



Istituto Oncologico Veneto

Piano delle Performance

2015-2017

A decorative graphic at the bottom of the page consists of several overlapping, semi-transparent, light blue and grey geometric shapes, resembling a stylized, multi-faceted structure or a series of overlapping planes.

2015-2017

1 INTRODUZIONE

Il Piano della performance, secondo quanto stabilito dall'articolo 10, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, costituisce un documento programmatico triennale che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici, i risultati che si intendono conseguire, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione. La pianificazione strategica, secondo la DGR 2525/2014, 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 la prosecuzione di quel processo di 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.

Il Commissario
Dr. Domenico Mantoan

1	INTRODUZIONE	2
2	INQUADRAMENTO NORMATIVO e DELL'ISTITUTO	5
2.1	L'articolazione organizzativa e l'attività di controllo.....	7
2.2	Le cifre dell'Istituto.....	11
3	L'ALBERO delle PERFORMANCE	14
3.1	Obiettivi Strategici	15
3.2	Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi	17
3.3	Obiettivi 2015.....	18
4	IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE	24
4.1	Il processo di valutazione degli obiettivi	24
4.2	La performance individuale	25
4.3	La valutazione individuale dell'area del Comparto.....	26
4.4	La valutazione individuale dell'area della dirigenza.....	27
4.5	I soggetti competenti e la procedura dei ricorsi.....	28
4.6	La determinazione delle quote individuali	30

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. 2525/2014 “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 2015

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.

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 riportato alla fine del presente paragrafo. 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.

La DGR 2057/2014 ha sottolineato ulteriormente come la programmazione regionale abbia individuato con precisione l'Istituto Oncologico Veneto come "Centro Regionale di supporto e di coordinamento della Rete Oncologica" e come gli interventi nel settore oncologico siano ritenuti prioritari in quanto l'area oncologica rappresenta a tutt'oggi uno dei pochi settori in cui si registra una mobilità passiva regionale ed un saldo economico negativo. Per questo motivo sono state istituite la Rete Oncologica Veneta (ROV), di cui alla DGR n. 2067 del 19 novembre 2013, e la rete della Breast-Unit, di cui alla DGR n. 1173 del 8 luglio 2014, le quali hanno il loro fulcro in questo Istituto.

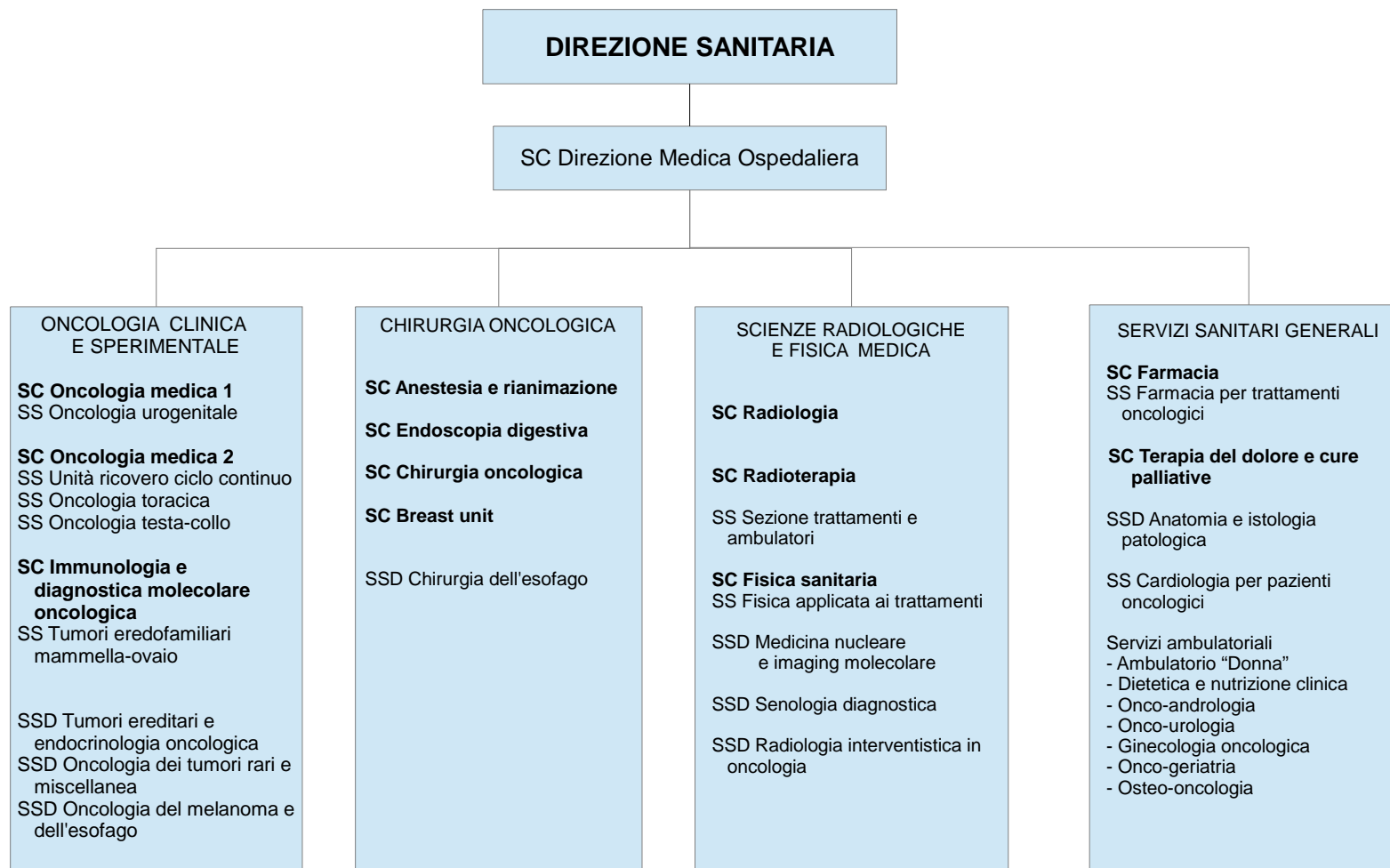
Da ciò è derivata la necessità del potenziamento dello IOV, anche per quanto concerne le risorse umane, con conseguenti assunzioni, fin dall'anno 2014, di personale del ruolo sanitario, oltre che di personale dei servizi tecnico-amministrativi adibito a supporto dell'attività sanitaria.

