza, l'effettiva percorribilità e la sostenibilità, al fine di identificare le **azioni da proporre alla Direzione Strategica per l'inserimento nel piano**.
- Per ogni azione positiva selezionata sono stati individuati gli obiettivi con relativi target, **indicatori e referenti per il monitoraggio**.

Piano triennale di azioni positive – PTAP 2026-2028

Linea Strategica	Obiettivo	Azione	Destinatari	UUOO coinvolte	Indicatori	Cronoprogramma	Referente per Monitoraggio
Equilibrio vita privata/vita lavorativa e cultura dell'organizzazione	Implementazione di servizi a supporto del personale, per favorire l'equilibrio tra vita lavorativa e vita privata	Coinvolgere gli Uffici competenti per eventuale attivazione di convenzioni per servizi quali palestra o asilo nido	Tutto il Personale Dipendente	Risorse Umane; Affari Generali; Provveditorato; Uff. Tecnico; Direzione amministrativa ospedaliera; Direzione Sanitaria; Direzione Amministrativa	N° riunioni effettuate	Anno 2026	Risorse Umane
	Supporto al benessere del personale dipendente	Progetto di percorso dedicato ai dipendenti di meditazione e gestione dello stress	Tutto il Personale Dipendente	Psicologia Ospedaliera	N° Partecipanti al percorso di meditazione e gestione dello stress	Anno 2026	Psicologia Ospedaliera/ Professioni Sanitarie/Dir. Sanitaria Dott.ssa Shams
Contrasto alla violenza di genere, al mobbing, alle molestie e alle molestie sessuali	Miglioramento della conoscenza e della consapevolezza in tema di mobbing, molestie e violenza di genere	Formazione e Comunicazione	Tutto il Personale Dipendente	Psicologia Ospedaliera (Dott.ssa Shams); Comunicazione e Marketing; Formazione	Relazione su attività di comunicazione e formazione sul tema	secondo semestre 2026	Comunicazione e Marketing Uff. Formazione
		Proseguimento campagna informativa ruolo Consigliera di Fiducia	Tutto il Personale Dipendente	Psicologia Ospedaliera (Dott.ssa Shams); Formazione	Relazione su attività di comunicazione e formazione sul tema	anno 2026	Comunicazione e Marketing Uff. Formazione
	Supporto psicologico ai dipendenti vittima di violenza o di mobbing	Monitoraggio dell'attività dello Spazio Ascolto SPAS	Dipendenti vittima di violenza o di mobbing e altri dipendenti in difficoltà	Psicologia Ospedaliera	Relazione su Riorganizzazione Centro di ascolto	Anno 2026	Direzione Amministrativa di Ospedale Psicologia Ospedaliera
					Incremento accessi a Centro di Ascolto	Primo semestre 2026	Psicologia Ospedaliera

Linea Strategica	Obiettivo	Azione	Destinatari	UUOO coinvolte	Indicatori	Cronoprogramma	Referente per Monitoraggio
					rispetto ad anno precedente		
	Supporto decisionale in caso di sospetto mobbing	Attivazione del percorso con il consigliere di fiducia	Dipendenti vittima di violenza o di mobbing	Direzione Generale/Direzione sanitaria Risorse Umane Uff. Formazione CUG	Convenzione attiva con consigliere di fiducia	Entro Dicembre 2026	Affari Generali DAO
					Monitoraggio casistiche affrontate dalla consigliera di fiducia	Entro Dicembre 2026	consigliera di fiducia
					Campagna informativa	Entro Dicembre 2026	Comunicazione e marketing
					Coinvolgimento della consigliera di fiducia nelle attività formative	Entro Dicembre 2026	Formazione CUG