



2017-2019

Istituto Oncologico Veneto – I.R.C.C.S.

PIANO DELLE PERFORMANCE 2017- 2019

Approvato con Delibera del Direttore Generale n. 58 del 26/01/2017

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 a scorrimento annuale 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 2017 trova le proprie linee nei contenuti del Piano Sanitario Regionale, della DGR 1635/2016 e negli altri atti di programmazione regionale e nazionale.

In particolare con l'anno 2017, nella Regione Veneto, si realizza la riforma del Servizio Sanitario Regionale prevista dalla L.R. 19/2016. Tale riforma, oltre alla ridefinizione territoriale delle Aziende ULSS, ha avviato un complessivo riassetto delle funzioni tecnico-amministrative, con la centralizzazione di alcune funzioni alla nuova Azienda Zero.

Considerato il momento di profondo cambiamento, la determinazione degli obiettivi di salute e funzionamento dei servizi per le Aziende del SSR è ancora in corso di definizione, come la definizione Bilancio Economico Preventivo 2017. In tale contesto viene predisposto il presente Piano delle Performance, nel rispetto della scadenza definita dal D.Lgs 150/2009, con riserva della necessità di un aggiornamento in coerenza con l'impostazione stabilita dalla Direzione Strategica e dalla completa definizione degli obiettivi regionali.

È necessario ribadire come gli obiettivi sopraccitati, pur se esplicitati e strutturati nelle già note sei macro aree di intervento

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

siano ancora in parte da definire, in quanto ad oggi non è ancora noto il finanziamento provvisorio per l'anno 2017, e non siano state ancora diffuse dalla Regione Veneto le specifiche relative agli obiettivi regionali di funzionamento per l'anno 2017.

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'Istituto 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 Direttore Generale
Dr.ssa Patrizia Simionato

Sommario

1. INTRODUZIONE.....	2
2. INQUADRAMENTO NORMATIVO e DELL'ISTITUTO	5
3. IL QUADRO DI RIFERIMENTO.....	7
Attività di ricerca	10
Attività di ricerca: le fonti di finanziamento	11
Esiti: sintesi PNE e volumi di attività 2014 – 2016	12
Sviluppo della Rete Oncologica Veneta	12
4 L'ALBERO delle PERFORMANCE.....	13
4.1 Obiettivi Strategici	13
4.2 Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi.....	19
5. IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE	20
5.1 Le fondamenta del processo di valutazione degli obiettivi	20
5.4 La performance individuale	23
5.5 La valutazione individuale dell'area del Comparto.....	24
5.6 Criteri e modalità per la valorizzazione del merito.....	27
5.7 Definizione della quota individuale di incentivazione	27
5.8 La valutazione individuale delle aree dirigenziali.....	28
5.9 Definizione della quota individuale di retribuzione di risultato.....	29
5.10 I soggetti competenti e la procedura dei ricorsi.....	30

2. INQUADRAMENTO NORMATIVO e DELL'ISTITUTO

Il Piano della Performance, come previsto dall'art. 10 del D.Lgs. n. 150/2009 e dalle Linee di Indirizzo redatte dalla Regione Veneto, è il documento programmatico triennale a scorrimento annuale attraverso il quale, in conformità alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli normativi e di bilancio, vengono individuati obiettivi strategici ed operativi, indicatori e risultati attesi.

L'elaborazione del Piano della Performance, effettuata in conformità alle prescrizioni ed agli indirizzi forniti dalla CIVIT con la delibera n. 6/2013, dà avvio al ciclo di gestione della performance. Con questo documento è possibile definire e misurare la performance aziendale valutandone la qualità e consentendo una sua rappresentazione in un'ottica di rendicontabilità e trasparenza.

La misurazione e la valutazione della performance rappresentano strumenti di miglioramento, di crescita, e di responsabilizzazione di tutto il personale oltre che pongono in essere percorsi di miglioramento continuo delle performance.

Il piano viene pubblicato sul sito web dell'Azienda (www.ioveneto.it) al fine di assicurarne la massima diffusione e trasparenza, con l'intento di favorire anche un processo sinergico di confronto con le Istituzioni e le componenti rappresentative della cittadinanza e dei portatori di interessi e valori in genere.

All'interno del Piano della Performance sono riportati e messi in relazione obiettivi strategici e obiettivi operativi aziendali con relativi indicatori e target di riferimento con un focus particolare per l'anno 2017. Tali obiettivi costituiscono il punto di riferimento per la contrattazione e definizione degli obiettivi specifici di unità operativa da riportare nella scheda di budget, che sarà approvata con provvedimento del Direttore Generale.

Nella definizione della programmazione per il triennio 2017-2019 si è tenuto conto inoltre di quanto stabilito dalla DGR n. 1635/2016 nella quale partendo dal modello *hub and spoke* della rete ospedaliera previsto dalla DGR n. 2122/2013 che ha assegnato allo IOV-IRCCS il ruolo di Centro Regionale di supporto e di coordinamento della rete oncologica veneta. Tale ruolo ha trovato la sua concreta manifestazione nella istituzione della Rete Oncologica Veneta (ROV) avvenuta con la DGR n. 2067/2013. Lo IOV quindi, oltre a svolgere la funzione di fulcro nello sviluppo e nella verifica dell'applicazione di linee guida, ha il compito di studiare e monitorare le aree regionali a più alta incidenza di patologie tumorali, di favorire il trasferimento dei risultati della ricerca alle attività assistenziali, di accrescere la qualità

dell'assistenza ai malati oncologici, di sperimentare nuovi modelli organizzativi al fine di potenziare e migliorare le relazioni tra le strutture della rete sanitaria, di garantire la qualificazione dei professionisti e l'aggiornamento attraverso il potenziamento delle attività di formazione e infine, di sviluppare ed implementare la collaborazione e lo scambio di conoscenze con altri centri di ricerca e assistenza. In considerazione di ciò, la DGR n. 1635/2016 prevede lo sviluppo della capacità operativa dello IOV al fine di garantire una risposta adeguata al fabbisogno regionale attraverso una maggiore tempestività nella presa in carico dei pazienti e adeguati livelli di cura e continuità assistenziale. Considerando i limiti strutturali dell'edificio ove insiste l'Istituto in parola, lo sviluppo della capacità operativa sarà garantita attraverso l'utilizzo dedicato di una parte dell'edificio ove insiste l'Ospedale di Castelfranco. La Deliberazione della Giunta Regionale n. 910/2015 aveva inoltre attribuito all'Istituto Oncologico Veneto una nuova struttura dedicata ai trattamenti radioterapici presso l'Ospedale di Schiavonia (ex azienda ULSS 17 e ora afferente all'Azienda ULSS 6 "Euganea"), nei cui spazi troveranno collocazione nuove apparecchiature per trattamenti radioterapici (Acceleratori lineari e Tomoterapia).

Come previsto nel d.lgs. 97/2016 e nelle linee guida del nuovo Piano Nazionale Anticorruzione 2016, il presente documento è inoltre collegato al Piano triennale di prevenzione della corruzione – aggiornamento 2017, nonché al Piano Aziendale dei Controlli Interni.

