



Istituto Oncologico Veneto
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
Piano delle Performance



REGIONE DEL VENETO



Istituto Oncologico Veneto

Piano delle Performance

t042332

2014-2016

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | INTRODUZIONE | 3 |
| 2 | INQUADRAMENTO NORMATIVO e DELL'ISTITUTO | 4 |
| 2.1 | L'articolazione organizzativa e l'attività di controllo | 7 |
| 2.2 | Le cifre dell'Istituto | 10 |
| 3 | L'ALBERO delle PERFORMANCE | 13 |
| 3.1 | Obiettivi Strategici | 13 |
| 3.2 | Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi | 16 |
| 3.3 | Obiettivi 2014 | 16 |
| 4 | IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE | 21 |
| 4.1 | Il processo di valutazione degli obiettivi | 21 |
| 4.2 | La performance individuale | 22 |
| 4.3 | La valutazione individuale dell'area del Comparto | 24 |
| 4.4 | La valutazione individuale dell'area della dirigenza | 25 |
| 4.5 | I soggetti competenti e la procedura dei ricorsi | 26 |
| 4.6 | La determinazione delle quote individuali | 27 |

1 INTRODUZIONE

Con l'approvazione del Documento delle Direttive 2014 l'Istituto Oncologico Veneto ha di fatto dato il via al nuovo processo di programmazione aziendale. In tal modo la programmazione trova definitiva attuazione raccordandosi con il Piano pluriennale aziendale, recependo gli obiettivi stabiliti dalla Regione Veneto per le Aziende Sanitarie, ex DGR 1237/2013 e 2554/2013, nonché le schede di dotazione ospedaliera (DGR 2122/2013) e gli obiettivi regionali di salute e funzionamento dei servizi (DGR 2533/2013), costituendo la guida strategica e permettendo in tal modo di avviare le contrattazioni di budget.

La pianificazione strategica, secondo le DGR 1237 e 2533, parte dagli obiettivi definiti nel Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016 e dagli altri atti di programmazione regionale e nazionale e dovrà prevedere il perseguimento di obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi che si concentrino in sei aree di intervento:

- ✚ osservanza delle linee guida ed indirizzi in materia di controllo e di programmazione dell'organizzazione degli uffici;
- ✚ corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate;
- ✚ obiettivi di Salute e funzionamento dei servizi;
- ✚ equilibrio economico;
- ✚ liste d'attesa;
- ✚ rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi ricompresi nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario.

L'attuazione degli stessi richiederà l'adeguamento dell'organizzazione ospedaliera a tali indirizzi regionali, con la definizione del posizionamento dell'Azienda quale riferimento regionale per l'alta specialità in campo oncologico e caratterizzando quelle che saranno le priorità di intervento, ossia declinando gli obiettivi strategici in obiettivi operativi, mediante il processo di budget.

Tali obiettivi operativi, monitorabili e rendicontabili mediante appropriata misurazione, a loro volta si articoleranno in interventi che riguarderanno tutti gli aspetti che possano portare all'aumento dell'efficacia e dell'efficienza.

La valutazione di queste attività si basa su un ciclo di gestione della performance, con riferimento all'amministrazione nel suo complesso, al fine di migliorare i servizi offerti e di accrescere le competenze professionali, mediante la valutazione del merito e l'erogazione di premi per i risultati perseguiti. L'attuazione di piani e programmi considera infatti il livello previsto di assorbimento delle risorse finanziarie, l'efficienza dell'impiego delle stesse con particolare riferimento al contenimento ed alla riduzione dei costi, nonché all'ottimizzazione dei tempi dei procedimenti amministrativi, la qualità e la quantità delle prestazioni e dei servizi erogati.

Misurare le performance e quindi il livello dei servizi è il presupposto fondamentale per responsabilizzare gli attori del sistema e per conoscere quali interventi porre in essere. Quanto sopra esposto è ciò che l'Istituto Oncologico Veneto si prefigge di esplicitare nel Piano delle Performance, documento programmatico con orizzonte temporale pluriennale, adottato in stretta coerenza con i contenuti ed il ciclo della programmazione economico-finanziaria, che individua da un lato gli indirizzi, gli obiettivi strategici ed operativi e dall'altro definisce gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'Amministrazione.

Tale piano sarà reso conoscibile e scaricabile on line sul sito dell'Istituto, ad esclusione degli allegati tecnici, come previsto dalla normativa. A fine anno sarà L'Organismo Indipendente di Valutazione a giudicare il grado di raggiungimento degli obiettivi sulla base degli indicatori prodotti dall'Istituto stesso.

2 INQUADRAMENTO NORMATIVO e DELL'ISTITUTO

Il Piano delle Performance trova la propria legittimizzazione nei seguenti atti normativi:

- ✚ Delibera Commissione Indipendente per la Valutazione (CIVIT) n.112 del 28/10/2010 "Struttura e modalità di redazione del Piano della performance" che approva il D.Lgs. n.150/2009 circa le istruzioni operative per la predisposizione del documento programmatico che dà avvio al ciclo di gestione della performance;

- ✚ “Conversione in legge, con modificazioni, del D.L. 6 luglio 2012, n.95, recante disposizioni urgenti per la spesa pubblica con invarianza dei servizi offerti ai cittadini” (spending review);
- ✚ DGRV 2205 del 6/11/2012 “Linee di indirizzo in materia di misurazione e valutazione dei dipendenti del servizio sanitario regionale ed in materia di trasparenza;
- ✚ Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016 approvato con L.R. n. 23 del 29.06.2012 (modificato con L.R. 46 del 3.12.2012);
- ✚ D.Lgs 14 Marzo 2013, n. 33 “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”;
- ✚ DGR n. 1237/2013 “Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende ULSS del Veneto, l’Azienda Ospedaliera di Padova, l’Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona e l’IRCCS “Istituto Oncologico Veneto Anno 2013”.

Il Piano delle Performance, si integra con il Piano per la Trasparenza previsto dalla normativa nazionale (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”) al fine di individuare le aree chiave di misurazione del rapporto con i cittadini e fornire trasparenza come massima leggibilità di tali informazioni da parte dei vari *stakeholders*. Per tale aspetto vengono richiamati di seguito gli elementi identificativi che caratterizzano l’Istituto Oncologico Veneto, come riportati nel nuovo atto aziendale di prossima approvazione.

L’Istituto Oncologico Veneto (di seguito denominato IOV) è un istituto a indirizzo oncologico che opera in tale campo quale Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) di diritto pubblico.

Lo IOV, sulla base della legge regionale istitutiva (n.26 del 22 dicembre 2005) è 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 anche di alta specialità.




Lo IOV è parte integrante del Servizio Sanitario della Regione Veneto, nel cui ambito svolge funzioni di alta qualificazione relativamente alle attività di assistenza, ricerca e formazione.

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 riconosciuto il carattere scientifico dell'istituto, successivamente riconfermato con la periodicità e le modalità previste dalla normativa vigente.

La denominazione è: "Istituto Oncologico Veneto – IRCCS" e la sede legale è la seguente:
via Gattamelata, 64 – 35128 Padova
C.F./P.I. 04074560287

Il sito web dell'Istituto è il seguente: www.ioveneto.it

Il patrimonio immobiliare dell'Istituto, finalizzato ad attività istituzionali di assistenza, ricerca e formazione, è costituito da:

-  ospedale Busonera, via Gattamelata n. 64
-  palazzina Immunologia, via Gattamelata n. 64
-  palazzina Radioterapia, via Giustiniani n. 1.

