Relazione sul funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni dell'IRCCS Fondazione Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico — Milano

Anno 2025

Redatta dal Nucleo di Valutazione (OIV): Davide Croce (Presidente), Simone Rasetti, Isabella Spreafico

Introduzione

La presente relazione è redatta in conformità all'articolo 14 del Decreto Legislativo 150/2009 e successive modifiche, con particolare riferimento alle linee guida dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC — Delibera n. 23/2013) e alle indicazioni dell'Organismo Indipendente di Valutazione della Giunta della Regione Lombardia. L'obiettivo è valutare l'efficacia del sistema di valutazione, della trasparenza e dell'integrità dei controlli interni dell'IRCCS Fondazione Policlinico di Milano per l'anno 2025, con specifica attenzione al seguito dato alle proposte di miglioramento formulate nella relazione sull'anno 2024.

Nel corso del 2025 la composizione del Nucleo di Valutazione è stata modificata rispetto all'anno precedente: alla data di redazione della presente relazione il Nucleo è composto da Davide Croce (Presidente), Simone Rasetti e Isabella Spreafico che ha sostituito, nel corso del 2025 Andrea D'Aquila.

Gli ambiti su cui si focalizza la presente relazione sono:

- Sistema di valutazione (performance organizzativa e individuale, RAR);
- Processo di attuazione del ciclo della performance e del PIAO;
- Sistema di trasparenza e anticorruzione;
- Controlli interni e coordinamento con gli altri organi di controllo;
- Infrastruttura di supporto, sistemi informatici ed informativi;
- Utilizzo dei risultati del SMVP e modalità di monitoraggio del NdV.

1. Sistema di Valutazione della Performance

1.1 Performance organizzativa

Il Policlinico continua ad applicare un sistema di misurazione della performance organizzativa che allinea gli obiettivi strategici aziendali, assegnati dal Consiglio di Amministrazione, con quelli regionali e nazionali. Gli obiettivi sono monitorati attraverso indicatori chiave di performance (KPI) oggetto di revisioni periodiche da parte del Controllo di Gestione e della Direzione Strategica.

Per l'anno 2025 il sistema è, nei risultati, sostanzialmente stabile rispetto al 2024, anche se presenta rilevanti novità strutturali. Il framework degli obiettivi è stato riorganizzato in coerenza con il PIAO 2025-2027, articolando le aree di intervento in tre categorie: obiettivi trasversali di valore pubblico, obiettivi strategici di performance e obiettivi di anticorruzione e trasparenza. Rispetto al 2024, il 2025 introduce obiettivi esplicitamente orientati alla trasformazione organizzativa, con particolare rilievo assegnato all'avvio del Nuovo Padiglione Sforza, alla riorganizzazione del sistema produttivo e all'attuazione dei progetti PNRR/PNC.

Gli obiettivi 2025 di produzione sanitaria, digitalizzazione dei processi, contenimento dei tempi di attesa, allineamento al POAS e valorizzazione della collaborazione con l'Università Statale di Milano sono stati pienamente raggiunti.

Per quanto riguarda il Nuovo Padiglione Sforza — obiettivo strategico di maggiore rilevanza del triennio — ha registrato ritardi rispetto al cronoprogramma iniziale, soprattutto il completamento dei lavori edilizi che prevedeva il trasferimento delle attività entro la fine del 2025. In ogni caso, le attività interne di preparazione all'avvio sono state condotte con la massima proattività: sono state completate la mappatura dei nuovi percorsi clinici e organizzativi, la formazione del personale sulle nuove modalità operative, l'installazione e la messa in opera delle grandi tecnologie (TAC, RM, robot chirurgici, centrale farmaceutica), il trasferimento di beni e attrezzature e l'attivazione delle procedure di assunzione del personale aggiuntivo autorizzato. La Fondazione si è pertanto trovata nella condizione di poter avviare operativamente il nuovo ospedale non appena la struttura edilizia sarà formalmente collaudata e consegnata.

La valutazione della performance organizzativa ha verificato il contributo delle strutture aziendali al raggiungimento degli obiettivi strategici e operativi definiti nel PIAO. Gli obiettivi operativi sono stati formalizzati per ciascun Centro di Responsabilità (CDR) tramite schede di budget; la misurazione è avvenuta attraverso indicatori specifici associati agli obiettivi.