Le fonti normative del Piano delle Performance 2017 - in sintesi sono:

- 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) e DGR applicative, le cui disposizioni mantengono validità sino al 31 dicembre 2018 (o fino all'approvazione del nuovo Piano socio-sanitario regionale) in virtù dell'art. 24 della L.R. 19/2016;
- DGR n. 910 del 20/07/2015 "Autorizzazioni ad Aziende ULSS ed Aziende Ospedaliere delle richieste sottoposte a parere di congruità della Commissione Regionale per l'Investimento in Tecnologia ed Edilizia (C.R.I.T.E.) nelle sedute del 20, 22 e 29 maggio 2015 (Art. 26, L.R. 56/1994, DGR n. 1455/2008, DGR n. 125/2011, DGR n. 2353/2011, DGR n. 957/2013 e DGR n. 767/2014);
- Legge Regionale n. 19 del 25/10/2016 che istituisce l'ente di governance della sanità regionale veneta denominato "Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto - Azienda Zero" e individua gli ambiti territoriali delle nuove Aziende ULSS;

- DGR n. 1635 del 21/10/2016 “Modifica delle schede di dotazione ospedaliera dell'Istituto Oncologico Veneto IRCCS e dell'Ospedale di Castelfranco dell'Azienda Ulss 8. DGR n. 2122 del 19 novembre 2013 e s.m.i.. Deliberazione n. 123/CR del 30 dicembre 2015”;
- DGR n. 1689 del 26/10/2016 “Approvazione di un modello organizzativo per l'accesso del paziente alla Rete Oncologica Veneta e delle azioni per il governo della spesa farmaceutica e previsione di un finanziamento a funzione a favore dell'Istituto Oncologico Veneto (IOV) - IRCCS, per l'anno 2017”;
- DGR n. 2174 del 23/12/2016 che fornisce disposizioni in materia sanitaria connesse alla riforma del sistema sanitario regionale, in attesa degli atti attuativi.

3. II QUADRO DI RIFERIMENTO

Si presentano di seguito alcuni dati di sintesi relativi all'attività e all'organizzazione dell'Istituto Oncologico Veneto dell'ultimo triennio 2014-2016, precisando che i dati dell'ultimo anno sono relativi a valori di pre-consuntivo e quindi non ancora consolidati.

Nel 2016 l'Istituto Oncologico Veneto ha effettuato 5.914 ricoveri, in incremento del 5,3% rispetto all'anno 2015, con un Valore DRG in crescita del 3,6% rispetto all'anno precedente. Analogamente all'attività di ricovero, è risultata in aumento l'attività ambulatoriale, al netto delle prestazioni di laboratorio erogate in convenzione dall'Azienda Ospedaliera di Padova, con un +13,8% del numero di prestazioni e del 15,6% del Valore tariffario (tabella 1 e tabella 2).

Tabella 1 - Andamento attività di ricovero e specialistica 2014 - 2016

	Anno 2014	Anno 2015	Anno 2016*
Numero di Ricoveri Ordinari	2.838	2.621	2.528
Numero di Ricoveri Diurni	3.055	2.995	3.386
Totale ricoveri	5.893	5.616	5.914
Valore DRG attività di ricovero	€ 16.949.310	€ 16.692.853	€ 17.290.715
% Valore DRG da Extra Regione	20,4%	19,8%	20,2%
N° Prestazioni ambulatoriali per esterni in regime SSN - escluso lab. In convenzione AOPD	272.276	268.389	305.501
Totale N° prestazioni ambulatoriali per esterni in regime SSN	533.285	551.448	471.551
Valore Tariffario prestazioni amb. per esterni in regime SSN	€ 29.070.130	€ 29.698.793	€ 34.323.918

Fonte: Scheda di dimissione ospedaliera; Specialistica ambulatoriale.

*Dati provvisori.

Tabella 2 - altri indicatori dell'attività ospedaliera e specialistica: 2014 - 2016

	Anno 2014	Anno 2015	Anno 2016*
N° trattamenti chemioterapici**	21.135	29.467	29.245
N° interventi chirurgici	2.411	2.225	2.310
N° dimissioni da ricovero ordinario	2.838	2.621	2.528
N° accessi in DH/DS	4.565	4.479	5.052
N° visite (inclusi controlli)	79.821	77.864	84.062
N° prestazioni di radiologia	36.152	42.261	42.775
N° prestazioni di senologia	18.075	18.058	17.978
N° trattamenti di radioterapia	59.764	48.655	88.974
**Nota: gli anni 2015 e 2016 includono i trattamenti chemioterapici con farmaco in forma orale			

Fonte: Scheda di dimissione ospedaliera; Specialistica ambulatoriale; Registro operatorio; Cartella clinica oncologica
*Dati provvisori.

La dotazione di personale dell'Istituto Oncologico Veneto, pari a 734 unità nell'anno 2016, rileva un trend in incremento, rispetto agli anni precedenti, coerente con l'aumento dei volumi di attività e gli obiettivi di autonomizzazione dei servizi tecnico-amministrativi (tabella 3).

Tabella 3 - dotazione di personale: 2014 - 2016

Tipologia contratto	N. unità al 31/12/2014	N. unità al 31/12/2015	N. unità al 31/12/2016
Dipendente	425	465	498
In convenzione Università	21	21	21
Non dipendente	121	171	215
Totale	567	657	734

Fonte: SC Risorse Umane

Risultato d'esercizio

L'Istituto Oncologico Veneto ha chiuso il Bilancio 2015 con un risultato economico d'esercizio sostanzialmente in equilibrio, con un utile pari ad € 92.000. La performance di pareggio di bilancio risulta confermata anche dai valori di preconsuntivo 2016, dal quale si rileva come l'incremento dei costi di produzione trovi sostanziale copertura nell'aumento del valore della produzione (tabella 4 e tabella 5).

Tabella 4 - Sintesi bilancio d'esercizio

	Consuntivo 2014	Consuntivo 2015	Consuntivo 2016 (IV rendicontazione)
A) Valore della produzione	72.173.047	94.118.060	98.579.639
B) Costi della produzione	70.946.276	92.896.342	97.945.726
- di cui acquisto di beni sanitari	24.807.631	42.346.466	44.068.688
- di cui acquisto beni sanitari: farmaci	20.267.332	23.571.302	24.730.994
Risultato di esercizio	1.455.179	92.000	115.080

Fonte: SC Bilancio e programmazione finanziaria

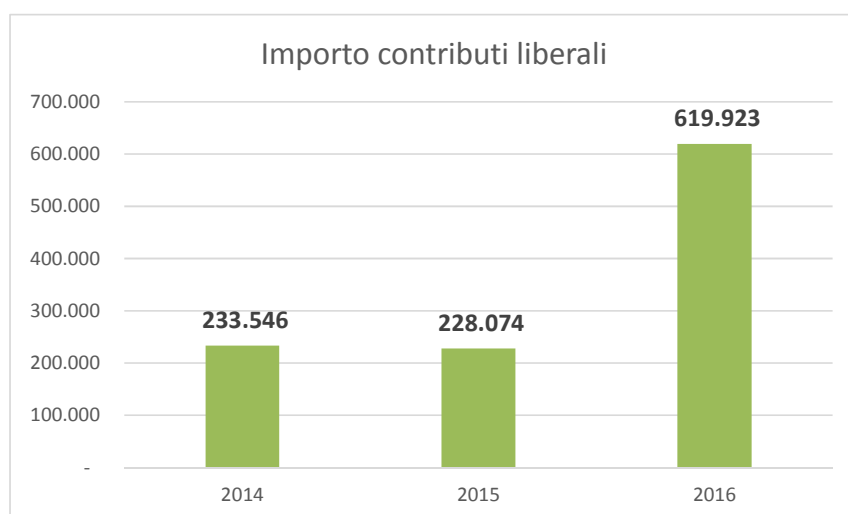
Tabella 5 - indicatori sintetici di bilancio

	Consuntivo 2014	Consuntivo 2015	Consuntivo 2016 (IV rendicontazione)
1) Rapporto percentuale tra costo e valore della produzione	98,3%	98,7%	99,4%
2) Rapporto percentuale tra costo del personale e valore della produzione	38,9%	31,4%	31,9%
3) Rapporto percentuale tra costo del personale di ruolo e valore della produzione	30,5%	25,4%	26,0%

Fonte: SC Bilancio e programmazione finanziaria

Di particolare rilievo risulta l'andamento dell'importo dei contributi liberali (donazioni), che mostra un trend in forte crescita tra il 2015 e 2016 (figura 1) determinato in particolare da un'unica donazione di € 400.000,00.

