



Istituto Oncologico Veneto – IRCCS

PIANO DELLE PERFORMANCE 2021-2023 E DOCUMENTO DI DIRETTIVE 2021

Approvato con Deliberazione del Direttore Generale n° 97 del 09/02/2021

Sommario

1.	Principi e riferimenti normativi del Piano della Performance e Documento delle Direttive	6
2.	L'Istituto Oncologico Veneto – IRCCS	7
3.	L'azienda in cifre	8
4.	Attività di Ricerca.....	13
4.1	Valutazione della ricerca	18
4.2	Cinque per mille.....	20
4.3	Fonti di finanziamento della ricerca	21
4.4	Sperimentazione clinica.....	22
5.	Il quadro di riferimento	23
5.1	Le principali fonti normative	23
5.2	Analisi del contesto esterno	23
6.	L'ALBERO delle PERFORMANCE.....	26
6.1	Obiettivi Strategici	26
6.1.1	Il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (P.O.L.A.).....	29
6.2	Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi.....	30
7.	IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE	31
7.1	Le fondamenta del processo di valutazione degli obiettivi	31
7.2	Timing del processo.....	32
7.3	Criteri di valutazione degli obiettivi di budget	32
7.4	La performance individuale	32
7.5	La valutazione individuale del personale del Comparto.....	33

7.6 Criteri e modalità per la valorizzazione del merito	35
7.7 Definizione della quota individuale di incentivazione	35
7.8 La valutazione individuale delle aree dirigenziali	36
7.9 Definizione della quota individuale di retribuzione di risultato	37
7.10 I soggetti competenti e la procedura dei ricorsi.....	37

1. Principi e riferimenti normativi del Piano della Performance e Documento delle Direttive

L'elaborazione del Piano della Performance e Documento di Direttive, effettuata in conformità all'art. 10 del D.Lgs. n. 150/2009 e 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 percorsi di miglioramento continuo delle performance aziendali.

Il piano viene pubblicato sul sito web dell'Istituto (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 per il triennio 2021-2023. 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.

Il monitoraggio, la verifica del raggiungimento degli obiettivi e del rispetto dei target definiti è supportato dal sistema di monitoraggio online delle schede di budget di Unità Operativa (Metrica), nonché del Cruscotto Aziendale (Dashboard) alimentato dal sistema informativo aziendale.

2. L'Istituto Oncologico Veneto – IRCCS

L'Istituto Oncologico Veneto – IRCCS (di seguito denominato IOV IRCCS) è, sulla base della legge regionale istitutiva (L.R. n. 26/2005) un Ente a rilevanza nazionale dotato di autonomia e personalità giuridica di diritto pubblico che, secondo standard di eccellenza, persegue finalità di ricerca prevalentemente clinica e traslazionale nel campo biomedico e in quello dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari, effettuando prestazioni di ricovero e cura di alta specialità.

La ricerca scientifica integrata all'assistenza è la caratteristica fondamentale dello IOV IRCCS e differenzia in maniera sostanziale l'Istituto dalle aziende del Sistema Sanitario Regionale prive di tale qualifica, rispetto alle quali evidenzia modalità operative, complessità organizzative e fabbisogni di risorse umane e materiali specifici. Inoltre l'Istituto, oltre a essere soggetto al sistema dei controlli della Regione Veneto, è sottoposto, da parte del Ministero della Salute, a verifica biennale per la conferma del riconoscimento del carattere scientifico nella disciplina dell'oncologia e a verifica annuale dei prodotti della ricerca scientifica, alla quale è legata l'erogazione del finanziamento per le attività di Ricerca Corrente.

La Regione Veneto ha conferito allo IOV IRCCS la sede del Coordinamento Regionale della Rete Oncologica Veneta (ROV) ed affidato il ruolo di hub della ROV, in stretta sintonia con le Aziende Ospedaliere di Padova e Verona.

Sul piano organizzativo l'Istituto è articolato su più sedi operative situate a Padova, Castelfranco Veneto e Schiavonia (DGRV 614/2019).

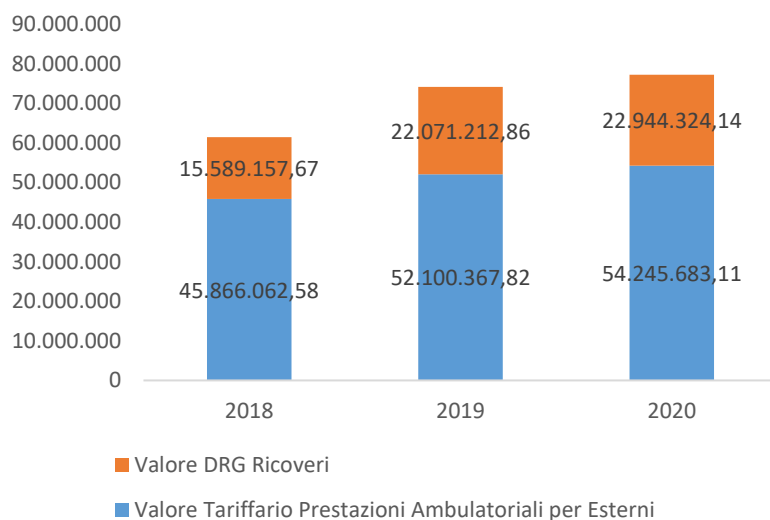
La Regione ha promosso il riconoscimento dell'Istituto quale Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico nella disciplina Oncologia ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 26 ottobre 2003, n. 288. Il Ministero della Salute, con decreto del 18 marzo 2005, adottato d'intesa con il presidente della Regione Veneto, ha a sua volta riconosciuto il carattere scientifico dell'istituto, in seguito riconfermato con la periodicità e le modalità previste dalla normativa vigente.

La **missione** dell'Istituto Oncologico Veneto consiste nella prevenzione, diagnosi e cura dei tumori, perseguendo in questi campi l'eccellenza attraverso lo sviluppo della ricerca oncologica di base, traslazionale e clinica e il miglioramento dell'organizzazione dell'attività di cura e assistenza. Elementi fondamentali sono il rapido trasferimento delle acquisizioni della ricerca ai pazienti, l'approccio multidisciplinare alla patologia e il coordinamento della rete di collaborazione/condivisione tra le Oncologie del Veneto.

3. L'azienda in cifre

Si presentano di seguito alcuni dati di sintesi relativi al valore dell'attività di ricovero e specialistica dell'Istituto Oncologico Veneto dell'ultimo triennio 2018-2020 precisando che i dati dell'ultimo anno non risultano ancora consolidati e, dove non disponibili, è stata effettuata una proiezione sugli ultimi 12 mesi disponibili alla data della redazione della presente.

Figura 1 - Andamento valore attività di ricovero e specialistica (SSN e in fatturazione): valore tariffario 2018 – 2020



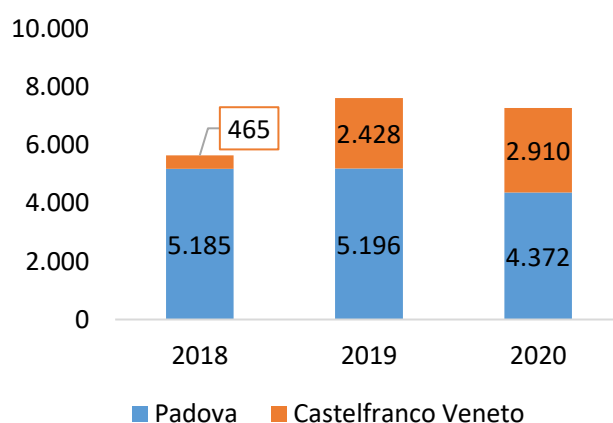
Elaborazione: UO Controllo di gestione

Nel 2020 il valore dell'attività di ricovero e specialistica presentano un lieve incremento delle prestazioni ambulatoriali del +4,12% ed andamento equiparabile dei ricoveri con un aumento del +3,96%. Tale incremento è stato determinato sia dall'attività specialistica, cresciuta di € +2,1 milioni

rispetto al 2019, sia dall'attività di ricovero con un incremento di € +800 mila, determinati dal potenziamento dei livelli di attività delle Unità Operative della sede di Padova.

Figura 2 - Andamento attività di ricovero: numero di ricoveri 2018 – 2020*

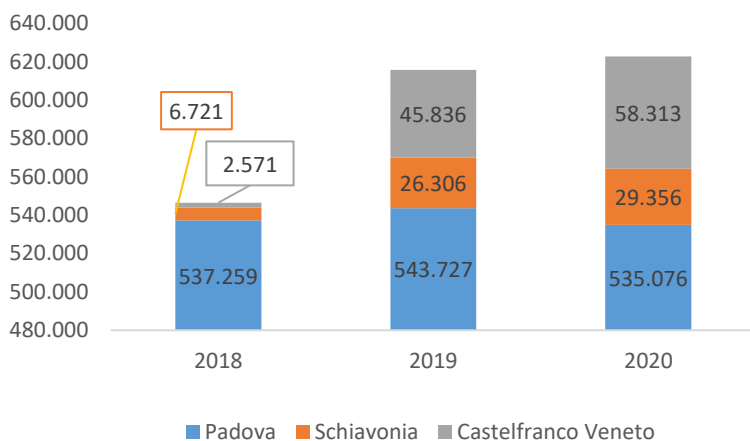
*Dati non consolidati. Fonte: Scheda di dimissione ospedaliera. Elaborazione: UO Controllo di gestione



Il numero di ricoveri dell'anno 2020 è stato pari a 7.282, di cui 2.910 ricoveri effettuati presso la sede di Castelfranco Veneto. Rispetto al 2019 si rileva una diminuzione di -342 ricoveri dovuto ad una modifica del setting assistenziale che ha determinato il trasferimento di alcune procedure dal regime di ricovero al regime ambulatoriale. Nello specifico tale diminuzione deriva da una diminuzione dei ricoveri a Padova di -824 solo in parte recuperato dall'aumento dei ricoveri a Castelfranco Veneto di +482.

Figura 3 - Andamento attività specialistica per pazienti esterni con onere SSN e fatturazione: numero prestazioni 2018 – 2020

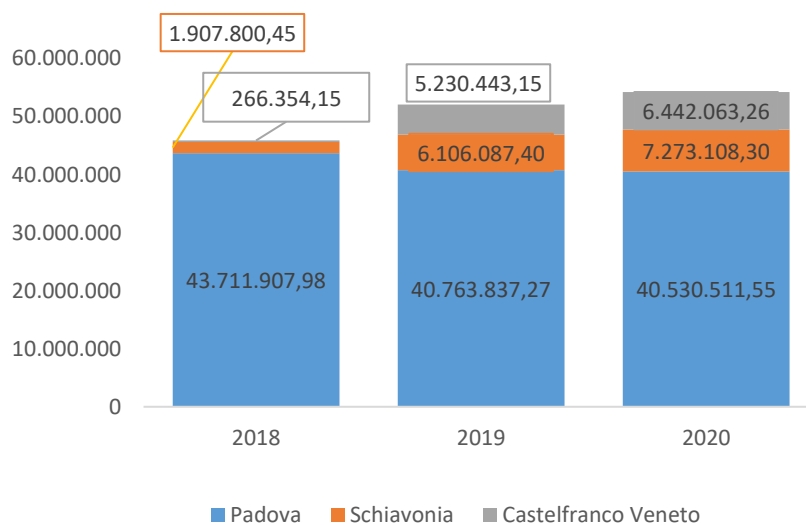
Elaborazione: UO Controllo di gestione.



In figura 3 è riportato il numero di prestazioni Si ambulatoriali, in regime SSN e fatturazione, del triennio 2018-2020. rileva un lieve aumento rispetto all'anno 2019. Il numero di prestazioni erogato nel 2020 è stato pari a 622.745 di cui 55.313 presso la sede di Castelfranco e 29.356 presso la Radioterapia della sede di Schiavonia.

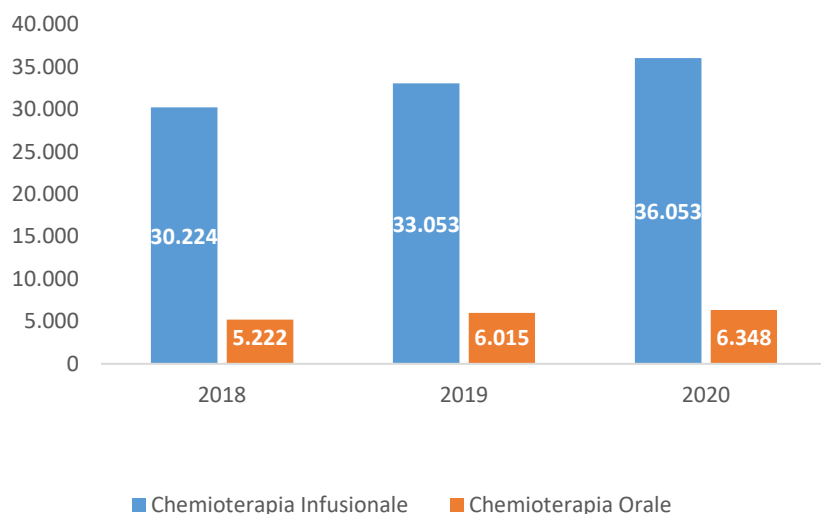
Figura 4 - Andamento attività specialistica per pazienti esterni con onere SSN e fatturazione: valore tariffario 2018 – 2020

Analizzando il valore tariffario dell'attività specialistica (fig.4), si conferma un lieve aumento rispetto al 2019.



I volumi delle prestazioni erogate dall'ente evidenziano un incremento nel triennio 2018-2020, tanto per l'attività ambulatoriale, quanto per quella chirurgica e chemioterapica come mostra la figura 5.