È infine necessario ribadire come l'Azienda inoltre sia 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.

Piano delle Performance 2015-2017



2.2 Le cifre dell'Istituto

All'Istituto Oncologico Veneto sono presenti 120 posti letto la cui suddivisione viene riportata nella tabella sottostante. Dalla medesima si evince come, pur rispettando il numero totale di 120, stabilito nelle schede di dotazione ospedaliera ex DGRV 525/2014, la ripartizione tiene necessariamente conto della dislocazione logistica e strutturale delle Unità Operative.

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 17.016 pazienti in regime di ricovero, di cui 7.945 in regime ordinario e 9.071 diurni, per un valore complessivo che si attesta intorno ai 47,5 milioni di euro.

La percentuale di pazienti extra Regione, che nel 2012 era circa il 15% del totale dei ricoverati nei due regimi, è passato al 17% nel 2014. Il peso medio del DRG ha visto un incremento nel triennio passando da 1,02 a 1,07, con sostanziale invarianza nel peso e degenza medie dei ricoveri ordinari ed incremento della complessità dei ricoveri diurni (peso 0,93 nel 2012, 1 nel 2013 e 2014).

Sono state eseguite oltre un milione e mezzo di prestazioni in regime ambulatoriale, con un incremento di circa il 30% dal 2012 ad oggi, per un importo complessivo che si attesta intorno ai 90,5 milioni di euro (+9% - dato preconsuntivo 2014). A queste devono aggiungersi circa altre 150 mila prestazioni erogate a pazienti ricoverati.

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

Dati di bilancio	2012	2013	2014 IV CEPA
------------------	------	------	--------------

Piano delle Performance 2015-2017

Valore della produzione	75.260.969	79.658.633	75.055.235
di cui mobilità intra Regione + Poste R	51.110.313	56.346.401	55.806.701
Costo della produzione	72.952.484	77.687.527	71.274.315
di cui costo per acquisto di beni sanitari (B.1.A)	22.532.573	29.047.285	24.351.137
di cui costo per acquisto di servizi sanitari (B.2.A)	9.925.190	9.346.105	8.631.161