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 l'approccio multidisciplinare alla patologia e la creazione di una rete di collaborazione/condivisione tra le Oncologie del Veneto.

I volumi e le tipologie dell'attività assistenziale sono definiti mediante appositi accordi con la Regione da stipularsi secondo le norme nazionali e regionali vigenti, tenendo conto delle peculiarità delle attività svolte dall'Istituto. Detti accordi costituiscono riferimento per l'attività di indirizzo e programmazione del Consiglio di indirizzo e verifica.

L'attività di ricerca è definita, indirizzata e coordinata dal Direttore Scientifico, in coerenza con gli indirizzi strategici indicati dal Consiglio di Indirizzo e Verifica e con gli obiettivi programmatici dell'Istituto. La valutazione dell'attività di ricerca in Istituto è coerente con i criteri stabiliti dalla Direzione della Ricerca Scientifica del Ministero della Salute.

Nel quadro della programmazione socio sanitaria regionale e della Rete Oncologica Veneta (ROV), all'Istituto Oncologico Veneto IRCCS è assegnato il ruolo di centro Hub per il coordinamento, in stretta sintonia con le Aziende Ospedaliere di Padova e Verona, delle attività di alta specializzazione ed eccellenza e delle altre attività condotte per conto delle Aziende ULSS del territorio.

In particolare, presso lo IOV ha sede il Coordinamento Regionale della Rete Oncologica del Veneto (CROV) che:

- ✚ coordina i programmi e valuta le attività dei Poli Oncologici;
- ✚ coordina le attività di Ricerca in oncologia;
- ✚ valida i Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) e le linee guida proposte dai Poli Oncologici;
- ✚ definisce i percorsi di formazione professionale, aggiornamento, informazione, comunicazione e monitoraggio delle attività delle Commissioni di Rete.

Oltre al ruolo di coordinamento, lo IOV, in ottemperanza alla propria mission di IRCCS, persegue reali criteri di appropriatezza, applicando le linee guida maggiormente accreditate. In tal senso, lo IOV coordina il network regionale accreditato di Biobanche e laboratori di diagnostica molecolare oncologica.

2.1 L'articolazione organizzativa e l'attività di controllo

La struttura organizzativa definisce le articolazioni dell'Istituto, le relazioni gerarchiche e funzionali tra le stesse e individua in modo coordinato le responsabilità assegnate a ognuna di esse. L'articolazione interna, oltre alla Direzione Aziendale, include come esplicitato nell'atto aziendale:

- ✚ i dipartimenti;
- ✚ le strutture complesse (SC);
- ✚ le strutture semplici a valenza dipartimentale (SSD);
- ✚ le strutture semplici ad alta specializzazione (SSAS);

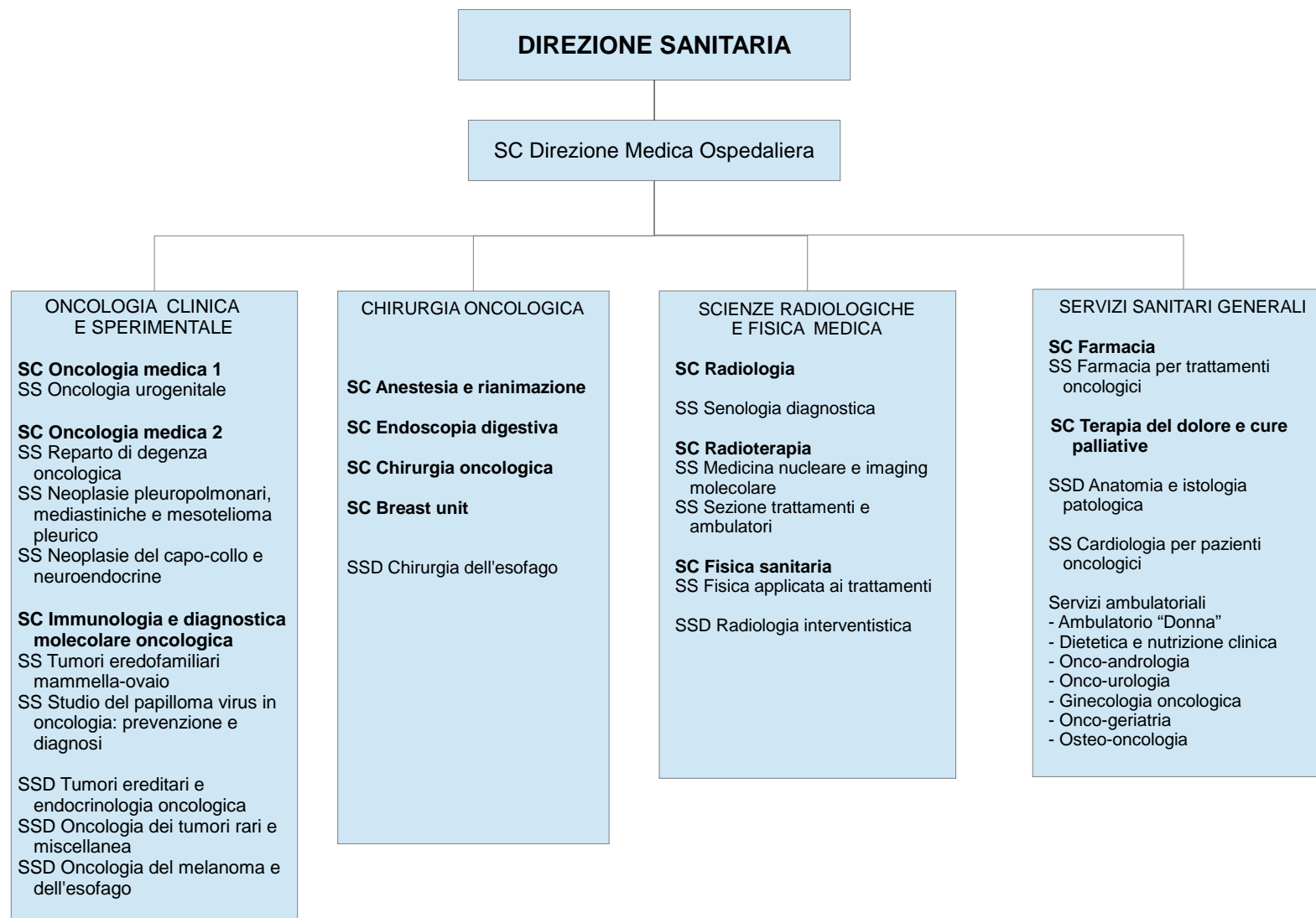
- ✚ le strutture semplici (SS);
- ✚ le unità operative (U.O.)

In particolare i servizi sanitari dell'istituto sono organizzati secondo le aree proposte nello schema di pagina seguente. Le stesse convivono nel continuo interscambio che richiede la presa in carico del paziente oncologico, al fine di ottenere il miglior risultato sul tumore e sulla qualità della vita e applicando l'approccio multidisciplinare strutturato alla patologia.