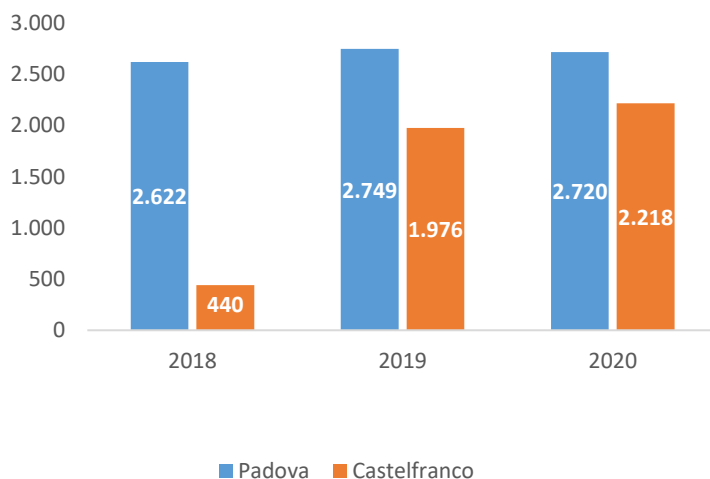
Figura 5 - Numero di trattamenti chemioterapici 2018 – 2020



L'andamento del numero di trattamenti chemioterapici dell'anno 2020 conferma il trend in incremento, con un aumento del +8,53% tra il 2019 e il 2020.

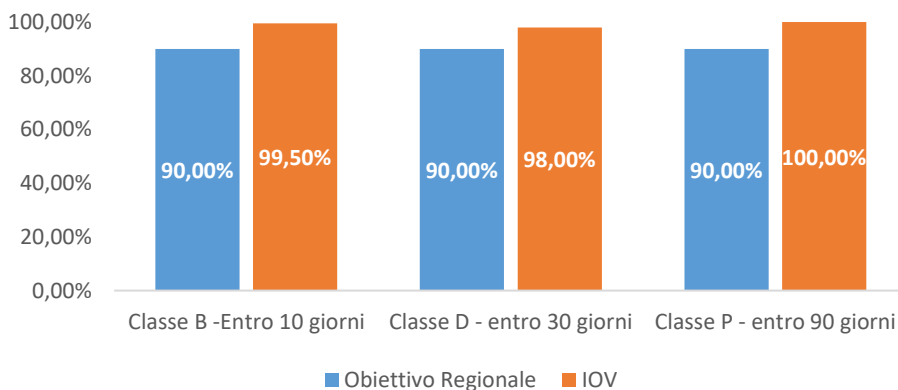
Complessivamente il numero di interventi chirurgici, dell'anno 2020, è risultato in lieve incremento (+4,51%) in gran parte dovuto al potenziamento dell'attività presso la sede di Castelfranco Veneto (+12,25%).

Figura 6 - Numero di interventi chirurgici per sede: 2018 – 2020



Nelle figure seguenti (figure 7 e 8) si rappresentano i risultati degli obiettivi regionali relativi al rispetto dei tempi di attesa per l'attività ambulatoriale e degli interventi chirurgici, che evidenziano per l'anno 2020 il rispetto dei target assegnati.

Figura 7 - Rispetto tempi d'attesa visite ambulatoriali



*Dati non consolidati.
Elaborazione: UO Controllo di gestione

Figura 8- Rispetto tempi d’attesa interventi chirurgici



In tabella 1 si riportano alcuni valori sintetici relativo al bilancio d’esercizio dello IOV.

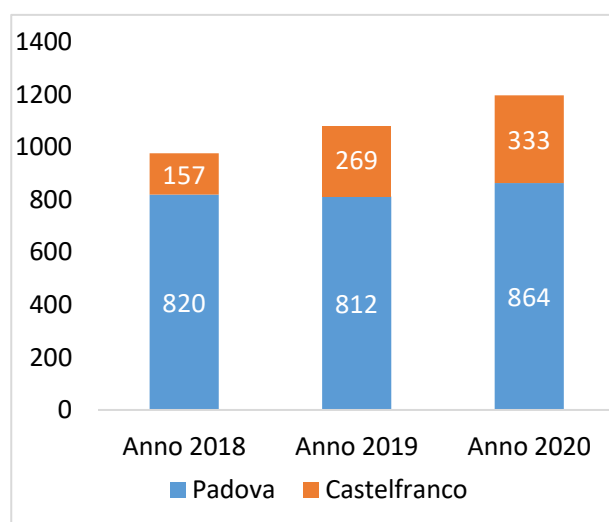
Tabella 1 - Sintesi bilancio d'esercizio 2018-2020

	2018	2019	2020* (IV CECT)
A) Valore della produzione	129.197.790	152.408.317	184.841.555
B) Costi della produzione	128.256.344	149.415.967	181.985.290
- di cui acquisto di beni sanitari	63.002.506	67.396.575	83.081.222
- di cui acquisto beni sanitari: farmaci	42.668.869	67.102.746	68.485.552

*dati relativi al preconsuntivo

Figura 9 - Dotazione di personale per sede: 2018 – 2020

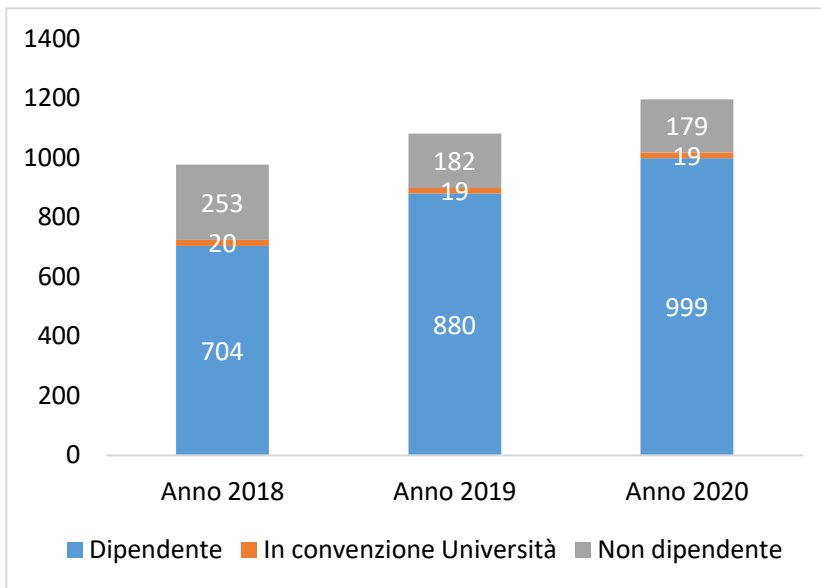
Fonte: U.O.C. Gestione Risorse Umane



La dotazione di personale dell’Istituto Oncologico Veneto, pari a 1.197 unità nell’anno 2020, rileva un trend in incremento, rispetto agli anni precedenti, coerente con l’aumento dei volumi di attività e i programmi di sviluppo dell’Istituto presso le sede di Castelfranco Veneto come sottolineato nella Figura 9, la quale rappresenta la dotazione del personale suddivisa per sede. A partire da dicembre 2019 è stata data attuazione alle nuove disposizioni ministeriali che disciplinano il rapporto di lavoro del personale precario degli IRCCS pubblici, note come la

“Piramide dei Ricercatori”. Sono state stabilizzate 74 unità di personale nell’ambito della ricerca come denota l’andamento del grafico che segue.

Figura 10 - Dotazione di personale per tipologia di contratto: 2018 – 2020



Fonte: U.O.C. Gestione Risorse Umane
In Figura 10 è rappresentata la dotazione del personale suddivisa per tipologia di contratto.

4. Attività di Ricerca

A partire dall'anno 2018, la programmazione delle attività dell'Istituto si è basata sulla "Programmazione Triennale IRCCS", approvata in data 08/06/2018 da parte del Ministero della Salute, che ha definito le linee di ricerca di seguito descritte sinteticamente.

Linea di ricerca n.1: ONCOLOGIA SPERIMENTALE

Studio dei meccanismi genetici e molecolari che stanno alla base dell'eterogeneità tumorale, dei complessi rapporti tra il tumore ed il microambiente sia in tumori umani che in modelli pre-clinici di neoplasia. Tali ricerche condurranno all'implementazione di nuovi trattamenti e approcci diagnostici molecolari utilizzabili nella pratica clinica che porteranno ad un reale beneficio per il paziente. L'oncologia sperimentale ha storicamente rappresentato un incubatore fondamentale per il concepimento dei modelli attuali di conoscenza della biologia tumorale, riassunti dai cosiddetti "hallmarks of cancer", nonché il punto di partenza per la messa a punto delle terapie innovative per il cancro che negli ultimi due decenni si sono rese disponibili per una platea crescente di pazienti oncologici. Esempi in tal senso ci vengono forniti dalle terapie a bersaglio molecolare per geni "actionable", o da terapie che modulano il microambiente tumorale, quali la terapia antiangiogenica e l'immunoterapia. Una delle principali sfide di questo settore è attualmente quella di traslare questo grande patrimonio di conoscenze in un miglioramento delle prospettive diagnostiche e terapeutiche per i pazienti, coniugando osservazioni che provengono dal mondo pre-clinico ad altre ottenute direttamente dalla clinica. Uno degli aspetti emergenti a livello trasversale nella ricerca oncologica è la cosiddetta eterogeneità tumorale, che riguarda sia la componente tumorale che lo stroma e richiede di essere meglio caratterizzata per poter disporre di opzioni terapeutiche migliori rispetto al passato. Lo studio di tale fenomeno con tecnologie d'avanguardia e a molteplici livelli (genetico, epigenetico, fenotipico) è fondamentale tra l'altro per l'ottimizzazione della terapia personalizzata con farmaci a bersaglio molecolare, la comprensione dei meccanismi di resistenza agli stessi, e per la predizione accurata del rischio genetico di cancro.

Obiettivi Globali

1. Individuazione di nuove alterazioni geniche di rilevanza patogenetica e terapeutica
2. Caratterizzazione dell'eterogeneità tumorale a livello di singole cellule tumorali
3. Identificazione di profili metabolici e trascrittomici delle cellule neoplastiche
4. Messa a punto di modelli murini di tumore per la sperimentazione di terapie innovative

Linea di ricerca n.2: IMMUNOLOGIA DEI TUMORI

L'attività è volta ad analizzare le interazioni esistenti tra immunità e cancro e ad individuare, proporre ed implementare soluzioni terapeutiche basate sulla stimolazione delle componenti effettrici del sistema immunitario. Presso lo IOV, questi aspetti saranno oggetto di studio grazie a:

- l'impiego di modelli sperimentali in cui valutare l'efficacia di nuove formulazioni vaccinali, di approcci di immunoterapia adottiva e di interventi farmacologici volti a ripristinare la piena efficienza del sistema immune;
- l'analisi e l'identificazione di nuovi biomarcatori immuni prognostici e/o predittivi di risposta nell'ambito della corrente attività clinica e delle sperimentazioni in atto.

L'immunoterapia dei tumori sta vivendo un'importante fase di rinascimento culturale, in particolare grazie alla recente introduzione nell'armamentario terapeutico oncologico dei cosiddetti inibitori dei checkpoint immunologici (ICI), anticorpi monoclonali (mAb) in grado di prevenire l'inibizione a feedback delle cellule T attivate e di stimolare risposte T cellulari protettive e terapeutiche dirette contro neoantigeni tumorali derivanti da mutazioni di normali proteine della cellula neoplastica, che risultano in questo modo comportarsi come antigeni altamente tumore-specifici. Queste osservazioni presentano potenziali importanti ricadute, in quanto permettono di prospettare da una parte la possibilità di interventi immunoterapeutici strettamente personalizzati, e dall'altra di concepire terapie combinatoriali tra ICI e approcci vaccinali e/o terapie adottive con cellule T in grado di favorire l'espansione e la funzionalità di popolazioni effettrici altamente efficaci.

L'introduzione degli ICI nella corrente pratica oncologica sta drammaticamente cambiando le aspettative di outcome clinico in alcuni ambiti neoplastici, ma d'altronde impone in maniera altrettanto drammatica l'identificazione di biomarcatori predittivi di risposta in grado di guidare la selezione dei pazienti, al fine di razionalizzare e personalizzare le terapie nell'ottica sia dei profili di tossicità che dell'economicità per il Sistema Sanitario Nazionale. D'altra parte, le strategie immunoterapeutiche vaccinali e cellulari risultano pressoché sconosciute nel nostro paese, sulla base sia di carenze culturali e di ricerca, di obiettive difficoltà tecnologiche, normative ed economiche ad implementare questi approcci, in particolar modo per quanto concerne l'ingegnerizzazione di cellule T, che di mancanza di un piano organico di sviluppo di strutture adeguate dove sviluppare la produzione di farmaci cellulari ad uso terapeutico.

Obiettivi Globali

1. Profilazione immunogenetica di neoplasie di rilevanza immunitaria
2. Immunoprofilazione cellulare a livello periferico e nel contesto tumore-stroma (immunoscore)
3. Sviluppo di modelli preclinici per la sperimentazione di immunoterapie innovative

Linea di ricerca n.3: GENOMICA ONCOLOGICA E BIG DATA

La linea di ricerca genomica oncologica e Big Data ha l'obiettivo di validare metodi e percorsi che consentano all'oncologo clinico di avere a disposizione, al momento della diagnosi, una visione molto dettagliata dell'assetto mutazionale della neoplasia, in altre parole le impronte molecolari del tumore. La disponibilità di tecniche di sequenziamento parallelo massivo (NGS) consentono all'Istituto Oncologico Veneto non solo di essere parte attiva del programma ACC Genomics avviato dalla rete nazionale degli IRCCS oncologici, ma anche di sviluppare e validare metodiche NGS per lo studio del DNA tumorale da biopsia liquida o cellule tumori circolanti. La nozione che il cancro è una malattia genetica o meglio una malattia dei geni ha portato al concetto che ogni tumore è caratterizzato da diverse mutazioni o combinazioni di mutazioni. Le acquisizioni in questo campo sono state sostenute da un'incredibile accelerazione nella disponibilità di tecnologia necessaria per l'analisi del DNA ed ora è possibile con poche centinaia di euro analizzare anche l'intero genoma di un tumore aprendo la strada ad un uso intensivo delle informazioni genetiche in oncologia. Infatti sono stati sviluppati diversi farmaci caratterizzati da un'attività condizionata dalla presenza di particolari mutazioni. La sfida che abbiamo davanti è quella di poter ottenere ed utilizzare un'informazione complessa come quella dell'analisi genomica del tumore per assicurare al paziente una terapia più efficace. E' una sfida che IOV ha raccolto nell'ambito del programma ACC genomics, prodotto da Alleanza Contro il Cancro, la rete degli IRCCS oncologici.