Figura 1 - andamento importo contributi liberali



Fonte: Direzione Scientifica

Attività di ricerca

La valutazione dell'attività scientifica si basa sul numero di pubblicazioni e sul punteggio totale di Impact Factor (IF) generato dal valore attribuito alle riviste scientifiche. Le pubblicazioni dell'anno 2016 sono state 239, evidenziando un significativo incremento rispetto all'anno precedente. Il punteggio IF, sia grezzo che normalizzato, è in incremento (tabella 6).

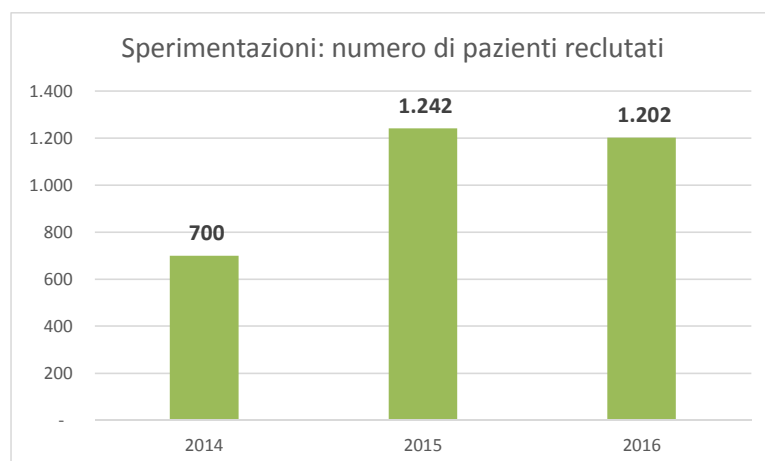
Tabella 6 - numero di pubblicazioni e indicatori: 2014 - 2016

Anno	N° pubblicazioni	IF grezzo	IF normalizzato	IF per ricercatore	IF per ricercatore con pubblicazioni
2014	187	1.104	961,3	14,74	16,67
2015	191	1.310	1.012,50	15,99	17,44
2016	239	1.444	nd	nd	nd

Fonte: Direzione Scientifica

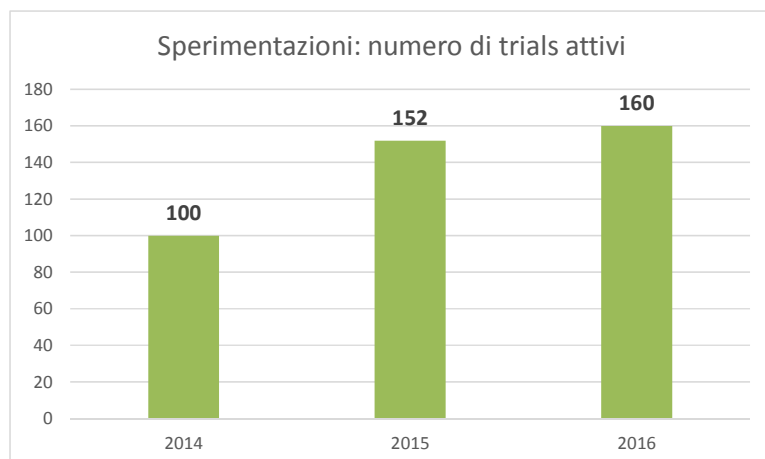
Il numero di pazienti reclutati per studi clinici ha subito un incremento consistente tra il 2014 e 2015, passando da 700 a 1.242 pazienti (figura 2) in concomitanza all'incremento degli studi trials (figura 3). Nel 2016 si è consolidata la performance dell'anno precedente.

Figura 2 - numero di pazienti reclutati per le sperimentazioni cliniche: 2014 - 2016



Fonte: Direzione Scientifica

Figura 3 - numero di studi trials attivi: 2014 - 2016

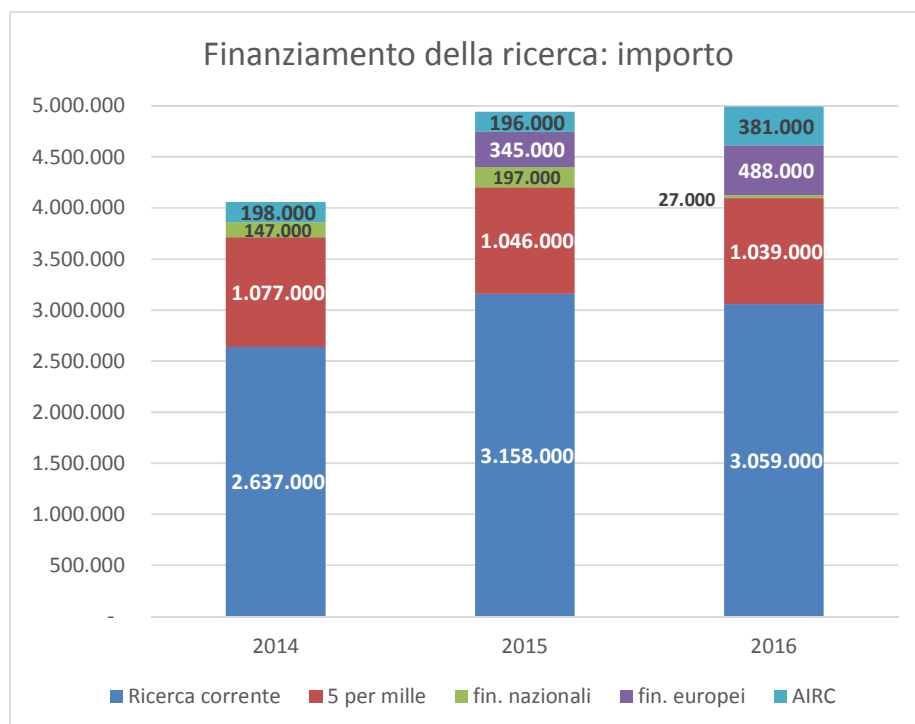


Fonte: Direzione Scientifica

Attività di ricerca: le fonti di finanziamento

Per quanto riguarda le fonti di finanziamento, la ricerca si finanzia prevalentemente con fondi di ricerca corrente (figura 4). La tipologia di finanziamento “5 per mille” rappresenta nell’ultimo biennio circa il 20% del finanziamento complessivo.

Figura 4 – tipologie di fonti di finanziamento per la ricerca: 2014 - 2016



Fonte: Direzione Scientifica

Esiti: sintesi PNE e volumi di attività 2014 – 2016

Il Programma Nazionale Esiti (PNE) nasce come strumento di valutazione a supporto di programmi di audit clinico e organizzativo ed ha l'obiettivo di valutare e misurare le performance delle aziende sanitarie. Il PNE è un progetto sviluppato dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Age.Na.S.) per conto del Ministero della Salute, e fornisce a livello nazionale valutazioni comparative di efficacia, sicurezza, efficienza e qualità delle cure prodotte nell'ambito del servizio sanitario.

Nelle tabelle 7 e 8 sono presentati gli indicatori di volume dell'Istituto Oncologico Veneto. Nella tabella 8 si riporta l'estratto degli indicatori di volume di esito del PNE di interesse per l'Istituto Oncologico Veneto.

