

Relazione sulla performance 2013



Relazione sugli obiettivi art. 10, comma 1,
lettera b) del D. Lgs. n. 150/2009

Istituto Oncologico
Veneto

Via Gattamelata, 64-
35128 Padova

Tel. 049 821.5774

Fax 049 821.5976

Presentazione della Relazione

In ottemperanza a quanto disposto dall'art. 3 del D. Lgs. n. 150 del 27/10/2009, le Pubbliche Amministrazioni (P.A.) devono adottare metodi e strumenti idonei a misurare, valutare e premiare la *performance* individuale e quella organizzativa. La Relazione sulla *Performance*, prevista dall'art. 10 co.1 lett. b) del medesimo decreto costituisce lo strumento mediante il quale l'Amministrazione illustra sinteticamente, a cittadini e *stakeholders* esterni in genere, i risultati organizzativi ed individuali raggiunti, rispetto ai singoli obiettivi programmati e alle risorse, con la rilevazione degli eventuali scostamenti registrati nel corso dell'anno, e delle cause, nonché le misure correttive da adottare, concludendo, in tal modo, il ciclo di gestione della *performance*. Essa costituisce lo strumento integrato di comunicazione dell'IRCCS, mediante il quale fornire un quadro completo ed unitario del proprio andamento agli *stakeholder* di riferimento. Per la redazione della stessa, questa amministrazione si è attenuta alle Linee guida definite dalla delibera n.5/2012 della CIVIT.

Come sopra anticipato, la Relazione costituisce la chiusura del ciclo della *performance* 2013, iniziato con l'aggiornamento del precedente Documento delle Direttive triennale dell'Istituto e con il recepimento degli obiettivi stabiliti, con DGRV 1237/2013, dalla Regione Veneto per l'anno 2013, e proseguito con le linee di indirizzo assegnate, durante gli incontri di monitoraggio con i responsabili delle unità operative, alle singole strutture e finalizzate al perseguimento degli obiettivi generali d'istituto sopra richiamati.

La Relazione, conoscibile on line sul sito dell'Istituto, deve contenere anche il bilancio di genere realizzato dall'amministrazione, la valutazione delle attività e gli eventuali risparmi sui costi di funzionamento derivanti dai processi di ristrutturazione e riorganizzazione.

I risultati organizzativi ed individuali raggiunti serviranno per il processo di valutazione del personale e, di conseguenza, per la ripartizione delle risorse derivanti dai fondi contrattuali stabiliti con le Organizzazioni Sindacali.

Ai sensi dell'art.14 co.4 lettera c) e co. 6 del D. Lgs 150/2009 la relazione viene sottoposta per la validazione all'Organismo Indipendente di Valutazione, i cui componenti sono stati nominati con deliberazione del Direttore Generale n°277 del 1/08/2013, quale condizione inderogabile per l'accesso agli strumenti premianti di cui al Titolo III dello stesso.

PRESENTAZIONE DELLA RELAZIONE	2
1 SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI ALTRI STAKEHOLDER ESTERNI	4
1.1 IL CONTESTO ESTERNO DI RIFERIMENTO	4
1.2 L'AMMINISTRAZIONE.....	5
1.3 I RISULTATI RAGGIUNTI.....	8
1.4 CRITICITÀ ED OPPORTUNITÀ	8
2 OBIETTIVI: RISULTATI RAGGIUNTI E SCOSTAMENTI	10
2.1 <i>L'ALBERO DELLE PERFORMANCE: OBIETTIVI STRATEGICI ED OBIETTIVI OPERATIVI</i>	10
2.2 OBIETTIVI INDIVIDUALI.....	21
2.2.1 SINTESI DELLE VALUTAZIONI ESPRESSE PERFORMANCE INDIVIDUALE ANNO 2013	21
2.2.2 SINTESI DELLE VALUTAZIONI AREA COMPARTO.....	22
2.2.3 SINTESI DELLE VALUTAZIONI AREA DIRIGENZA	28
2.2.4 CONFRONTO CON LE VALUTAZIONI ESPRESSE L'ANNO PRECEDENTE	32
3 RISORSE, EFFICIENZA ED ECONOMICITÀ.....	33
4 PARI OPPORTUNITÀ E BILANCIO DI GENERE.....	34
5 IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE.....	35
5.1 FASI, SOGGETTI, TEMPI E RESPONSABILITÀ	35
5.2 PUNTI DI FORZA E DI DEBOLEZZA DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE	35

1 Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli altri stakeholder esterni

1.1 Il contesto esterno di riferimento

La L. n.135 del 7 agosto 2012 "Conversione in legge, con modificazioni, del D.L. 6 luglio 2012, n.95, recante disposizioni urgenti per la spesa pubblica con invarianza dei servizi offerti ai cittadini" (spending review), nel richiamare le disposizioni vigenti in materia di piani di rientro dei disavanzi sanitari, ha posto vincoli molto restrittivi relativamente alle misure per riequilibrare il settore sanitario, tra i quali:

- la determinazione del tetto della farmaceutica ospedaliera, al netto della spesa per i farmaci di classe A in distribuzione diretta e per conto, della spesa per i vaccini e per le preparazioni magistrali ed officinali effettuate nelle farmacie ospedaliere (art. 15 co.4-5);
- l'onere a carico delle Regioni del superamento del tetto di spesa per la farmaceutica ospedaliera (art. 15 co.7);
- la riduzione delle dotazioni organiche delle P.A. e la limitazione delle assunzioni (art. 2);
- la riduzione dell'importo e dei volumi d'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati (art. 15 co.14).

In questo contesto l'Istituto Oncologico Veneto ha adottato le proprie linee di indirizzo nel rispetto dei riferimenti normativi di seguito riportati:

- D. Lgs n. 150 del 27/10/2009 "Attuazione della Legge 4 marzo 2009, n.15 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni", delibera CIVIT n. 112/2010 che norma il ciclo di gestione delle performance, DGRV n. 2205 del 6/11/2012 "Linee di indirizzo in materia di misurazione e valutazione dei dipendenti del Servizio Sanitario Regionale ed in materia di trasparenza;
- D. Lgs 118 del 23/06/2011 "Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli artt. 1 e 2 della L. n. 42 del 5/05/2009;
- Il succitato D.L. n. 95 del 6/7/2012 convertito con modificazioni dalla L. n. 135 del 7/08/2012 (spending review) che con la L. 228 del 24/12/2012 (Legge di stabilità 2013) definisce il quadro della finanza pubblica per il prossimo triennio;
- L. n. 190/2012 recante le "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione"

- PSSR 2012-2016 approvato con L.R. n.23 del 29/06/2012, come modificato dalla L.R. n. 46 del 3/12/2012;
- DGR 154/CR del 24/12/2012 di riparto provvisorio delle ASL delle risorse finanziarie per l'erogazione dei LEA per gli esercizi 2013-2015 e DGR 2358 del 16/12/2013, con l'assegnazione definitiva alle Aziende Sanitarie del Veneto delle risorse finanziarie per l'erogazione dei LEA per l'esercizio 2013;
- DGR 2864/2012 "Direttive alle Aziende ULSS ed Ospedaliere e all'IRCCS Istituto Oncologico Veneto per la predisposizione del Bilancio Preventivo Economico Annuale;
- D. Lgs. n. 33 del 14/03/2013 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle P.A.;
- DGR n.693/2013 "Determinazione delle pesature delle determinazioni dei soggetti coinvolti nel procedimento di valutazione annuale dei D.D.G.G. delle aziende ULSS, Ospedaliere e dell'IRCCS Istituto Oncologico Veneto", che fissa la pesatura delle valutazioni dei Direttori Generali delle aziende ULSS ed Ospedaliere e dello IOV per i soggetti coinvolti nel procedimento di valutazione annuale, stabilendo, in particolare per le Aziende Ospedaliere e lo IOV, l'80% di competenza della Giunta Regionale per la garanzia dei livelli essenziali di assistenza nel rispetto dei vincoli di bilancio e il 20% di competenza della competente Commissione del Consiglio Regionale per il rispetto della programmazione regionale;
- DGRV 1237/2013 "Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le aziende ULSS del Veneto, l'Azienda Ospedaliera di Padova, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Integrata di Verona e l'IRCCS Istituto Oncologico Veneto anno 2013.

1.2 L'amministrazione

L'Istituto Oncologico Veneto (di seguito denominato IOV) è un istituto a indirizzo oncologico che opera in tale campo quale Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) di diritto pubblico (D.Lgs. 288/2003).