Tabella 1: Ricoveri Ordinari

ordinario	Anno	2012	2012	2013	2013	2014	2014
Intra/Extra	Unità budget dim.	Dimessi	Importo Mob.	Dimessi	Importo Mob.	Dimessi	Importo Mob.
Totale		2.416	8.001.282,15	2.691	9.166.634,21	2.838	9.678.455,62
ALTRO	090500-RADIOTERAPIA	2	3.820,39	-	-	-	-
ALTRO	090900-ONCOLOGIA MEDICA 1	3	8.602,72	4	7.890,60	-	-
ALTRO	091100-CHIRURGIA ONCOLOGICA	2	7.546,54	1	2.805,80	2	6.468,46
EXTRA	090500-RADIOTERAPIA	99	198.385,81	107	233.881,16	104	219.385,78
EXTRA	090700-ONCOLOGIA MEDICA 2	38	91.650,63	51	150.737,82	45	116.569,98
EXTRA	090900-ONCOLOGIA MEDICA 1	47	123.342,87	58	172.761,65	43	110.706,11
EXTRA	091100-CHIRURGIA ONCOLOGICA	172	1.074.676,28	182	1.241.446,26	177	1.160.008,11
EXTRA	091102-CHIRURGIA ONCOLOGICA TIPO	-	-	1	37.123,09	1	37.123,09
INTRA	090500-RADIOTERAPIA	623	1.346.121,27	743	1.715.917,05	717	1.617.446,60
INTRA	090700-ONCOLOGIA MEDICA 2	408	1.427.036,72	425	1.195.083,22	578	1.401.388,27
INTRA	090900-ONCOLOGIA MEDICA 1	399	988.327,77	489	1.495.061,85	451	1.690.463,32
INTRA	091100-CHIRURGIA ONCOLOGICA	618	2.719.620,44	626	2.896.574,19	713	3.293.570,47
INTRA	091102-CHIRURGIA ONCOLOGICA TIPO	-	-	1	11.495,48	2	13.748,73
STRANIERI	090500-RADIOTERAPIA	2	4.630,68	2	3.997,62	5	11.576,70
STRANIERI	090700-ONCOLOGIA MEDICA 2	2	5.831,39	-	-	-	-
STRANIERI	090900-ONCOLOGIA MEDICA 1	1	1.688,65	1	1.858,42	-	-

Tabella 2: Ricoveri Diurni

	Anno	2012	2012	2013	2013	2014	2014
Intra/Extra	Unità budget dim.	Dimessi	Importo Mob.	Dimessi	Importo Mob.	Dimessi	Importo Mob.
Totale		3.058	6.632.098,25	2.958	6.818.982,54	3.055	7.187.665,58
ALTRO	090900-ONCOLOGIA MEDICA 1	3	800,00	3	2.155,90	2	7.128,61
ALTRO	091100-CHIRURGIA ONCOLOGICA	2	7.945,94	2	4.683,41	2	7.945,94
EXTRA	090500-RADIOTERAPIA	84	257.503,33	108	358.920,76	123	365.967,56
EXTRA	090700-ONCOLOGIA MEDICA 2	35	77.546,26	24	40.529,12	16	11.813,30
EXTRA	090900-ONCOLOGIA MEDICA 1	39	108.931,97	19	41.969,80	30	33.198,39
EXTRA	091100-CHIRURGIA ONCOLOGICA	320	726.793,64	419	1.039.169,58	465	1.373.161,17
INTRA	090500-RADIOTERAPIA	279	630.922,17	284	642.653,43	190	475.011,17
INTRA	090700-ONCOLOGIA MEDICA 2	513	836.650,32	196	135.031,36	178	87.326,82
INTRA	090900-ONCOLOGIA MEDICA 1	334	579.989,50	196	322.097,83	245	299.261,73
INTRA	091100-CHIRURGIA ONCOLOGICA	1.443	3.393.428,94	1.701	4.212.701,78	1.802	4.521.152,72
STRANIERI	090500-RADIOTERAPIA	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	3.449,44	-	-	-	-
STRANIERI	091100-CHIRURGIA ONCOLOGICA	3	5.605,56	2	7.945,94	2	5.698,17