La disponibilità di una piattaforma tecnologica per l'analisi della genomica del tumore, strutturata a servizio per tutti i ricercatori dell'Istituto, insieme alla presenza di significative conoscenze ed esperienza nel campo della genetica e di un vasto interesse da parte dei nostri oncologi clinici per questi aspetti sono le premesse indispensabili per programmare questa linea di ricerca. Sarà possibile analizzare pannelli, ad esempio, comprensivi di tutte le mutazioni "actionable" verso le quali esistono o potranno esistere farmaci antitumorali e di tutte le varianti comunque in grado di condizionare efficacia e tollerabilità dei farmaci antitumorali. Questo consentirà la scelta delle terapie più utili per quel singolo tumore ma anche la partecipazione a protocolli terapeutici innovativi. L'analisi della genomica del tumore produrrà una rilevante quantità di dati ed un patrimonio informativo formidabile che richiederà specifiche metodologie di conservazione e trasmissione dei dati.

Obiettivi Globali

1. Creare e validare il percorso che dalla biopsia tumorale conduce all'utilizzo clinico dell'assetto mutazionale del tumore
2. Validazione dell'utilizzo delle nuove piattaforme di ACC GENOMICS applicate allo studio di vari tumori, compresa la biopsia liquida
3. Validare nuove piattaforme per acquisizione e scambio dei Big Data

Linea di ricerca n.4: RICERCA CLINICA TRASLAZIONALE E TERAPIE ONCOLOGICHE INNOVATIVE

Elemento caratterizzante e prioritario della ricerca dello IOV è la conduzione di studi clinici innovativi, di medicina di precisione e traslazionali. Importanza cruciale per produrre conoscenze sul trattamento ottimale dei pazienti sono anche gli studi retrospettivi, osservazionali, traslazionali, interventistici rivolti sia all'ottimizzazione dei trattamenti già disponibili, sia allo sviluppo di terapie innovative, basate sulla caratterizzazione molecolare e sulla medicina di precisione. Altro elemento essenziale è la ricerca di fattori predittivi e prognostici e l'utilizzo dei patient reported outcomes (PROs) che valutino l'impatto di nuove terapie sulla qualità della vita dei pazienti.

Lo IOV si è contraddistinto per un continuo impegno nella promozione diretta e nell'adesione a protocolli clinici di ricerca farmacologica e non. I risultati ottenuti fino ad oggi hanno permesso di sviluppare e promuovere competenze all'avanguardia nell'ideazione, coordinamento e gestione di iniziative di ricerca clinica e traslazionale. La collaborazione con molte oncologie italiane garantisce un arruolamento competitivo in trials internazionali con farmaci innovativi. In ambito oncologico il rapido trasferimento al letto del malato di terapie innovative, garantisce a molti pazienti di beneficiare di nuove opportunità di cura in tempo reale. I risultati ottenuti devono essere misurati e monitorati con protocolli retrospettivi che sono una preziosa fonte di dati per ipotesi esplorative da verificare in maniera longitudinale. La ricerca clinica è punto di arrivo e di partenza di progetti traslazionali, ed è intimamente correlata alle altre linee di ricerca dello IOV.

La costante implementazione di nuove ricerche cliniche ha un valore strategico con immediate ricadute sul malato (sin dall'inserimento in studio), sull'esperienza dei singoli ricercatori e gruppi di ricerca (dal momento dell'ideazione), sulla comunità scientifica (alla presentazione e pubblicazione dei risultati). La ricerca clinica è connaturata alla mission di un IRCCS. Obiettivo strategico è implementare la ricerca traslazionale, e individuare indicatori predittivi di risposta per ottimizzare tipo e durata delle terapie innovative (es. Immunoterapia), al fine di garantire cure efficaci e socialmente sostenibili. Questi aspetti non possono prescindere da una visione a 360° del malato, in cui la prevenzione, riabilitazione, il ruolo infermieristico, psicologico, le terapie di supporto, nutrizionali, del dolore, e di qualità della vita, trovano giusta integrazione in programmi di ricerca disegnati con rigore metodologico come avviene per le sperimentazioni cliniche.

Obiettivi Globali

1. Progetti di ricerca in ogni snodo decisionale del percorso terapeutico-assistenziale: caratterizzazione molecolare delle neoplasie, ricerca traslazionale, personalizzazione delle cure, qualità della vita
2. Espansione delle sperimentazioni non farmacologiche; analisi retrospettive e di outcome come monitoraggio e verifica dei risultati ottenuti.

Linea di ricerca n.5: NUOVI MODELLI ORGANIZZATIVI: PDTA E INDICATORI

L'obiettivo principale perseguito nella stesura dei PDTA della Rete Oncologica (DGRV 2067/2013) è quello di garantire tempestività nella presa in carico dei pazienti, adeguati livelli di cura e di continuità assistenziale dal momento preciso in cui il paziente entra nel percorso, alla valutazione multidisciplinare, sino al fine vita.

La promozione di iniziative anche di attività assistenziali territoriali a tutela della dignità e dell'autonomia del malato oncologico, è parte integrante del PDTA, attraverso la promozione della qualità di vita dalle fasi precoci sino al suo termine e di un adeguato sostegno sanitario al malato ed alla sua famiglia.

Lo IOV è uno snodo fondamentale nella rete oncologica sia ospedaliera che territoriale, ha funzione di HUB per il coordinamento in stretta sintonia con tutte le aziende della Regione.

Tra i suoi obiettivi è quello di definire e condividere Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali per i vari tipi di tumore e di attivare sistemi di verifica e di indicatori per il monitoraggio dell'appropriatezza dei percorsi di cura e del trattamento oncologico orientati alla qualità e alla sicurezza del paziente.

Diventa quindi di strategica importanza la rilevazione, all'interno dell'Istituto, di indicatori che assumono un ruolo essenziale anche a livello regionale. Tutto ciò permette di rendere disponibili evidenze quantitative utili alla programmazione sanitaria e aziendale dell'Istituto al fine di verificare l'appropriatezza della presa in carico, la continuità e uniformità delle cure e qualità dei servizi offerti.

Il monitoraggio del PDTA attraverso indicatori specifici di performance permette di analizzare gli snodi assistenziali messi in atto presso la singola declinazione aziendale. La verifica sul campo dei miglioramenti introdotti dai PDTA viene realizzata tramite il calcolo di indicatori, cioè variabili ad alto contenuto informativo che consentono una valutazione sintetica di fenomeni complessi e aiutano ad orientare le decisioni. Gli indicatori vengono ad oggi costruiti utilizzando le informazioni rese disponibili dai flussi informativi correnti (assistenza specialistica, ricoveri, farmaceutica, assistenza domiciliare, registro regionale di mortalità) opportunamente integrati con tecniche di record linkage.

Sostenere la necessità di una presa in carico quale modalità operativa con cui l'Istituto risponde alle specifiche esigenze etico-sociali, nel contesto di un governo della domanda, al fine di ridurre la fuga dal percorso assistenziale definito.

Obiettivi Globali

Valutare l'aderenza agli indicatori espressi dai PDTA della ROV, dei pazienti preso in carico presso l'Istituto Oncologico Veneto nei diversi percorsi di cura nello specifico:

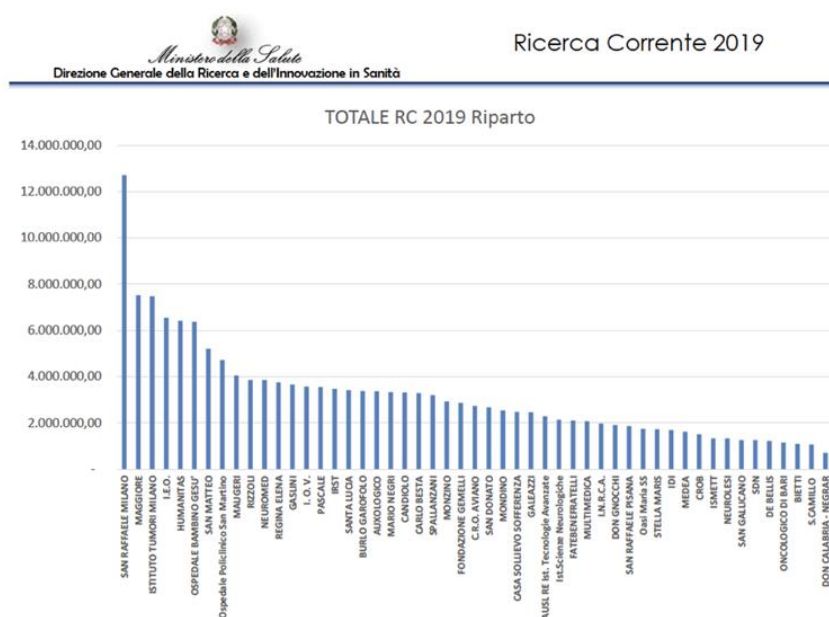
1. monitorando l'aderenza agli indicatori;
2. implementando audit interni;
3. analizzando eventuali sistemi correttivi.

4.1 Valutazione della ricerca

Le attività di Ricerca Corrente degli Istituti, in coerenza con quanto riportato nel Programma Nazionale della Ricerca Sanitaria, sono sottoposte a verifica annuale in base ai parametri qui sotto riportati che condizionano la suddivisione competitiva tra gli IRCCS pubblici e privati della quota annuale di finanziamento di ricerca corrente:

- A. Produzione scientifica e relativa efficienza e impatto della produzione scientifica (55%);
- B. Capacità di attrarre risorse (10%);
- C. Attività assistenziale (20%);
- D. Capacità di Operare in rete (10%);
- E. Trasferimento tecnologico (5%).

Figura 11 – Ricerca Corrente 2019

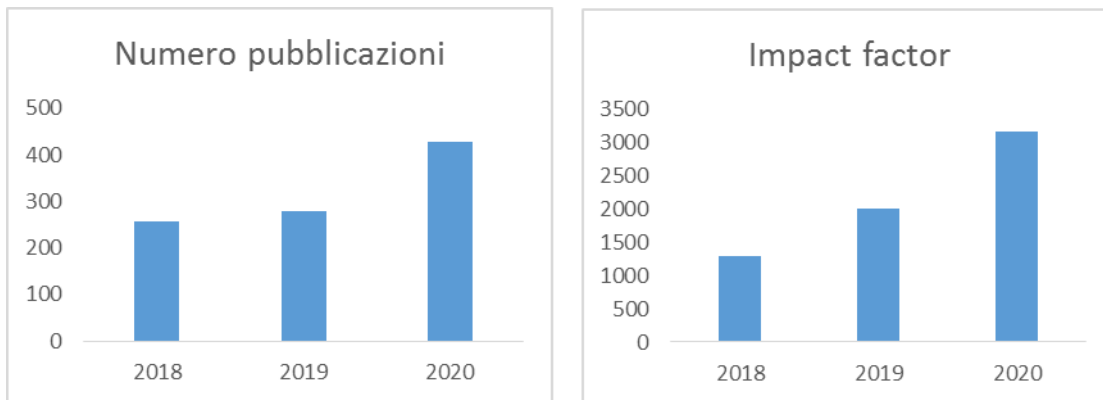


Viene qui riportato il risultato ufficiale per quanto riguarda il riparto del finanziamento di ricerca corrente tra i diversi IRCCS, dal quale si evince la posizione molto significativa dello IOV, se teniamo conto delle dimensioni di molti degli IRCCS che lo precedono in graduatoria.

Dato che la valutazione del parametro "Scienza" condiziona più del 50 % del finanziamento e si basa sul numero di pubblicazioni, sul punteggio totale di Impact Factor (IF) e su altri indici citazionali, il numero e la qualità delle pubblicazioni scientifiche è un prodotto fondamentale per lo IOV.

L'andamento nel tempo del numero delle pubblicazioni e dell'IF normalizzato è qui sotto rappresentato:

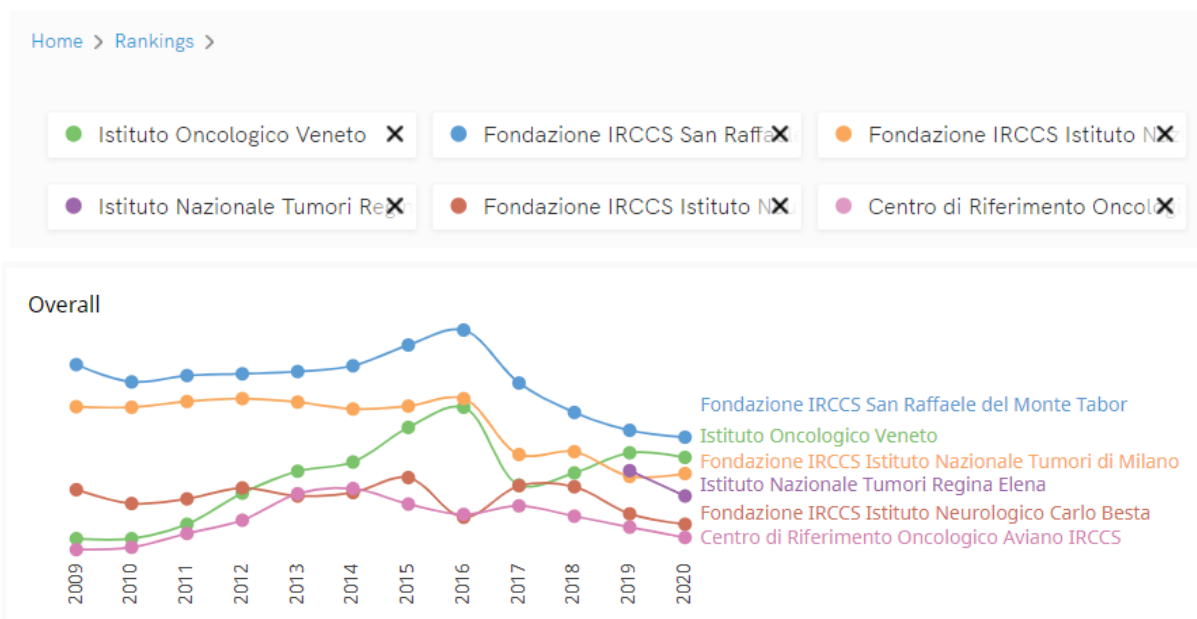
Figura 12 - numero di pubblicazioni e impact factor- 2018/2020



Ranking Scimago

Scimago è una società di ranking internazionale delle strutture di ricerca, università e strutture sanitarie. Il rank viene formulato dall'analisi combinata della performance di ricerca, del profilo di innovazione e dell'impatto sociale dell'istituzione. Nel 2020 lo IOV è al 2° posto in Italia per il profilo salute e si colloca al 481° posto su scala mondiale. Viene qui rappresentato il rank complessivo ottenuto dallo IOV e da alcuni competitori nazionali.

