



2016-2018

Istituto Oncologico Veneto

PIANO DELLE PERFORMANCE 2016-2018

Approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 57 del 29/01/2016

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 2016 coincide con l'avvio di un nuovo mandato della Direzione Aziendale insediatasi all'inizio di questo esercizio, e trova le proprie linee guida nei nuovi obiettivi di salute e funzionamento dei servizi sanitari definiti dalla DGR 2072/2015, nonché nei contenuti del Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016 e negli altri atti di programmazione regionale e nazionale.

È necessario evidenziare come gli obiettivi sopraccitati, pur se esplicitati e strutturati nelle già note sei macro 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,

siano ancora in parte da definire, in quanto ad oggi non è ancora noto il finanziamento provvisorio per l'anno 2016, siano ancora in via di definizione le soglie relative agli indicatori economico-finanziari e non siano state ancora diffuse dalla Regione Veneto le specifiche relative alla metodologia e misurazione degli indicatori.

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 strategica stabilita dalla nuova Direzione e dalla completa definizione degli obiettivi regionali.

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 Direttore Generale
Dr.ssa Patrizia Simionato

Sommario

1	INTRODUZIONE	2
2	INQUADRAMENTO NORMATIVO e DELL'ISTITUTO	5
3	L'ALBERO delle PERFORMANCE	6
3.1	Obiettivi Strategici	6
3.2	Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi.....	9
3.3	Obiettivi 2016.....	10
4	IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE	14
4.1	Le fondamenta del processo di valutazione degli obiettivi	14
4.2	La performance individuale	15
4.3	La valutazione individuale dell'area del Comparto.....	16
4.4	Criteri e modalità per la valorizzazione del merito.....	19
4.5	Definizione della quota individuale di incentivazione.....	19
4.6	La valutazione individuale delle aree dirigenziali.....	20
4.7	Definizione della quota individuale di retribuzione di risultato.....	21
4.8	I soggetti competenti e la procedura dei ricorsi.....	22

2 INQUADRAMENTO NORMATIVO e DELL'ISTITUTO

Il Piano delle Performance trova la propria legittimazione nella Deliberazione della Commissione Indipendente per la Valutazione (CIVIT) n.112 e nel D.Lgs 150/2009, nonché negli atti normativi nazionali e regionali che hanno ad oggetto disposizioni sulla spesa pubblica, sulla valutazione dei dipendenti pubblici e nell'ultima DGRV relativa alla determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende sanitarie Venete

Lo stesso si inquadra parimenti all'interno del PSSR 2012-2016 e dei regolamenti organizzativi aziendali vigenti pubblicati nella sezione trasparenza del sito istituzionale (www.ioveneto.it).

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 2016-2018, 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;
- efficienza, efficacia e funzionalità nella programmazione e nell'organizzazione dei servizi socio-sanitari;

nonché di proseguire nel processo di autonomizzazione dei servizi tecnico-amministrativi e di rispettare i contenuti del nuovo sistema informativo sanitario.

Garanzia dei LEA nel rispetto dei vincoli di bilancio

L'ultimo Patto per la Salute prevede l'adozione di strumenti utili per la standardizzazione dei processi sanitari con l'obiettivo di assicurare l'erogazione dei LEA e l'ottimizzazione delle risorse economiche. È in questo scenario che si colloca l'ultimo rapporto, di metà novembre 2015, sull'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria nelle regioni italiane, che promuove il Veneto in tutti 38 i parametri monitorati. Ed in effetti la Regione Veneto, già con la LR 23/2012, aveva confermato, alcuni indirizzi fondamentali quali 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

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, che già aveva trovato un primo riscontro nell'autorizzazione regionale alla richiesta (nota prot. 7882 del 23/07/2014) di un'integrazione della dotazione organica.

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.

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 2016

Per l'anno 2016, come negli anni precedenti, i principali obiettivi dello IOV riprenderanno quanto stabilito nella normativa regionale e saranno integrati dagli obiettivi aziendali correlati all'analisi del contesto interno ed esterno.

La DGRV 2072/2015 individua per lo IOV 41 obiettivi per un totale di 80 punti suddivisi nelle aree riportate nella tabella e nel grafico che seguono.