Tabella 7 - PNE: volumi di attività 2014 - 2016

INDICATORE	2014	2015	2016
Intervento chirurgico per TM esofago: volume di ricoveri	49	51	56
Intervento chirurgico per TM mammella: volume di ricoveri	662	679	724

Fonte: Scheda di dimissione ospedaliera. Elaborazioni: UO Controllo di gestione

Tabella 8 - Indicatori anno 2014 e 2015

INDICATORE	PNE 2015: dati 2014			PNE 2016: dati 2015		
	N° casi	% GREZZA	% aggiustata	N° casi	% GREZZA	% aggiustata
Intervento chirurgico per TM mammella: proporzione di interventi conservativi	655	63,2		679	59,4	
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	366	14,2	14,2	369	11,7	10,1
Proporzione di interventi di ricostruzione o inserzione di espansore nel ricovero indice per intervento chirurgico demolitivo per tumore invasivo della mammella	164	74,4	68,7	214	70,6	71,1
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 90 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	365	13,4	13,1	361	10,8	9,4

Fonte: portale WEB Piano Nazionale Esiti

Sviluppo della Rete Oncologica Veneta

Nel quadro della programmazione socio sanitaria regionale, all'inizio del 2014 lo IOV è stato designato dalla Regione Veneto fulcro della rete regionale veneta dei Centri di senologia (Breast Unit). In qualità Centro hub altamente qualificato per la diagnosi, cura e riabilitazione psicofisica, allo IOV è affidata la gestione del percorso diagnostico terapeutico e assistenziale (PDTA) della neoplasia alla mammella, secondo standard riconosciuti a livello europeo e indicati dalle disposizioni regionali. Lo IOV ha inoltre consolidato il ruolo di centro hub assegnato dalla Regione per il coordinamento della Rete Oncologica Veneta (ROV), in stretta sintonia con le Aziende Ospedaliere di Padova e Verona. Allo IOV, sede il Coordinamento Regionale della ROV, nel biennio sono stati adottati in modo condiviso numerosi PDTA.

4 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 in coerenza dei quali la Regione Veneto assegna gli obiettivi 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.

4.1 Obiettivi Strategici

L'Istituto Oncologico Veneto, nel prossimo triennio 2017-2019, si propone di intervenire sulle macro aree strategiche definite in continuità con la programmazione regionale 2016 e con gli indirizzi previsti dalla DGR 1635/2016 che ha modificato le schede di dotazione ospedaliera dell'Istituto Oncologico Veneto IRCCS:

- 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;
- Applicazione della DGR 1635/2016.

- Gestione integrata dei servizi sanitari in convezione con l’Azienda Ospedaliera di Padova;
- Prosecuzione del processo di autonomizzazione dei servizi tecnico-amministrativi;
- Sviluppo dei servizi tecnico amministrativi: creazione delle strutture complesse “Affari generali e sperimentazioni cliniche” e “Risorse Umane”;
- Attività di ricerca di base, clinica e traslazionale secondo le linee d’azione concordate a livello ministeriale;
- Obiettivi ed azioni derivanti dal “Piano triennale di prevenzione della corruzione – aggiornamento 2017”;
- Obiettivi ed azioni derivanti dal “Piano aziendale del controllo interno”.

Di seguito si riportano gli obiettivi e i relativi indicatori individuati per ciascuna area strategica.

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

Derivante da Ob. regionali	Descrizione Obiettivi	Indicatore	Target 2017	Azioni definite dall'Istituto per il 2018	Azioni definite dall'Istituto per il 2019
A - Osservanza delle linee guida ed indirizzi in materia di controllo e di progr. dell’organizzazione degli uffici					
si	Adeguamento della organizzazione ospedaliera agli indirizzi previsti dalla DGR 1635/2016	Adeguamento dotazione di posti letto ospedalieri alle schede ospedaliere aggiornate dalla DGR 1635/2016	realizzazione azioni previste per il 2017	realizzazione azioni previste per il 2018	conclusione attività previste nel cronoprogramma
		Rispetto del cronoprogramma biennale concordato con Azienda ULSS 2 "Marca Trevigiana"	realizzazione azioni previste per il 2017	realizzazione azioni previste per il 2018	conclusione attività previste nel cronoprogramma

• **Corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate**

Derivante da Ob. regionali	Descrizione Obiettivi	Indicatore	Target 2017	Azioni definite dall'Istituto per il 2018	Azioni definite dall'Istituto per il 2019
B - Corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate					
si	Contabilità Analitica e Modelli LA	Verifica del modello di alimentazione del sistema di Contabilità Analitica Standard Regionale	Rispetto delle scadenze regionali	prosecuzione attività	prosecuzione attività
si	Applicare politiche di Autoassicurazione	Corretta e tempestiva rendicontazione dei sinistri con informativa al Collegio Sindacale	Termini fissati dalla procedura interna o esterna	prosecuzione attività	prosecuzione attività

• **Obiettivi di Salute e funzionamento dei servizi**

Derivante da Ob. regionali	Descrizione Obiettivi	Indicatore	Target 2017	Azioni definite dall'Istituto per il 2018	Azioni definite dall'Istituto per il 2019
C - Obiettivi di Salute e funzionamento dei servizi					
si	Rispetto degli Standard Minimi per Volumi ed Esiti secondo il DM n.70/2015	Rispetto degli standard minimi di volume e di esito	>150 interventi per tumore mammella	prosecuzione attività	prosecuzione attività
si	Qualità Assistenza Ospedaliera: Area Chirurgica	Numero interventi annui effettuati presso la sede IOV di Castelfranco	definire numero interventi	prosecuzione attività	prosecuzione attività
		Miglioramento degli indicatori relativi all'attività di week surgery come da DGR 2688/2014	Miglioramento degli indicatori fuori standard nell'anno 2016	mantenimento	mantenimento
si	Qualità Assistenza Ospedaliera: Area Oncologica	Tempi di attesa (giorni) per Interventi Chirurgici di Area Oncologica	Riduzione rispetto al 2016	prosecuzione attività	prosecuzione attività
		Tempi di attesa (giorni) per il ricovero Chemioterapia (Indicatore TAV 3.11 Rapporto SDO 2014)	≤ 11,7 (Media Nazionale)	mantenimento	mantenimento
si	Sperimentazione Clinica e Aumento delle segnalazioni ADR per farmaci e vaccini	Numero di segnalazioni ADR sul totale dei ricoveri e delle chemioterapie ambulatoriali	definire soglia	prosecuzione attività	prosecuzione attività
		Registri AIFA: chiusura delle schede di follow-up per i farmaci sottoposti a meccanismi di rimborso (payment by results e risk-sharing)	chiusura del 100% delle schede AIFA	mantenimento	mantenimento
		Sperimentazione clinica: tempistica avvio studi clinici con farmaco profit	Scostamento ≤ 10% rispetto alle migliori performance	prosecuzione attività	prosecuzione attività
no	Monitoraggio indicatori previsti dai PDTA ROV	Misurazione degli indicatori previsti dai PDTA ROV per patologia	calcolo indicatori per PDTA mammella e Colon	definire per quale PDTA calcolare indicatori	definire per quale PDTA calcolare indicatori