Lo IOV, sulla base della legge regionale istitutiva (n.26 del 22 dicembre 2005) è un Ente a rilevanza nazionale dotato di autonomia e personalità giuridica di diritto pubblico che, secondo standard di eccellenza, persegue finalità di ricerca prevalentemente clinica e traslazionale nel campo biomedico e in quello dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari, effettuando prestazioni di ricovero e cura anche di alta specialità.

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

La Regione ha promosso il riconoscimento dell'Istituto quale istituto di ricovero e cura a carattere scientifico nella disciplina Oncologia ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 26 ottobre 2003, n. 288. Il Ministero della Salute, con decreto del 18 marzo 2005, adottato d'intesa con il Presidente della Regione del Veneto, ha riconosciuto il carattere scientifico dell'Istituto, successivamente riconfermato con la periodicità e le modalità previste dall'art. 15 del medesimo decreto.

I dati di attività, le principali voci di costo e la dotazione di personale, relative all'ultimo biennio, sono riportati nelle tabelle che seguono.

Attività	Anno 2012	Anno 2013
<i>Numero Ricoveri Ordinari</i>	2.416	2.691
<i>Numero Ricoveri Diurni</i>	3.058	2.958
TOT	5.474	5.649
<i>Peso Medio DRG ordinari</i>	1,13	1,15
<i>Degenza Media ricoveri ordinari</i>	6,33	6,20
<i>Valore attività di ricovero(€) complessiva</i>	14.687.214	16.035.006
<i>Attrattività extra Regione (RO+DH)</i>	15,2%	17,2%
<i>Numero prestazioni specialistiche per esterni</i>	434.285	504.882
<i>Numero pazienti esterni</i>	62.176	59.472
<i>Numero chemioterapie</i>	16.910	19.066
<i>Valore della Produzione</i>	75.260.969	79.658.633
<i>Costo della Produzione</i>	72.952.484	77.687.527
<i>File F</i>	13.931.909	18.453.399
<i>Costo farmaceutica (comprensivo della distribuzione diretta)</i>	17.107.620	21.282.982
<i>Costo del personale</i>	19.278.833	20.155.712

Personale	f.t.e. 2012	f.t.e. 2013
TOTALE	377,6	397,1
Sanitario	277,9	294,4
<i>Medici</i>	71	73,7
<i>Sanitari non medici</i>	19,7	22
<i>I.P.</i>	138,3	145,8
<i>TSRM</i>	48,9	52,8
Professionale	2	1
<i>Dirigenti</i>	2	1
<i>Comparto</i>	-	-
Tecnico	47,9	51,9
<i>Dirigenti</i>	1,7	1,7
<i>Comparto</i>	4	4
<i>OTA/OSS</i>	42,2	46,2
Amministrativo	49,8	49,8
<i>Dirigenti</i>	1	1
<i>Comparto</i>	48,8	48,8
<i>Co.Co.Co.</i>	73	75
<i>Borsisti</i>	64	57
<i>I.P.</i>	59	62

In particolare vengono segnalati:

- il ruolo *hub* nella rete oncologica regionale, attribuito allo IOV dal PSSR 2012-2016;
- la valutazione tecnico-farmaceutica delle preparazioni ai fini della riduzione del rischio clinico, nonché la diretta manipolazione dei farmaci citotossici per ottenere il preparato pronto alla somministrazione, con la Farmacia aziendale che verifica gli elementi normativi (adesione alle indicazioni da scheda tecnica dei singoli farmaci ed in associazione) e, nel caso di schemi particolari (es.: off label), verifica le condizioni di applicabilità rispetto alla letteratura associata o a specifici percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA);
- lo sviluppo della piattaforma volta alla ricerca delle cellule tumorali circolanti (CTC) in campioni di sangue periferico di pazienti neoplastici, tecnica all'avanguardia in Italia, che richiede un approccio tecnologicamente complesso, ma non invasivo, permettendo di prevedere il verificarsi del processo metastatico o almeno di anticiparne la scoperta rispetto all'evidenza. L'attività del 2013 ha prodotto circa 500 prestazioni;
- le procedure di diagnostica invasiva, come la ago biopsie guidate dall'imaging e le procedure terapeutiche, in particolare loco-regionali, quali alternative terapeutiche ai tradizionali trattamenti chirurgici e medici. In particolare si eseguono embolizzazioni, chemio-embolizzazioni e trattamenti di ablazione oltre alla gestione mini-invasiva delle complicanze cliniche post-chirurgiche. Nel 2013 sono state eseguite circa 800 prestazioni di chemioembolizzazione, 250 termoablazioni, 80 vertebroplastiche;
- i trattamenti loco-regionali quali la perfusione ipertermica antiblastica d'arto, efficace per le metastasi in transito, per le recidive non resecabili da melanoma e per i sarcomi non resecabili; la chirurgia citoriduttiva associata a chemioterapia intraperitoneale ipertermia utilizzata per il trattamento delle carcinosi peritoneali confinate alla cavità addominale e resecabili e costituente il "*gold standard*" per il trattamento del mesotelioma e dello pseudo mixoma peritoneale; l'elettrochemioterapia;
- la chirurgia mini invasiva con esofagectomia e linfadenectomia per via toracoscopica e laparoscopica (45 pazienti nel 2013 per la chirurgia mininvasiva dell'esofago toracico + 8 pazienti per esofagectomia totale con linfadenectomia estesa mediante toracosopia, *versus* una letteratura internazionale che considera ad alto volume centri che operano almeno 20 esofagectomie/anno)
- l'equipe chirurgica dedicata alla mammella con l'introduzione di tecniche di oncoplastica e l'uso intensivo del bisturi ad ultrasuoni (144 pazienti nel 2013).

1.3 I risultati raggiunti

L'attività programmata dallo IOV ha necessariamente risentito del D.L. n.895 del 6/07/2012 (spending review) e del richiamo della stessa alle disposizioni vigenti in materia di piani di rientro dai disavanzi sanitari a causa dei vincoli molto restrittivi necessari a riequilibrare il settore sanitario.

Nel dettaglio la Regione Veneto, ad inizio marzo 2014, ha fornito alle aziende Venete i dati riferiti al livello di raggiungimento degli obiettivi regionali assegnati ai Direttori Generali (DGRV 1237/2013). Nello specifico degli 80 punti assegnati allo IOV 28,5 risultavano già soddisfatti in sede di preconsuntivo. In particolare l'Istituto, in osservanza all'adeguamento dell'organizzazione ospedaliera agli indirizzi previsti dalla L.R. 23/2012 (PSSR 2012-16) aveva già implementato i "percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali" (PDTA) che in seguito verranno validati nell'ambito della Rete Oncologica Veneta (ROV) e risultava rispettare pienamente l'obiettivo dell'aumento dell'appropriatezza dell'attività di ricovero, sia relativamente all'attività di ricovero medico diurno con finalità diagnostica (valore 2%, soglia \leq 30%) sia relativamente ai ricoveri chirurgici diurni od ordinari brevi senza intervento correlato (valore 1,7%, soglia \leq 3%, dato comunque giustificato dalla casistica dei pazienti trattati presso l'Istituto - es. infusioni di sostanze chemioterapiche).

1.4 Criticità ed opportunità

Nei dati di cui sopra, forniti dall'organo regionale, si evidenziano in particolare 3 criticità relative agli obiettivi D.2 - Equilibrio economico finanziario, D.1 - Rispetto dei tetti di costo ex DGR 2864/2012, C.5 - Aumento dell'attività di alta specialità. Gli scostamenti concernenti gli obiettivi citati sono stati puntualmente motivati già in sede di incontro con i rispettivi referenti regionali, e sono stati analiticamente ribaditi nella relazione sulla gestione 2013 allegata alla documentazione del bilancio d'esercizio 2013 (18 punti in attesa di validazione).