Piano delle Performance 2015-2017

Tabella 3: Specialistica

Intra/Extra	Anno	2012		2013		2014	
		Volume	Importo	Volume	Importo	Volume	Importo
ALTRO		17.315	1.323.553,63	21.261	1.522.350,53	12.502	1.009.747,14
EXTRA		22.534	1.934.851,98	29.538	2.284.870,32	32.482	2.583.242,37
INTRA	Total	393.437	25.617.158,29	460.668	25.975.554,90	514.661	27.892.110,28
INTRA	ASL VENETO NON PADOVA	121.204	8.101.502,55	148.772	8.593.969,12	163.335	9.017.370,67
INTRA	ASL 15	29.244	1.998.222,46	33.782	1.946.994,97	39.596	2.292.644,60
INTRA	ASL 16	216.189	13.659.263,73	243.849	13.400.106,84	273.338	14.450.234,36
INTRA	ASL 17	26.800	1.858.169,55	34.265	2.034.483,97	38.392	2.131.860,65
STRANIERI		999	112.608,25	1.514	178.405,65	1.381	127.587,15
Total		434.285	28.988.172	512.981	29.961.181	561.026	31.612.687

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 dati relativi alle pubblicazioni del 2014, dalla raccolta al calcolo e normalizzazione dell'IF, dal controllo delle banche dati alle verifiche di dati bibliografici e produzione degli abstract, saranno validati e disponibili entro il 15 aprile 2015, come da scadenza del Ministero della Salute.

I dipendenti dell'IRCCS, al primo gennaio 2015, sono 458, compreso il personale universitario in convenzione. Di seguito si riporta il dettaglio per figura professionale:

Personale del comparto	
Infermieri	159
<i>di cui universitari</i>	-
TSRM	57
<i>di cui universitari</i>	3
Personale professionale	-
<i>di cui universitari</i>	-
Personale tecnico	56
<i>di cui universitari</i>	2
Personale amministrativo	61
<i>di cui universitari</i>	-
TOTALE COMPARTO	333
Personale dirigente	
Dirigenti medici	93
<i>di cui universitari</i>	9
Dirigenti sanitari non medici	26
<i>di cui universitari</i>	4

Dirigenti professionali	1
<i>di cui universitari</i>	-
Dirigenti tecnici	3
<i>di cui universitari</i>	-
Dirigenti amministrativi	2
<i>di cui universitari</i>	-
TOTALE DIRIGENTI	125
TOTALE PERSONALE	458




[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.

1.1 Obiettivi Strategici

L'Istituto Oncologico Veneto, nel prossimo triennio 2015-2017, 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;

nonché di proseguire nel processo di autonomizzazione dei servizi tecnico-amministrativi.

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), e nuovamente confermato, 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 che consenta la raccolta di

dati strutturati essenziali per supportare i processi di *improvement* organizzativi, 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.

Autonomizzazione dei servizi tecnico-amministrativi

La necessità di potenziare le risorse umane dello IOV, anche per quanto concerne i servizi tecnico-amministrativi, adibiti a supporto dell’attività sanitaria, ha trovato riscontro nell’autorizzazione regionale alla richiesta (nota prot. 7882 del 23/07/2014) di un’integrazione della dotazione organica. Tale richiesta trova il proprio fondamento non solamente nella sopraccitata istituzione delle reti, ma altresì dalla necessità di sviluppare gradualmente l’autonomia dell’Istituto a causa dell’abbandono del modello organizzativo interaziendale in virtù del quale l’Azienda Ospedaliera di Padova assicurava, in precedenza, l’esercizio delle funzioni di supporto tecnico/amministrativo allo stesso Istituto. Contestualmente e necessariamente, già nell’anno del provvedimento, è stato previsto anche l’adeguamento dei fondi contrattuali per sostenere i maggiori oneri derivanti da tale incremento, nonché l’incremento del tetto di spesa per il personale dipendente.

1.2 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.