Figura 13 – Scimago ranking (www.scimagoir.com/rankings)



4.2 Cinque per mille

Oltre alle linee di ricerca corrente ministeriale sopra evidenziate, ulteriori attività di ricerca traslazionale sono state finanziate con il contributo 5 per mille. Il progetto Genomica dei tumori, in particolare, si prefigge di rendere disponibile all'oncologo, già in occasione della prima visita oncologica, un identikit molecolare esteso delle mutazioni di quello specifico tumore, permettendogli così di praticare la così detta oncologia personalizzata o di precisione.

Infatti, una profilazione molecolare estesa della biopsia tumorale al momento del primo intervento, associata poi alla evidenza della nuove mutazioni intervenute durante la progressione del tumore sia nelle lesioni metastatiche, che soprattutto nella cosiddetta biopsia liquida, sono uno degli argomenti nei quali la ricerca oncologica è più attiva ed è immaginabile che entro pochi anni tale analisi diventi pratica clinica, come già l'analisi di alcune specifiche mutazioni lo è diventata.

Molti centri oncologici internazionali dispongono di queste utilities ed anche gli IRCCS oncologici, sulla spinta e con il sostegno anche economico di "Alleanza contro il cancro" hanno sviluppato tecnologie e professionalità su "cancer genomics".

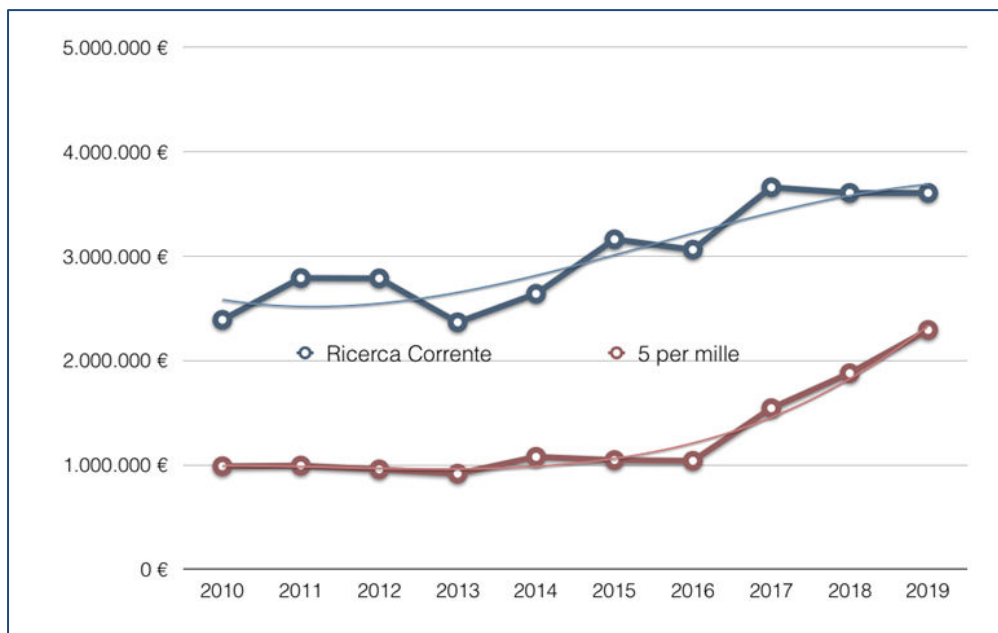
Per dare struttura e visibilità all'argomento come elemento strategico per la ricerca oncologica oggi e come asset assistenziale per un domani molto prossimo, la Direzione Scientifica ha messo insieme risorse tecnologiche importanti e professionali tecniche e cliniche significative attorno al progetto di una piattaforma di ricerca denominata: Cancer Genomics Research Platform.

Anche in relazione a questo progetto è stata data attuazione a una convenzione con la Fondazione Città delle Speranza che ha reso disponibile allo IOV l'intero 7° piano della Torre della Ricerca di Padova.

Su questo progetto la Direzione Scientifica dello IOV ha investito gran parte delle risorse finanziarie ottenute con il contributo 5 per mille. A questi finanziamenti si sommano i contributi Ministeriali in conto capitale. L'altro grande argomento di ricerca è, per o IOV, quello dell'immunologia del cancro, stimolato dalla disponibilità di farmaci in grado di rimuovere quei meccanismi di elusione che evitano al tumore di essere aggredito dal sistema immunitario. Il progetto del finanziamento 5 per mille 2016 e 2017 è centrato anche su questo importante argomento, oltre che al sostegno della genomica del cancro e ai Big Data.

La sfida relativa all'argomento immunologia del cancro è caratterizzare biomarcatori in grado di predire la risposta a un particolare farmaco immunologico e trattare di conseguenza molte diverse neoplasie. È coordinata da oncologi IOV la prima sperimentazione mondiale sul trattamento con farmaci immunologici di una forma particolare di tumore della mammella.

Figura 14 - trend dei finanziamenti ottenuti negli anni per la ricerca corrente e per il 5 per Mille

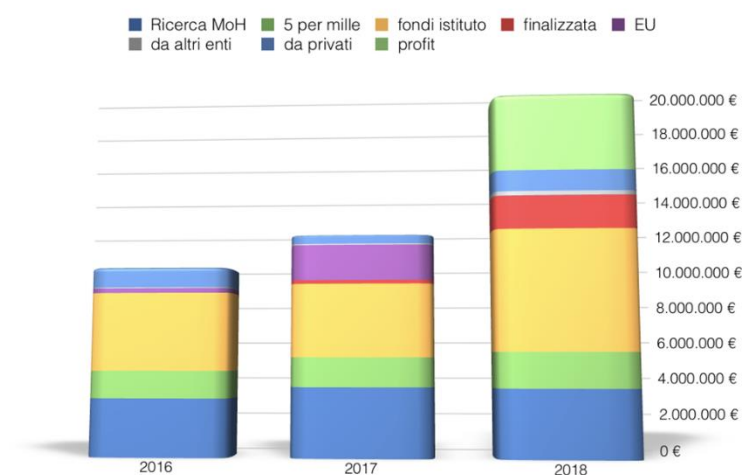


4.3 Fonti di finanziamento della ricerca

Per quanto riguarda le fonti di finanziamento, la ricerca si finanzia prevalentemente con fondi di ricerca corrente e con il finanziamento 5 per mille, progetti nazionali ed internazionali e con la sperimentazione clinica profit.

Il seguente grafico riporta i dati provenienti dal bilancio sezionale della ricerca ed evidenzia i finanziamenti della ricerca nel triennio 2016-2018.

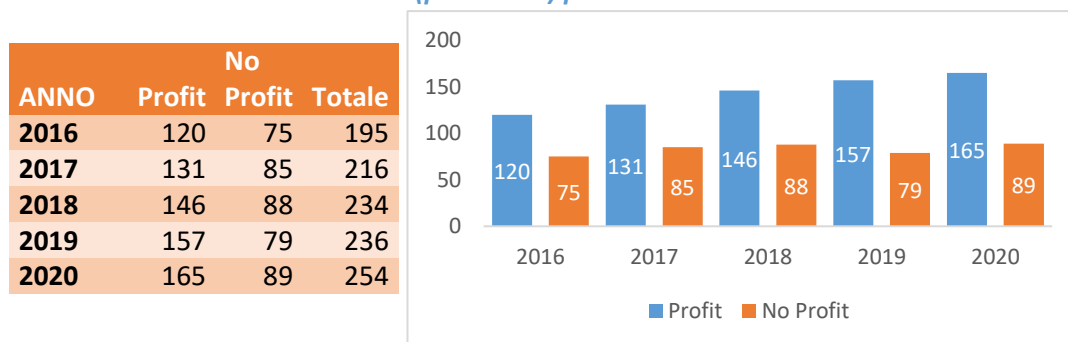
Figura 15 - finanziamenti della ricerca: 2016-2018



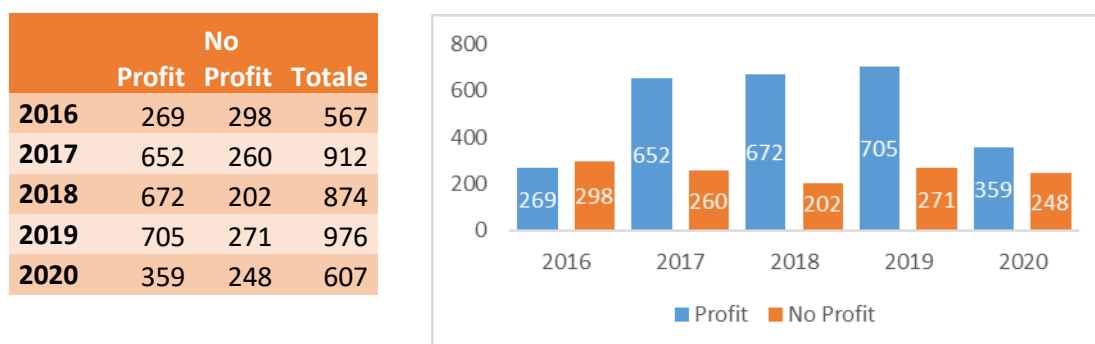
4.4 Sperimentazione clinica

Nei grafici qui seguenti sono riportati il numero delle sperimentazioni cliniche interventistiche condotte negli anni 2015-2020, o comunque all'ultimo dato consolidato disponibile, il numero dei pazienti reclutati e gli introiti legati all'attività di sperimentazione.

Totale Studi interventistici attivi (prevalenti) per anno

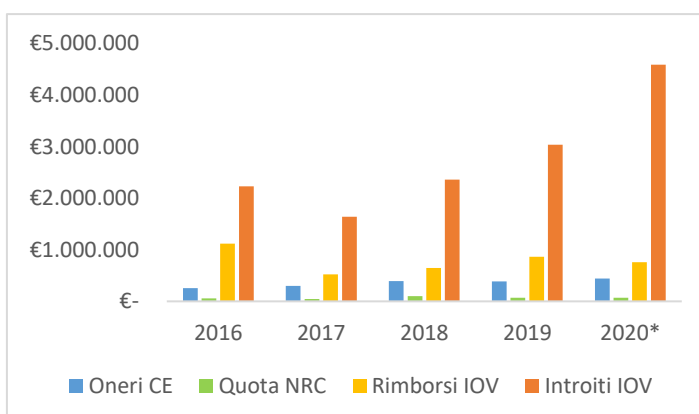


Totale pazienti arruolati in studi interventistici con farmaco



Introiti attività di Sperimentazione

Anno	Oneri CE	Quota NRC	Rimborsi IOV	Introiti IOV
2016	258.000	57.000	1.118.192	2.230.684
2017	297.994	43.500	522.563	1.637.312
2018	389.974	102.700	644.580	2.358.377
2019	387.006	72.500	863.351	3.034.200
2020*	445.074	72.700	757.118	4.587.919



5. Il quadro di riferimento

Come previsto dalla delibera CIVIT 112/2010 e, in generale, dalle buone prassi in materia di pianificazione, per individuare le prioritarie strategie di intervento è stata preliminarmente svolta un'analisi del quadro di riferimento, relativamente a:

- principali fonti normative, esterne ed interne all'azienda;
- contesto esterno in cui l'azienda opera.

Le principali risultanze sono descritte di seguito.

5.1 Le principali fonti normative

Le principali fonti per la definizione del presente “piano delle performance 2021-2023 e documento di direttive 2021” sono:

- 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;
- Piano Socio Sanitario Regionale 2019 -2023, approvato con Legge n° 48 del 28/12/2018;
- DGRV n. 614 del 14/05/2019 ad oggetto “Approvazione delle schede di dotazione delle strutture ospedaliere e delle strutture sanitarie di cure intermedie delle Aziende Ulss, dell'Azienda Ospedale-Università di Padova, dell'Azienda Ospedale Universitaria Integrata di Verona, dell'Istituto Oncologico Veneto – IRCCS”;
- Nota Azienda Zero, prot. 28693 del 03/12/2020, ad oggetto “Direttive per la formulazione del Bilancio Preventivo Economico annuale 2021”;
- Documenti aziendali di pianificazione e programmazione.