Le cause che hanno condotto a tali risultati e le specifiche sugli stessi possono essere sinteticamente riassunte evidenziando gli aspetti seguenti:

- l'incremento dei costi di produzione per circa 4,7 mln è frutto esclusivo dell'incremento dei costi relativi alla farmaceutica, ai dispositivi medici e al personale, analizzati nei punti seguenti. È comunque d'obbligo evidenziare come il risultato economico sia ancora una volta positivo per 1,284 milioni di euro, a fronte di un incremento del valore della produzione per oltre 4 milioni, ancor più virtuoso se si considera la forte contrazione di contributi in c/esercizio per la ricerca finalizzata (-2,3 milioni), ad evidenza del sostanziale equilibrio di gestione dell'ente;

- il considerevole incremento della spesa farmaceutica generato dall'immissione in commercio di nuovi farmaci ad alto costo, per alcuni dei quali lo IOV risulta l'unico centro regionale per la preparazione/somministrazione medicinale (es. Yervoy), dall'estensione da parte di AIFA delle indicazioni terapeutiche per ulteriori farmaci ad alto costo, dall'assunzione diretta di contratti di acquisto di farmaci che in precedenza erano gestiti, in regime di interaziendalità, dall'Azienda Ospedaliera di Padova, nonché dall'incremento stesso dell'attività e dei pazienti afferenti allo IOV e correlato alle scorte di magazzino;
- l'incremento di spesa per dispositivi medici, direttamente correlato all'incremento dell'attività assistenziale, a metodologie diagnostico-terapeutiche di alta specialità ed al maggiore impegno in attività di ricerca di tipo immunologico e di diagnostica molecolare;
- l'incremento del costo del personale, il cui valore effettivo ricomprende, però, anche il costo del personale appartenente al Registro Tumori del Veneto per circa 430 mila euro, che non deve ritenersi di diretta attribuzione a questo Istituto (nota regionale del 5/2/2013 n. 54819). La rimanente quota di scostamento deve ascrivere alla necessità di adeguare la dotazione organica, a seguito di regolari autorizzazioni regionali, per rispondere ai nuovi compiti istituzionali assegnati all'Istituto dalla programmazione regionale (diluizione di farmaci antitumorali centralizzata anche per l'Azienda Ospedaliera di Padova; distribuzione centralizzata di nuove terapie antitumorali quali, ad esempio, i recenti farmaci per il trattamento del melanoma) e al processo di progressiva autonomizzazione dell'Istituto rispetto al precedente modello di condivisione interaziendale con le Aziende Sanitarie di Padova dei servizi sanitari/tecnici/amministrativi;
- il mancato aumento dei ricoveri di oncologia classe A, B per pazienti residenti nella Regione Veneto che va comunque relativizzato con gli scarsi volumi complessivi.

Nonostante le problematiche sopra evidenziate la mission dell'Istituto rimane quella di perseguire, secondo standard di eccellenza, la ricerca clinica e traslazionale nel campo biomedico e fornire prestazioni di ricovero e cura di alta specialità. In tale contesto la strada che si prefigge l'Ente è quella di investire risorse e competenze sulle nuove frontiere della lotta alle patologie tumorali. Ad esempio, se oggi è quasi universalmente noto che il tumore è una malattia dei geni presenti nel nostro DNA, non è altrettanto estesa la conoscenza che un tumore di uno stesso istotipo, in diversi soggetti, può avere alterazioni molecolari diverse, che lo caratterizzano come un'entità fisiopatologica unica. I recenti progressi nell'analisi molecolare dei tumori stanno quindi contribuendo a delineare nuove classificazioni sulla base del profilo di alterazioni molecolari che questi presentano, con chiare

ricadute su aspetti cruciali quali la prognosi e la terapia. Da anni lo IOV è impegnato sulle frontiere più avanzate della caratterizzazione molecolare delle neoplasie, con particolare attenzione alle mutazioni che si osservano nei tumori della mammella, del colon-retto, nei GIST, nelle forme leucemiche, utilizzando sia strumenti sofisticati di analisi molecolare (sequenziamento DNA, RNA e microRNA profiling) che strumenti per l'analisi fine a livello citogenetico (FISH).

Ulteriormente, in linea con le più attuali tendenze dell'oncologia, è vivo l'interesse presso lo IOV per nuovi approcci immunoterapici che possano coadiuvare la cura dei tumori mediante approcci farmacologici convenzionali. Particolarmente promettente appare la prospettiva di stimolare la risposta immunitaria dei pazienti verso gli antigeni tumorali, mediante procedure di vaccinazione. In tal senso, è in corso una sperimentazione di Fase I sulla vaccinazione di pazienti con tumore della testa/collo localmente avanzati con un plasmide immunogeno codificante per l'antigene tumorale Her-2/neu, espresso (oltre che da una quota da circa 1/3 dei pazienti con tumori di tale distretto).

2 Obiettivi: risultati raggiunti e scostamenti

2.1 *L'albero delle performance: obiettivi strategici ed obiettivi operativi*

Il 2012 ed il 2013 per lo IOV sono stati anni caratterizzati dalla necessità di ridurre gli obiettivi strategici a quanto determinato dagli organi sovra istituzionali ed alle priorità necessarie all'attività dell'Ente, nonché alle possibilità di perseguimento degli stessi. Infatti rimanevano e rimangono tuttora da sciogliere alcuni nodi che pongono difficoltà e limiti alla completa definizione del ruolo che può realmente assumere l'Istituto all'interno della Programmazione regionale, quali:

- le disposizioni in materia di piani di rientro che pongono limiti molto restrittivi (si pensi in genere alla spending review) alle Aziende Sanitarie Venete colpendo di fatto anche Enti, quali lo IOV, che hanno sempre prodotto gestioni in sostanziale equilibrio economico;
- vincoli ai costi della produzione fortemente limitanti per Aziende di recente formazione che sono nel pieno dello sviluppo della loro offerta assistenziale, come richiesto dalla stessa programmazione regionale;
- l'ampliamento della dotazione organica e l'adeguamento dei fondi contrattuali del personale dipendente;
- la definizione di alcune particolari tariffe di prestazioni di altissima specializzazione.

Per i motivi sopra esposti, la Direzione aziendale ha deciso di perseguire prioritariamente, ed entro i limiti sopra descritti, gli obiettivi assegnati dalla Regione Veneto ai DD.GG. estendendoli, limitatamente ad alcune aree di attività, ad indicazioni operative volte comunque sempre al più efficace

perseguimento degli obiettivi strategici regionali. Per la controllabilità e la misurabilità degli obiettivi sono stati ovviamente utilizzati gli indicatori regionali correlati ai rispettivi valori soglia richiesti. Non è avvenuta una formalizzazione dell'assegnazione di tali obiettivi, bensì l'esplicitazione degli stessi in sede di incontri di budget.

Le tabelle seguenti riportano quanto emerso nel monitoraggio effettuato a consuntivo in corrispondenza con gli incontri di budget del 2014.

cod.	obiettivo regionale/aziendale	indicatore	soglia	monitoraggio	punteggio	punti soddisfatti	referente aziendale procedura	NOTAZIONI
A) - Adeguamento dell'organizzazione ospedaliera agli indirizzi previsti dalla L.R. n.23/2012 PSSR 2012-2016								
A.3.4	Presenza di Percorsi diagnostico terapeutici per almeno tumore alla mammella, al polmone, melanoma, sarcomi, colon retto, rene, cerebrali	presenza PDTA deliberati	sì	percorsi sviluppati in attesa di delibera di validazione all'interno della ROV	9	9	Direzione ROV	riferimenti Direttore Oncologia Medica 2 e Oncologia Medica 1
ob. Azien.	adeguamento dotazione organica	definizione e modalità di inserimento nuovo personale	predisposizione piano	-	-	-	Direzione strategica	Sono stati attivati i contratti autorizzati dalle competenti strutture regionali.
B) - Corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate								
B.1.1	Riduzione prezzi di acquisto all'interno delle soglie di prezzo unitario di riferimento Regionale, come indicato dai documenti dell'Osservatorio Prezzi (OPRVE)	Utilizzo del Prezzo unitario di riferimento Regionale (ove presente) nella determinazione della base d'asta di nuove gare finalizzate alla acquisizione di "principi attivi", "dispositivi medici", nonché dei servizi di "lavanderia", "pulizia", "ristorazione"	Attenersi al prezzo unitario di riferimento Regionale (ove presente - Osservatorio Regionale) o soglia Aut. Vig. Contratti Pubblici	eventuali sforamenti giustificati solo in caso di acquisti specifici alla tipicità dell'ente	3	3	Uff. Acquisti	In corso di verifica la mappatura dei contratti e il rispetto delle prescrizioni formulate in CRITE (DGR 1424/2013) precedentemente gestite dal Dip Interaz. Acquisti (AOP).
ob. Azien.	conferma dei costi per farmaci e dispositivi medici anno 2012	delta 2013-2012	costo 2012	aumento dei consumi per 4,745 mil. € (+22,5%)	-	-	U.U.O.O. - Farmacia - Direzione sanitaria	il considerevole incremento della spesa farmaceutica generato dall'immissione in commercio di nuovi farmaci ad alto costo, per alcuni dei quali l'IOV risulta l'unico centro regionale per la preparazione/somministrazione medicinale (es. Yervoy), dall'estensione da parte di AIFA delle indicazioni terapeutiche per ulteriori farmaci ad alto costo, dall'assunzione diretta di contratti di acquisto di farmaci che in precedenza erano gestiti, in regime di interaziendalità,