Infatti, particolare rilevanza, attesa la peculiarità delle attività sanitarie dell'Istituto, rivestono le attività multidisciplinari che vedono impegnati team composti da professionisti dello IOV e dell'Azienda Ospedaliera di Padova con il compito di garantire la partecipazione di tutte le specialità competenti per le patologie trattate.

L'Azienda è inoltre sottoposta a controlli esterni ed interni. I controlli esterni sono posti in essere dalla Struttura regionale per l'attività ispettiva di cui la L.R. 5 agosto 2010, n. 21 oltre a quanto previsto dalla normativa vigente in materia. Inoltre, In conformità alle "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." emanate dalla Regione Veneto, l'Organismo Interno di Valutazione (OIV) svolge un ruolo di misurazione e valutazione della performance con riferimento all'amministrazione nel suo complesso, alle unità organizzative in cui si articola ed ai singoli dipendenti. L'OIV, tra gli altri compiti:

- ✚ svolge funzioni di monitoraggio del funzionamento del sistema complessivo della valutazione e della trasparenza, relazionando annualmente sullo stato di avanzamento dello stesso e validando la "Relazione sulla performance" di cui all'art. 10 del D. Lgs. 150/2009;
- ✚ supporta la Direzione Generale nella definizione degli obiettivi strategici e nell'individuazione delle responsabilità ad essi connesse, favorendo l'allineamento dei comportamenti del personale alla missione dell'organizzazione attraverso il sistema della misurazione e valutazione aziendale;
- ✚ rende noti al personale gli obiettivi di performance e cura la regolare comunicazione sullo stato di raggiungimento degli stessi.



2.2 Le cifre dell'Istituto

All'Istituto Oncologico Veneto sono presenti 120 posti letto la cui suddivisione viene riportata nella tabella sottostante.

| Tipo/reparto | Chirurgia Oncologica | TIPO | Oncologia 2 | Oncologia 1 | Radioterapia | TOTALE |
|---------------------------------|----------------------|----------|-------------|-------------|--------------|------------|
| Degenze ordinarie | 11 | 2 | 13 | 11+2 | 16 | 55 |
| Week Hospital / Week Surgery | 11 | - | - | - | 8 | 19 |
| Diurni | 2 | - | 18 | 18 | 8 | 46 |
| TOTALE | 24 | 2 | 31 | 31 | 32 | 120 |

Nell'ultimo triennio lo IOV ha trattato complessivamente 15.956 pazienti in regime di ricovero, di cui 7.480 in regime ordinario e 8.476 diurni, per un valore complessivo di poco inferiore ai 41 milioni di euro.

La percentuale di pazienti extra Regione è passato dal 12,6% del 2011 al 17,1% del 2013. Il peso medio del DRG ha visto un incremento nel triennio passando da 0,85 a 1,07, con i ricoveri ordinari che, a fronte di un incremento del peso medio del DRG da 0,98 del 2011 a 1,15 del 2013, hanno visto ridurre la degenza media da 6,69 a 6,21 giornate.

Sono state eseguite 1.322.259 prestazioni in regime ambulatoriale, con un incremento di circa il 30% dal 2011 ad oggi, per un importo complessivo che si attesta intorno agli 84 milioni di euro (+13%). A queste devono aggiungersi circa altre 139 mila prestazioni erogate a pazienti ricoverati.

Nelle tabelle sottostanti si riportano la sintesi dei dati di produzione ed il dettaglio di quanto sopra esposto in termini di produzione.

| Dati di bilancio | 2011 | 2012 | 2013 |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|
| Valore della produzione | 63.280.873 | 75.260.969 | 79.658.633 |
| di cui mobilità intra Regione | 41.982.803 | 51.110.313 | 56.346.401 |
| Costo della produzione | 63.298.554 | 72.952.484 | 77.687.527 |
| di cui costo per acquisto di beni sanitari (B.1.A) | 19.708.990 | 22.532.573 | 29.047.285 |
| di cui costo per acquisto di servizi sanitari (B.2.A) | 8.843.319 | 9.925.190 | 9.346.105 |

Tabella 1: Ricoveri Ordinari

| ordinari | Anno | 2011 | | 2012 | | 2013 | | |
|---------------|----------------------------------|-------------|-------------------|---------------------|--------------|---------------------|--------------|---------------------|
| | | Intra/Extra | Unità budget dim. | Dimessi | Importo Mob. | Dimessi | Importo Mob. | Dimessi |
| Totale | | | 2.373 | 6.471.928,95 | 2.416 | 8.001.282,15 | 2.691 | 9.161.309,66 |
| ALTRO | 090500-RADIOTERAPIA | - | - | - | 2 | 3.820,39 | - | - |
| ALTRO | 090900-ONCOLOGIA MEDICA 1 | - | 10 | 18.584,20 | 3 | 8.602,72 | 4 | 7.890,60 |
| ALTRO | 091100-CHIRURGIA ONCOLOGICA | - | - | - | 2 | 7.546,54 | 1 | 2.805,80 |
| EXTRA | 090500-RADIOTERAPIA | - | 101 | 180.307,53 | 99 | 198.385,81 | 107 | 236.561,06 |
| EXTRA | 090700-ONCOLOGIA MEDICA 2 | - | 37 | 77.129,92 | 38 | 91.650,63 | 51 | 151.208,47 |
| EXTRA | 090900-ONCOLOGIA MEDICA 1 | - | 34 | 80.332,32 | 47 | 123.342,87 | 58 | 172.761,65 |
| EXTRA | 091100-CHIRURGIA ONCOLOGICA | - | 164 | 926.591,29 | 172 | 1.074.676,28 | 182 | 1.241.446,26 |
| EXTRA | 091102-CHIRURGIA ONCOLOGICA TIPO | - | - | - | - | - | 1 | 37.123,09 |
| INTRA | 090500-RADIOTERAPIA | - | 617 | 1.193.914,04 | 623 | 1.346.121,27 | 743 | 1.716.528,01 |
| INTRA | 090700-ONCOLOGIA MEDICA 2 | - | 424 | 1.103.517,31 | 408 | 1.427.036,72 | 425 | 1.195.083,22 |
| INTRA | 090900-ONCOLOGIA MEDICA 1 | - | 427 | 1.002.194,86 | 399 | 988.327,77 | 489 | 1.495.061,85 |
| INTRA | 091100-CHIRURGIA ONCOLOGICA | - | 550 | 1.844.600,53 | 618 | 2.719.620,44 | 626 | 2.896.574,19 |
| INTRA | 091102-CHIRURGIA ONCOLOGICA TIPO | - | 2 | 30.579,68 | - | - | 1 | 2.409,41 |
| STRANIERI | 090500-RADIOTERAPIA | - | 3 | 7.632,49 | 2 | 4.630,68 | 2 | 3.997,62 |
| STRANIERI | 090700-ONCOLOGIA MEDICA 2 | - | - | - | 2 | 5.831,39 | - | - |
| STRANIERI | 090900-ONCOLOGIA MEDICA 1 | - | - | - | 1 | 1.688,65 | 1 | 1.858,42 |
| STRANIERI | 091100-CHIRURGIA ONCOLOGICA | - | 4 | 6.544,77 | - | - | - | - |