• **Equilibrio Economico**

Derivante da Ob. regionali	Descrizione Obiettivi	Indicatore	Target 2017	Azioni definite dall'Istituto per il 2018	Azioni definite dall'Istituto per il 2019
D - Equilibrio Economico					
si	Rispetto della programmazione regionale sui costi del Personale	Rispetto del tetto di costo: Personale	rispetto tetto assegnato per l'anno 2017	rispetto del tetto assegnato per l'anno 2018	rispetto del tetto assegnato per l'anno 2019
si	Equilibrio Economico-Finanziario	Rispetto del Risultato Economico Programmato	Si	Si	Si
		Variazione Annuale del Costo della Produzione (+ Imposte e tasse)	Minore di zero	Minore di zero	Minore di zero
		Soddisfazione degli indicatori sulla situazione economico-patrimoniale	Si	Si	Si
si	Rispetto della programmazione regionale sui costi dei Beni Sanitari	Rispetto del pro capite pesato diretta di classe A e H assegnato	rispetto tetto assegnato per l'anno 2017	rispetto del tetto assegnato per l'anno 2018	rispetto del tetto assegnato per l'anno 2019
		Rispetto del tetto di costo: Farmaceutica Ospedaliera	rispetto tetto assegnato per l'anno 2017	rispetto del tetto assegnato per l'anno 2018	rispetto del tetto assegnato per l'anno 2019
		Rispetto del tetto di costo: DM	rispetto tetto assegnato per l'anno 2017	rispetto del tetto assegnato per l'anno 2018	rispetto del tetto assegnato per l'anno 2019
		Rispetto del tetto di costo: IDV	rispetto tetto assegnato per l'anno 2017	rispetto del tetto assegnato per l'anno 2018	rispetto del tetto assegnato per l'anno 2019
si	Incremento della Mobilità Extraregionale Attiva	Aumento del valore della mobilità attiva extraregionale per assistenza ospedaliera	Incremento rispetto al valore 2016	mantenimento	mantenimento

• **Liste d'Attesa**

Derivante da Ob. regionali	Descrizione Obiettivi	Indicatore	Target 2017	Azioni definite dall'Istituto per il 2018	Azioni definite dall'Istituto per il 2019
E - Liste d'Attesa					
si	Piena implementazione delle modalità organizzative ed erogative per il contenimento dei tempi d'attesa secondo le disposizioni della DGR 320/2013	Rispetto Tempi d'attesa classe A	≥ 90%	mantenimento	mantenimento
		Rispetto Tempi d'attesa classe B	≥ 90%	mantenimento	mantenimento
		Rispetto Tempi d'attesa classe C	100%	mantenimento	mantenimento
		Rispetto Piano di Riduzione dei Tempi d'attesa Aziendale	rispetto delle indicazioni previste dal piano aziendale	mantenimento	mantenimento

• **Rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi ricompresi nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario**

Derivante da Ob. regionali	Descrizione Obiettivi	Indicatore	Target 2017	Azioni definite dall'Istituto per il 2018	Azioni definite dall'Istituto per il 2019
F - Rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi ricompresi nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario					
si	Completezza e Tempestività del flusso SDO	Percentuale di SDO inviate sul totale delle SDO chiuse	≥ 95%	mantenimento	mantenimento
		Nuovo flusso SDO	implementazione procedure per invio nuovi campi flusso SDO	mantenimento	mantenimento
si	Completamento del processo di dematerializzazione della ricetta cartacea	% di ricette prescritte in modalità dematerializzata da prescrittori diversi da MMG/PLS	≥ 95%	mantenimento	mantenimento
		% di ricette prescritte in modalità dematerializzata prese in carico ed erogate con i servizi telematici (erogatori privati compresi)	≥ 95%	mantenimento	mantenimento
si	Qualità dei flussi informativi relativi ai Beni Sanitari	Rispetto simultaneo degli indicatori di qualità e completezza dei flussi informativi relativi ai beni sanitari	rispetto delle soglie previste in tutti gli indicatori	mantenimento	mantenimento

• **Ulteriore obiettivi aziendali**

Derivante da Ob. regionali	Descrizione Obiettivi	Indicatore	Target 2017	Azioni definite dall'Istituto per il 2018	Azioni definite dall'Istituto per il 2019
Ulteriori obiettivi aziendali					
no	Gestione dei servizi sanitari in convezione con l'Azienda Ospedaliera di Padova	n° di prestazioni acquistate in convezione da AOPD	riduzione rispetto ai volumi di attività 2016	mantenimento	mantenimento
no	Prosecuzione del processo di autonomizzazione dei servizi tecnico-amministrativi	Riduzione della tipologia di servizi e relativi importi, richiesti in interaziendalità (AOP e Ulss 6)	riduzione rispetto all'anno precedente	mantenimento	mantenimento
no	Sviluppo dei servizi tecnico amministrativi	Creazione delle strutture complesse "Affari generali e sperimentazioni cliniche" e "Risorse Umane"	aggiornamento atto aziendale		
no	Obiettivi ed azioni derivanti dal "Piano triennale di prevenzione della corruzione – aggiornamento 2017"	Realizzazione delle azioni previste dal "Piano triennale di prevenzione della corruzione – aggiornamento 2017"	rispetto delle priorità anno 2017	rispetto delle priorità anno 2018	rispetto delle priorità anno 2019
no	Obiettivi ed azioni derivanti dal "Piano aziendale dei controlli interni"	Realizzazione delle azioni previste dal "Piano aziendale dei controlli interni"	rispetto delle priorità anno 2017	rispetto delle priorità anno 2018	rispetto delle priorità anno 2019
no	Attività di ricerca di base, clinica e traslazionale secondo le linee d'azione concordate a livello ministeriale	I.F. normalizzato I.F. (primo, secondo...ultimo nome) I.F. normalizzato/numero di ricercatori	miglioramento rispetto al 2016	miglioramento rispetto al 2017	miglioramento rispetto al 2018
no	Presa in carico delle procedure di acquisto di beni non più oggetto di accordi interaziendali con AOPD	Individuazione ed espletamento delle procedure di acquisto di beni che non saranno più forniti in "interaziendalità" da parte dell'Azienda Ospedaliera di Padova	Individuazione delle procedure di acquisizione da espletare autonomamente	prosecuzione attività	prosecuzione attività

Ulteriori obiettivi aziendali: Autonomizzazione dei servizi tecnico-amministrativi

Proseguirà anche in questo esercizio il necessario potenziamento delle risorse umane dello IOV, anche per quanto concerne i servizi tecnico-amministrativi, adibiti a supporto dell'attività sanitaria.

Questo processo è necessario non soltanto per lo sviluppo delle reti sopraccitate, ma altresì per la necessità di proseguire la strada di autonomizzazione dell'Istituto, intrapresa dalla fine del 2014, con l'abbandono del modello organizzativo interaziendale in virtù del quale l'Azienda Ospedaliera di Padova assicurava l'esercizio delle funzioni di supporto tecnico/amministrativo allo stesso Istituto.

Ulteriori obiettivi aziendali: Attività di ricerca di base, clinica e traslazionale

L'attività di ricerca dell'Istituto Oncologico Veneto è stata organizzata, in coerenza con le linee di ricerca ufficiali, secondo un *continuum* che dall'oncologia molecolare porta all'oncologia clinica. In questi ultimi anni è stato profuso un consistente sforzo organizzativo ed economico che ha coinvolto tutti gli operatori dello IOV per ottemperare appieno alla missione dell'Istituto in materia di oncologia traslazionale.

La strategia dell'Istituto, nell'ambito della ricerca, deriva dalla consapevolezza che solo sostenendo una stretta sinergia tra ricerca biomedica e ricerca clinica sia possibile accorciare la distanza tra il bancone di laboratorio e il letto del paziente, traendo da ciò un grande valore aggiunto: non solo per gli operatori, che si trovano a lavorare sempre di più in un contesto multidisciplinare, che va dal biologo molecolare al case manager, ma soprattutto per gli individui affetti da cancro, ai quali viene offerta un'assistenza di qualità, carica di efficienza ma anche di innovazione, che è la nostra ragion d'essere in quanto IRCCS.