B.2.1	Sviluppo del sistema di controllo interno Revisione di Bilancio ed autoassicurazione	Collaborazione con le società di revisione per lo sviluppo della revisione di Bilancio 2012 secondo le tempistiche previste che verranno in seguito definite dal progetto regionale	si	attuazione completa revisione bilancio 2012	0,50	0,50	Bilancio	dall'Azienda Ospedaliera di Padova, nonché dall'incremento stesso dell'attività e dei pazienti afferenti allo IOV e correlato alle scorte di magazzino	
B.2.2	Sviluppo del sistema di controllo interno Revisione di Bilancio ed autoassicurazione	Completamento efficace delle azioni pianificate nel progetto PAC per il 2013, entro il 31 dicembre 2013	Predisposizione piano attuativo della Certificabilità nel rispetto delle tempistiche regionali (relazione/giudizio certificatori)	In fase di validazione da parte degli uffici regionali competenti	0,50	In fase di validazione da parte degli uffici regionali competenti	Bilancio		
B.2.3	Sviluppo del sistema di controllo interno Revisione di Bilancio ed autoassicurazione	Procedere all'analisi dei rischi ed alla valutazione del fondo per rischi sulla base delle indicazioni fornite dalla Regione	analisi dei rischi e valutazione fondo rischi	Mappatura processi secondo le tempistiche Regionali e definizione fondo per autoassicurazione	0,50	0,50	Bilancio - Direzione Amministrativa		
B.2.4	Sviluppo del sistema di controllo interno Revisione di Bilancio ed autoassicurazione	Attuare le attività di sviluppo del controllo interno per il governo dei rischi amministrativo contabili secondo le tempistiche definite dal progetto regionale	attuazione attività controllo interno	svolte le attività previste dalla Regione Veneto (definizione responsabili del controllo, corso anticorruzione-trasparenza)	0,50	0,50	Ufficio legale - Direzione Amministrativa		
ob. Azien.	predisposizione piano degli investimenti	documento	presenza documento	presenza documento	-	-	Direzione strategica	Piano redatto ed aggiornato secondo le disposizioni Regionali	
C) - Obiettivi di Salute e funzionamento dei servizi									
ob. Azien.	sviluppo percorsi clinico-assistenziali	rispetto linee guida	totale rispetto percorsi e prescrizione farmaci	- oncologie: approvazione prescrizioni	-	-	Dir. San. - Farmacia - U.O.O.	n° cartelle riportanti diagnosi in SDO congruente con quanto riportato	

				farmaceutiche CTA + 100% utilizzo cartella Oncosys - IOV - n° cartelle riportanti diagnosi in SDO congruente con quanto riportato all'interno della cartella: 100 DH, 98% R.O.					Oncologie	all'interno della cartella/numero cartelle esaminate (riesame)
C.4.1	Aumento dell'appropriatezza dell'attività di Ricovero	Percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica	≤ 30%	2% (monitoraggio regionale)	2	2		Direzione Sanitaria - Controllo di Gestione		
C.4.2	Aumento dell'appropriatezza dell'attività di Ricovero	Percentuale di ricoveri di area chirurgica diurni o ordinari 0-1 giorni senza intervento	≤ 3%	1,70%	2	2		Direzione Sanitaria - Controllo di Gestione		
C.5.1	Aumento attività di alta specialità dell'attività di Ricovero	Aumento ricoveri oncologia classi A e B per pazienti residenti nella Regione del Veneto	+20%	-2%	4	0		Uff. appropriatezza prest. sanitarie - U.U.O.O. Oncologie		L'attività è correlata all'attività trapiantologica dell'Azienda Ospedaliera
ob. Azien.	infezioni ospedaliere	% infezioni su pazienti dimessi (sito chirurgico)	≤ anno 2012	0,3%	-	-		Dir. San. - Serv. Prof. San. - U.U.O.O. chirurgiche		Percentuale trascurabile stante il numero di casi trattati
ob. Azien.	cartelle aperte		0	oltre 40% delle cartelle DH chiuse al limite del V° trim di mob.	-	-		Uff. appropriatezza prest. San. - U.U.O.O. chirurgiche		
ob. Azien.	esami branca laboratorio area oncologica	n° esami	≤ anno 2012	40,0%	-	-		Uff. appropriatezza prest. San. - Dir. San. - U.U.O.O. oncologie		correlato all'incremento dell'attività assistenziale, a metodologie diagnostico-terapeutiche di alta specialità ed al maggiore impegno in attività di ricerca di tipo immunologico e di

											diagnostica molecolare. Attività precedentemente sperimentali risultano ora di routine
C.7.1	Sperimentazione Clinica ed Aumento delle segnalazioni ADR per farmaci e vaccini dell'attività di Ricovero	Numero di sperimentazioni rispetto all'anno precedente estratte dall'Osservatorio nazionale sulla sperimentazione clinica dei medicinali - AIFA	≥ anno 2012	Rilevazione tramite Osservatorio AIFA e relazioni predisposte dalle Aziende Sanitarie (Rilevazione interna: 2012 = 64 sperimentazioni; 2013 = 97. +51%)	3	3	Farmacia				Nel 2013 sono state seguite 97 diverse sperimentazioni, compresi gli "usi compassionevoli" per 5842 monodosi iniettabili, contro le 64 del 2012 (3393 monodosi). L'incremento è stato dunque del 51% (+ 72% di monodosi).
C.7.2	Sperimentazione Clinica ed Aumento delle segnalazioni per farmaci e vaccini dell'attività di Ricovero	Numero di segnalazioni ADR sul totale dei ricoveri	≥ 0,005 dei ricoveri (soglia 27 - studio Regione)	55 (monitoraggio Regione)	3	3	Farmacia - Comitato etico				
ob. Azien.	Radioterapia: ottimizzazione tempi prenotato erogato	Δ tempo prenotazione erogazione prestazione		70 gg	-	-	Uff. appropriatezza prest. San. - Dir. San. - U.O. Radioterapia				È necessario il rinnovo del parco tecnologico
D) - Equilibrio economico											
D.1.1	Rispetto dei Tetti ex DGR 2864/2012	Rispetto del tetto di costo: Personale	19,5 milioni - Valore Allegato A DGRV 2864/2012	20,1 milioni - dato bilancio consuntivo	3	-	Direzione strategica				Il valore effettivo ricomprende il costo del personale appartenente al Registro Tumori del Veneto per circa 430 mila euro; tale costo non deve, pertanto, ritenersi di diretta attribuzione a questo Istituto
D.1.3	Rispetto dei Tetti ex DGR 2864/2013	Rispetto del tetto di costo: Farmaceutica Ospedaliera	1,991 milioni - Valore Allegato C DGR 2864/2012	6,207 milioni - dato bilancio consuntivo	6	-	U.U.O.O. - Farmacia				obiettivo giustificato in attesa di approvazione regionale (si veda nel dettaglio lo schema per la redazione della relazione illustrativa degli spostamenti dagli obiettivi economici)

D.1.4	Rispetto dei Tetti ex DGR 2864/2014	Rispetto del tetto di costo: DM	1,721 milioni - Valore Allegato D DGR 2864/2012	1,864 milioni - dato bilancio consuntivo	5	-	U.U.O.O. - Farmacia	obiettivo giustificato in attesa di approvazione regionale (si veda nel dettaglio lo schema per la redazione della relazione illustrativa degli scostamenti dagli obiettivi economici)
D.1.5	Rispetto dei Tetti ex DGR 2864/2015	Rispetto del tetto di costo: IDV	163.925 € - Valore Allegato E DGR 2864/2013	48.795 € - dato bilancio consuntivo	1	1	U.U.O.O. - Farmacia	
D.2.1	Equilibrio economico-finanziario	Delta Risultato Economico effettivo rispetto Risultato Economico CR 154/2012	Valore CR 154/2012 parametrato	2,76 milioni (monitoraggio regionale)	5	5	Direzione Amministrativa - Bilancio - CdG	
D.2.2	Equilibrio economico-finanziario	Delta 2013 - 2012 Costo della Produzione (+Imposte e tasse)	≤ 0€ (riduzione rispetto al Costo 2012)	Costo produzione rettificato LEA 2013 > 2012 e Δ ricavi < Δ costo produzione rettificato	10	-	Istituto	si attende l'approvazione regionale secondo i giustificativi evidenziati nella relazione illustrativa degli scostamenti dagli obiettivi economici
E) - Liste d'attesa								
E.1.4	Piena implementazione delle modalità organizzative ed erogative per il contenimento dei tempi d'attesa secondo le disposizioni della DGR 320/2013	Stipula di un accordo con la ULSS per il Rispetto dell'Offerta "di Base" secondo la DGR 320/2013	approvazione regionale	In attesa di valutazione da parte degli uffici regionali competenti	4	-	Direzione Sanitaria	Approvato l'accordo con l'ULSS 16
E.1.5	Piena implementazione delle modalità organizzative ed erogative per il contenimento dei tempi d'attesa secondo le disposizioni della DGR 320/2014	Inserimento delle prestazioni concordate nel CUP in comune	si	In attesa di valutazione da parte degli uffici regionali competenti	3	-	Direzione Sanitaria - Ufficio appropriatezza prestazioni sanitarie	In funzione un CUP comune
E.1.6	Piena implementazione delle modalità organizzative ed erogative per il contenimento dei tempi d'attesa secondo le disposizioni della DGR	Sulle Agende Concordate, rispetto dei tempi di Attesa per Classe di Priorità	si	In attesa di valutazione da parte degli uffici regionali competenti	4	-	Ufficio appropriatezza prestazioni sanitarie - CUP	