Tabella 5: pesatura obiettivi regionali DGRV 2072/2015

Area	Descrizione	Punti
A	A - Osservanza delle linee guida ed indirizzi in materia di controllo e di progr. dell'organiz. degli uffici	6
B	B - Corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate	3
C	C - Obiettivi di Salute e funzionamento dei servizi	22
D	D - Equilibrio Economico	30
E	E - Liste d'Attesa	13
F	F- Rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi del NSIS	6
Totale punteggio		80

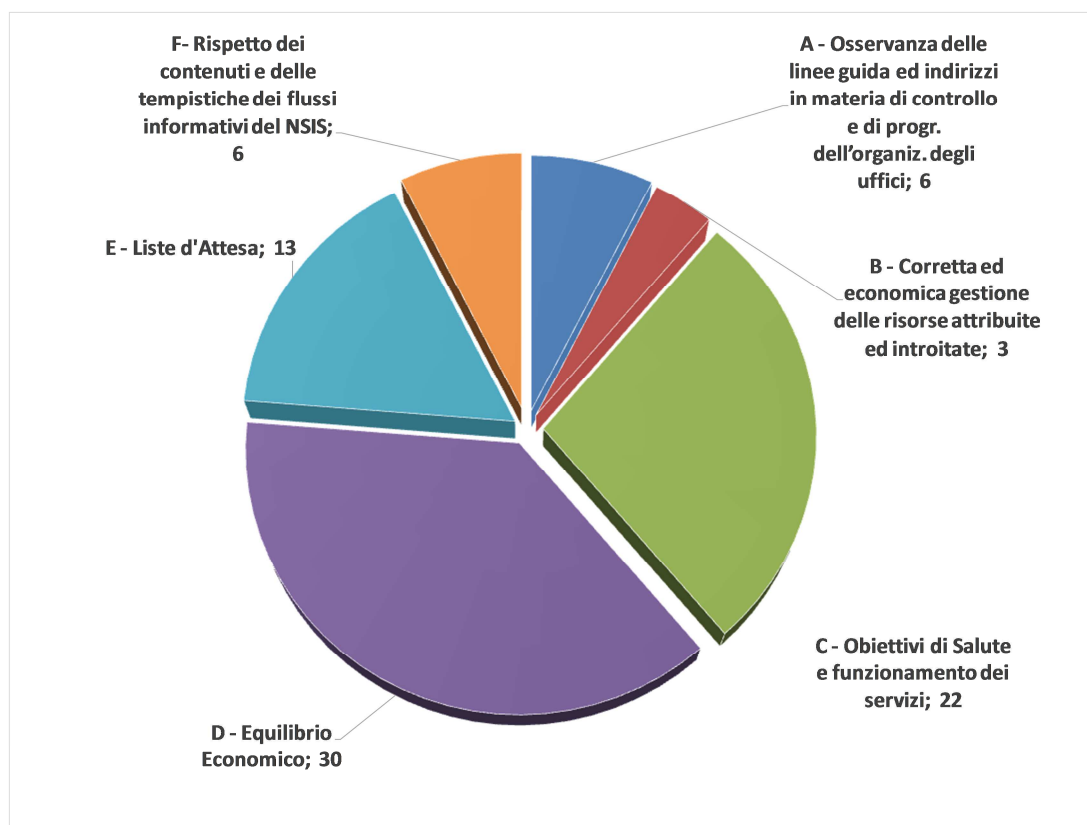


Tabella 6: Obiettivi ed indicatori regionali assegnati allo IOV - DGRV 2072/2015

ID	OBIETTIVO Regionale	Cod.	Indicatore regionale	Punti	Target 2016
A	Osservanza delle linee guida ed indirizzi in materia di controllo e di programmazione dell'organizzazione degli uffici				
A.3	Adeguamento della organizzazione ospedaliera agli indirizzi previsti dalla LR n.23/2012 PSSL 2012-2016	A.3.2	Attivazione della Rete Oncologica Veneta secondo quanto previsto dalla DGR 2067/2013	3,00	Si
		A.3.3	Attivazione delle Breast Unit secondo quanto previsto della DGR 1173/2014	3,00	Si
B	Corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate				
B.1	Riduzione prezzi di acquisto all'interno delle soglie di prezzo unitario di riferimento Regionale	B.1.1	Utilizzo Prezzi minori o uguali al Prezzo unitario di riferimento Regionale (ove presente) nella acquisizione di "principi attivi", "dispositivi medici", nonché dei servizi di "lavanderia", "pulizia", "ristorazione" nei contratti sopra soglia comunitaria stipulati nel 2016 anche a titolo di rinegoziazione o rinnovo	1,00	Si
B.2	Contabilità Analitica e Modelli LA	B.2.1	Verifica del modello di alimentazione del sistema di Contabilità Analitica Standard Regionale	1,00	Si
B.3	Applicare politiche di Autoassicurazione	B.3.1	Tempi di istruttoria e di inserimento dei dati nel gestionale regionale Simes	0,50	Termini fissati dalla procedura interna o esterna
		B.3.2	Trasmissione della misurazione degli indicatori delle azioni di miglioramento previsti dal risk manager - a seguito di sinistro/evento - per il monitoraggio della loro efficacia	0,25	Si
		B.3.3	Trasmissione della compilazione semestrale del questionario di autovalutazione Carmina (giugno/dicembre)	0,25	Si