Tabella 2: Ricoveri Diurni

| diurni | Anno | 2011 | | 2012 | | 2013 | | |
|---------------|-----------------------------|-------------|-------------------|---------------------|--------------|---------------------|--------------|---------------------|
| | | Intra/Extra | Unità budget dim. | Dimessi | Importo Mob. | Dimessi | Importo Mob. | Dimessi |
| Totale | | | 2.460 | 3.831.205,65 | 3.058 | 6.632.098,25 | 2.958 | 6.820.271,49 |
| ALTRO | 090900-ONCOLOGIA MEDICA 1 | - | 2 | 414,45 | 3 | 800,00 | 3 | 2.155,90 |
| ALTRO | 091100-CHIRURGIA ONCOLOGICA | - | 1 | 710,44 | 2 | 7.945,94 | 2 | 4.683,41 |
| EXTRA | 090500-RADIOTERAPIA | - | 54 | 184.803,26 | 84 | 257.503,33 | 108 | 358.920,76 |
| EXTRA | 090700-ONCOLOGIA MEDICA 2 | - | 38 | 44.614,82 | 35 | 77.546,26 | 24 | 40.529,12 |
| EXTRA | 090900-ONCOLOGIA MEDICA 1 | - | 12 | 11.752,60 | 39 | 108.931,97 | 20 | 42.400,98 |
| EXTRA | 091100-CHIRURGIA ONCOLOGICA | - | 169 | 229.260,49 | 320 | 726.793,64 | 419 | 1.039.169,58 |
| INTRA | 090500-RADIOTERAPIA | - | 210 | 574.646,96 | 279 | 630.922,17 | 284 | 642.653,43 |
| INTRA | 090700-ONCOLOGIA MEDICA 2 | - | 472 | 638.736,26 | 513 | 836.650,32 | 196 | 135.031,36 |
| INTRA | 090900-ONCOLOGIA MEDICA 1 | - | 246 | 272.796,00 | 334 | 579.989,50 | 195 | 321.666,65 |
| INTRA | 091100-CHIRURGIA ONCOLOGICA | - | 1.252 | 1.865.815,51 | 1.443 | 3.393.428,94 | 1.701 | 4.213.990,73 |
| STRANIERI | 090500-RADIOTERAPIA | - | 1 | 3.500,00 | 1 | 2.100,00 | 2 | 6.288,31 |
| STRANIERI | 090700-ONCOLOGIA MEDICA 2 | - | - | - | 1 | 431,18 | 2 | 4.835,33 |
| STRANIERI | 090900-ONCOLOGIA MEDICA 1 | - | 1 | 700,00 | 1 | 3.449,44 | - | - |
| STRANIERI | 091100-CHIRURGIA ONCOLOGICA | - | 2 | 3.454,86 | 3 | 5.605,56 | 2 | 7.945,94 |

Tabella 3: Specialistica

| Anno | | 2011 | | 2012 | | 2013 | |
|---------------|-----------------------|----------------|----------------------|----------------|----------------------|----------------|----------------------|
| Mese | | | | | | | |
| Intra/Extra | Macro Cliente | Volume | Importo | Volume | Importo | Volume | Importo |
| ALTRO | | 10.446 | 947.389,56 | 17.315 | 1.323.553,63 | 13.164 | 1.029.187,68 |
| EXTRA | | 22.050 | 1.747.039,03 | 22.534 | 1.934.851,98 | 29.565 | 2.285.272,77 |
| INTRA | Total | 349.399 | 23.107.254,57 | 393.437 | 25.617.158,29 | 460.643 | 25.975.293,75 |
| INTRA | ASL 15 | 27.539 | 1.818.777,63 | 29.244 | 1.998.222,46 | 33.896 | 1.948.803,62 |
| INTRA | ASL 16 | 199.480 | 12.978.168,96 | 216.189 | 13.659.263,73 | 243.715 | 13.397.471,79 |
| INTRA | ASL 17 | 23.523 | 1.601.521,37 | 26.800 | 1.858.169,55 | 34.266 | 2.034.498,22 |
| INTRA | ASL VENETO NON PADOVA | 98.857 | 6.708.786,61 | 121.204 | 8.101.502,55 | 148.766 | 8.594.520,12 |
| STRANIERI | | 1.193 | 115.856,67 | 999 | 112.608,25 | 1.514 | 178.405,65 |
| Totale | | 383.088 | 25.917.539,83 | 434.285 | 28.988.172,15 | 504.886 | 29.468.159,85 |

La valutazione dell'attività scientifica si basa sul numero di pubblicazioni e sul punteggio totale di *Impact Factor*, generato dal valore attribuito alle riviste scientifiche. Le pubblicazioni in oggetto sono state 149 con un punteggio di *Impact Factor* (IF) normalizzato di 647 nel 2011, 193 nel 2012 con punteggio di IF 740,60, 185 nel 2013 con un IF normalizzato di 865,90 (IFN per ricercatore con pubblicazioni = 14,47) e costo medio per punto di IFN nella disciplina di riconoscimento di 2.845,97 €

I dipendenti dell'IRCCS sono . Di seguito si riporta il dettaglio per figura professionale:

| Personale del comparto | |
|-------------------------------|------------|
| Infermieri | 152 |
| <i>di cui universitari</i> | - |
| TSRM | 57 |
| <i>di cui universitari</i> | 3 |
| Personale professionale | 1 |
| <i>di cui universitari</i> | - |
| Personale tecnico | 54 |
| <i>di cui universitari</i> | 3 |
| Personale amministrativo | 51 |
| <i>di cui universitari</i> | 1 |
| TOTALE COMPARTO | 315 |
| Personale dirigente | |
| Dirigenti medici | 84 |
| <i>di cui universitari</i> | 10 |
| Dirigenti sanitari non medici | 26 |
| <i>di cui universitari</i> | 4 |
| Dirigenti professionali | 1 |
| <i>di cui universitari</i> | - |
| Dirigenti tecnici | 2 |
| <i>di cui universitari</i> | - |
| Dirigenti amministrativi | 3 |
| <i>di cui universitari</i> | 2 |
| TOTALE DIRIGENTI | 116 |
| TOTALE PERSONALE | 431 |




3 L'ALBERO delle PERFORMANCE

Il concetto di valutazione interessa la valutazione della performance organizzativa nel suo complesso e, a scendere, quella individuale. Il punto di partenza, come già detto, è costituito dagli indirizzi definiti nel Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016 in coerenza dei quali la Regione Veneto assegna gli obiettivi annuali alla Direzione Generale dell'Azienda. Questa, a sua volta, definisce il documento di programmazione aziendale, illustrandone modalità di declinazione e assegnando ai responsabili di unità operative le direttive per il perseguimento degli stessi e per la successiva misurazione e valutazione. In tale modo la programmazione regionale si traduce in indirizzi strategici per l'Azienda a loro volta declinati in piani gestionali e obiettivi operativi, assegnati ai dirigenti ed integrati con il sistema premiante di tutto il personale.

Misurare le performance organizzative, in riferimento alle politiche previste dall'amministrazione, e quindi il livello dei servizi è il presupposto fondamentale per responsabilizzare gli attori del sistema e per conoscere quali interventi porre in essere per incrementare la produttività. L'attuazione di piani e programmi considera anche il livello previsto di assorbimento delle risorse finanziarie. Parimenti la misurazione deve evidenziare anche una differenziazione dell'apporto dato e quindi un riconoscimento del trattamento economico legato alla produttività, secondo criteri selettivi volti a premiare il merito.