320/2015									
E.2.2	Ottimizzazione del Numero di Prestazioni per Abitante	Concorso alla diminuzione al numero di prestazioni per abitante: rispetto dei volumi concordati con l'ULSS	sì		In attesa di valutazione da parte degli uffici regionali competenti	3	Direzione Sanitaria - Ufficio appropriatezza prestazioni sanitarie		
ob. Azien.	utilizzo massimale grandi apparecchiature	N° TAC pomeridiane	+ 20%	1,6%		-	Direzione Sanitaria - Serv. Prof. San. - U.O. Radiologia		Settimane a campione: dal 16/04/2012 al 20/04/2012 e dal 15/04/2013 al 19/04/2013. Progetto rinnovato in seguito all'obiettivo Regionale del massimo utilizzo delle grandi apparecchiature (aperture serali)
F) - Rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi ricompresi nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario									
F.1.1	Adempimenti questionario LEA	Implementazione delle attività finalizzate al raggiungimento del livello di totale adempienza rispetto agli adempimenti previsti nel Questionario LEA	sì		sì (monitoraggio regionale)	1	CdG - Bilancio - Dir. San.		modelli economici, flussi informativi, P.L. e assistenza ospedaliera...
F.1.2	Adempimenti questionario LEA	Rispetto dei tempi previsti nello svolgimento delle attività e delle modalità di invio/controllo della qualità del dato fornito come previsto da Questionario LEA e documenti allegati/collegabili allo stesso	sì		sì (monitoraggio regionale)	1	CdG - Bilancio - Dir. San.		
F.2.1	Implementazione el FSE (DGR 1671/2012)	Implementazione secondo Programmazione Regionale: presentazione del progetto di adeguamento; adeguamento dei sistemi aziendali (collaudo); labelling dei servizi/applicazioni sviluppate; entrata in produzione	sì		in attesa di monitoraggio da parte delle direzioni regionali competenti	1	IT		in attesa di monitoraggio da parte delle direzioni regionali competenti
ob. Azien.	utilizzo cartella clinica informatizzata e cartella Oncosys	% cartelle digitali/totale dimissioni	> anno 2012	- RT: degenze 95%, ambulatori 80% - Oncologie: 100%		-	Dir. San. - IT - U.U.O.O.		

F.2.5	Implementazione del FSE (DGR 1671/2012)	% di referti di Microbiologia firmati rispetto al totale	100%	100% (monitoraggio regionale)	0,20	0,20	IT - AOPD (microb)	Patologica - U.O. Immunologia	
F.2.6	Implementazione del FSE (DGR 1671/2012)	% di referti di Radiologia firmati rispetto al totale	100%	100% (monitoraggio regionale)	0,20	0,20	IT - U.O. Radiodiagnostica		
F.3.1	Dematerializzazione della ricetta cartacea (decreto MEF 2/11/2011)	% di ricette dematerializzate (n.ricette dematerializzate dicembre anno corrente / n. ricette art.50 anno precedente)	60%	100% (monitoraggio regionale)	1	1	IT		in attesa di monitoraggio
F.4.1	Qualità dei flussi informativi relativi ai beni sanitari	Corretta valorizzazione campi flusso DDF3 (identificativo utente, comune di residenza) nel caso sia previsto il mantenimento dell'anonimato	si	si (monitoraggio regionale)	0,20	0,20	IT - CdG - Farmacia		la Regione Veneto ha segnalato 1 solo errore bloccante in tutto il 2013 per codice comune/stato errato
F.4.2	Qualità dei flussi informativi relativi ai beni sanitari	Flusso consumi DM: % dei DM codificati con RDM/BD rispetto ai modelli CE (B.1.A.3.1.A + B.1.A.3.1.B + B.1.A.3.2)	≥ 90%	n.d.	0,20	0,20	IT - CdG - Farmacia		la Regione Veneto ha segnalato 9 errori relativi all'ID repertorio in tutto il 2013 versus 12.643 record inviati. Situazione gennaio 2014 97% degli articoli inviati hanno numero di repertorio valorizzato
F.4.3	Qualità dei flussi informativi relativi ai beni sanitari	Flusso consumi DM: % dei IVD codificati con almeno la prima lettera dalla categoria W rispetto ai modelli CE B.1.A.3.3)	≥ 93%	n.d.	0,20	0,20	IT - CdG - Farmacia		Situazione gennaio 2014 99% degli articoli inviati hanno CND valorizzata
F.4.4	Qualità dei flussi informativi relativi ai beni sanitari	Riduzione degli errori nella valorizzazione campi flusso DDF3 (corrispondenza tra tipo erogatore e tipo struttura erogante) e flusso FAROSP (tipo struttura)	< valore 2012	n.d.	0,20	0,20	IT - CdG - Farmacia		Errori DDF3 2012 = 1, errori DDF3 2013 = 1 (in attesa di approvazione regionale) Errori FAROSP 2012 e 2013 relativi a codifiche di medicinali esteri o formule non aggiornati nell'elenco ministeriale (nessuno relativo alla struttura erogante)
F.4.5	Qualità dei flussi	Numero di errori sostanziali	≤ 500 errori	20 (monitoraggio)	0,20	0,20	IT - CdG -		

F.7.1	informativi relativi ai beni sanitari	segnalati dalla Regione alle Aziende Sanitarie			regionale)		2,00		Uff. appropriatezza prest. sanitarie	Farmacia	in attesa di approvazione regionale in quanto a consuntivo la % viene rispettata
	Completezza e tempestività del flusso SDO	% SDO inviate sul totale delle SDO chiuse	≥ 95%		94,26%			-			

Gli obiettivi sopra riportati sono stati associati ai report di monitoraggio e ai report degli indicatori al fine di collegarsi al sistema premiante. Pur non esistendo una pesatura esplicitata ex ante ne' il relativo punteggio assegnabile, gli obiettivi, come si evince dalla tabella di cui sopra sono stati oggetto di verifica.

2.2 Obiettivi individuali

Il livello di *performance* individuale varia a seconda se oggetto della misurazione è il personale dirigente o del comparto e del livello di aggregazione sviluppato (articolazione della struttura organizzativa, dimensione e complessità dell'organizzazione). La valutazione sulla *performance* individuale si esprime concretamente con il sistema premiante e con il trattamento economico definito in sede di contrattazione con le O.O.S.S. corrispondente alla retribuzione correlata al risultato, nel caso del personale dirigente ed alla produttività per il personale non dirigente.

2.2.1 Sintesi delle valutazioni espresse performance individuale anno 2013

Il processo di valutazione ha visto coinvolto tutto il personale dipendente e comandato in entrata presso l'Istituto Oncologico Veneto, nonché il personale convenzionato con l'Università di Padova, per un totale di 444 persone valutate e 474 Documenti Individuali di Valutazione (DIV) compilati. La maggiorazione dei DIV rispetto ai dipendenti valutati deriva dal fatto che il personale, soprattutto i dipendenti dell'area comparto, cambiano sede di lavoro nel corso dell'anno e di conseguenza hanno più periodi di valutazione espressi da valutatori differenti o potrebbero avere modifiche di inquadramento del profilo giuridico, quali la variazione della tipologia oraria del rapporto di lavoro.

AREA CONTRATTUALE	Ente	Totale Dipendenti valutati	totale DIV compilate	Procedura informatica chiusa	Procedura informatica non chiusa
COMPARTO	Dip.ti IOV	314	334	334	0
	Dip.ti Conv.UNI	6	6	6	0
	Totale	320	340	340	0
DIRIGENZA	Dip.ti IOV	106	115	115	0
	Dip.ti Conv.UNI	18	19	19	0
	Totale	124	134	134	0
Totale complessivo		444	474	474	0

Ad oggi tutte le valutazioni sono state espresse, con la chiusura definitiva dei documenti attraverso il supporto informatico e la relativa raccolta cartacea degli stessi, sottoscritti dai valutatori e valutati, come previsto dal processo di valutazione aziendale. Tutti i DIV verranno archiviati all'interno dei fascicoli personali di ciascun dipendente.