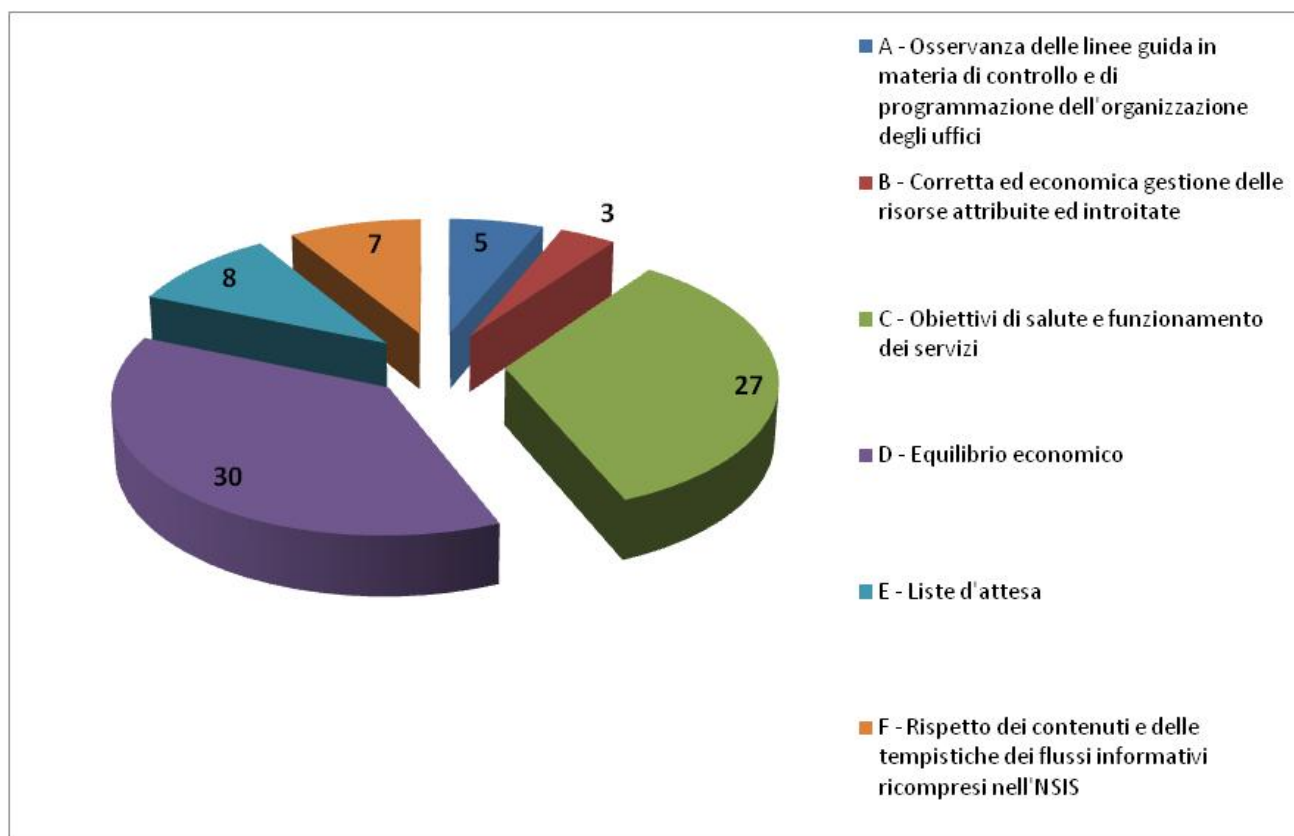
Questi vengono successivamente assegnati alle Strutture (UOC, SSD ed eventualmente UOS) declinati in obiettivi operativi mediante il succitato Documento delle Direttive e la predisposizione di specifiche schede di budget per area dipartimentale. In questa fase avviene anche una concertazione (la fase 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. In corso d'anno sarà poi effettuato un monitoraggio, anche mediante una reportistica di indicatori che permetta il controllo sull'andamento della gestione rispetto agli obiettivi prefissati.

A fine anno l'Organismo indipendente di valutazione, nominato 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.

1.3 Obiettivi 2015

Anche per l'anno 2015 i principali obiettivi dello IOV riprenderanno quanto stabilito nella normativa regionale, attenendosi univocamente a tale programmazione, fatte salve poche eccezioni relative alle contingenze aziendali.

La DGRV 2525/2014 individua per lo IOV 38 obiettivi per un totale di 80 punti suddivisi nelle aree riportate nel grafico seguente.



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

Obiettivo	Indicatore	Risultato atteso 2015	Strutture	punti
A.3 - Adeguamento dell'organizzazione ospedaliera	A.3.1 adeguamento della dotazione di PL alla Programmazione Regionale	Adeguare	Direzione Sanitaria, D.M.O., U.U.O.O.	3
A.7 Sviluppo del Centro Contatto Regionale Mobilità Internazionale	A.7.1 Attivazione del Centro di Contatto Regionale per la Mobilità Sanitaria Internazionale	Attivazione	Direzione Sanitaria, Uff. Appropriata Prest. Sanitarie.	2

Corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate

Obiettivo	Indicatore	Risultato atteso 2015	Strutture	punti
B.1 - Riduzione prezzi d'acquisto all'interno delle soglie di prezzo unitario di	B.1.1 Utilizzo del prezzo unitario di riferimento Regionale (ove presente) nell'acquisizione "di principi attivi", dispositivi medici, servizi di lavanderia, pulizia,	Utilizzo prezzi ≤ al prezzo unitario di riferimento	Acquisizione beni e servizi, farmacia	1

Piano delle Performance 2015-2017

riferimento Regionale	ristorazione			
B.2 - Raccogliere dati analitici di consumo delle risorse nelle Aziende	B.2.1 Ottemperare agli adempimenti informativi relativi alla Contabilità Analitica Standard Regionale	prosecuzione progetto Co.An.. Regionale	Direzione Amministrativa, Controllo di Gestione	1
B.3 - Applicare le nuove politiche di assicurazione	B.3.1 Adottare il modello di Autoassicurazione secondo le direttive regionali	adozione modello e accantonamento fondo	Direzione Amministrativa, Ufficio Legale	1

Obiettivi di salute e funzionamento dei servizi				
Obiettivo	Indicatore	Risultato atteso 2015	Strutture	punti
C.4 - Ottimizzazione della Rete Oncologica ed attivazione della Breast Unit	C.4.1 Attivazione della Rete Oncologica Veneta secondo quanto previsto dalla DGR 2067/2013	Coordinamento <i>network</i> assistenziale, con ruolo Hub, applicazione DGR 2067 (studio e monitoraggio aree Veneto a più alta incidenza di patologie tumorali, applicazione linee guida, trasferimento risultati ricerca...)	Direzione Strategica, ROV e U.U.O.O. sanitarie	4
	C.4.2 Attivazione delle Breast Unit secondo quanto previsto dalla DGR 1173/2014	Applicazione allegato A DGR 1173	Direzione Strategica, Senologia e Chirurgia Senologica	4
C.8 - Indicatori di appropriatezza Prescrittiva	C.8.1 Miglioramento di tutti gli indicatori di aderenza del rapporto OsMed dell'Agenzia Italiana del Farmaco e Indicatori di appropriatezza della Regione Veneto	indicatori di monitoraggio	Farmacia	3
C.9 - Sperimentazione Clinica ed aumento delle segnalazioni ADR per farmaci e vaccini	C.9.1 Numero di sperimentazioni rispetto all'anno precedente estratte dall'Osservatorio nazionale sulla sperimentazione clinica dei medicinali AIFA	2015 > 2014	Farmacia, Oncologie	4
	C.9.2 Numero di segnalazioni ADR sul totale dei ricoveri	≥ 0,005 dei ricoveri	Oncologie, Chirurgia, RT, Farmacia, Direzione Sanitaria	2
	C.9.4 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	Farmacia	1

Piano delle Performance 2015-2017

C.11 – Qualità dell'attività dello IOV	C.11.1 Rispetto degli standard di processo per la diagnosi ed il trattamento dei Sarcomi delle parti molli e del melanoma cutaneo	PDTA e linee guida	Chirurgia del Melanoma e Sarcoma, Oncologia dei Melanomi, Diagnostica dei Melanomi	3
	C.11.2 Rispetto degli standard di qualità per l'oncologia medica	PDTA, linee guida, CTA	Oncologie	3
	C.11.3 Rispetto degli standard di processo e di qualità nell'attività di RT	PDTA, linee guida, CTA	Radioterapia	3

Equilibrio economico				
Obiettivo	Indicatore	Risultato atteso 2015	Strutture	punti
D.1 - Rispetto della programmazione regionale sui costi	D.1.1 Rispetto del tetto di costo: Personale	tetto assegnato dalla Regione	D.D.S.S.	4
	D.1.3 Rispetto del tetto di costo: Farmaceutica Ospedaliera	tetto assegnato dalla Regione	Farmacia, U.U.O.O. sanitarie	5
	D.1.4 Rispetto del tetto di costo: DM	tetto assegnato dalla Regione	Farmacia, Acquisti, U.U.O.O. sanitarie	5
	D.1.4 Rispetto del tetto di costo: IVD	tetto assegnato dalla Regione	Farmacia, Acquisti, U.U.O.O. sanitarie	4
	D.1.8 Rispetto del pro-capite pesato diretta di classe A assegnato	tetto assegnato dalla Regione	Farmacia, Oncologie	1
	D.1.9 Rispetto del pro-capite pesato diretta di classe H assegnato	tetto assegnato dalla Regione	Farmacia, Oncologie	1
D.2 – Equilibrio economico-finanziario	D.2.1 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)	D.D.S.S.	5
	D.2.2 2014-2013 Costo della Produzione (+ imposte e tasse)	< 0 € (riduzione rispetto al 2013)	D.D.S.S.	5