Anche se non è facile, e forse nemmeno necessario, trovare il punto di passaggio tra oncologia molecolare e oncologia clinica, possiamo in questo modo descrivere schematicamente gli aspetti di eccellenza nella ricerca condotta allo IOV nel triennio 2014-2016, connotandoli di risultati obiettivamente. Tra questi, le pubblicazioni scientifiche e altri outcome come i brevetti o i precorsi diagnostico terapeutici assistenziali, questi ultimi prodotti dalla Rete Oncologica Veneta, ma coordinati dello IOV e quindi approvati con determina regionale, dando così compiutezza a una razionalizzazione dell'impiego delle risorse figlia della ricerca e delle conoscenze tecniche più che delle risorse finanziarie disponibili.

La ricerca scientifica di base, clinica e traslazionale condotta all'Istituto Oncologico Veneto si sviluppa secondo quattro linee di ricerca corrente concordate con il Ministero della Salute.

Esse rappresentano un continuum che inizia in laboratorio (linea 1 - Cancerogenesi e modelli preclinici), si posiziona poi sull'interfaccia clinica/laboratorio (linea 2 - Medicina oncologica personalizzata), quindi sull'approccio razionale alle neoplasie avanzate (linea 3 - Approccio multidisciplinare alla malattia oncologica avanzata) e, infine, sulla verifica dei risultati dei percorsi attuati (linea 4 - Appropriatezza, percorsi diagnostico-terapeutico assistenziali e programmi di rete).

Nell'ultimo triennio si rilevano i seguenti aspetti di eccellenza nella ricerca condotta allo IOV, che hanno permesso il raggiungimento di importanti obiettivi quali:

- oncologia molecolare: oncologia sperimentale e immunologia del cancro;
- oncologia molecolare e oncologia clinica: genetica e genomica del cancro;
- oncologia clinica: terapie innovative e innovazioni organizzative;
- progetti.

Ulteriori obiettivi aziendali: “Piano aziendale dei controlli interni”

In conformità alle direttive regionali si adotta il piano triennale di controllo interno, che prevede la mappatura dei processi, l'analisi dei rischi (rischio amministrativo contabile, frode, compliance) e l'adozione delle relative misure di contenimento dei rischi. Peraltro la Direzione aziendale ritiene opportuno, anche in adeguamento alla versione 2015 della norma ISO 9001, applicare da subito l'analisi dei rischi nella mappatura dei processi che verranno proceduralizzati. Allo scopo è stata definita una metodologia di valutazione dei rischi basata sul metodo FMEA, coerente con il metodo applicato nello sviluppo del controllo interno a livello regionale. Tale metodologia è in linea, per quanto riguarda il rischio clinico, con la classificazione degli eventi definiti dall'allegato A della DGR 2255 30/12/2016.

4.2 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, 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.

5. IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

5.1 Le fondamenta del 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, 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.

5.2 Timing del processo

Fase	2017											
	gen	feb	mar	apr	mag	giu	lug	ago	set	ott	nov	dic
Definizione BEP 2017	■											
Definizione Piano delle Performance 2017-2019	■											
Predisposizione Documento delle Direttive anno 2017		■										
Negoziante Budget 2017			■	■								
Delibera approvazione Schede di Budget 2017					■							
Valutazione obiettivi individuali anno 2016						■						
Relazione sulla Performance anno 2016						■						
Monitoraggio intermedio obiettivi individuali anno 2017							■			■		
Validazione OIV della Relazione sulla Performance anno 2016							■					
Erogazione retribuzione di risultato a saldo anno 2016							■	■				

5.3 Criteri di valutazione degli obiettivi di budget

La scheda Budget di ogni Unità Operativa “Complessa” o “Valenza dipartimentale” è costruita in modo tale che ad ogni obiettivo siano assegnati uno o più indicatori di verifica. Ad ogni indicatore di verifica vengono assegnati, durante la negoziazione di budget, il valore atteso per l’anno di riferimento e il peso relativo ai fini del collegamento con la retribuzione di risultato. In fase di verifica, viene inserito il valore consuntivo e viene effettuata la valutazione finale.

La valutazione sul singolo indicatore segue criteri diversi a seconda della tipologia dell’indicatore:

- nel caso di indicatori Sì/No, viene attribuito in fase di verifica il peso assegnato all’indicatore con punteggio pieno se l’obiettivo è raggiunto, zero nel caso di obiettivo non raggiunto. In quest’ultimo caso sarà possibile procedere ad una valutazione intermedia tra 0 e 1 sulla base delle motivazioni presentate;
- nel caso di indicatori quantitativi, si applicano delle fasce specifiche derivanti dallo scostamento tra il dato consuntivo e il valore atteso previsto.

5.4 La performance individuale

Il processo di misurazione e di valutazione dei risultati individuali è volto al miglioramento continuo delle performance. Il suo scopo non è la definizione di un giudizio, ma la definizione di azioni di miglioramento, con riferimento sia alla performance individuale, sia all’efficacia del sistema nel suo insieme. A tal fine, la misurazione non può essere concepita come attività puntuale, svolta solo all’inizio e alla fine dell’anno, ma come un processo continuo caratterizzato da momenti di monitoraggio intermedio, con una chiara identificazione del “chi valuta chi” e si inserisce nel sistema di programmazione dello IOV. I sistemi di valutazione adottati dallo IOV valorizzano e misurano, adeguatamente, in maniera equilibrata e integrata, la dimensione organizzativa e la dimensione individuale delle prestazioni rese e dei risultati conseguiti; essi consentono, inoltre, l’applicazione dei sistemi premianti previsti dalle norme vigenti.

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

- rispetto dei principi generali previsti dalle norme vigenti;
- coerenza con i documenti di programmazione aziendale;
- trasparenza con particolare riferimento alle informazioni concernenti le misurazioni e valutazioni delle performance;

- chiarezza e intelligibilità degli indicatori di risultato;
- preventiva e formale definizione e illustrazione degli obiettivi e dei comportamenti organizzativi richiesti ai valutati da parte dei valutatori nonché massima chiarezza degli stessi;
- miglioramento della qualità dei servizi offerti e stretta correlazione con il soddisfacimento dell'interesse del destinatario dei servizi e degli interventi e con i sistemi incentivanti;
- chiarezza nell'individuazione di fasi, tempi, modalità, soggetti e responsabilità del processo nonché nella definizione delle modalità di raccolta dei dati;
- differenziazione dei giudizi;
- diritto del valutato al contraddittorio;
- divieto assoluto di distribuzione delle risorse destinate agli incentivi in assenza di valutazione, o in maniera indifferenziata.

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

1. operativo (rispetto degli obiettivi di budget): sono presi in considerazione gli obiettivi di budget definiti nella fase di programmazione e indicati nella scheda di budget. L'attenzione è concentrata sui risultati da conseguire nel periodo considerato;

2. comportamenti organizzativi: sono prese in considerazione le differenti dimensioni organizzative e relazionali che vengono espresse nello svolgimento del proprio lavoro (l'attenzione è concentrata sulla valenza degli aspetti relazionali nel conseguimento delle prestazioni e sulla qualità del contributo e l'impegno reso per la realizzazione degli obiettivi).

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

5.5 La valutazione individuale dell'area del Comparto

Il sistema di valutazione del personale del comparto dell'Istituto Oncologico Veneto è disciplinato dal Contratto Collettivo Integrativo sottoscritto il 4 novembre 2015. La valutazione oltre ad assumere valenza strategica per il costante sviluppo delle risorse umane dello IOV, assume rilevanza per le seguenti finalità:

- attribuzione degli incentivi per la produttività;

- applicazione degli eventuali ulteriori istituti, anche premianti, previsti dalle disposizioni normative e contrattuali vigenti (es. progressioni orizzontali).