5.2 Analisi del contesto esterno

L'analisi del contesto esterno ha preso in esame le relazioni più significative sull'andamento dei servizi sanitari a livello regionale e nazionale, ovvero:

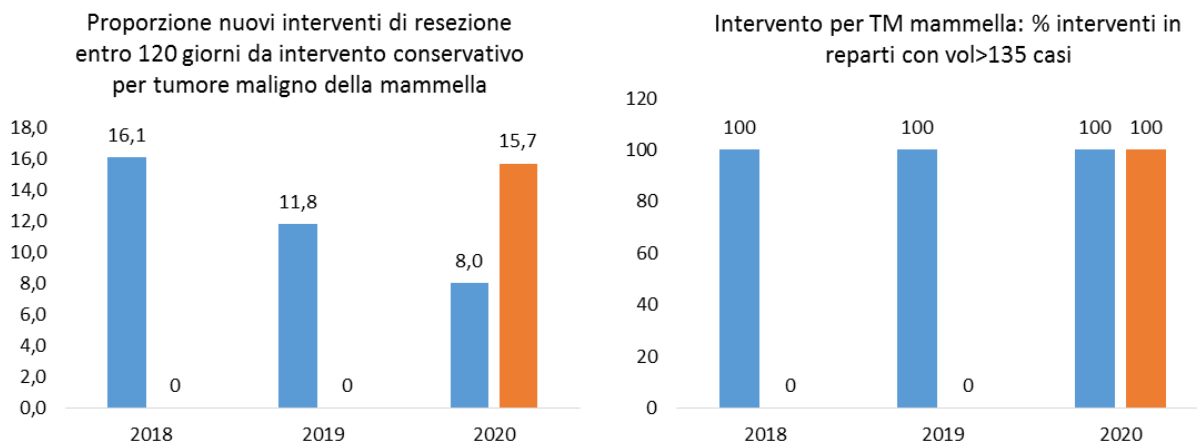
Esiti: sintesi PNE e volumi di attività 2018 – 2020

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.

Tali indicatori sono assegnati come obiettivo ai Direttori Generali, da parte della Regione. Nella figura 15 si riporta l'estratto degli indicatori di volume di esito del PNE di interesse per l'Istituto Oncologico Veneto e i risultati relativi al periodo 2018-2020.

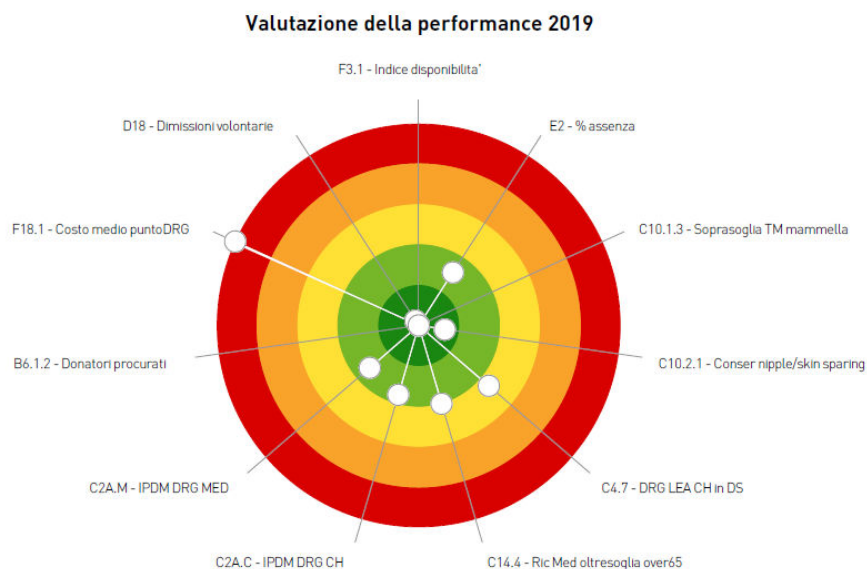
Figura 16 - Indicatori PNE Treemap anno 2018 - 2020 - Indicatori per Area Clinica - Chirurgia Oncologica

Fonte: DWH regionale - Indicatori PNE Treemap



Progetto Bersaglio: anno 2019

Figura 17 - Progetto Bersaglio – Mes Scuola superiore Sant’Anna di Pisa: risultati IOV – anno 2019



Progetto Bersaglio – Mes Scuola superiore Sant’Anna di Pisa: risultati IOV – anno 2019. Dal 2012 la Regione Veneto ha aderito al sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali, progettato dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Sant’Anna di Pisa. Tale sistema ha

l’obiettivo di fornire a ciascuna regione una modalità di misurazione e di rappresentazione delle performance delle Aziende operanti al proprio interno, oltre a un confronto e una rappresentazione delle performance tra differenti regioni, e allo stato attuale può contare su 130 indicatori, di quali 80 di valutazione e 50 di osservazione, che spaziano dallo stato di salute della popolazione alla valutazione delle dinamiche economico-finanziarie e dell’efficienza operative. In figura 17 sono rappresentati i grafici dei risultati dell’ultimo report (2019) relativamente allo IOV.

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 di 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 del Coordinamento Regionale della ROV, sono stati adottati in modo condiviso numerosi PDTA.

6. L'ALBERO delle PERFORMANCE

Il concetto di valutazione interessa la 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.

6.1 Obiettivi Strategici

L'Istituto Oncologico Veneto IRCCS, nel prossimo triennio 2021-2023, si propone di intervenire sulle macro aree strategiche definite in continuità con la programmazione regionale ed aziendale 2020 e con gli indirizzi previsti dalla DGRV 614/2019 che ha definito le schede di dotazione ospedaliera dell'Istituto. Si evidenzia come il presente documento sia stato predisposto in attesa della definizione degli obiettivi regionali per l'anno 2021. Tali obiettivi saranno opportunamente integrati nel ciclo della performance aziendale non appena saranno definiti dalla programmazione regionale.

Al fine di implementare il sistema di Pianificazione e Controllo a fine 2020 è stato avviato un progetto di sviluppo del sistema di pianificazione e controllo strategico, definendo le Aree Strategiche e gli Obiettivi Strategici. Nel corso delle negoziazioni di budget 2021 gli obiettivi strategici saranno implementato con gli Obiettivi Operativi e gli Indicatori di misura per le singole unità operative. Di seguito sono riportate le aree strategiche con i relativi pesi ed obiettivi.

Tabella 2 – Aree e Obiettivi Strategici

AREA STRATEGICA	Peso % area strategica	Codice OS	OBIETTIVI STRATEGICI
1. PROMOZIONE E PREVENZIONE	5	1.1	Sviluppare azioni per contribuire a diffondere la conoscenza delle cause di rischio
		1.2	Contribuire al miglioramento degli stili di vita
2. PAZIENTI IN FASE ATTIVA (ACUTI)	20	2.1	Aumentare la personalizzazione delle terapie
		2.2	Applicare i PDTA per patologia
		2.3	Promuovere l'adeguamento dei PDTA all'innovazione scientifica
		2.4	Sviluppare l'offerta diagnostica, assistenziale e di chirurgia specialistica nei pazienti in fase acuta
3. PAZIENTI CRONICI	10	3.1	Potenziare l'integrazione H/T
		3.2	Applicare i PDTA per patologia
		3.3	Attivare un protocollo di "second opinion" (<i>trasversale</i>)
		3.4	Sviluppare l'offerta diagnostica, assistenziale e di chirurgia specialistica nei pazienti in fase cronica
4. CURE PALLIATIVE	5	4.1	Potenziare l'integrazione H/T
		4.2	Avviare nuovi servizi
		4.3	Sviluppare l'offerta diagnostica, assistenziale e di chirurgia specialistica nei pazienti delle cure palliative

AREA STRATEGICA	Peso % area strategica	Codice OS	OBIETTIVI STRATEGICI
5. RICERCA 5.1 Ricerca clinica	7	5.1.1	Promuovere e potenziare lo sviluppo della R.C. in tutte le UU.OO. sanitarie
		5.1.2	Assicurare la qualità delle attività di r.c.
		5.1.3	Integrare la ricerca clinica con la ricerca traslazionale
5. RICERCA 5.2 Ricerca Basic/Traslazionale	7	5.2.1	Potenziare la ricerca sui meccanismi patogenetici del cancro
5. RICERCA 5.3 R. clinica e R. Traslazionale	6	5.3.1	Sviluppare l'attività di supporto alla ricerca
		5.3.2	Aumentare i fondi per la ricerca indipendente

AREA STRATEGICA	Peso % area strategica	Codice OS	OBIETTIVI STRATEGICI
6. QUALITÀ, FORMAZIONE E COMUNICAZIONE 6.1 QUALITA'	4	6.1.1	Aumentare il patient empowerment/engagement
		6.1.2	Omogeneizzare le procedure e i servizi tra le sedi di Padova e Castelfranco Veneto
		6.1.3	Sviluppare le competenze degli operatori sanitari sulla cultura della segnalazione di eventi avversi e di near miss
		6.1.4	Migliorare il clima organizzativo interno
6. QUALITÀ, FORMAZIONE E COMUNICAZIONE 6.2 FORMAZIONE	4	6.2.1	Garantire il supporto formativo ai ricercatori per il reperimento di materiale bibliografico, l'interrogazione dei database e l'accesso alle risorse bibliografiche (per promuovere la ricerca scientifica)
		6.2.2	Incrementare la tipologia formativa e la conseguente offerta del provider 33
6. QUALITÀ, FORMAZIONE E COMUNICAZIONE 6.3 COMUNICAZIONE	4	6.3.1	Migliorare la divulgazione scientifica e la comunicazione istituzionale
		6.3.2	Incrementare la comunicazione orientata alla raccolta fondi
		6.3.3	Migliorare la comunicazione nella gestione delle crisi

AREA STRATEGICA	Peso % area strategica	Codice OS	OBIETTIVI STRATEGICI
7. DIFFUSIONE DELLA CULTURA DELL'ETICA E DELLA LEGALITÀ E AUMENTO DELLA TRASPARENZA vs. GLI STAKEHOLDERS	4	7.1	Migliorare la trasparenza dell'Istituto in coerenza con il Piano della performance
		7.2	Prevenire i rischi corruttivi
		7.3	Promuovere l'allineamento dei comportamenti al Codice di comportamento dell'Istituto

AREA STRATEGICA	Peso % area strategica	Codice OS	OBIETTIVI STRATEGICI
8. SOSTENIBILITÀ ECONOMICO-FINANZIARIA, DEI SISTEMI GESTIONALI e delle OPERATIONS (GOVERNACE INTERNA) 8.1 Sostenibilità economico-finanziaria	8	8.1.1	Mantenere/migliorare l'equilibrio di Bilancio
		8.1.2	Mantenere/migliorare la performance degli indicatori di bilancio più significativi
		8.1.3	Rispettare i tempi di pagamento
		8.1.4	Garantire il rispetto della tempistica da parte di tutte le Unità Operative coinvolte nel processo di programmazione e rendicontazione economico-finanziaria
8. SOSTENIBILITÀ ECONOMICO-FINANZIARIA, DEI SISTEMI GESTIONALI e delle OPERATIONS (GOVERNACE INTERNA) 8.2 Sostenibilità dei sistemi gestionali	8	8.2.1	Promuovere l'interoperabilità tra sistemi informativi
		8.2.2	Completare il DWH dell'Istituto
		8.2.3	Rendere autonomo l'Istituto nella gestione del proprio sistema informativo
		8.2.4	Razionalizzare le fonti informative
		8.2.5	Sviluppare il sistema di pianificazione e controllo strategico integrato con il sistema di budget e controllo di gestione
		8.2.6	Migliorare i sistemi di valutazione delle performance organizzative ed individuali.
		8.2.7	Sviluppare il POLA (Piano Organizzativo del Lavoro Agile)
		8.2.8	Aumentare il personale dei servizi di supporto
8. SOSTENIBILITÀ ECONOMICO-FINANZIARIA, DEI SISTEMI GESTIONALI e delle OPERATIONS (GOVERNACE INTERNA) 8.3 Sostenibilità delle operations	8	8.3.1	Ottimizzare la gestione del magazzino centrale e dei magazzini periferici
		8.3.2	Migliorare il processo di approvvigionamento di beni, servizi ed attrezzature
		8.3.3	Sviluppare le operations a supporto della produzione (Piastra oncologica, Blocchi operatori, Ciclotrone, Biobanca, Anatomia patologica, Laboratori IDMO, ...)

La mappa strategica integrale, con l'attribuzione alle Unità di Budget di ciascun obiettivo strategico, è riportata in allegato al presente documento (ALLEGATO A).

6.1.1 Il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (P.O.L.A.)

La fase emergenziale a fronte della pandemia da Covid 19 che caratterizza questo momento storico ha richiesto alle Pubbliche Amministrazioni di investire maggiore impegno e risorse nell'individuare e adottare nuove forme di gestione del lavoro. Il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) costituisce la sezione del Piano della performance dedicata ai processi di innovazione da mettere in atto sul piano amministrativo ai fini della programmazione e della gestione del lavoro agile, e prevede un'applicazione progressiva e graduale, sulla base di un programma di sviluppo nell'arco

temporale di un triennio e da rinnovare annualmente. Tale piano, redatto secondo quanto previsto dall'art. 263, comma 4-bis, del D.L. n. 34/2020, seguendo le "linee guida sul Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) e indicatori di performance" emanate dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, è allegato al presente documento (ALLEGATO B).

6.2 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, Direttori di Unità Operativa, responsabili delle strutture in staff alle Direzioni e delle strutture di servizi generali) il Documento di Direttive, contenente gli indirizzi strategici aziendali definiti in coerenza alla Programmazione regionale per l'anno 2021.

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.

7. IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

7.1 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 rispetto alla pianificazione delle risorse;
- ii) definizione ed assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere e dei valori attesi (obiettivi 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 di 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.

7.2 Timing del processo

Fase	Anno t												Anno t+1	
	gen	feb	mar	apr	mag	giu	lug	ago	set	ott	nov	dic	gen	feb
Definizione Piano delle Performance 2021-2023 e Documento delle Direttive 2021														
Negoziazione Budget 2021														
Delibera e approvazione Schede di Budget 2020														
Valutazione obiettivi di budget UUOO 2020														
Valutazione obiettivi individuali anno 2020														
Relazione sulla Performance anno 2020														
Monitoraggio intermedio obiettivi di budget anno 2021														
Validazione OIV della Relazione sulla Performance 2020														
Erogazione retribuzione di risultato a saldo anno 2020														

7.3 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 monitoraggio, 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 Si/No, viene attribuito 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.

7.4 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.