3.1 Obiettivi Strategici

L'Istituto Oncologico Veneto, nel prossimo triennio 2014-2016, si propone di intervenire sulle macro aree strategiche nelle quali sono incentrati gli obiettivi che la Giunta regionale ha assegnato ai Direttori Generali:

-  garanzia dei LEA nel rispetto dei vincoli di bilancio;
-  rispetto della programmazione regionale;
-  qualità ed efficacia nella programmazione e nell'organizzazione dei servizi socio-sanitari.

Garanzia dei LEA nel rispetto dei vincoli di bilancio

Per il perseguimento di tale obiettivo la Regione Veneto ha individuato (già con la LR 23/2012), confermandoli, alcuni indirizzi fondamentali quali il consolidamento del percorso già avviato del trasferimento delle prestazioni al regime ambulatoriale (con conseguente processo di pianificazione in ambito di HTA dell'acquisto, gestione ed appropriato utilizzo delle apparecchiature diagnostiche) e lo sviluppo, per l'erogazione di prestazioni specialistiche complesse, dei moduli di day-service, l'estensione dell'organizzazione delle degenze sui modelli di assistenza diurna (day-hospital e day surgery) e settimanale (week-hospital e week-surgery), la collocazione delle grandi attrezzature e delle tecnologie complesse in coerenza con il livello di programmazione assegnato a ciascuna struttura e del livello di professionalità presente, l'applicazione degli standard internazionali di eccellenza (sia nelle singole specialità che a livello aziendale), monitorando costantemente gli standard qualitativi delle prestazioni erogate con particolare riferimento agli *outcome* (in particolare in termini di appropriatezza, efficacia, tempestività). In questo senso viene declinato il percorso di monitoraggio degli indicatori di qualità sull'assistenza sanitaria, previsto con l'adesione della Regione Veneto al progetto Bersaglio, il network di regioni coordinato dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore S. Anna di Pisa.

I vincoli entro i quali queste progettualità devono essere perseguite fanno riferimento in modo preponderante e vincolante alla sostenibilità economica declinata nel rispetto della programmazione regionale sui costi di produzione, nell'equilibrio economico-finanziario, nel sistema di controllo interno, revisione di bilancio ed adempimenti informativi relativi alla contabilità analitica Regionale.

Rispetto della programmazione regionale

Sotto questo aspetto la Regione Veneto vuole ribadire ed implementare il costante perseguimento verso l'efficacia e l'efficienza organizzativa, garantendo l'ottimale rapporto tra le risorse assegnate dal livello regionale, le attività progettate e quelle svolte, mantenendo sempre il principio della centralità del paziente. Ed è proprio per fare fronte alla sempre maggiore complessità del sistema socio-sanitario che la programmazione regionale sviluppa la logica delle reti (in particolare a questo Istituto è assegnato il coordinamento del network assistenziale della rete Oncologica) attraverso l'implementazione di modelli che favoriscano

l'integrazione interaziendale, intra-aziendale e dipartimentale, attraverso lo sviluppo delle attività in logica di percorso, con la finalità sempre dell'ottimizzazione di risorse e processi.

In quest'area si deve inoltre collocare anche l'assunzione di iniziative volte a favorire l'impiego appropriato delle risorse professionali, con il coinvolgimento, l'informazione, la motivazione e la valorizzazione del personale e rafforzando gli strumenti per la sua valutazione.

Qualità ed efficacia dell'organizzazione dei servizi socio-sanitari

Operando in stretta correlazione con le due macro aree strategiche sopra evidenziate e nel pieno rispetto delle norme legislative, gli obiettivi strategici regionali mirano:

- i) alla valorizzazione ed implementazione di modelli organizzativi che, partendo dall'integrazione Ospedale-Territorio, richiedono la diffusione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) come razionalizzazione della rete ospedaliera, delineando reti cliniche funzionali che garantiscano la sicurezza delle prestazioni al paziente;
- ii) alla graduale organizzazione in forma dipartimentale dell'attività di degenza ed in generale all'*improvement* organizzativo per il contenimento dei tempi d'attesa;
- iii) al perseguimento dell'innovazione tecnologica con la presenza di almeno un livello minimo base per quanto concerne i sistemi informativi che consenta la disponibilità delle informazioni cliniche dell'assistito, la garanzia di elevati livelli di sicurezza e rispetto della privacy, un livello di integrazione tra sistemi, la messa a regime della c.d. "ricetta rossa" informatizzata e la diffusione della tele diagnostica e del teleconsulto;
- iv) al costante monitoraggio dei consumi di farmaci e dei dispositivi medici, mediante la razionalizzazione dei già presenti flussi informativi, che permettano un più agevole e standardizzato governo dell'assistenza farmaceutica, nonché un monitoraggio della spesa con la definizione di opportuni standard di riferimento;
- v) al raggiungimento dell'obiettivo "amministrazione trasparente" con informazioni chiare, corrette e documentate sui servizi offerti ed in generale concernenti l'organizzazione dell'attività aziendale.

3.2 Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi

Le politiche e le strategie vengono declinate in obiettivi assegnati alle singole strutture attraverso il processo di *budgeting*. In particolare tramite il sistema del budget, vengono declinati gli obiettivi strategici aziendali ed i risultati attesi, presentando a tutti i portatori di interesse (Direttori di Dipartimento, responsabili delle strutture in staff alle Direzioni e delle strutture di servizi generali) il Documento delle Direttive, contenente gli indirizzi strategici aziendali come derivati dalla Programmazione regionale.

Questi vengono successivamente assegnati alle Strutture (UOC, SSD ed eventualmente UOS) declinati in obiettivi operativi mediante il succitato Documento delle Direttive e la produzione di una reportistica quantitativo-economica e di indicatori di monitoraggio che permettono non solo l'esplicitazione numerica delle attività svolte e dei costi imputabili, ma anche il controllo sull'andamento della gestione rispetto agli obiettivi prefissati. In questa fase avviene anche una concertazione (la fase di negoziazione) tra la Direzione Strategica e i Direttori/Responsabili delle U.O. che porta all'approvazione delle proposte di budget per le singole U.O., con l'attribuzione di un peso ad ogni obiettivo, determinato dalla Direzione in funzione dell'importanza e dell'interesse strategico che lo stesso rappresenta per l'Azienda, alla loro integrazione in applicazione degli obiettivi stessi ed alla definizione delle risorse e delle tempistiche di raggiungimento. Gli obiettivi assegnati ad ogni singola Struttura devono essere illustrati dal Responsabile a tutto il personale della stessa mediante specifico incontro.

A fine anno l'Organismo indipendente di valutazione, nominato dal Direttore Generale con DDG n. 277/2013 come previsto dall'art. 14 comma 1 del D.Lgs. n. 150/2009, valuta il grado di raggiungimento degli obiettivi in riferimento agli indicatori individuati.

3.3 Obiettivi 2014

Per l'anno 2014 i principali obiettivi dello IOV riprenderanno quanto stabilito nella normativa regionale, attenendosi univocamente a tale programmazione, fatte salve poche eccezioni relative alle contingenze aziendali.