I dipendenti che rilevassero divergenze sulla valutazione espressa da parte dei valutatori potranno presentare ricorso entro il 31/07/2014. Al fine di garantire trasparenza a tutti i dipendenti sulla possibilità di effettuare il ricorso entro il termine perentorio indicato, è stato pubblicato un avviso all'interno della sezione "news" del sito intranet aziendale. Eventuali modifiche alla valutazione derivanti dall'accoglimento dei ricorsi comporterà il relativo adeguamento economico.

2.2.2 Sintesi delle valutazioni area comparto

Il DIV è caratterizzato dall'individuazione di tre aree: area della capacità, della conoscenza e della qualità. All'interno di ciascuna area sono stati individuati dei criteri di verifica, volti a misurare la professionalità del singolo dipendente. L'area della capacità, presa in analisi, è valida per acquisire un punteggio utile alla determinazione delle quote di produttività.

Area Capacità

CAPACITA' - Criteri per l'erogazione della <i>Produttività Individuale</i>					INCENTIVI
1. Orientamento al risultato	☺	☺☺	☺☺☺	☺☺☺☺	
2. Impegno, partecipazione e qualità delle prestazioni	☺	☺☺	☺☺☺	☺☺☺☺	
3. Affidabilità	☺	☺☺	☺☺☺	☺☺☺☺	
<i>PUNTEGGIO MASSIMO</i>				30	

Il valore numerico per ognuno 1,4,7,10, per un totale massimo di 30 punti:

Criterio	☺	☺☺	☺☺☺	☺☺☺☺
Criterio	1	4	7	10

Complessivamente la media dei punteggi espressi risulta essere pari a 27,45 su un punteggio massimo di 30. Analizzando le medie per macro-profilo si rileva una lieve differenza di media tra personale infermieristico/tecnico e gli operatori socio-sanitari.

Inoltre, come si osserva dalla tabella sottostante, la media tra i criteri valutati è verosimilmente equiparabile. Questo a testimoniare come i lavoratori, nel complesso dell'Istituto, raggiungano una "performance standard" pienamente soddisfacente nella competenza e professionalità nel compiere le funzioni e i compiti propri della professione, portandoli a termine nei tempi stabiliti, utilizzando in modo appropriato le risorse materiali e temporali a disposizione. Non da meno lo spirito di adattabilità, ossia la disponibilità al cambiamento, determinata dall'evoluzione nell'organizzazione del lavoro, per migliorare le prestazioni e il servizio all'utenza favorendo l'eliminazione delle rigidità del sistema.

Raggruppamento Profili	Media di Punteggio "Orientamento"	Media di Punteggio "Impegno"	Media di Punteggio "Adattabilità"	Media di Punteggio "Totale area capacità"
Pers. Infermieristico	9,08	9,22	9,01	27,31
Pers. Tecnico Sanitario/Riab.	9,68	9,58	9,58	28,84
Personale Amm.vo/Tecnico	9,91	9,77	9,86	29,54
Personale OSS	7,80	7,86	7,92	23,57
Media complessiva	9,15	9,19	9,11	27,45

Le attese professionali definite dall'Istituto trovano riscontro nella performance standard identificata nella soglia corrispondente al terzo livello per ogni criterio valutato ovvero pari a 21 punti.

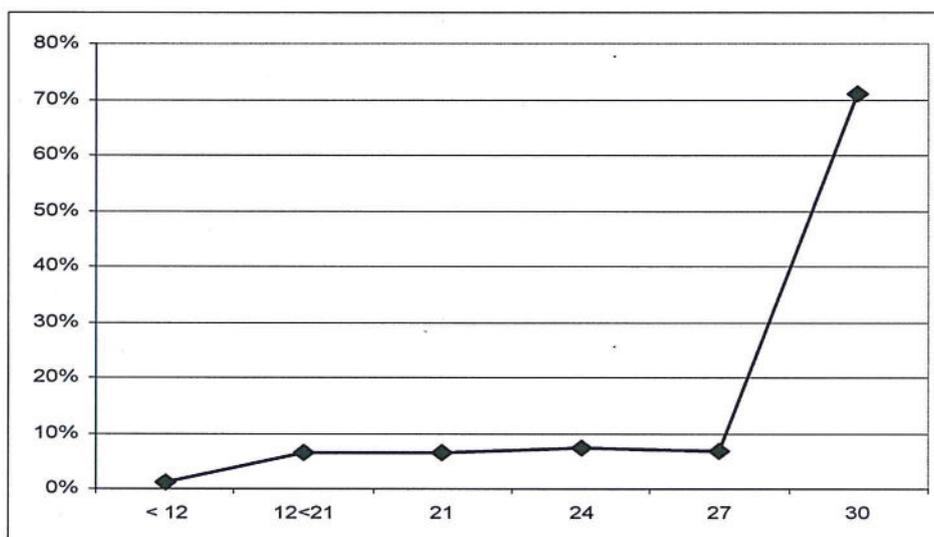
AREA CAPACITA' I criteri permettono di determinare l'apporto individuale nell'attività della Struttura di afferenza, legati principalmente al raggiungimento degli obiettivi assegnati e all'incremento della produzione.

Criteri individuati	Descrizione	Valutazione ☺	Valutazione ☺☺	PERFORMANCE ATTESA	
				Valutazione ☺☺☺	Valutazione ☺☺☺☺
<u>1. Orientamento al risultato</u>	Abilità nell'operare per la realizzazione degli obiettivi assegnati dal Direttore di Struttura direttamente riferibili alla posizione rivestita nell'ambito strutturale.	Concentrato sullo svolgimento del lavoro quotidiano, ma non dimostra di operare per la realizzazione degli obiettivi relativi ai progetti di budget.	Concentrato sullo svolgimento del lavoro quotidiano dimostra di operare per la realizzazione degli obiettivi relativi ai progetti di budget attraverso la partecipazione alle riunioni e ai gruppi di lavoro.	Concentrato sullo svolgimento del lavoro quotidiano, dimostra di operare per la realizzazione degli obiettivi relativi ai progetti di budget attraverso la partecipazione alle riunioni e ai gruppi di lavoro e con l'implementazione delle azioni previste.	Concentrato sullo svolgimento del lavoro quotidiano dimostra di operare per la realizzazione degli obiettivi relativi ai progetti di budget attraverso la partecipazione alle riunioni e ai gruppi di lavoro, implementando le azioni previste e motivando e coinvolgendo i colleghi.
<u>2. Impegno, partecipazione e qualità della prestazione</u>	Competenza e professionalità nel compiere le funzioni e i compiti propri della professione nella Struttura di afferenza, portandoli a termine nei tempi stabiliti, utilizzando in modo appropriato le risorse materiali e temporali a disposizione.	Non sempre ha rispettato i piani di lavoro in modo tempestivo con ripetuti errori nell'utilizzo appropriato delle risorse.	Ha rispettato i piani di lavoro in modo non sempre tempestivo ma con rari o irrilevanti errori nell'utilizzo appropriato delle risorse.	Ha costantemente rispettato i piani di lavoro in modo tempestivo con rari o irrilevanti errori nell'utilizzo appropriato delle risorse, dimostrando capacità di prioritizzare le attività nelle situazioni di routine.	Ha costantemente rispettato i piani di lavoro in modo tempestivo con rari o irrilevanti errori nell'utilizzo appropriato delle risorse dimostrando capacità di prioritizzare le attività anche nelle situazioni che si discostano dalla routine.
<u>3. Adattabilità</u>	Disponibilità al cambiamento, determinata dall'evoluzione nell'organizzazione del lavoro, per migliorare le prestazioni e il servizio all'utenza favorendo l'eliminazione delle rigidità del sistema.	Raramente riesce ad affrontare in modo efficace variazioni di contenuto professionale/organizzativo concernenti il proprio lavoro.	Quasi sempre riesce ad affrontare le variazioni di contenuto professionale/organizzativo concernenti il proprio lavoro in modo parzialmente efficace.	Dimostra di saper affrontare in modo efficace le variazioni di contenuto professionale/organizzativo concernenti il proprio lavoro.	Dimostra di saper affrontare le variazioni di contenuto professionale/organizzativo in maniera propositiva ed efficace.

Circa lo 0,88% delle DIV presenti, i valutatori hanno ritenuto non opportuno esprimere una valutazione, in quanto i periodi di valutazione si riferivano a dipendenti assenti per motivi di malattia,

gravidanza o aspettativa. Dall'analisi analitica effettuata sulle motivazioni di non valutazione, non si rilevano DIV con valutazione "espressamente negativa", equivalente ad una non corresponsione della quota conguaglio di incentivo.