7.5 La valutazione individuale del personale 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 dei premi correlati alla performance organizzativa;

- attribuzione dei premi collegati alla performance individuale;
- 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, integrandola inoltre con i 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:

Requisiti:	
a	diretta conoscenza del valutato da parte del valutatore
b	specificazione di obiettivi individuali e/o di gruppo misurati tramite indicatori quantitativi e/o qualitativi e distinzione tra le suddette tipologie di obiettivi
c	indicazione del numero degli elementi di valutazione e relativi indicatori inseribili nelle schede
d	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
e	diritto per i valutati di esprimere osservazioni orali o scritte in sede di colloquio finale
f	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
g	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. Le schede 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 U.O.C. Gestione 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 alle performances organizzative ed individuali 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.

7.6 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:

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.

7.7 Definizione della quota individuale di incentivazione

I premi correlati alle performances organizzative ed individuali spettano 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 dei predetti premi 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 alle performances organizzative ed individuali 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 premialità e fasce è regolato secondo i seguenti criteri:

1. una quota pari al 15% del fondo di premialità e fasce 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.

Ai sensi dell'art. 82 del C.C.N.L del 21.05.2018, ai dipendenti che conseguono le valutazioni più elevate secondo il sistema di valutazione dell'Ente, è attribuita una maggiorazione del premio individuale che si aggiunge alla quota di detto premio attribuita al personale valutato positivamente.

7.8 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 giugno 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).

7.9 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.

7.10 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 al 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 del Comparto rilevasse divergenze sulla valutazione espressa da parte del valutatore, egli avrà la possibilità di presentare ricorso all'organismo di conciliazione, esplicitandone le motivazioni, secondo la seguente procedura: entro 30 giorni dalla sottoscrizione della scheda di valutazione da parte del valutato, deve essere presentata un'istanza alla U.O.C. Gestione Risorse Umane, nella quale si indicano i motivi di disaccordo. L'organismo procederà a sentire il valutatore di prima istanza, nonché il valutato nel caso in cui ritenga congrua la valutazione di prima istanza. Nel caso in cui ritenga fondati i motivi evidenziati dal ricorrente l'organismo di conciliazione 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'organismo di valutazione è costituito da tre componenti più una figura amministrativa con funzioni di segreteria. I componenti sono il Direttore della U.O.C. Gestione Risorse Umane o un suo delegato, il Dirigente delle Professioni Sanitarie o un suo delegato – se il valutato appartiene alle Professioni Sanitarie o è di supporto alle stesse – diversamente un altro Dirigente appartenente all'area di afferenza del valutato ed un componente del Comitato Unico di Garanzia estratto a sorte dalla U.O.C. Gestione Risorse Umane.

Per quanto attiene invece al personale appartenente all'Area della Dirigenza Medica o dell'Area della Dirigenza SPTA, i tre componenti dell'organismo di conciliazione sono il Direttore della U.O.C. Gestione Risorse Umane o nel caso sia quest'ultimo a presentare ricorso, un altro Direttore di Unità Operativa Complessa appartenente al ruolo PTA, il Direttore di Area avuto riguardo al profilo del ricorrente o un altro Direttore di Unità Operativa Complessa in caso di incompatibilità, ed un componente del Comitato Unico di Garanzia estratto a sorte dalla U.O.C. Gestione Risorse Umane.

AREA STRATEGICA	Peso % area strategica	Codice OS	OBIETTIVI STRATEGICI	Dipartimento Chirurgie Oncologiche	Dipartimento Chirurgie Oncologiche	Dipartimento Chirurgie Oncologiche	Dipartimento Chirurgie Oncologiche	Dipartimento Chirurgie Oncologiche	Dipartimento Chirurgie Oncologiche	Dipartimento Chirurgie Oncologiche	Dipartimento Oncologia	Dipartimento Oncologia	Dipartimento Oncologia	Dipartimento Oncologia	Dipartimento Oncologia	Dipartimento Oncologia	Dipartimento Oncologia				
				091140 - UOC CHIRURGIA ONCOLOGICA DEI TESSUTI MOLLI, DEL PERITONEO E DEI MELANOMI	091150 - UOC CHIRURGIA SENOLOGICA 1	091900 - UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE 1	094100 - CF - UOC ENDOCRINOCHIRURGIA	094200 - CF - UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE 2	094300 - CF - UOC UROLOGIA ONCOLOGICA	095100 - CF - UOC CHIRURGIA SENOLOGICA 2	102000 - CF - UOC CHIRURGIA ONCOLOGICA DELLE VIE DIGESTIVE	090700 - UOC ONCOLOGIA 2	090710 - UOSD ONCOLOGIA DEL MELANOMA	090720 - UOSD SPERIMENTAZIONI CLINICHE DI RETE	090900 - UOC ONCOLOGIA 1	090910 - UOSD SPERIMENTAZIONI CLINICHE FASI PRECOCI	091308 - UOSD TUMORI EREDITARI	094500 - CF - UOC GASTROENTEROLOGIA			
1. PROMOZIONE E PREVENZIONE	5	1.1	Sviluppare azioni per contribuire a diffondere la conoscenza delle cause di rischio	X	X		X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
		1.2	Contribuire al miglioramento degli stili di vita	X	X		X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
2. PAZIENTI IN FASE ATTIVA (ACUTI)	20	2.1	Aumentare la personalizzazione delle terapie	X	X		X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
		2.2	Applicare i PDTA per patologia	X	X		X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
		2.3	Promuovere l'adeguamento dei PDTA all'innovazione scientifica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		2.4	Sviluppare l'offerta diagnostica, assistenziale e di chirurgia specialistica nei pazienti in fase acuta	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3. PAZIENTI CRONICI	10	3.1	Potenziare l'integrazione H/T	X	X		X		X	X	X	X	X		X		X	X	X		
		3.2	Applicare i PDTA per patologia	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
		3.3	Attivare un protocollo di "second opinion" (trasversale)										X	X		X		X			
		3.4	Sviluppare l'offerta diagnostica, assistenziale e di chirurgia specialistica nei pazienti in fase cronica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4. CURE PALLIATIVE	5	4.1	Potenziare l'integrazione H/T										X			X					
		4.2	Avviare nuovi servizi																		
		4.3	Sviluppare l'offerta assistenziale nei pazienti delle cure palliative																		
5. RICERCA 5.1 Ricerca clinica	7	5.1.1	Promuovere e potenziare lo sviluppo della R.C. in tutte le UU.OO. sanitarie	X	X		X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
		5.1.2	Assicurare la qualità delle attività di r.c.																		
		5.1.3	Integrare la ricerca clinica con la ricerca traslazionale										X	X	X	X	X				
5.2 Ricerca Basic/Traslazionale	7	5.2.1	Potenziare la ricerca sui meccanismi patogenetici del cancro																		
5.3 R. clinica e R. Traslazionale	6	5.3.1	Sviluppare l'attività di supporto alla ricerca																		
		5.3.2	Aumentare i fondi per la ricerca indipendente									X	X		X						
6. QUALITÀ, FORMAZIONE E COMUNICAZIONE 6.1 QUALITÀ	4	6.1.1	Aumentare il patient empowerment/engagement	X	X		X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
		6.1.2	Omogeneizzare le procedure e i servizi tra le sedi di Padova e Castelfranco Veneto		X	X		X		X		X	X		X				X		
		6.1.3	Sviluppare le competenze degli operatori sanitari sulla cultura della segnalazione di eventi avversi e di near miss	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		6.1.4	Migliorare il clima organizzativo interno																		
6.2 FORMAZIONE	4	6.2.1	Garantire il supporto formativo ai ricercatori per il reperimento di materiale bibliografico, l'interrogazione dei database e l'accesso alle risorse bibliografiche (per promuovere la ricerca scientifica)																		
		6.2.3	Incrementare la tipologia formativa e la conseguente offerta del provider 33																		
6.3 COMUNICAZIONE	4	6.3.1	Migliorare la divulgazione scientifica e la comunicazione istituzionale																		
		6.3.2	Incrementare la comunicazione orientata alla raccolta fondi	X	X							X	X	X	X	X	X		X		
		6.3.3	Migliorare la comunicazione nella gestione delle crisi																		
7. DIFFUSIONE DELLA CULTURA DELL'ETICA E DELLA LEGALITÀ E AUMENTO DELLA TRASPARENZA vs. GLI STAKEHOLDERS	4	7.1	Migliorare la trasparenza dell'Istituto in coerenza con il Piano della performance																		
		7.2	Prevenire i rischi corruttivi																		
		7.3	Promuovere l'allineamento dei comportamenti al Codice di comportamento dell'Istituto	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
8.1 Sostenibilità economico-finanziaria	8	8.1.1	Mantenere/migliorare l'equilibrio di Bilancio	X	X	X		X	X	X	X	X	X		X		X	X	X		
		8.1.2	Mantenere/migliorare la performance degli indicatori di bilancio più significativi																		
		8.1.3	Rispettare i tempi di pagamento																		
		8.1.4	Garantire il rispetto della tempistica da parte di tutte le Unità Operative coinvolte nel processo di programmazione e rendicontazione economico-finanziaria																		
8.2 Sostenibilità dei sistemi gestionali	8	8.2.1	Promuovere l'interoperabilità tra sistemi informativi																		
		8.2.2	Completare il DWH dell'Istituto																		
		8.2.3	Rendere autonomo l'Istituto nella gestione del proprio sistema informativo																		
		8.2.4	Razionalizzare le fonti informative	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		8.2.5	Sviluppare il sistema di pianificazione e controllo strategico integrato con il sistema di budget e controllo di gestione																		
		8.2.6	Migliorare i sistemi di valutazione delle performance organizzative ed individuali.																		
8.3 Sostenibilità delle operations	8	8.2.7	Sviluppare il POLA (Piano Organizzativo del Lavoro Agile)																		
		8.2.8	Migliorare l'organizzazione e sviluppare le funzioni dei servizi di supporto amministrativi/tecnici e sanitari																		
		8.3.1	Ottimizzare la gestione del magazzino centrale e dei magazzini periferici																		
		8.3.2	Migliorare il processo di approvvigionamento di beni, servizi ed attrezzature																		
		8.3.3	Sviluppare le operations a supporto della produzione (Piasta oncologica, Blocchi operatori, Ciclotrone, Biobanca, Anatomia patologica, Laboratori IDMO, ...)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	

AREA STRATEGICA	Peso % area strategica	Codice OS	OBIETTIVI STRATEGICI	Dipartimento Oncologia	Dipartimento Oncologia	Dipartimento Traslazionale e Servizi	Dipartimento Traslazionale e Servizi	Dipartimento Traslazionale e Servizi	Dipartimento Traslazionale e Servizi	Dipartimento Traslazionale e Servizi	Dipartimento Imaging e Fisica Sanitaria	Dipartimento Imaging e Fisica Sanitaria	Dipartimento Imaging e Fisica Sanitaria	Dipartimento Imaging e Fisica Sanitaria		Area Amministrativa	Area Amministrativa	
				094700 - CF - ONCOLOGIA 3	094800 - CF - UOC ONCOEMATOLOGIA	000015 - UOC ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA	090200 - UOC IMMUNOLOGIA E DIAGN. MOLECOLARE ONCOL.	090220 - UOSD ONCOLOGIA DI BASE SPERIMENTALE E TRASLAZIONALE	091309 - UOC TERAPIA DEL DOLORE E CURE PALLIATIVE (CON HOSPICE)	091700 - UOC FARMACIA	090400 - UOC RADIOLOGIA SENOLOGICA	UOS Radiologia	090500 - UOSD RADIOTERAPIA	090800 - UOC FISICA SANITARIA	094600 - CF - UOC MEDICINA NUCLEARE	091320 - UOC DIREZIONE MEDICA	091402 - UOS CONTABILITA' E BILANCIO	091405 - UOC PROVVEDIMENTO, ECONOMATO E GESTIONE DELLA LOGISTICA
1. PROMOZIONE E PREVENZIONE	5	1.1	Sviluppare azioni per contribuire a diffondere la conoscenza delle cause di rischio	X	X	X	X	X			X	X			X			
		1.2	Contribuire al miglioramento degli stili di vita	X	X	X	X	X			X	X			X			
2. PAZIENTI IN FASE ATTIVA (ACUTI)	20	2.1	Aumentare la personalizzazione delle terapie	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
		2.2	Applicare i PDTA per patologia	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
		2.3	Promuovere l'adeguamento dei PDTA all'innovazione scientifica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
		2.4	Sviluppare l'offerta diagnostica, assistenziale e di chirurgia specialistica nei pazienti in fase acuta	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
3. PAZIENTI CRONICI	10	3.1	Potenziare l'integrazione H/T	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
		3.2	Applicare i PDTA per patologia	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
		3.3	Attivare un protocollo di "second opinion" (trasversale)	X	X										X			
		3.4	Sviluppare l'offerta diagnostica, assistenziale e di chirurgia specialistica nei pazienti in fase cronica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
4. CURE PALLIATIVE	5	4.1	Potenziare l'integrazione H/T	X	X					X					X			
		4.2	Avviare nuovi servizi							X								
		4.3	Sviluppare l'offerta assistenziale nei pazienti delle cure palliative							X								
5. RICERCA 5.1 Ricerca clinica	7	5.1.1	Promuovere e potenziare lo sviluppo della R.C. in tutte le UU.OO. sanitarie	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
		5.1.2	Assicurare la qualità delle attività di r.c.															
		5.1.3	Integrare la ricerca clinica con la ricerca traslazionale	X	X		X	X										
5.2 Ricerca Basic/Traslazionale	7	5.2.1	Potenziare la ricerca sui meccanismi patogenetici del cancro				X	X										
5.3 R. clinica e R. Traslazionale	6	5.3.1	Sviluppare l'attività di supporto alla ricerca											X				
		5.3.2	Aumentare i fondi per la ricerca indipendente	X	X													
6. QUALITÀ, FORMAZIONE E COMUNICAZIONE 6.1 QUALITÀ	4	6.1.1	Aumentare il patient empowerment/engagement	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
		6.1.2	Omogeneizzare le procedure e i servizi tra le sedi di Padova e Castelfranco Veneto	X	X	X				X	X		X	X				
		6.1.3	Sviluppare le competenze degli operatori sanitari sulla cultura della segnalazione di eventi avversi e di near miss	X	X	X	X			X	X	X	X	X	X			
		6.1.4	Migliorare il clima organizzativo interno												X	X	X	
6.2 FORMAZIONE	4	6.2.1	Garantire il supporto formativo ai ricercatori per il reperimento di materiale bibliografico, l'interrogazione dei database e l'accesso alle risorse bibliografiche (per promuovere la ricerca scientifica)															
		6.2.3	Incrementare la tipologia formativa e la conseguente offerta del provider 33															
6.3 COMUNICAZIONE	4	6.3.1	Migliorare la divulgazione scientifica e la comunicazione istituzionale															
		6.3.2	Incrementare la comunicazione orientata alla raccolta fondi	X	X			X										
		6.3.3	Migliorare la comunicazione nella gestione delle crisi															
7. DIFFUSIONE DELLA CULTURA DELL'ETICA E DELLA LEGALITÀ E AUMENTO DELLA TRASPARENZA vs. GLI STAKEHOLDERS	4	7.1	Migliorare la trasparenza dell'Istituto in coerenza con il Piano della performance											X	X	X		
		7.2	Prevenire i rischi corruttivi												X	X	X	
		7.3	Promuovere l'allineamento dei comportamenti al Codice di comportamento dell'Istituto	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
8. SOSTENIBILITÀ ECONOMICO-FINANZIARIA, DEI SISTEMI GESTIONALI e delle OPERATIONS (GOVERNANCE INTERNA) 8.1 Sostenibilità economico-finanziaria	8	8.1.1	Mantenere/migliorare l'equilibrio di Bilancio	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
		8.1.2	Mantenere/migliorare la performance degli indicatori di bilancio più significativi													X	X	
		8.1.3	Rispettare i tempi di pagamento								X					X	X	X
		8.1.4	Garantire il rispetto della tempistica da parte di tutte le Unità Operative coinvolte nel processo di programmazione e rendicontazione economico-finanziaria								X					X	X	X
8.2 Sostenibilità dei sistemi gestionali	8	8.2.1	Promuovere l'interoperabilità tra sistemi informativi													X	X	
		8.2.2	Completare il DWH dell'Istituto															
		8.2.3	Rendere autonomo l'Istituto nella gestione del proprio sistema informativo												X	X	X	
		8.2.4	Razionalizzare le fonti informative	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
		8.2.5	Sviluppare il sistema di pianificazione e controllo strategico integrato con il sistema di budget e controllo di gestione															
		8.2.6	Migliorare i sistemi di valutazione delle performance organizzative ed individuali.													X		
8.3 Sostenibilità delle operations	8	8.2.7	Sviluppare il POLA (Piano Organizzativo del Lavoro Agile)															
		8.2.8	Migliorare l'organizzazione e sviluppare le funzioni dei servizi di supporto amministrativi/tecnici e sanitari												X	X	X	
		8.3.1	Ottimizzare la gestione del magazzino centrale e dei magazzini periferici								X							X
8.3.2	8	8.3.2	Migliorare il processo di approvvigionamento di beni, servizi ed attrezzature														X	
		8.3.3	Sviluppare le operations a supporto della produzione (Piastre oncologica, Blocchi operatori, Ciclotrone, Biobanca, Anatomia patologica, Laboratori IDMO, ...)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			