La performance organizzativa complessiva del 2025 si attesta su livelli elevati, con una media ponderata di **97,6** su 86 CDR monitorati.

1.2 Performance individuale

L'aggiornamento del sistema di valutazione individuale di dirigenza e comparto — indicato fra le proposte di miglioramento nella relazione sull'anno 2024 — è stato **concluso ed è risultato pienamente operativo nel corso del 2025**. La nuova architettura è stata applicata alle valutazioni di competenza dell'esercizio.

L'avvio operativo del nuovo sistema ha previsto una sessione formativa dedicata ai valutatori, finalizzata a garantire uniformità di applicazione e piena comprensione dei criteri introdotti. Sul piano metodologico, la revisione ha comportato una razionalizzazione degli item di valutazione — ridotti in numero ma più mirati e rappresentativi delle competenze rilevanti — e l'introduzione di nuovi coefficienti di ponderazione, che hanno consentito una maggiore capacità discriminante rispetto al sistema previgente. L'esito del primo ciclo applicativo ha confermato l'efficacia dell'impostazione: le valutazioni prodotte mostrano una distribuzione più differenziata dei punteggi, superando la tendenza all'appiattimento che caratterizzava il precedente strumento e restituendo una fotografia più fedele delle effettive performance individuali**.**

1.3 Risorse Aggiuntive Regionali (RAR)

Si conferma anche per il 2025 lo stretto monitoraggio volto a garantire che il sistema di misurazione e valutazione della performance ex D.Lgs. 150/09 sia correlato al sistema di definizione degli obiettivi RAR senza tuttavia presentare ambiti di sovrapposizione o ingerenza. La verifica è stata svolta regolarmente nel corso dell'anno e non ha evidenziato sovrapposizioni o duplicazioni fra i due cicli.

1.4 Analisi dell'equità di giudizio tra UU.OO. e Servizi

In attuazione della proposta n. 5 formulata nella relazione sull'anno 2024, il Nucleo ha condotto nel corso del 2025 un'analisi dell'equità di giudizio fra le Unità Operative e i Servizi. L'analisi è stata svolta e non ha evidenziato criticità significative tali da richiedere interventi correttivi immediati.

Metodologia adottata e principali evidenze:

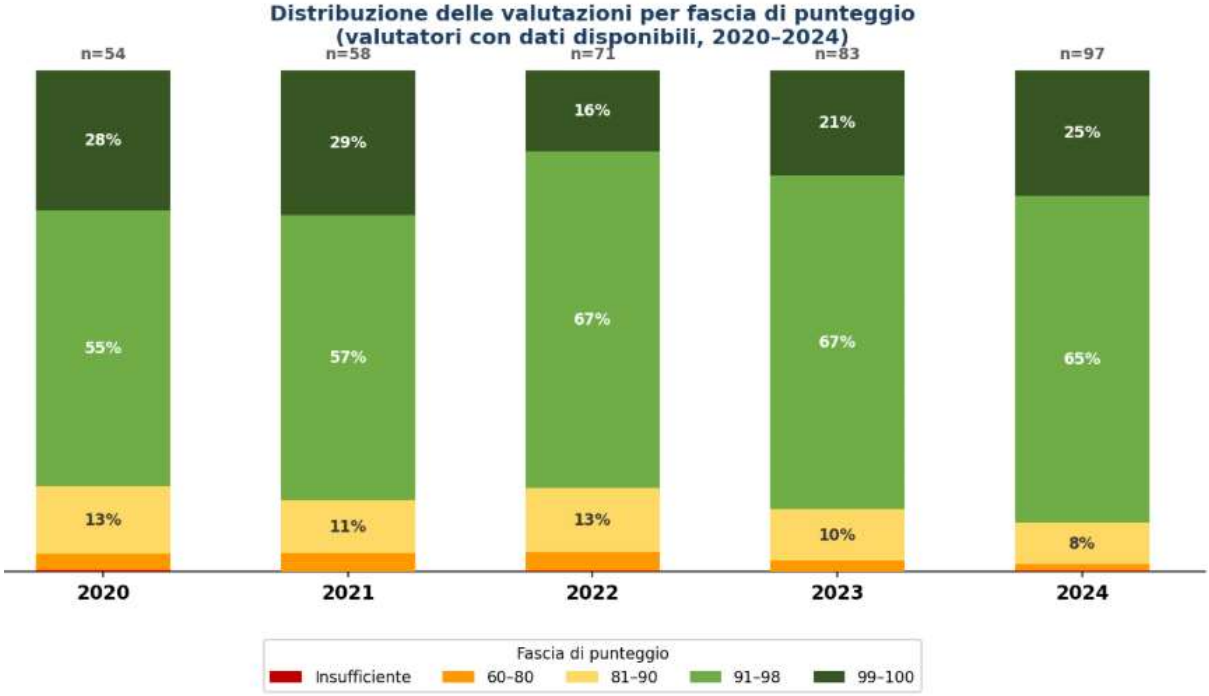
L'analisi ha riguardato 97 valutatori attivi nel ciclo 2024, con dati storici disponibili a partire dal 2020. Per ciascun valutatore e per ciascun anno, le valutazioni assegnate ai propri