Le prestazioni e i risultati individuali sono misurati e valutati, fermi restando i principi di cui ai commi seguenti, attraverso il sistema di valutazione permanente delle prestazioni e dei risultati dei singoli dipendenti richiamato dall'art. 35, comma 3 CCNL 7/4/1999; in ogni caso il sistema prevede che, avuto riguardo alle condizioni e risorse assegnate, la valutazione sia collegata agli elementi previsti dall'art. 47 commi 5 e 6 del CCNL 1/9/1995 e dall'art. 13, comma 3, del CCNL 10/4/2008 che possono essere così sintetizzati:

- capacità dei dipendenti;
- contributo all'efficienza dello IOV con particolare riguardo alla qualità dei servizi erogati;
- contributo assicurato al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza delle prestazioni e al raggiungimento dei risultati dell'UO di appartenenza.

Il sistema, inoltre, tiene conto dei seguenti elementi:

- raggiungimento di specifici obiettivi di gruppo e/o individuali;
- competenze dimostrate;
- comportamenti professionali e organizzativi.

Il sistema utilizza apposite "schede individuali di valutazione" e deve comunque rispettare i seguenti requisiti minimali:

- diretta conoscenza del valutato da parte del valutatore;
- specificazione di obiettivi individuali e/o di gruppo misurati tramite indicatori quantitativi e/o qualitativi e distinzione tra le suddette tipologie di obiettivi;
- indicazione del numero degli elementi di valutazione e relativi indicatori inseribili nelle schede;
- previsione di almeno un colloquio intermedio di analisi dell'andamento dei valutati e di un colloquio finale per l'illustrazione dei risultati, il colloquio intermedio dovrà essere effettuato, di norma, a metà ciclo di valutazione;
- diritto per i valutati di esprimere osservazioni orali o scritte in sede di colloquio finale;
- integrazione con il sistema di misurazione e valutazione dei risultati raggiunti dalla U.O. ai fini della determinazione dei contributi del singolo al raggiungimento dei risultati prestazionali rilevati per la stessa;

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

Per le finalità di cui al primo punto del precedente articolo la valutazione è svolta dal dirigente responsabile della U.O. di assegnazione del dipendente valutato. Il dirigente, onde garantire dette finalità, si avvale, con riferimento al personale del comparto direttamente coordinato in relazione al proprio incarico, dei dipendenti incaricati di posizione organizzativa o di coordinamento.

Le valutazioni vengono effettuate con cadenza annuale utilizzando il modello di scheda vigente. La metodologia definita dallo IOV in via generale per esprimere i giudizi su tutti i possibili elementi da valutare prevede le seguenti aree di esame (secondo quanto riportato in linea dai contratti collettivi nazionali):

- impegno lavorativo;
- qualità della prestazione;
- adattamento ai cambiamenti organizzativi;
- orientamento all'utenza;
- grado di coinvolgimento nei processi aziendali.

All'interno delle aree elencate nel precedente comma sono specificati elementi analitici (item) per ciascuno dei quali è prevista una scala di giudizio su cinque gradi, corrispondenti ai seguenti giudizi di valore:

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

Al termine del ciclo annuale di valutazione e in apposito incontro individuale, il valutatore provvede ad informare il dipendente dell'esito della stessa. La scheda di valutazione, debitamente compilata in tutte le parti che la compongono, deve essere firmata dal valutato per presa visione entro 7 gg dalla data dell'incontro.

Trascorso tale termine si provvederà alla trasmissione alla SC Risorse Umane della scheda compilata e firmata dal valutatore con l'indicazione della motivazione sulla mancata apposizione della firma da parte del valutato.

L'applicazione della metodologia adottata ai sensi del presente articolo costituisce presupposto per l'attribuzione degli incentivi correlati alla produttività a seguito della valutazione delle prestazioni, dei risultati conseguiti dal singolo dipendente, nonché del contributo fornito dallo stesso al raggiungimento dei risultati dell'U.O. di appartenenza.

5.6 Criteria e modalità per la valorizzazione del merito

In base alle risultanze del sistema di valutazione del personale, gli incentivi sono assegnati al personale in forma correlata a:

1. i risultati raggiunti dall'UO di appartenenza le seguenti percentuali:
 - a. in presenza di valutazione pari o superiore all'80% il risultato si intende integralmente conseguito;
 - b. per valutazioni comprese tra il 60% e il 79% il risultato si intende raggiunto al 75%;
 - c. per valutazioni comprese tra il 35% e il 59% il risultato si intende raggiunto al 50%;
 - d. per valutazioni inferiori al 35% nulla viene riconosciuto.

2. la valutazione conseguita da ciascun dipendente sia in relazione alle prestazioni fornite.

Il processo di valutazione individuale si avvia, indicativamente, nel primo quadrimestre dell'anno successivo a quello di riferimento.

5.7 Definizione della quota individuale di incentivazione

La produttività collettiva spetta a tutto il personale con rapporto a tempo indeterminato e determinato (ad esclusione, salvo diverse previsioni, del personale a tempo determinato finanziato da appositi fondi). Al fine della corresponsione della produttività si tiene conto dell'assiduità e del contributo quantitativo sulla base della effettiva presenza in servizio. Al personale in *part time*, la quota di incentivazione alla produttività viene ridotta in proporzione all'orario effettuato.

Al personale neo assunto la quota individuale spettante è erogata dopo il superamento del periodo di prova.

L'utilizzo del fondo della produttività è regolato secondo i seguenti criteri:

1. una quota pari al 15% del fondo di produttività è a disposizione della direzione, da destinare a progetti di rilevanza strategica ovvero a progettualità finalizzate;
2. una quota pari al 60% è assegnata ai dipendenti, secondo l'attuale parametrizzazione per categoria, a fronte della certificazione dell'OIV del raggiungimento degli obiettivi di interesse regionale e aziendale, in conformità alle percentuali fissate in contrattazione integrativa;
3. il restante 25% è assegnata ai budget di unità operativa in base al numero dei dipendenti in servizio secondo l'attuale parametrizzazione per categoria. Tale quota sarà ripartita in base al punteggio contenuto nella scheda di valutazione.

5.8 La valutazione individuale delle aree dirigenziali

Anche la valutazione del personale dell'area dirigenziale, al pari di quanto visto relativamente al personale del comparto, è disciplinata dagli accordi aziendali sottoscritti con le organizzazioni sindacali di categoria (Contratto Collettivo Integrativo dell'area della dirigenza medica del 30 aprile 2015 e Contratto Collettivo Integrativo dell'area STPA del 9/6/2015).

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 presenza in servizio, l'incarico professionale conferito per il quale è stato previsto specifico coefficiente, il grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati dalla Direzione Strategica, nonché la valutazione individuale espressa attraverso l'apposita scheda.

La scheda di valutazione individuale utilizzata a partire dall'anno 2015 si differenzia in relazione alla natura dell'incarico dirigenziale, ovvero tra incarico gestionale e incarico professionale. La metodologia applicata dall'Istituto in via generale per esprimere i giudizi su tutti i possibili elementi da valutare, prevede la definizione di un certo numero di aree di esame e, all'interno di queste, l'indicazione degli elementi analitici (item) sui quali il valutatore di prima istanza è chiamato ad esprimere il proprio giudizio sintetico. Di seguito si procede ad illustrare i passaggi metodologici relativi alla valutazione sia professionale che gestionale.

Per l'espressione del giudizio relativo a ciascun "item" il valutatore di prima istanza potrà orientarsi sulla base di una scala a cinque gradini, cui corrispondono altrettanti giudizi

di valore differenziale La correlazione fra giudizi sintetici e punteggio è definita secondo lo schema seguente:

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

A garanzia del diritto alla trasparenza ed alla partecipazione del valutato, ogni responsabile chiamato a svolgere la proposta di valutazione deve specificare a tutti i dirigenti affidati alla sua responsabilità quali siano gli elementi procedurali previsti compresa la scala dei giudizi possibili. Egli deve svolgere almeno due incontri durante i quali dovrà aver cura di illustrare i comportamenti ritenuti congrui per conseguire il giudizio adeguato (3) in relazione a ciascun item riportato. Nella compilazione della scheda il valutatore è tenuto a motivare negli spazi riservati o attraverso una relazione ogni giudizio inferiore al valore medio di riferimento (adeguato).