Liste d'attesa				
Obiettivo	Indicatore	Risultato atteso 2015	Strutture	punti
E.1 - Piena implementazione delle modalità organizzative ed erogative per il contenimento dei tempi d'attesa secondo le disposizioni della DGR 320/2013	E.1.1 Rispetto Tempi d'attesa classe A	≥ 90%	Direzione Sanitaria, U.U.O.O. sanitarie	2
	E.1.2 Rispetto Tempi d'attesa classe B	≥ 90%	Direzione Sanitaria, U.U.O.O. sanitarie	2
	E.1.3 Rispetto Tempi d'attesa classe C	≥ 100%	Direzione Sanitaria, U.U.O.O. sanitarie	1
	E.1.4 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 	Direzione sanitaria, Aff. Generali, CUP	1
	E.1.5 Apertura degli ambulatori e delle diagnostiche in orario serale e nei giorni di sabato e domenica	gg e ore di aperture straordinarie	Direzione Sanitaria, Area diagnostica per immagini, ambulatori medici e chirurgici, CUP	1
E.2 - Ottimizzazione del numero di prestazioni per abitante	E.2.2 Ottimizzazione del numero di prestazioni per abitante riducendo il tasso di utilizzo nelle branche fuori standard	Concorso alla diminuzione del numero di prestazioni per abitante: rispetto dei volumi concordati con l'ULSS	Direzione Sanitaria, U.U.O.O. sanitarie	1

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

Obiettivo	Indicatore	Risultato atteso 2015	Strutture	punti
F.1 - Adempimenti questionario LEA	F.1.1 Implementazione delle attività finalizzate al raggiungimento del livello totale di adempienza rispetto agli adempimenti previsti dal questionario LEA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rispetto dei tempi previsti nello svolgimento delle attività e delle modalità di invio/controllo del dato nell'erogazione dei LEA previsti 2. Appropriattezza 	Tutte	1

Piano delle Performance 2015-2017

		nell'erogazione 3. efficienza nell'utilizzo delle risorse		
F.2 - Implementazioni e del Fascicolo Sanitario Elettronico (DGR 1671/2012)	F.2.2 % di lettere di dimissione firmate rispetto al totale	100%	U.U.O.O. di ricovero + Uff. Appropriatezza prest. sanitarie	0,40
	F.2.3 % di referti di Anatomia Patologica firmati rispetto al totale	100%	U.O. "Diagnostica dei melanomi e dei sarcomi" + Uff. Approp. prest. sanit.	0,20
	F.2.6 % di referti di Radiologia firmati rispetto al totale	100%	U.U.O.O. Radiodiagnostica, Radiologia Interventistica, Senologia, Radioterapia, Med. Nucleare + Uff. Approp. prest. san.	0,40
F.4 - Qualità dei flussi informativi relativi ai beni sanitari	F.4.1 Flusso consumi D.M.: % 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)	100%	Farmacia, Acquisti, CdG	0,20
	F.4.2 Flusso consumi DM: % degli IDV codificati con almeno la prima lettera della categoria W rispetto al valore contabilizzato nel modello CE (B.1.A.3.3)	≥ 100%	Farmacia, Acquisti, CdG	0,20
	F.4.3 Flusso contratti DM: invio dei dati attraverso il tracciato contratti di Fase 2	≥ 50%	Farmacia, Acquisti, CdG	0,20
	F.4.4 Flusso Farmaci: invio dei dati relativi ai farmaci infusionali ad alto costo attraverso il tracciato DDF3	100%	Farmacia, CdG	0,20
	F.4.5 Flusso farmaci DDF3: valorizzazione del campo targatura per i medicinali con AIC	≥ 30%	Farmacia	0,20
F.7 Completezza e Tempestività del flusso SDO	F.7.1 percentuale SDO inviate sul totale delle SDO chiuse	≥ 95% (in ogni trimestre)	Uff. Appropriatezza Prest. Sanitarie	4

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, 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 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) controfirmata dal Direttore della Struttura. Il coordinatore stesso sarà valutato dal Direttore di Struttura e 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 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.

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.