ID	OBIETTIVO Regionale	Cod.	Indicatore regionale	Punti	Target 2016
C	Obiettivi di Salute e funzionamento dei servizi				
C.6	Rispetto degli Standard Minimi per Volumi ed Esiti secondo il DM n.70/2015	C.6.1	Rispetto degli standard minimi di volume e di esito	1,00	Si
C.7	Qualità Assistenza Ospedaliera: Area Chirurgica	C.7.1	Numero interventi annui per sala operatoria aperta 5 giorni a settimana	2,00	≥ 1.000
		C.7.2	Miglioramento degli indicatori relativi all'attività di week surgery come da DGR 2688/2014	1,00	Si
		C.7.3	Rispetto delle soglie di erogabilità in regime di ricovero ospedaliera (DGR 4277/2011 e modifiche successive)	2,00	Si
C.9	Qualità Assistenza Ospedaliera: Area Oncologica	C.9.1	Tempi di attesa (giorni) per Interventi Chirurgici di Area Oncologica	5,00	Riduzione rispetto al 2015
		C.9.2	Tempi di attesa (giorni) per il ricovero Chemioterapia (Indicatore TAV 3.11 Rapporto SDO 2014)	4,00	≤ 11,7 (Media Nazionale)
C.11	Conseguimento piena adempienza con riferimento al Questionario LEA	C.11.1	Implementazione delle attività finalizzate al raggiungimento del livello di totale adempienza rispetto agli adempimenti previsti nel Questionario LEA.	1,00	Si
C.12	Indicatori di Appropriatezza Prescrittiva	C.12.1	Aderenza agli Indicatori di appropriatezza prescrittiva ad elevato impatto economico della Regione Veneto	2,00	Si
C.13	Sperimentazione Clinica e Aumento delle segnalazioni ADR per farmaci e vaccini	C.13.2	Numero di segnalazioni ADR sul totale dei ricoveri	1,50	≥ 0,005 dei ricoveri
		C.13.3	Registri AIFA: chiusura delle schede di follow-up per i farmaci sottoposti a meccanismi di rimborso (payment by results e risk-sharing)	1,50	Si
		C.13.4	Sperimentazione clinica: tempistica avvio studi clinici con farmaco profit	1,00	Scostamento ≤ 10% rispetto alle migliori performance

ID	OBIETTIVO Regionale	Cod.	Indicatore regionale	Punti	Target 2016
D	Equilibrio Economico				
D.1	Rispetto della programmazione regionale sui costi del Personale	D.1.1	Rispetto del tetto di costo: Personale	3,00	Tetto come da Programmazione Regionale
D.2	Equilibrio Economico-Finanziario	D.2.1	Rispetto del Risultato Economico Programmato	4,00	Sì
		D.2.2	Variazione Annuale del Costo della Produzione (+ Imposte e tasse)	4,00	Minore di zero
		D.2.3	Soddisfazione degli indicatori sulla situazione economico-patrimoniale	4,00	Sì
D.3	Rispetto della programmazione regionale sui costi dei Beni Sanitari	D.3.1	Rispetto del pro capite pesato diretta di classe A e H assegnato	3,00	Tetto come da Programmazione Regionale
		D.3.3	Rispetto del tetto di costo: Farmaceutica Ospedaliera	4,00	Tetto come da Programmazione Regionale
		D.3.4	Rispetto del tetto di costo: DM	3,00	Tetto come da Programmazione Regionale
		D.3.5	Rispetto del tetto di costo: IDV	2,00	Tetto come da Programmazione Regionale
D.5	Incremento della Mobilità Extraregionale Attiva	D.5.1	Aumento del valore della mobilità attiva extraregionale per assistenza ospedaliera	3,00	Incremento rispetto al valore 2015