Osservanza delle linee guida ed indirizzi in materia di controllo e di programmazione dell'organizzazione degli uffici

| Obiettivo | Indicatore | Risultato atteso 2014 | Strutture | punteggio | |
|---|--|---|---------------------------------|-----------|--|
| A.3 - Adeguamento dell'organizzazione ospedaliera | <i>OBIETTIVI DIREZIONALI</i> | | | | |
| | Formulazione e rispetto del piano aziendale e adeguamento alle schede di dotazione ospedaliera | Formulazione ed applicazione del piano aziendale con documento inserito nel sito internet | Tutte | 6 | |
| | <i>OBIETTIVI GESTIONALI</i> | | | | |
| | Definire i percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) per la patologia senologica | Sviluppo della mappatura dei PDTA con documentazione certificata e consultabile on-line | Senologia, Chirurgia Senologica | 6 | |

Corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate

| Obiettivo | Indicatore | Risultato atteso 2014 | Strutture | punteggio | |
|--|--|---|---|-----------|--|
| B.1 - Riduzione prezzi d'acquisto all'interno delle soglie di prezzo unitario di riferimento Regionale | <i>OBIETTIVI DIREZIONALI</i> | | | | |
| | Utilizzo del prezzo unitario di riferimento Regionale nella determinazione della base d'asta di nuove gare finalizzate all'acquisizione di principi attivi, dispositivi medici, servizi di lavanderia, pulizia, ristorazione | Attenersi al prezzo unitario di riferimento Regionale | Tutte | 1,50 | |
| B.3 - Applicare le nuove politiche di assicurazione | <i>OBIETTIVI DIREZIONALI</i> | | | | |
| | Adottare il modello di autoassicurazione secondo le direttive Regionali | Adottare il modello di autoassicurazione secondo le direttive Regionali | Direzione Strategica | 1 | |
| B.2 - Sviluppo del sistema di controllo interno Revisione di Bilancio | <i>OBIETTIVI DIREZIONALI</i> | | | | |
| | Predisposizione del piano relativo al percorso attuativo della Certificabilità secondo le tempistiche definite dal progetto regionale | Predisposizione piano nel rispetto delle tempistiche | Qualità | 0,50 | |
| | Attuare le attività di sviluppo del percorso di prevenzione della corruzione | attuare attività secondo tempistiche previste dal Piano Aziendale per la Prevenzione della Corruzione | Resp. Anticorruzione | 0,25 | |
| | <i>OBIETTIVI GESTIONALI</i> | | | | |
| | Attuare le attività di sviluppo del controllo interno per il governo dei rischi amministrativi-contabili | Mappatura processi secondo le tempistiche Regionali e definizione Resp. del controllo | Direzione Strategica, CdG, Qualità | 0,25 | |
| B.4 - Raccogliere dati analitici di consumo delle risorse nelle Aziende | <i>OBIETTIVI GESTIONALI</i> | | | | |
| | Rispetto adempimenti informativi relativi alla C. An. Std. Regionale | Rispetto tempistica e limiti errore flussi informativi Regionali | Farmacia, Uff. Appropriatezza prest. sanit., CdG, | 0,50 | |

| Obiettivi di salute e funzionamento dei servizi | | | | |
|--|--|--|------------------------------------|-----------|
| Obiettivo | Indicatore | Risultato atteso 2014 | Strutture | punteggio |
| C.4 - Ottimizzazione della rete Oncologia | <i>OBIETTIVI DIREZIONALI</i> | | | |
| | Applicazione della DGR 2067/2013 | Coordinamento <i>network</i> assistenziale, con ruolo <i>Hub</i> | Tutte | 8 |
| C.8 - Adesione al monitoraggio degli indicatori di qualità dell'assistenza sanitaria da inserire nel network di Regioni (S.Anna di Pisa) | <i>OBIETTIVI DIREZIONALI</i> | | | |
| | Miglioramento nel 2014 rispetto al 2012 o mantenimento nello standard delle performance degli indicatori identificati – progetto bersaglio (individuazione indicatori di pertinenza, calcolo 2012, calcolo 2014) | Tot % entro la media Regionale | Tutte | 2 |
| C.9 - Sperimentazione Clinica ed aumento delle segnalazioni ADR per farmaci e vaccini | <i>OBIETTIVI DIREZIONALI</i> | | | |
| | Numero di sperimentazioni rispetto all'anno precedente estratte dall'Osservatorio nazionale sulla sperimentazione clinica dei medicinali AIFA | 2014 > 2013 | Farmacia, Oncologie | 2 |
| | Numero di segnalazioni ADR sul totale dei ricoveri (il 10% dei pazienti ricoverati ha una reazione avversa e di questi almeno il 5% va segnalato) | >= 0,005 dei ricoveri | Oncologie, Chirurgia, RT, Farmacia | 2 |
| | <i>OBIETTIVI GESTIONALI</i> | | | |
| Registri AIFA: chiusura delle schede di follow-up per i farmaci sottoposti a meccanismi di rimborso (payment by results e risk management) | Chiusura 100% schede | Farmaci | 1 | |

| Equilibrio economico | | | | |
|---|--|---|-----------|-----------|
| Obiettivo | Indicatore | Risultato atteso 2014 | Strutture | punteggio |
| D.1 - Rispetto della programmazione regionale sui costi | <i>OBIETTIVI DIREZIONALI</i> | | | |
| | Rispetto dei vincoli definiti a livello Regionale con riferimento a specifici costi di produzione | Rispetto dei vincoli regionali relativi ai costi di produzione | Tutte | 15 |
| D.2 - Equilibrio economico-finanziario | <i>OBIETTIVI DIREZIONALI</i> | | | |
| | Δ risultato economico effettivo rispetto risultato economico previsto dalla Circ. Reg. 154/2012 | Valore CR 154/2012 parametrato (a parità di risorse per finanziamento LEA ipotizzate nella CR 154/2012) | Tutte | 5 |
| | <i>OBIETTIVI GESTIONALI</i> | | | |
| | Δ 2014-2013 Costo della Produzione (+ imposte e tasse) | ≤ 0 € (riduzione rispetto al 2013) | Tutte | 10 |

| Liste d'attesa | | | | |
|---|---|--|--|-----------|
| Obiettivo | Indicatore | Risultato atteso 2014 | Strutture | punteggio |
| E.1 - Piena implementazione delle modalità organizzative ed erogative per il contenimento dei tempi d'attesa secondo le disposizioni della DGR 320/2013 | <i>OBIETTIVI DIREZIONALI</i> | | | |
| | Stipula di un accordo con la ULSS per il rispetto dell'offerta di base secondo la DGR 320/2013 con inserimento nel CUP in comune delle prestazioni concordate e rispetto dei tempi d'attesa | <ol style="list-style-type: none"> 1. Stipula accordo formalizzato 2. Numero prestazioni concordate inserite a CUP 3. Rispetto 100% dei Tempi d'Attesa per Classe di Priorità Sulle Agende Concordate | Tutte | 5 |
| | <i>OBIETTIVI GESTIONALI</i> | | | |
| | Apertura degli ambulatori e delle diagnostiche in orario serale e nei giorni di sabato e domenica | gg e ore di aperture straordinarie | Area diagnostica per immagini, ambulatori medici e chirurgici, CUP | 5 |
| E.2 - Ottimizzazione del numero di prestazioni per abitante | <i>OBIETTIVI DIREZIONALI</i> | | | |
| | Concorso alla diminuzione del numero di prestazioni per abitante: rispetto dei volumi concordati con l'ULSS | Rispetto dei volumi concordati con l'ULSS | U.O. clinico-diagnostiche | 1 |

Rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi ricompresi nel nuovo S.I.S.

| Obiettivo | Indicatore | Risultato atteso 2014 | Strutture | punteggio |
|---|--|--|--|-------------|
| F.1 – Adempimenti questionario LEA | <i>OBIETTIVI DIREZIONALI</i> | | | |
| | Implementazione delle attività finalizzate al raggiungimento del livello totale di adempienza rispetto agli adempimenti previsti dal questionario LEA | <ol style="list-style-type: none"> Erogazione dei LEA previsti (congruità prestazioni da erogare e risorse SSN) Appropriatezza nell'erogazione efficienza nell'utilizzo delle risorse | Tutte | 1 |
| F.1 – Adempimenti questionario LEA | <i>OBIETTIVI GESTIONALI</i> | | | |
| | Rispetto dei tempi previsti nello svolgimento delle attività e delle modalità di invio/controllo della qualità del dato fornito come previsto dal questionario LEA | <ol style="list-style-type: none"> corretta rilevazione dei dati e calcolo indicatori controllo di qualità tempestiva trasmissione (entro 30/06 anno x+1) | Servizi generali e in staff alla D.D.S.S. | 1 |
| F.2 - Implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (DGR 1671/2012) | <i>OBIETTIVI DIREZIONALI</i> | | | |
| | Entrata in produzione FSE attraverso l'impiego di procedure digitali standard | Entrata in produzione FSE volto ad introdurre in modo integrale e sistematico la comunicazione elettronica nei servizi sanitari e amministrativi | Tutte | 1 |
| | <i>OBIETTIVI GESTIONALI</i> | | | |
| | % di lettere di dimissione firmate rispetto al totale | 90% | U.U.O.O. di ricovero + Uff. Appropriatezza per prest. sanitarie | 0,20 |
| | % di referti di Anatomia Patologica firmati rispetto al totale | 100% | U.O. "Diagnostica dei melanomi e dei sarcomi" + Uff. Appr. prest. sanit. | 0,20 |
| | % di referti di Laboratorio firmati rispetto al totale | 100% | U.U.O.O. cliniche e diagnostiche + Uff. Appr. prest. san. | 0,20 |
| % di referti di Microbiologia firmati rispetto al totale | 100% | U.U.O.O. cliniche e diagnostiche + Uff. Appr. prest. san. | 0,20 | |
| % di referti di Radiologia firmati | 100% | U.U.O.O. | 0,20 | |

| | | | | |
|---|--|-------|---|-------------|
| | rispetto al totale | | Radiodiagnostica, Radiologia Interventistica, Senologia, Radioterapia, Med. Nucleare + Uff. Appr. prest. san. | |
| F.3 - Dematerializzazione della ricetta cartacea (Decreto MEF del 2/11/2011) | <i>OBIETTIVI DIREZIONALI</i> | | | |
| | % di ricette de materializzate (num. ricette dematerializzate dicembre anno X / num. ricette art.50 anno X-1) | 80% | U.O. clinico-diagnostiche + Uff. Appr. prest. sanit. | 1 |
| F.4 - Qualità dei flussi informativi relativi ai beni sanitari | <i>OBIETTIVI GESTIONALI</i> | | | |
| | Flusso consumi D.M.: % del costo dei DM codificati con RDM/BD rispetto al valore contabilizzato nel modello CE (B.1.A.3.1.A + B.1.A.3.1.B + B.1.A.3.2) | ≥ 90% | Farmacia | 0,50 |
| | Flusso consumi DM: % del costo dei IDV codificati con almeno la prima lettera della categoria W rispetto al valore contabilizzato nel modello CE (B.1.A.3.3) | ≥ 93% | Farmacia | 0,50 |

4 IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

4.1 Il processo di valutazione degli obiettivi

Alla luce dell'art. 4 co.2 del D. Lgs. 150/2009 e dei contratti collettivi vigenti, il ciclo di gestione della performance nell'Istituto Oncologico Veneto si articola nelle seguenti fasi:

- i) pianificazione degli obiettivi strategici: analisi dei fabbisogni rivolti all'utenza rispetto alla pianificazione delle risorse economiche (piano strategico e programmazione economico-finanziaria);
- ii) definizione ed assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere e dei valori attesi (obiettivi strategici Regionali 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) misurazione e valutazione dei risultati tramite il grado di raggiungimento degli obiettivi con gli indicatori di performance (misurazione performance organizzativa);
- vi) rendicontazione dei risultati con la valutazione annuale della performance.

L'articolazione sopra esposta si può analizzare con due differenti linee di sviluppo: uno più propriamente direzionale legato al disegno strategico Regionale e, quindi, al rispetto degli obiettivi posti, l'altro di natura gestionale con la traduzione nell'obiettivo operativo cioè nelle condizioni attraverso le quali l'organizzazione cala lo stesso alle U.U.O.O. per il raggiungimento del risultato atteso. 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...)

Ogni anno la strategia viene descritta dal Documento delle Direttive (o meglio aggiornata in un documento che assume carattere triennale), il quale avvia contestualmente un processo di traduzione degli obiettivi strategici in obiettivi operativi mediante il processo a cascata e collegando la dimensione economico-finanziaria e quella organizzativa della gestione. Il processo di negoziazione del budget permette la determinazione degli obiettivi operativi di ciascuna struttura sanitaria ed amministrativa e definisce, per ciascun obiettivo, le azioni, i tempi, le risorse e le responsabilità organizzative connesse al loro raggiungimento. Esso si conclude con la formalizzazione del documento attraverso il quale si opera appunto l'assegnazione "formale" alle U.U.O.O. degli obiettivi e delle risorse da impiegare per la realizzazione degli stessi.

[4.2 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”.

L’attuale sistema di misurazione e valutazione dei risultati individuali si ispira per il personale del comparto e delle aree contrattuali della dirigenza ad alcuni fondamentali principi:

- miglioramento della qualità dei servizi;
- crescita delle competenze professionali;
- trasparenza dell’azione amministrativa.

A questi principi fondamentali si aggiungono quelli di:

- imparzialità;
- celerità;
- puntualità;
- trasparenza dei criteri e dei risultati;
- adeguata informazione e partecipazione del valutato anche attraverso la comunicazione ed il contraddittorio;
- diretta conoscenza dell’attività del valutato da parte del soggetto che effettua la valutazione

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

1. operativo (rispetto degli obiettivi di budget).

In quest’ambito 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;

2. comportamenti organizzativi.

In quest’ambito 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.