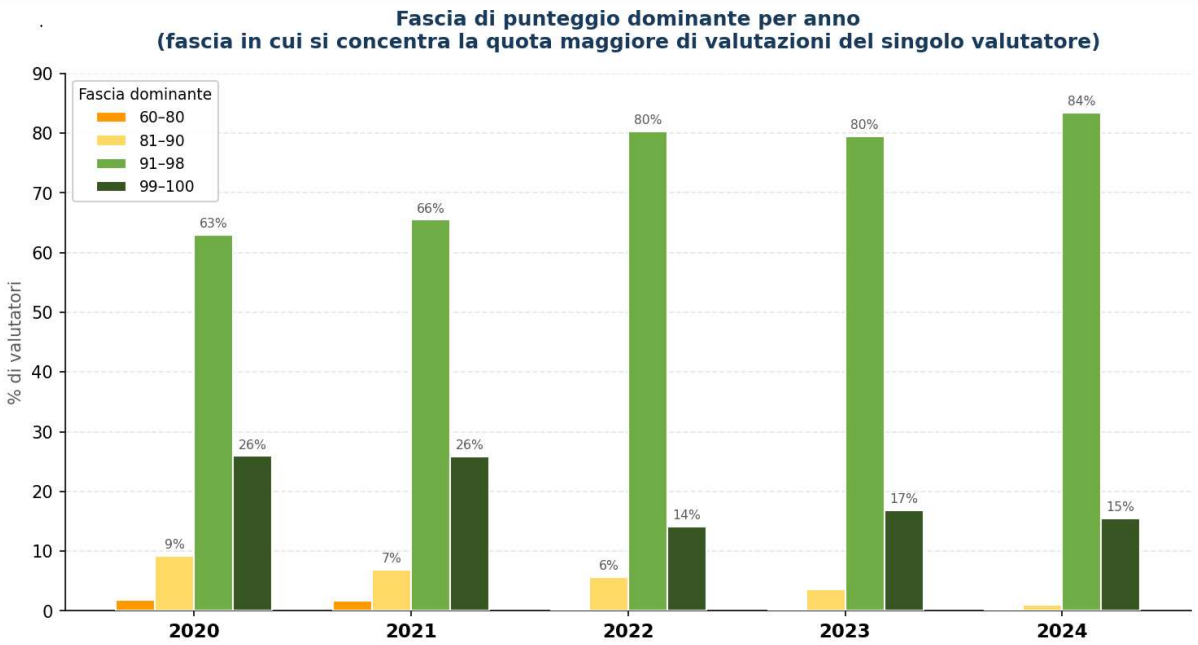
collaboratori sono state aggregate in cinque fasce di punteggio: *Insufficiente*, *60–80*, *81–90*, *91–98* e *99–100*. È stata calcolata la distribuzione percentuale delle valutazioni all'interno di ogni fascia, al fine di rilevare eventuali fenomeni di appiattimento. È stato adottato come indicatore di appiattimento la concentrazione di almeno l'85% delle valutazioni assegnate in un'unica fascia di punteggio. I dati sono stati rappresentati graficamente attraverso una heat map individuale e i grafici di sintesi riportati di seguito.

Nel 2024, la distribuzione aggregata delle valutazioni risulta concentrata per il **65,2%** nella fascia 91–98 e per il **25,1%** nella fascia 99–100, con una quota marginale nelle fasce inferiori. Tale distribuzione è sostanzialmente stabile rispetto agli anni precedenti, confermando una tendenza strutturale alla valutazione nella parte alta della scala.