<i>Punteggio complessivo area capacità</i>	<i>totale DIV</i>		<i>quota incentivi corrispondente</i>
< 12	4	1,18%	riduzione oltre il 30%
12<21	22	6,47%	riduzione oltre il 30%
21	22	6,47%	riduzione del 30%
24	25	7,35%	riduzione del 20%
27	23	6,76%	riduzione del 10%
30	241	70,88%	quota massima
non valutati	3	0,88%	
<i>totale</i>		340	



Il 7,65% delle DIV risultano avere un punteggio inferiore allo standard e il 70,88% riportano il punteggio massimo. Questo evidenzia come negli anni ci sia un allineamento verso la soglia superiore dei punteggi acquisiti dai dipendenti; tuttavia, indicativamente, circa il 28% dei dipendenti (ovvero 90 teste su 320 valutate), percepiranno una quota di conguaglio incentivi non corrispondente al massimo e con una riduzione minima del 10%.

L'area della conoscenza e l'area della qualità, invece, forniscono i criteri necessari per la valutazione della professionalità, in passato utilizzata per acquisire un punteggio utile alla crescita professionale mediante le c.d. "progressioni orizzontali".

Nello specifico, i criteri individuati all'interno dell'area della conoscenza permettono di esprimere un giudizio sulla correttezza delle prestazioni erogate, sulla professionalità e sulla competenza ascrivibile alla posizione rivestita e all'inquadramento professionale.

I criteri individuati all'interno dell'area della qualità verificano il contributo personale indispensabile per implementare le conoscenze e orientare le capacità.

Area Conoscenza - criteri per l'individuazione della professionalità

CONOSCENZA - Criteri per la valutazione della Professionalità					PROGRESSIONE ORIZZONTALE
1. Responsabilità	▶	▶ ▶	▶ ▶ ▶	▶ ▶ ▶ ▶	
2. Relazioni	▶	▶ ▶	▶ ▶ ▶	▶ ▶ ▶ ▶	
3. Autonomia	▶	▶ ▶	▶ ▶ ▶	▶ ▶ ▶ ▶	
<i>PUNTEGGIO MASSIMO</i>				30	
Firma dei Valutatori					
Firma del Dipendente					

Come si determina il punteggio

Sono previsti 4 parametri di verifica per ogni criterio di valutazione contraddistinti da un simbolo il cui valore numerico viene di seguito sintetizzato:

La somma di tutti i valori desumibili dai tre criteri permettono di raggiungere un valore massimo di 30 punti annui.

AREA CONOSCENZA'

SIMBOLI	▶	▶▶	▶▶▶	▶▶▶▶
CRITERI				
RESPONSABILITÀ	Utilizza parzialmente e in maniera incompleta la documentazione presente fornendo scarsi dati relativi all'utente, cogliendo raramente le cause dei problemi e proponendo sporadicamente interventi appropriati e/o l'applicazione di procedure della Struttura di afferenza e/o aziendali.	Utilizza la documentazione presente tende però a fornire pochi dati relativi all'utente, cogliendo le cause dei problemi ma registrandoli raramente, proponendo interventi appropriati e applicando procedure della Struttura di afferenza e/o aziendali.	Utilizza la documentazione presente fornendo dati relativi all'utente, cogliendo e registrando costantemente le cause dei problemi, proponendo interventi appropriati e applicando le procedure della Struttura di afferenza e/o aziendali.	Utilizza la documentazione presente fornendo numerosi dati relativi all'utente, cogliendo e registrando costantemente le cause dei problemi, proponendo costantemente interventi appropriati e applicando procedure della Struttura di afferenza e/o aziendali, attivandosi anche per trovare/individuare soluzioni innovative.
RELAZIONI	Il dipendente tende a non comunicare o a comunicare molto poco, raramente informa ed argomenta l'utente circa le attività che deve svolgere.	Il dipendente comunica con discontinuità utilizzando sporadicamente modalità adeguate all'interlocutore, qualche volta informa ed argomenta circa le attività che deve svolgere.	Il dipendente comunica costantemente utilizzando modalità adeguate all'interlocutore, informa ed argomenta sempre circa le attività che deve svolgere.	Il dipendente comunica costantemente utilizzando sempre modalità adeguate all'interlocutore, informa, argomenta e coinvolge sempre l'utente circa le attività che deve svolgere con atteggiamento rivolto alla collaborazione, rispondendo alle aspettative e ai bisogni e richiedendo il consenso ove necessario.
AUTONOMIA	Il dipendente ha assunto decisioni/iniziative in modo non efficace, intempestive anche se coerenti.	Il dipendente ha assunto decisioni/iniziative in modo efficace perché coerenti e tempestive.	Il dipendente ha assunto decisioni/iniziative in modo efficace coerenti e tempestive anche in situazioni di routine e d'emergenza.	Il dipendente ha assunto decisioni/iniziative in modo efficace, coerenti e tempestive anche in situazioni complesse.
VALORE NUMERICO	2,5	5	7,5	10
			PERFORMANCE ATTESA	

Ai fini della stesura della graduatoria per la progressione orizzontale i dipendenti possono acquisire ulteriori punteggi con i seguenti fattori.

TALI PUNTEGGI SARANNO ACQUISITI DIRETTAMENTE DAL SISTEMA INFORMATICO DELL'AMMINISTRAZIONE (NON COMPILARE)

QUALITA' - Criteri per la valutazione della Professionalità					
AREA ASSISTENZIALE		AREA GESTIONALE		AREA OPERATIVA	
FATTORE n.1		FATTORE n.1		FATTORE n.1	
Adesione ai Progetti a livello centralizzato	<i>max 32 p.</i>	Adesione ai Progetti a livello strutturale	<i>max 22 p.</i>	Adesione ai Progetti a livello strutturale	<i>max 22 p.</i>
FATTORE n.2		FATTORE n.2		FATTORE n.2	
Disagio prestazionale legato a Pronta Disponibilità e turni	<i>max 10 p.</i>	Attività formativa per l'accrescimento della professione individuale	<i>max 18 p.</i>	Attività formativa per l'accrescimento della professione individuale	<i>max 18 p.</i>
FATTORE n.3		FATTORE n.3		FATTORE n.3	
Prestazione lavorativa in B63 (organico sostituzionc)	<i>max 5 p.</i>	Attività formativa in qualità di relatori/formatori	<i>max 10 p.</i>	Disagio prestazionale legato a Pronta Disponibilità e Turni	<i>max 10 p.</i>
FATTORE n.4		FATTORE n.4		FATTORE n.4	
Referenza per attività specifica interna alla struttura e formazione in qualità di relatori	<i>max 13 p.</i>	Referenza per attività specifica interna alla struttura	<i>max 10 p.</i>	Referenza per attività specifica interna alla struttura	<i>Max 10 p.</i>
FATTORE n.5		FATTORE n.5		FATTORE n.5	
Esperienza Professionale	<i>Max 10 p.</i>	Esperienza Professionale	<i>max 10 p.</i>	Esperienza Professionale	<i>max 10 p.</i>
PUNTEGGIO MASSIMO	70		70		70

PROGRESSIONE ORIZZONTALE

2.2.3 Sintesi delle valutazioni area dirigenza

Il Documento di Valorizzazione Individuale (DIV) è caratterizzato dall'individuazione di cinque criteri di verifica e, per ciascun criterio, sono previsti quattro parametri di merito contraddistinti da un simbolo, che identifica il giudizio espresso per ognuno ed il cui valore numerico corrisponde rispettivamente a 4, 9, 14, 20 fino ad un valore massimo di 100 punti complessivi.

I criteri individuati sono:

- > *Relazione*: rileva la capacità di lavorare con l'equipe della propria U.O. con atteggiamento collaborativo, mettendo le proprie abilità e conoscenze al servizio degli obiettivi del gruppo.
- > *Autonomia e Responsabilità*: rileva la capacità di porre in essere comportamenti idonei ad affrontare situazioni contingenti assumendosi la responsabilità dei risultati.
- > *Impegno, partecipazione e livello di complessità*: rileva il grado di specializzazione e complessità richiesto per l'espletamento delle funzioni affidate nonché l'efficienza, il tempismo e la motivazione con cui esse vengono svolte.
- > *Attività scientifica, didattica e aggiornamento*: misura la disponibilità all'attività di aggiornamento professionale, all'attività di didattica e di ricerca nonché la capacità/disponibilità a trasferire ad altri le proprie conoscenze professionali nell'ambito dello svolgimento quotidiano delle proprie mansioni.
- > *Attività di ricerca, innovazione e miglioramento delle procedure*: rileva l'impegno profuso verso esperienze e progetti a rilevanza scientifica che comportino attività di ricerca, di analisi, di studio, di sperimentazione, osservazione, screening e documentazione, in analogia con le finalità istituzionali dell'Ente. Per i dirigenti non sanitari viene considerata l'attività di innovazione e di miglioramento delle procedure gestionali ed amministrative.