AREA STRATEGICA	Peso % area strategica	Codice OS	OBIETTIVI STRATEGICI	Area Amministrativa	Area Amministrativa	Area Amministrativa	Area Amministrativa	Area Amministrativa	Direzione Scientifica	Direzione Scientifica	Direzione Scientifica	Direzione Scientifica	Staff Direzione Generale	Staff Direzione Generale	Staff Direzione Generale	Staff Direzione Sanitaria	Staff Direzione Sanitaria	Staff Direzione Sanitaria	091270 - ROV	
				UOS SERVIZIO TECNICO	091410 - UOS SISTEMI INFORMATIVI	091423 - UOC AFFARI GENERALI	091424 - UOC GESTIONE RISORSE UMANE	091504 - UOS CONTROLLO DI GESTIONE	091603 - UOSD UNITA' DI RICERCA CLINICA	099890 - UOS GESTIONE AMMINISTRATIVA DELLA RICERCA E DELLE SPERIMENTAZIONI CLINICHE	PATIENT EDUCATION	ALTRI UFFICI IN STAFF ALLA DIREZIONE SCIENTIFICA	UFFICIO MARKETING	UFFICIO FORMAZIONE	ALTRI UFFICI IN STAFF ALLA DIREZIONE GENERALE	PROFESSIONI SANITARIE	UFFICIO RISCHIO CLINICO	ALTRI UFFICI IN STAFF ALLA DIREZIONE SANITARIA		
1. PROMOZIONE E PREVENZIONE	5	1.1	Sviluppare azioni per contribuire a diffondere la conoscenza delle cause di rischio																	
		1.2	Contribuire al miglioramento degli stili di vita																	
2. PAZIENTI IN FASE ATTIVA (ACUTI)	20	2.1	Aumentare la personalizzazione delle terapie																	
		2.2	Applicare i PDTA per patologia																	
		2.3	Promuovere l'adeguamento dei PDTA all'innovazione scientifica																	X
		2.4	Sviluppare l'offerta diagnostica, assistenziale e di chirurgia specialistica nei pazienti in fase acuta																	
3. PAZIENTI CRONICI	10	3.1	Potenziare l'integrazione H/T																	
		3.2	Applicare i PDTA per patologia																	
		3.3	Attivare un protocollo di "second opinion" (trasversale)																	
		3.4	Sviluppare l'offerta diagnostica, assistenziale e di chirurgia specialistica nei pazienti in fase cronica																	
4. CURE PALLIATIVE	5	4.1	Potenziare l'integrazione H/T																	
		4.2	Avviare nuovi servizi																	
		4.3	Sviluppare l'offerta assistenziale nei pazienti delle cure palliative																	
5. RICERCA 5.1 Ricerca clinica	7	5.1.1	Promuovere e potenziare lo sviluppo della R.C. in tutte le UU.OO. sanitarie						X		X	X								
		5.1.2	Assicurare la qualità delle attività di r.c.						X			X								
		5.1.3	Integrare la ricerca clinica con la ricerca traslazionale						X			X								
5.2 Ricerca Basic/Traslazionale	7	5.2.1	Potenziare la ricerca sui meccanismi patogenetici del cancro																	
5.3 R. clinica e R. Traslazionale	6	5.3.1	Sviluppare l'attività di supporto alla ricerca			X			X	X	X				X					
		5.3.2	Aumentare i fondi per la ricerca indipendente								X									
6. QUALITÀ, FORMAZIONE E COMUNICAZIONE 6.1 QUALITÀ	4	6.1.1	Aumentare il patient empowerment/engagement								X									
		6.1.2	Omogeneizzare le procedure e i servizi tra le sedi di Padova e Castelfranco Veneto																	
		6.1.3	Sviluppare le competenze degli operatori sanitari sulla cultura della segnalazione di eventi avversi e di near miss												X	X				
		6.1.4	Migliorare il clima organizzativo interno				X											X		
6.2 FORMAZIONE	4	6.2.1	Garantire il supporto formativo ai ricercatori per il reperimento di materiale bibliografico, l'interrogazione dei database e l'accesso alle risorse bibliografiche (per promuovere la ricerca scientifica)								X		X							
		6.2.3	Incrementare la tipologia formativa e la conseguente offerta del provider 33								X		X							
6.3 COMUNICAZIONE	4	6.3.1	Migliorare la divulgazione scientifica e la comunicazione istituzionale								X	X								
		6.3.2	Incrementare la comunicazione orientata alla raccolta fondi								X	X								
		6.3.3	Migliorare la comunicazione nella gestione delle crisi									X	X				X			
7. DIFFUSIONE DELLA CULTURA DELL'ETICA E DELLA LEGALITÀ E AUMENTO DELLA TRASPARENZA vs. GLI STAKEHOLDERS	4	7.1	Migliorare la trasparenza dell'Istituto in coerenza con il Piano della performance	X	X	X	X	X		X			X				X			
		7.2	Prevenire i rischi corruttivi	X	X	X	X	X	X	X										
		7.3	Promuovere l'allineamento dei comportamenti al Codice di comportamento dell'Istituto	X	X	X	X	X	X	X						X				
8.1 Sostenibilità economico-finanziaria	8	8.1.1	Mantenere/migliorare l'equilibrio di Bilancio	X		X	X	X	X	X										
		8.1.2	Mantenere/migliorare la performance degli indicatori di bilancio più significativi	X	X	X	X	X												
		8.1.3	Rispettare i tempi di pagamento	X							X									
		8.1.4	Garantire il rispetto della tempistica da parte di tutte le Unità Operative coinvolte nel processo di programmazione e rendicontazione economico-finanziaria	X	X	X	X	X		X										
8.2 Sostenibilità dei sistemi gestionali	8	8.2.1	Promuovere l'interoperabilità tra sistemi informativi		X	X	X	X		X										
		8.2.2	Completare il DWH dell'Istituto		X			X												
		8.2.3	Rendere autonomo l'Istituto nella gestione del proprio sistema informativo	X	X	X	X	X		X										
		8.2.4	Razionalizzare le fonti informative		X			X												
		8.2.5	Sviluppare il sistema di pianificazione e controllo strategico integrato con il sistema di budget e controllo di gestione					X												
		8.2.6	Migliorare i sistemi di valutazione delle performance organizzative ed individuali.				X	X								X				
		8.2.7	Sviluppare il POLA (Piano Organizzativo del Lavoro Agile)				X									X				
		8.2.8	Migliorare l'organizzazione e sviluppare le funzioni dei servizi di supporto amministrativi/tecnici e sanitari	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X	X	X		
8.3 Sostenibilità delle operations	8	8.3.1	Ottimizzare la gestione del magazzino centrale e dei magazzini periferici	X	X															
		8.3.2	Migliorare il processo di approvvigionamento di beni, servizi ed attrezzature	X	X					X										
		8.3.3	Sviluppare le operations a supporto della produzione (Piastre oncologica, Blocchi operatori, Ciclotrone, Biobanca, Anatomia patologica, Laboratori IDMO, ...)		X			X												



Regione del Veneto

Istituto Oncologico Veneto

Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Piano Operativo Lavoro Agile

Allegato al Piano della Performance 2021-2023 (allegato B)

(art. 10, comma 1, lett. a, del D. Lgs. n. 150/2009)

Scheda del piano

DENOMINAZIONE	Piano operativo di lavoro agile per dipendenti dell'area tecnico/amministrativa
OBIETTIVO	Si intende sviluppare un nuovo modello organizzativo e culturale di organizzazione del lavoro aziendale, riorganizzare le attività, gli spazi di lavoro, conciliare i tempi lavoro/famiglia, in base alle indicazioni in materia di lavoro agile regionali/nazionali. Realizzazione di piano operativo di lavoro agile per dipendenti dell'area tecnico/amministrativa compatibilmente con le potenzialità organizzative e l'effettività del servizio erogato.
NORMATIVA DI RIFERIMENTO	Legge 81/2017 Lavoro agile D.L. n.18 del 17.03.2020 e D.L. 34 del 19.05.2020 L. n.77/2020 DPCM 19.10.2020 e DPCM 24.10.2020
INDICATORE	Avvio del progetto lavoro agile.
VALORE ATTESO	Mantenimento del valore del 60% di personale amministrativo in regime di lavoro agile.

Sommario

Introduzione	4
1. Attuazione	5
2. Salute.....	5
2.1 Salute organizzativa	5
2.2 Salute professionale	8
2.3 Salute digitale.....	9
2.4 Salute economico-finanziaria.....	10
3. Programma di sviluppo futuro	11
Conclusioni	11

Introduzione

La fase emergenziale a fronte della pandemia da Covid 19 che caratterizza questo momento storico ha richiesto alle Pubbliche Amministrazioni di investire maggiore impegno e risorse nell'individuare e adottare nuove forme di gestione del lavoro.

Il lavoro agile è stato definito per la prima volta nella Legge 22 maggio 2017, n. 81¹ quale “modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti, anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro, con il possibile utilizzo di strumenti tecnologici per lo svolgimento dell'attività lavorativa” (art. 18).

Nel concreto, ciò significa spostare l'attenzione dall'organizzazione del luogo, del tempo e delle modalità impiegate, al raggiungimento degli obiettivi assegnati e agli strumenti a ciò previsti. Questo cambio di prospettiva richiede, al lavoratore, l'impegno a dimostrare autonomia nell'organizzazione del lavoro e responsabilizzazione verso i risultati, mentre all'amministrazione, la capacità di individuare e organizzare modelli organizzativi flessibili, nonché di programmazione, coordinamento, monitoraggio ed adozione di eventuali azioni correttive.

Il POLA costituisce la sezione del Piano della performance dedicata ai processi di innovazione da mettere in atto sul piano amministrativo ai fini della programmazione e della gestione del lavoro agile, e prevede un'applicazione progressiva e graduale, sulla base di un programma di sviluppo nell'arco temporale di un triennio e da rinnovare annualmente.

Il Decreto legge 19 maggio 2020, n. 34² ha specificato, tra l'altro, che tale strumento *definisce le modalità attuative del lavoro agile prevedendo, per le attività che possono essere svolte in modalità agile, che almeno il 60 per cento dei dipendenti possa avvalersene, garantendo che gli stessi non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera, e definisce, altresì, le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale, anche dirigenziale, e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati*

¹ Legge 22 maggio 2017, n. 81 “Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato”.

² “Decreto legge 19 maggio 2020, n. 34 “Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID- 19”.

conseguiti, anche in termini di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi, nonché della qualità dei servizi erogati.