La fascia dominante risulta essere in modo pressoché esclusivo la **91–98**, che nel 2024 rappresenta la fascia di concentrazione principale per l'84% dei valutatori. Non si registrano valutatori con concentrazione sistematica nelle fasce più basse della scala.

Nel complesso, l'analisi non ha evidenziato criticità di equità interstrutturale tali da richiedere interventi correttivi immediati. Il Nucleo raccomanda il monitoraggio continuativo del fenomeno nell'ambito del ciclo 2025.





La fascia dominante risulta essere in modo pressoché esclusivo la **91–98**, che nel 2024 rappresenta la fascia di concentrazione principale per l'84% dei valutatori. Non si registrano valutatori con concentrazione sistematica nelle fasce più basse della scala.

Nel complesso, l'analisi non ha evidenziato criticità di equità interstrutturale tali da richiedere interventi correttivi immediati. Il Nucleo raccomanda il monitoraggio continuativo del fenomeno nell'ambito del ciclo 2025.

2. Processo di attuazione del ciclo della performance e del PIAO

Il Piano della Performance 2025 e il PIAO sono pubblicati nella sezione Performance / Amministrazione Trasparente del sito istituzionale ai seguenti indirizzi:

- Piano della Performance 2025 e PIAO 2025: www.policlinico.mi.it/uploads/fom/attachments/amministrazione_trasparente/amministrazione_trasparente_m/150/files/allegati/1907/piao_2025-2027.pdf

- Relazione sulla Performance 2024 (validata dal NdV il 27.06.2025): https://www.policlinico.mi.it/uploads/fom/attachments/amministrazione_trasparente/amministrazione_trasparente_m/60/files/allegati/2163/32962455.pdf

- 3. Trasparenza, Anticorruzione e Integrità https://www.policlinico.mi.it/amministrazione_trasparente/altri-contenuti/prevenzione-della-corruzione/relazione-annuale-rpct

3.1 Accesso alle informazioni e trasparenza

Il Policlinico garantisce la pubblicazione tempestiva dei dati relativi a organizzazione, bilanci, bandi di gara e contratti, in conformità al D.Lgs. 33/2013. La verifica condotta dal Nucleo sulla griglia ANAC per l'attestazione 2025 ha rilevato **una sostanziale conformità con alcune osservazioni minori** da segnalare: per i curricula vitae di consulenti/collaboratori e titolari di incarichi dirigenziali, il formato di pubblicazione risulta non completamente aperto/elaborabile (67-99%), con criticità circoscritte alle annualità pregresse; per i dati patrimoniali e reddituali dei titolari di incarichi amministrativi di vertice (limitati al CDA secondo le Regole 2024 RL), si registrano lievi carenze di aggiornamento e apertura del formato, già in parte risolte con il Piano di miglioramento 01/2025; per le dichiarazioni di inconferibilità e incompatibilità dei dirigenti, la completezza rispetto agli uffici si attesta nella fascia 67-99%, con criticità residue legate al processo di automatizzazione della raccolta dati, oggetto dei Piani di miglioramento 02 e 03/2025. Non risultano inadempienze formali in nessuna sezione della griglia.

3.2 Piano Triennale Prevenzione della Corruzione e Trasparenza

La sezione anticorruzione del PIAO è stata regolarmente aggiornata nel 2025 e le azioni formative pianificate sono state svolte nei tempi previsti. Restano confermati i principi guida del sistema: ridurre le opportunità di corruzione, aumentare la capacità di scoperta e creare un contesto sfavorevole al fenomeno corruttivo.

4. Controlli Interni e Coordinamento con gli Altri Organi

Nel corso del 2025 il Nucleo di Valutazione ha intensificato il coordinamento con gli altri organi di controllo aziendali. In particolare sono stati svolti incontri formali con:

- **Collegio Sindacale**: 25/11/2025
- **Internal Auditing**: 25/02/2025
- **Responsabile S.C. Risorse Umane**: incontri per la verifica dei monitoraggi, del sistema di valutazione e delle RAR (15/04/2025, 30/05/2025, 27/06/2025, 30/07/2025, 25/09/2025).
- **Responsabile S.C Economico Finanziaria**: incontri per la verifica dell'andamento dei CET (15/04/2025, 30/05/2025, 30/07/2025, 25/11/2025)

Rispetto al 2024 si segnala come elemento positivo l'attivazione del coordinamento sia con il Collegio Sindacale sia con la funzione di Internal Auditing, programmati in entrambi i casi a cadenza tale da garantire la continuità del confronto negli anni successivi.