4.3 La valutazione individuale dell'area del Comparto

Il processo di valutazione del personale del comparto dell'Istituto Oncologico Veneto è disciplinato all'interno del Contratto Integrativo Aziendale sottoscritto in Azienda Ospedaliera di Padova il 27/06/2005 in quanto recepito nei contenuti all'atto della costituzione dell'Istituto stesso. Nel medesimo è prevista l'individuazione del budget delle strutture, la verifica del raggiungimento degli obiettivi misurati e verificati dall'OIV, la ripartizione, all'interno delle singole strutture, della quota di competenza di risorse a carico del fondo per la produttività.

L'Organismo Indipendente di Valutazione verifica ed attesta i risultati relativi alla *performance* organizzativa, ossia il grado di raggiungimento degli obiettivi. Secondo un processo a cascata all'interno dell'organizzazione poi viene determinata la *performance* individuale attraverso il Documento Individuale sopra analizzato, che si riporta in allegato.

Quest'ultimo analizza le due macroaree della capacità e della conoscenza, entrambe suddivise secondo 3 gruppi di criteri. La prima è valida per acquisire un punteggio utile alla determinazione delle quote di produttività, mentre l'area della conoscenza e qualità forniscono i criteri utili per la valutazione della professionalità, in passato utilizzata per acquisire un punteggio utile alla crescita professionale mediante le c.d. "progressioni orizzontali".

Area della capacità:

- ✚ Orientamento al risultato: abilità nell'operare per la realizzazione degli obiettivi assegnati dal direttore della struttura e direttamente riferibili alla posizione all'interno della stessa;
- ✚ Impegno, partecipazione e qualità della prestazione: competenza e professionalità nel compiere le funzioni ed i compiti propri della professione portandoli a termine nei tempi stabiliti utilizzando le risorse materiali e temporali a disposizione nel modo appropriato;
- ✚ Adattabilità: disponibilità al cambiamento all'interno dell'evoluzione dell'organizzazione favorendo l'eliminazione delle rigidità del sistema.

Area della conoscenza:

- ✚ **Responsabilità:** affrontare con cura le attività relative al proprio profilo professionale, in particolare nel rispetto delle normative e dei regolamenti, delle linee guida adottate e dei protocolli della propria struttura di afferenza e/o definiti dall'Azienda;
- ✚ **Relazioni:** lavorare in equipe con atteggiamento collaborativo e rivolto alla creazione di un clima aziendale dove si integrino competenze e professionalità per il miglioramento del servizio e la migliore risposta alle aspettative ed ai bisogni dell'utenza;
- ✚ **Autonomia:** gestione autonoma delle linee guida e dei protocolli interni ed esterni, assumendo decisioni nel rispetto delle competenze lavorative richieste.

4.4 La valutazione individuale dell'area della dirigenza

Anche la valutazione del personale dell'area dirigenziale, al pari di quanto visto relativamente al personale del comparto, è disciplinata dagli accordi aziendali sottoscritti con le organizzazioni sindacali di categoria.

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 O.O.S.S., considerando la tipologia del rapporto di lavoro (part-time o full time), l'incarico professionale conferito per il quale è stato previsto specifico coefficiente, la presenza in servizio e il grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati dalla Direzione Strategica, nonché la valutazione individuale espressa attraverso l'apposita scheda. Questa, denominata Documento di Valorizzazione Individuale, identifica cinque criteri di verifica per ciascuno dei quali sono previsti 4 livelli di merito, contraddistinti da un simbolo che identifica il giudizio espresso per ognuno, ed il cui valore numerico porta ad un massimo di 100 punti complessivi.

Secondo quanto riportato nell'accordo sindacale i criteri individuati sono:

- ✚ **Relazioni:** viene rilevata la capacità di lavorare con l'equipe della propria U.O. mettendo le proprie abilità e conoscenze al servizio degli obiettivi di gruppo;
- ✚ **Autonomia e Responsabilità:** il criterio rileva la capacità di porre in essere comportamenti idonei ad affrontare situazioni contingenti assumendosi la responsabilità dei risultati;

- ✚ Impegno, partecipazione e livello di complessità: rilevando in tal modo il grado di specializzazione e complessità richiesto per l'espletamento delle funzioni affidate nonché l'efficienza, il tempismo e la motivazione con cui esse vengono svolte;
- ✚ Attività scientifica, didattica e di aggiornamento: il criterio misura la disponibilità all'attività di aggiornamento professionale, all'attività didattica, nonché la capacità/disponibilità a trasferire ad altri le proprie conoscenze professionali nell'ambito dello svolgimento quotidiano delle proprie mansioni;
- ✚ Attività di ricerca: viene rilevato l'impegno profuso verso esperienze e progetti a rilevanza scientifica che comportino attività di ricerca, analisi, studio, sperimentazione, osservazione, *screening* e documentazione in analogia con le finalità istituzionali dell'ente.

Per quanto riguarda la Dirigenza Professionale-Tecnica-Amministrativa il sistema di valutazione non prevede la compilazione del quarto e quinto criterio sopradescritto. Pertanto il D.I.V. è composto da 3 criteri, per i quali sono comunque previsti 4 parametri di merito il cui valore massimo è di 90 punti complessivi.

[4.5 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 alla 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 succitato 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 l'area del 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) controfirmata dal Direttore della Struttura. Il coordinatore stesso sarà valutato dal Direttore di Struttura ed una seconda figura individuata all'interno del Servizio per le 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 valutatori, egli avrà la possibilità di presentare ricorso all'Organismo Indipendente di Valutazione, esplicitandone le motivazioni entro 30 giorni dalla consegna del documento, secondo la procedura di seguito esplicitata:

- entro 30 giorni dalla sottoscrizione della scheda di valutazione da parte del valutato, deve essere effettuata un'istanza all'OIV, indicante i motivi di disaccordo. Nel caso di mancata sottoscrizione, il termine decorre dalla data di avvenuta conoscenza certificata dal valutatore.
- L'Organismo procederà a sentire il valutatore di prima istanza. Nel caso in cui ritenga fondati i motivi evidenziati dal ricorrente, potrà chiedere al valutatore di prima istanza di procedere ad una revisione della valutazione, altrimenti procederà ad archiviare l'istanza con comunicazione all'istante.
- L'eventuale revisione della valutazione, effettuata tenuto conto di quanto espresso dall'Organismo Indipendente di valutazione, è da ritenersi definitiva.

Il processo di revisione della valutazione deve essere concluso di norma entro 60 giorni lavorativi dalle indicazioni espresse dall'Organismo Indipendente di valutazione al valutatore di prima istanza. I documenti relativi alle valutazioni vengono sottoscritti dai soggetti preposti (dipendente e valutatore) ed archiviati nel fascicolo personale cartaceo relativo al dipendente, conservato presso gli uffici della U.O.C. Risorse Umane.

[4.6 La determinazione delle quote individuali](#)

La determinazione delle risorse finalizzate alla remunerazione della performance individuale avviene annualmente in sede di contrattazione con le O.O.S.S. di categoria nel rispetto dei limiti economici dettati dai fondi contrattuali a disposizione e di eventuali ulteriori limiti di spesa determinati dagli organismi sovra istituzionali.



Istituto Oncologico Veneto
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
Piano delle Performance



REGIONE DEL VENETO

Le risorse disponibili saranno finalizzate a premiare il grado di raggiungimento degli obiettivi di “*performance* organizzativa” ed in relazione alla valutazione individuale ottenuta nell’anno di riferimento.