ID	OBIETTIVO Regionale	Cod.	Indicatore regionale	Punti	Target 2016
E	Liste d'Attesa				
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	2,00	≥ 90%
		E.1.2	Rispetto Tempi d'attesa classe B	2,00	≥ 90%
		E.1.3	Rispetto Tempi d'attesa classe C	1,00	100%
		E.1.4	Rispetto Piano di Riduzione dei Tempi d'attesa Aziendale	5,00	Sì
E.2	Ottimizzazione del Numero di Prestazioni per Abitante	E.2.1	Ottimizzazione del Numero di Prestazioni per abitante, riducendo il tasso di utilizzo nelle branche fuori standard	1,00	Sì
E.3	Appropriatezza nell'accesso alle Prestazioni Specialistiche	E.3.1	Verifica della presenza del quesito diagnostico	1,00	Sì
		E.3.2	Predisposizione di Azioni tese a migliorare l'appropriatezza nell'accesso	1,00	Sì
F	Rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi ricompresi nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario				
F.1	Completezza e Tempestività del flusso SDO	F.1.1	Percentuale di SDO inviate sul totale delle SDO chiuse	2,00	≥ 95%
		F.1.2	Risoluzione anomalie di registrazione del Regime di Ricovero	1,00	Sì
F.2	Firma digitale e notifiche al registry regionale della creazione ed aggiornamento dei documenti clinici	F.2.1	Raggiungimento del livello di digitalizzazione dei documenti clinici previsto e attivazione delle notifiche verso il registry regionale	0,50	Sì
		F.2.2	Adeguamento dei sistemi aziendali alle specifiche regionali per il recupero dei documenti clinici (CDA2 e pdf) da parte dei MMG/PLS per la processazione automatica (nel caso di referti strutturati) dei risultati	0,50	Sì
F.3	Completamento del processo di dematerializzazione della ricetta cartacea	F.3.1	% di ricette prescritte in modalità dematerializzata da prescrittori diversi da MMG/PLS	0,50	≥ 95%
		F.3.2	% di ricette prescritte in modalità dematerializzata prese in carico ed erogate con i servizi telematici (erogatori privati compresi)	0,50	≥ 95%
F.4	Qualità dei flussi informativi relativi ai Beni Sanitari	F.4.1	Rispetto simultaneo degli indicatori di qualità e completezza dei flussi informativi relativi ai beni sanitari	1,00	Sì

Le principali novità della programmazione regionale 2016, rispetto al 2015, riguardano:

1. Area obiettivi "Corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate":

- Attività di risk management connessa con la gestione in autoassicurazione (tempi di istruttoria e di inserimento dei dati nel gestionale regionale Simes; misurazione degli

indicatori delle azioni di miglioramento previsti a seguito di sinistro/evento; compilazione semestrale del questionario di autovalutazione Carmina).

2. Area obiettivi “Obiettivi di Salute e funzionamento dei servizi”:

- Rispetto degli standard minimi di volume di esito.
- Rispetto delle soglie di erogabilità in regime di ricovero ospedaliero (DGR 4277/2011 e s.m.).
- Tempi di attesa (giorni) per Interventi Chirurgici di Area Oncologica.
- Tempi di attesa (giorni) per il ricovero di chemioterapia.
- Sperimentazione clinica: tempistica avvio studi clinici con farmaco profit.

3. Area obiettivi “Equilibrio Economico”:

- Soddisfacimento degli indicatori della situazione economico-patrimoniale.
- Aumento del valore della mobilità attiva extra-regionale per assistenza ospedaliera.

4. Area obiettivi “Liste d’attesa”:

- rispetto del Piano di Riduzione dei Tempi d’attesa aziendale;
- verifica della presenza del quesito diagnostico;
- Predisposizione di Azioni tese a migliorare l’appropriatezza nell’accesso.

5. Area obiettivi “Rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi ricompresi nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario”:

- Risoluzione anomalie di registrazione del Regime di Ricovero.
- Raggiungimento del livello di digitalizzazione dei documenti clinici previsto e attivazione delle notifiche verso il registry regionale;
- adeguamento dei sistemi aziendali alle specifiche regionali per il recupero dei documenti clinici (CDA2 e pdf) da parte dei MMG/PLS per la processazione automatica dei risultati.
- % ricette prescritte in modalità dematerializzata da prescrittori diversi da MMG/PLS
- % ricette prescritte in modalità dematerializzata prese in carico ed erogate con i servizi telematici.
- Rispetto simultaneo degli indicatori di qualità e completezza dei flussi informatici relativi ai beni sanitari.

4 IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

4.1 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 (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" 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). 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 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 UOC Risorse Umane e Affari Generali 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.

4.4 Criteri 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:

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

4.5 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.

4.6 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:

esito osservato: largamente al di sopra dell'attesa	giudizio sintetico eccellente (5)
esito osservato: superiore all'attesa	giudizio sintetico buono (4)
esito osservato: in linea con l'attesa	giudizio sintetico adeguato (3)
esito osservato: inferiore all'attesa	giudizio sintetico mediocre (2)
esito osservato: largamente al di sotto dell'attesa	giudizio sintetico scarso (1)

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).

4.7 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.

4.8 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.