Con riferimento al **Comitato Unico di Garanzia (CUG)** e alle funzioni delegate al benessere organizzativo e alle azioni positive, nel corso dell'anno è stato realizzato un solo incontro formale (15/04/2025); il Nucleo ritiene opportuno intensificare nel 2026 la frequenza di tali confronti, in coerenza con la proposta n. 3 formulata nella relazione sull'anno 2024.

5. Infrastruttura di Supporto e Sistemi Informativi

Nel 2024 il Nucleo aveva incontrato il responsabile della funzione Sistemi Informativi (seduta del 14/10/2024) per la verifica di uno specifico rischio intrusivo. Nel corso del 2025 non sono stati svolti ulteriori incontri formali con il responsabile dei Sistemi Informativi data la natura dichiarata inesistente del rischio.

Il Sistema di Gestione per la Qualità del Policlinico mantiene la certificazione UNI EN ISO 9001:2015. Il 23 giugno 2025 si è concluso il ciclo di verifiche ispettive esterne condotto dall'Ente di Certificazione RINA per il rinnovo del Certificato ISO 9001:2015, requisito indispensabile per il mantenimento dello statuto di IRCCS. La Direzione Strategica, i Direttori e i Referenti Qualità delle strutture coinvolte hanno interagito in modo costruttivo con i verificatori, dimostrando un solido grado di aderenza ai requisiti del Sistema di Gestione per la Qualità. L'esito della verifica ha evidenziato 7 punti di forza e 6 raccomandazioni, confermando la sostanziale maturità del sistema e fornendo indicazioni operative per il suo ulteriore miglioramento.

6. Monitoraggio e miglioramento continuo

Il sistema di risk management (clinico e organizzativo) e il controllo di gestione si confermano nel 2025 stabili e funzionanti, senza novità rilevanti rispetto a quanto descritto nella relazione sull'anno 2024.

7. Regolamento del Nucleo di Valutazione

Il regolamento di funzionamento del Nucleo di Valutazione — la cui adozione era stata indicata fra le proposte di miglioramento nella relazione sull'anno 2024 — è stato formalmente approvato e adottato nel corso del 2025.

8. Calendario delle sedute del NdV nel 2025

Di seguito il calendario delle sedute verbalizzate del Nucleo nel corso dell'anno 2025, con i relativi ordini del giorno. Ulteriori attività istruttorie e di confronto sono state svolte in differenti date in modalità non collegiale.

Data	Ordine del giorno
22/01/2025	Revisione PIAO 2025-2027
25/02/2025	Attività Anticorruzione e Trasparenza 2025; Verifica Progetti RAR 2024
15/04/2025	Costruzione sistema obiettivi dirigenza e comparto; Benessere Organizzativo Verifica IV CET 2024

30/05/2025	Valutazione performance Organizzativa ed Individuale 2024; Analisi andamento I CET 2025
27/06/2025	Relazione sulla performance 2024; Verifica assolvimento obblighi trasparenza in ottemperanza alla delibera ANAC n. 232 del 3 giugno 2025
30/07/2025	Rendicontazione II CET 2025; Progetti RAR 2025
25/09/2025	Aggiornamento Progetti RAR 2025
25/11/2025	Obblighi di pubblicazione 2025, monitoraggio griglia di rilevazione al 30 novembre; Analisi III CET 2025; Incontro con il Collegio Sindacale;

9. Conclusioni e proposte di miglioramento per il 2026

Nel corso del 2025 l'IRCCS Fondazione Policlinico di Milano ha confermato un impegno costante nel mantenere elevati standard di controllo interno, trasparenza e integrità. Rispetto alle proposte formulate nella relazione sull'anno 2024 si registrano i seguenti esiti:

- Assessment del sistema di valutazione individuale: concluso e operativo.
- Analisi dell'equità di giudizio tra UU.OO. e Servizi.
- Rafforzamento incontri con CUG e funzioni del benessere organizzativo: parzialmente realizzato (un solo incontro).

Milano, 22/06/2026

Il Presidente del Nucleo di Valutazione

Davide Croce