Il presente Piano è redatto secondo quanto previsto dal citato art. 263, comma 4-bis, seguendo le “linee guida sul Piano Organizzativo del lavoro Agile (POLA) e indicatori di performance” emanate dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione pubblica e potrà essere adeguato in caso di emanazione di nuove misure di carattere normativo e tecnico.

1. Attuazione

Allo scopo di contenere e gestire l'emergenza epidemiologica da COVID-19, questo Istituto, con delibera n. 175 del 12/03/2020, ha adottato il regolamento per la disciplina dello smart working, e dato avvio al lavoro agile.

2. Salute

2.1 Salute organizzativa

L'attivazione del lavoro agile è subordinata alla sottoscrizione dell'accordo individuale tra il dipendente e il datore di lavoro e ad una richiesta al Responsabile del Servizio precisando la/e giornata/e settimanale/i in cui intende svolgere l'attività in lavoro agile, l'indicazione dei luoghi di lavoro prevalenti in cui verrà svolta l'attività, la/le fascia/e oraria/e di contattabilità telefonica e la fascia di disconnessione dalle strumentazioni tecnologiche di lavoro e, laddove richiesta, le modalità di rendicontazione giornaliera delle attività. In caso di eventuali modifiche riguardanti il profilo professionale del dipendente o dell'attività svolta dal medesimo, la prosecuzione della prestazione in lavoro agile è condizionata alla sottoscrizione di un nuovo accordo individuale.

Il contratto è stato sottoscritto da 121 utenti su 999 dipendenti, cioè il 12,1% del totale. Il dato si riferisce al solo personale dipendente impegnato a tempo pieno o a tempo parziale (4/121).

L'applicazione di misure organizzative utili alla diffusione del lavoro agile, tenendo conto che la normativa vigente prevede che almeno il 60% dei dipendenti assegnati allo svolgimento di attività che possono essere rese a distanza possa avvalersi della modalità di prestazione lavorativa agile (art. 263, comma 4 bis, del D.L. n. 34/2020), richiede un'analisi delle attività che possono essere svolte da remoto, ovvero quelle che il dipendente può eseguire in modalità di lavoro agile qualora sussistano i seguenti requisiti:

a) è possibile delocalizzare, almeno in parte, le attività allo stesso assegnate, senza che sia necessaria la costante presenza fisica nella sede di lavoro;

- b) è possibile utilizzare strumentazioni tecnologiche idonee allo svolgimento della prestazione lavorativa al di fuori della sede di lavoro;
- c) il dipendente gode di autonomia operativa ed ha, pertanto, la possibilità di organizzare autonomamente l'esecuzione della prestazione lavorativa;
- d) è possibile monitorare e valutare i risultati conseguiti.

Circa la distribuzione delle adesioni, l'85,1% è formato da femmine e il 14,9% è costituito da maschi. Di seguito la suddivisione tra i vari reparti dei dipendenti in smart working

Tabella 1 - Dipendenti in smart working per unità di appartenenza. Periodo Marzo-Dicembre 2020

REPARTO	n° dipendenti in smart working	Dipendenti	%
Ufficio accreditamenti e riconoscimento	3	6	50,0
Uoc affari generali	9	13	69,2
Contabilita' e bilancio	9	10	90,0
Controllo di gestione	3	3	100,0
Gestione risorse umane	12	15	80,0
Sistemi informativi	2	5	40,0
Provveditorato, economato e gest. Log.*	14,2	28	50,7
Chirurgia oncol. Tessuti molli peritoneo	1	1	100,0
Cf - chirurgia oncologica delle vie dige	1	1	100,0
Endoscopia digestiva	2	16	12,5
Farmacia	2	32	6,3
Fisica sanitaria	1	15	6,7
Oncologia medica 1	2	24	8,3
Oncologia medica 2	1	18	5,6
Radioterapia	1	52	1,9
Direzione amministrativa	1	2	50,0
Direzione generale	4	5	80,0
Direzione sanitaria	5	11	45,5
Cf - direzione medica	1	6	16,7
Professioni sanitarie	1	1	100,0
Direz.scientif.amministr.ricerca*	14,8	17	87,1
Unita' di ricerca clinica	15	17	88,2
Immunologia e diagnostica molecolare onc	16	48	33,3
Totale complessivo	121	346	35,0

* fino al 13/05/2020 due dipendenti hanno lavorato per la Direzione Scientifica Amministrativa, poi sono passati alla UOC Provveditorato, economato e gestione della logistica, per cui sono stati distribuiti tra le due unità in percentuale in base alla presenza in servizio

Al fine di monitorare le giornate di lavoro in sede e in smartworking, sul sistema di gestione informatizzata del personale, è stata introdotta un'apposita voce che giustifica le giornate svolte in modalità agile. Dall'analisi dei dati, è stato possibile avere un riscontro sulla frequenza effettiva delle giornate di smart working svolte nel periodo di riferimento, attestando il tasso al 12,1% e al 68% se si considera solo il personale amministrativo del comparto (vedi tabella 3).

Il numero medio di giorni in smart working per settimana di osservazione e per dipendente nel corso del 2020 è registrato in tre giornate a settimana nel primo mese di attivazione dello smart working, per diminuire progressivamente arrivando a meno di 2 giorni a settimana.

Nello specifico, la suddivisione dei dipendenti che hanno usufruito del lavoro agile con strumenti di lavoro propri o messi a disposizione dell'Ente, suddivisi nelle diverse unità operative, è stata la seguente:

Tabella 2 – Numero giornate di smart working. Periodo Marzo-Dicembre 2020

REPARTO	n° dipendenti in smart working	gg lavorate
Ufficio accreditamenti e riconoscimento	3	110
Uoc affari generali	9	348
Contabilita' e bilancio	9	265
Controllo di gestione	3	196
Gestione risorse umane	12	409
Sistemi informativi	2	77
Provveditorato, economato e gest. Log.*	14,2	622
Chirurgia oncol. Tessuti molli peritoneo	1	45
Cf - chirurgia oncologica delle vie dige	1	61
Endoscopia digestiva	2	55
Farmacia	2	79
Fisica sanitaria	1	8
Oncologia medica 1	2	60
Oncologia medica 2	1	136
Radioterapia	1	88
Direzione amministrativa	1	76
Direzione generale	4	316
Direzione sanitaria	5	499
Cf - direzione medica	1	6
Professioni sanitarie	1	65
Direz.scientif.amministr.ricerca*	14,8	781
Unita' di ricerca clinica	15	875
Immunologia e diagnostica molecolare onc	16	406
Totale complessivo	121	5.583

Tabella 3 - Distribuzione del personale in smart working per ruolo. Marzo-Dicembre 2020

RUOLO	Dipendenti in smart working	tot. dipendenti	%
Amministrativo comparto	70	103	68,0%
Amministrativo dirigenza	1	5	20,0%
Sanitario comparto	47	529	8,9%
Tecnico comparto	2	141	1,4%
Tecnico dirigenza	1	2	50,0%
Sanitario dirigenza medica	0	176	0
Sanitario dirigenza non medica	0	37	0
Professionale dirigenza	0	2	0
Incarico direttore	0	4	0
Totale	121	999	12,1%

Per quanto riguarda gli effetti di questa organizzazione, la rotazione del personale in sede ha garantito tempi adeguati di risposta agli altri servizi, consentendo il controllo sui risultati e una migliore programmazione delle attività attraverso incontri periodici con il proprio personale.

2.2 Salute professionale

La salute professionale è strettamente legata al tema della formazione del personale: essa deve essere sempre orientata alle esigenze di servizio e al miglioramento della prestazione lavorativa, nonché al possibile mutamento organizzativo generale.

Lo sviluppo dello smart working è fondato su una cultura orientata ai risultati e su una valutazione legata alle reali performance; ciò richiede, tra le altre cose, un forte impulso alla crescita professionale dei Responsabili e dei dipendenti ad assumere nuove competenze, come previsto all'art. 263, comma 3, del D.L. n. 34/2020.

La valutazione del miglioramento della quantità e della qualità delle competenze è misurabile per mezzo dei valori dei risultati della performance organizzativa e individuale: ad oggi è ancora in corso di definizione per l'anno 2020, ciò nonostante, dalle prime analisi, si constata che non vi è alcuna Unità Operativa che abbia conseguito un risultato negativo con riferimento agli obiettivi assegnati.

L'elemento essenziale della *formazione* rileva anzitutto la necessità di “abilitare” i dipendenti a gestire il lavoro agile. In questo senso la formazione si è mossa principalmente su due direttrici:

1. acquisizione di nuove competenze tecniche (ad esempio, una parte del personale dei Sistemi Informativi è stata formata per la gestione dell'infrastruttura e dei ticket di assistenza, o ancora, si è agito per la realizzazione e la diffusione di manuali d'uso per l'installazione del client necessario alla fruizione di nuovi ambienti virtuali);
2. sviluppo di soft skills (si pensi al lavoro di squadra e condivisione sviluppato tramite videoconferenza, di miglioramento nella gestione del tempo, dello stress, etc.)

Queste linee di formazione sono state valide, sia pure con modalità precise e differenziate, per i dipendenti delle singole categorie, per i responsabili di posizione organizzativa, per i dirigenti. Per questi ultimi è stata promossa altresì una formazione più specifica sul lato “manageriale”, per rinnovare anche le qualità di gestione del proprio personale.

Gli aspetti positivi riscontrati conseguenti all’adozione di queste misure sono:

- organizzazione del lavoro per progetti, con maggiore responsabilizzazione del personale;
- maggiore flessibilità nell’orario di lavoro
- minore stress dovuto allo spostamento casa-lavoro e viceversa
- incremento del livello tecnologico in azienda
- incremento del livello di sicurezza informatica
- miglioramento benessere personale-familiare

2.3 Salute digitale

La realizzazione della PA Digitale costituisce, pertanto, un nuovo approccio al lavoro per favorire una maggiore flessibilità e un maggior benessere individuale, senza discapito dei risultati.

La promozione dello smart working implica un’attenzione particolare ai temi della disponibilità – capacità di disporre in tempi brevi di strumenti informatici smart (telefoni cellulari, tablet, pc portatili, etc) e quello della sicurezza informatica, al fine di garantire un accesso sicuro alle informazioni relative al proprio lavoro da qualunque luogo.

La disponibilità limitata di tali strumenti (notebook consegnati: n°38) ha reso necessario, soprattutto nella fase di avvio, sviluppare i processi digitali esistenti per dare la possibilità di usare i dispositivi personali dei dipendenti fuori dal posto di lavoro, investendo altresì nella sicurezza informatica. Sono state ricevute n° 67 richieste di abilitazione da parte del personale di area amministrativa e n° 44 richieste di area clinica.

Al fine di supportare efficacemente forme di lavoro collaborativo e di mettere in comunicazione tra loro team virtuali, sul piano delle infrastrutture, sono state effettuate le seguenti attività:

- Acquisizione e configurazione host per ospitare le macchine virtuali;
- Acquisizione delle relative licenze per la gestione delle macchine virtuali concorrenti.

Qui di seguito si riportano alcune delle altre misure tecnologiche adottate al fine di proteggere documenti e informazioni trattati dal dipendente in smart working da attacchi informatici esterni e di consentire al lavoratore agile la comunicazione sicura da remoto:

- adozione sistemi di accesso sicuro dall'esterno di virtualizzazione desktop e utilizzo in rete degli applicativi;
- utilizzo di software e licenze per potenziare la flessibilità e l'efficacia del lavoro da remoto;
- acquisizione hardware dedicati (diffusione webcam e microfono);
- disponibilità di accessi sicuri dall'esterno agli applicativi ed ai dati di interesse per l'esecuzione del lavoro, con l'utilizzo di opportune tecniche di criptazione dati;
- funzioni applicative di conservazione dei dati e prodotti intermedi del proprio lavoro per i dipendenti che lavorano dall'esterno;
- disponibilità di applicativi software che permettono al lavoratore di lavorare su una fase del processo, lasciando all'applicativo la gestione dell'avanzamento del lavoro da parte di soggetti diversi, nel caso di flussi procedurali che prevedono il coinvolgimento di più attori;
- procedura automatizzate per la profilazione degli utenti, con gestione dei ruoli e delle abilitazioni;
- tracciatura degli accessi ai sistemi e agli applicativi;
- adozione di un nuovo Sistema di protocollo informatico per favorire la digitalizzazione dei documenti;
- Presenza di un DPO (Data Protection Officer), previsto dal Regolamento UE 2016/679 per la protezione del patrimonio informativo aziendale.

2.4 Salute economico-finanziaria

Si stima un importo complessivo € 80.000 per costi ed investimenti derivanti dagli interventi necessari per l'attuazione dei punti sopra descritti in precedenza (acquisto supporti hardware e

infrastrutture digitali, digitalizzazione di processi-progetti, e sviluppo nuove modalità erogazione dei servizi).

3. Programma di sviluppo futuro

La scelta sulla progressività e sulla gradualità dello sviluppo del lavoro agile è rimessa all'Amministrazione, che deve programmarne l'attuazione tramite il presente Piano.

In questa sezione del Piano vengono definiti gli obiettivi e gli indicatori di programmazione organizzativa del lavoro agile:

Obiettivi	Indicatori
Miglioramento della salute organizzativa	Revisione dei modelli di lavoro in funzione di un approccio agile all'organizzazione; Migliorare la reperibilità telefonica; Fornire più pc portatili e telefoni cellulari; Possibilità di usufruire della ½ giornata.
Miglioramento della salute professionale	Semplificazione e digitalizzazione dei processi e dei servizi amministrativi
Miglioramento della salute digitale	Percorsi di sensibilizzazione e informazione; Percorsi di aggiornamento dei dipendenti; Migliorare il collegamento da remoto, a volte il sistema è sovraccarico e richiede tempo; Installazione licenze di office perché open office non è adatto all'elaborazione di grandi quantità di dati
Miglioramento della salute economico-finanziaria	Inserimento di finanziamenti e di risorse per il lavoro agile nel bilancio di previsione

Conclusioni

Risulta di fondamentale importanza promuovere la formazione continua per sviluppare una cultura condivisa del lavoro agile.