5.9 Definizione della quota individuale di retribuzione di risultato

Il fattore determinante la quota individuale di retribuzione di risultato è il raggiungimento degli obiettivi di budget. In caso di valutazione annuale negativa al dirigente non viene corrisposta alcuna quota di risultato e la quota in acconto deve essere recuperata.

L'erogazione della quota individuale è commisurato alle effettive risorse finanziarie disponibili e al coefficiente d'incarico. Avviene a conclusione della verifica operata dall'O.I.V. sul positivo raggiungimento, da parte del personale dirigente, degli obiettivi di risultato.

Nel caso di parziale mancato raggiungimento dell'obiettivo assegnato, la quota economica viene ridotta ed attribuita secondo le seguenti percentuali:

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

5.10 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, 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 S.C. Risorse Umane.

Estratto DGR 1635/2016

Per quanto riguarda l'Istituto Oncologico Veneto (IOV) - IRCCS, con DGR n. 525 del 15 aprile 2014, cui si fa rinvio, sono state apportate alcune modifiche alla scheda di dotazione ospedaliera. Con DGR n. 2080 del 3 novembre 2014 sono state individuate le tre apicalità a direzione universitaria e successivamente è stato sottoscritto l'atto di intesa tra Presidente della Giunta Regionale ed il Rettore dell'Università degli Studi di Padova, così come previsto dalla DGR n. 2122/2013. Inoltre, va sottolineato che, in linea con i principi stabiliti dal PSSR e con il modello hub and spoke della rete ospedaliera, la DGR n. 2122/2013 ha assegnato allo IOV-IRCCS il ruolo di Centro Regionale di supporto e di coordinamento della rete oncologica. Tale ruolo ha trovato la sua concreta manifestazione nella istituzione della Rete Oncologica Veneta (ROV) avvenuta con la DGR n. 2067 del 19 novembre 2013. La rete in parola, anche attraverso l'integrazione con il territorio, risponde a due principi cardine: garantire a tutti i cittadini del Veneto una uguale ed uniforme accessibilità alle migliori cure sanitarie, nel luogo e con una tempistica adeguati, e garantire allo stesso tempo la sicurezza delle prestazioni al paziente, strettamente correlata all'expertise clinica e ad una appropriata organizzazione. Lo IOV-IRCCS quindi, oltre a svolgere la funzione di fulcro nello sviluppo e nella verifica dell'applicazione di linee guida, ha il compito di studiare e monitorare le aree del Veneto a più alta incidenza di patologie tumorali, di favorire il trasferimento dei risultati della ricerca alle attività assistenziali, di accrescere la qualità dell'assistenza ai malati oncologici, di sperimentare nuovi modelli organizzativi al fine di potenziare e migliorare le relazioni tra le strutture della rete sanitaria, di garantire la qualificazione dei professionisti e l'aggiornamento attraverso il potenziamento delle attività di formazione e infine di sviluppare ed implementare la collaborazione e lo scambio di conoscenze con altri centri di ricerca e assistenza. Ora deve essere evidenziato che nei confronti di patologie particolarmente diffuse come quelle tumorali è opportuno prevedere uno sviluppo della capacità operativa dello IOV-IRCCS al fine di garantire una risposta adeguata al fabbisogno regionale attraverso una maggiore tempestività nella presa in carico dei pazienti, adeguati livelli di cura e continuità dell'assistenza. Considerati i limiti strutturali dell'edificio ove insiste l'Istituto in parola, lo sviluppo della capacità operativa può essere facilmente garantito attraverso l'utilizzo dedicato di una parte dell'edificio ove insiste l'Ospedale di Castelfranco. La scelta di tale edificio consegue al fatto che lo stesso è di recente costruzione e sono già disponibili ed utilizzabili, per attività di ricovero ed ambulatoriale, alcuni ampi spazi. Inoltre, l'Ospedale di Castelfranco, come indicato dalla DGR n. 2122/2013, è dotato di ciclotrone per la produzione di radiofarmaci, che vengono utilizzati, per i tumori, sia a scopo diagnostico sia terapeutico. Infine tale scelta, prevedendo una maggiore diffusione territoriale delle attività assistenziali erogate dallo IOV, in particolare le attività chirurgiche, nel rispetto della sicurezza dei pazienti, dà concreta attuazione al principio di accessibilità alle cure previsto dal PSSR. Per quanto riguarda le funzioni proprie dell'Azienda Ulss 8, presso l'Ospedale di Castelfranco permangono quelle delle aree medica, chirurgica, materno-infantile e riabilitativa che, unitamente alle attività svolte presso l'Ospedale di Montebelluna, altra struttura ospedaliera della medesima Azienda, assicurano al

proprio bacino di utenza, secondo il modello di rete delineato dal PSSR, l'attività di emergenza ed urgenza, la specialistica di bassa e media complessità ed i servizi di diagnosi e cura, nel rispetto dei requisiti di sicurezza. A ciò si deve aggiungere che l'Azienda Ulss 17 aveva richiesto alla Commissione per gli Investimenti e le Tecnologie (CRITE) un finanziamento per la costruzione di una struttura esterna all'edificio ospedaliero di Schiavonia, con due bunker interni ove collocare due acceleratori lineari per trattamenti radioterapia, una TAC- Simulatore, laboratorio per setup paziente, un sistema di calcolo dosimetrico, area reception, ambulatori, servizi a sala di attesa. Verificata nell'ambito della commissione anche la richiesta dello IOV di acquisire 2 acceleratori lineari, nella logica dello sviluppo delle sinergie all'interno della rete ospedaliera, la Commissione medesima, nella seduta del 20.5.2015, ha espresso parere favorevole alla costruzione, nel sedime dell'ospedale di Schiavonia, di un immobile con 4 bunker per radioterapia, con assegnazione della gestione della struttura allo IOV, incaricato anche della fornitura delle attrezzature e del personale, e con attribuzione all'Azienda Ulss 17 del compito di curare l'elaborazione del progetto preliminare e ogni adempimento conseguente ai fini della costruzione, operandosi idonee compensazioni dei costi. Quindi, con DGR n. 910 del 20 luglio 2015, veniva approvato il parere della CRITE, con concessione di un finanziamento di euro 5.000.000,00 a favore dell'Azienda Ulss 17. Considerato quanto sopra esposto, la Giunta Regionale, con DGR n. 123/CR del 30 dicembre 2015, ha approvato le schede di dotazione ospedaliera dell'Istituto Oncologico Veneto (IOV)-IRCCS e dell'Ospedale di Castelfranco dell'Azienda Ulss 8, di cui rispettivamente agli Allegati A e B del medesimo provvedimento, che si intendono sostitutive di quelle approvate con la DGR n. 2122/2013 nell'allegato C e s.m.i.. La DGR n. 123/CR/2015, come previsto dall'articolo 9, comma 1, della legge regionale 29 giugno 2012, n. 23, è stata inviata alla Quinta Commissione consiliare per il previsto parere. La Quinta Commissione consiliare, nella seduta n. 39 del 15 settembre 2016, ha esaminato la DGR n. 123/CR/2015 ed ha espresso parere favorevole a maggioranza subordinatamente alle modifiche evidenziate nelle schede allegate al parere (PAGR n. 61) di cui alla nota prot. n. 22128 del 28 settembre 2016