Per l'analisi delle valutazioni espresse si prende come riferimento la complessiva area Dirigenziale, dove la Dirigenza Medica e la Dirigenza Sanitaria non Medica rappresentano rispettivamente il 73% e il 21% dei dirigenti dipendenti e convenzionati operanti presso l'Istituto e la dirigenza Professionale-Tecnica-Amministrativa il restante 6%.

AREA CONTRATTUALE	Ente	Totale Dipendenti valutati	totale DIV compilate	% dirigenti per area contrattuale
DIRIGENTI MEDICI	Dip.ti IOV	79	87	73,39%
	Dip.ti Conv.UNI	12	13	
	Totale	91	100	
DIRIGENTI SANITARI (Biologi, farmacisti, psicologi, fisici...)	Dip.ti IOV	22	22	20,97%
	Dip.ti Conv.UNI	4	4	
	Totale	26	26	
DIRIGENTI P.T.A.	Dip.ti IOV	5	6	5,65%
	Dip.ti Conv.UNI	2	2	
	Totale	7	8	
Totale complessivo		124	134	

Sintetizzando i punteggi espressi dai valutatori si rileva una media pari a 92,96 su un punteggio massimo di 100. Osservando le medie per singolo criterio preso in esame, non si rilevano sostanziali differenze; tuttavia si evidenzia una media lievemente inferiore nel quarto criterio di verifica, che misura la disponibilità all'attività di aggiornamento professionale/attività di didattica e la capacità/disponibilità a trasferire ad altri le proprie conoscenze professionali nell'ambito dello svolgimento quotidiano delle proprie mansioni; nonché nel quinto criterio di verifica che rileva l'impegno verso esperienze e progetti a rilevanza scientifica che comportino attività di ricerca, di analisi, di studio, di sperimentazione, osservazione, screening e documentazione, nonché verso progetti collegati all'innovazione ed al miglioramento delle procedure amministrative, procedurali e gestionali in genere.

Criteri DIV	Media complessiva
Media di Punteggio Relazioni	19,00
Media di Punteggio Autonomia	18,84
Media di Punteggio Impegno	18,98
Media di Punteggio Attività	18,25
Media di Punteggio Ricerca	18,31
Media di Punteggio Totale	93,38

Le attese professionali definite dall'Istituto trovano riscontro nella performance standard identificata nella soglia corrispondente al terzo livello per ogni criterio valutato ovvero pari a 70 punti.

CRITERI INDIVIDUATI	Descrizione	PERFORMANCE ATTESA			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1. <u>Relazioni</u>	Il criterio rileva la capacità di lavorare con l'equipe della propria U.O. con atteggiamento collaborativo, mettendo le proprie abilità e conoscenze al servizio degli obiettivi del gruppo.	Minima capacità di porre in essere processi di comunicazione efficaci e motivanti; scarso orientamento all'approccio condiviso e al clima di collaborazione; frequente ricorso all'autorità in luogo dell'autorevolezza.	Discreta capacità di porre in essere processi di comunicazione efficaci e motivanti; orientamento all'approccio condiviso e al clima di collaborazione; apprezzabili tentativi di ottenere il consenso senza imporre il proprio ruolo, nonché di favorire lo sviluppo delle competenze e attitudini soggettive di ciascuno.	Buona capacità di porre in essere processi di comunicazione efficaci e motivanti; appropriato orientamento all'approccio condiviso e al clima di collaborazione; valida capacità di ottenere il consenso senza imporre il proprio ruolo, nonché di favorire lo sviluppo delle competenze e attitudini soggettive di ciascuno.	Ottima capacità di porre in essere processi di comunicazione efficaci e motivanti; notevole orientamento all'approccio condiviso e al clima di collaborazione; buonissima capacità di ottenere il consenso senza imporre il proprio ruolo, nonché di favorire lo sviluppo delle competenze e attitudini soggettive di ciascuno.
2. <u>Autonomia e Responsabilità</u>	Il criterio rileva la capacità di porre in essere comportamenti idonei ad affrontare situazioni contingenti assumendosi la responsabilità dei risultati.	Scarsa propensione a porsi in un'ottica di orientamento al risultato con tendenza ad aspettarsi soluzioni dall'esterno e a fossilizzarsi nelle proprie competenze specifiche trascurando di elaborare visioni e azioni d'insieme.	Apprezzabile tendenza ad affrontare le situazioni incerte e dinamiche senza aspettarsi che vengano risolte da altri con discreta capacità di porsi in ottica collaborativa con gli altri attori coinvolti.	Ampla capacità di affrontare le evenienze responsabilmente e in autonomia sempre, in un'ottica di risultato a prescindere dalle proprie competenze specifiche e in piena collaborazione con tutti gli attori coinvolti.	Ottima capacità di prendere con tempestività decisioni efficaci ed efficienti, coinvolgendo al massimo chiunque possa apportare beneficio alla situazione specifica da affrontare.
3. <u>Impegno, Partecipazione e Livello di complessità</u>	Il criterio rileva il grado di specializzazione e complessità richiesti per l'espletamento delle funzioni affidate nonché l'efficienza, il tempismo e la motivazione con cui esse vengono svolte.	Tendenza ad attenersi allo svolgimento dei propri compiti specifici conformandosi molto spesso a norme e consuetudini non sempre nel rispetto di appropriatezza e tempismo senza porre in essere strumenti di feedback né proposizione di modelli innovativi.	Svolgimento di compiti caratterizzati da un discreto grado di impegno e specializzazione, i quali vengono svolti senza limitarsi a norme e consuetudini e il più delle volte nel rispetto di efficienza appropriata e tempismo; l'attività di feedback e lo sforzo innovativo risultano sporadici.	Svolgimento di compiti caratterizzati da un buon grado di impegno e specializzazione, i quali vengono svolti con efficienza appropriata e tempismo preoccupandosi di approfondire le eventuali implicazioni; apprezzabili i meccanismi di feedback posti in essere con sostanziale regolarità e i tentativi di proporre modelli innovativi.	Svolgimento di compiti caratterizzati da un elevato grado di impegno e specializzazione che vengono sviluppati in modo esaustivo nel massimo rispetto di efficienza, appropriatezza e tempismo; strutturata attivazione di meccanismi di controllo e riorganizzazione del lavoro per il recepimento dei cambiamenti e la loro traduzione in nuovi obiettivi da realizzare.
4. <u>Attività Scientifica, Didattica e Aggiornamento</u>	Il criterio misura la disponibilità all'attività di aggiornamento professionale, all'attività di didattica e di ricerca nonché la capacità/disponibilità a trasferire ad altri le proprie conoscenze professionali nell'ambito dello svolgimento quotidiano delle proprie mansioni.	Minima disponibilità a frequentare eventi di aggiornamento e scarsa propensione a farsi coinvolgere in programmi di didattica e ricerca; l'insieme di queste attività viene visto come faticosa incombenza piuttosto che come occasione di crescita professionale. Scarsa propensione a trasferire ad altri il proprio bagaglio di conoscenze.	Discreta disponibilità a frequentare eventi di aggiornamento e apprezzabile propensione a farsi coinvolgere in programmi di didattica e ricerca; l'insieme di queste attività viene visto come onere aggiuntivo ma anche come occasione di crescita professionale. Positiva propensione a trasferire ad altri il proprio bagaglio di conoscenze.	Buona disponibilità a frequentare eventi di aggiornamento e significativa propensione a farsi coinvolgere in programmi di didattica e ricerca; l'insieme di queste attività viene visto come valida occasione di crescita professionale. Notevole propensione a trasferire ad altri il proprio bagaglio di conoscenze.	Elevata disponibilità a frequentare eventi di aggiornamento nonché propensione a farsi coinvolgere attivamente in programmi di didattica e ricerca, ritenuti indispensabili per una crescita professionale polivalente. Adozione sistematica di meccanismi atti a trasferire ad altri il proprio bagaglio di conoscenze al fine di migliorare il rendimento di tutto il gruppo di lavoro.
5. <u>Attività di ricerca</u>	Il criterio rileva l'impegno profuso verso esperienze e progetti a rilevanza scientifica che comportino attività di ricerca, di analisi, di studio, di sperimentazione, osservazione, screening e documentazione, in analogia con le finalità istituzionali dell'Ente.	Minima propensione a lasciarsi coinvolgere in progetti specifici che comportino attività di ricerca la quale viene eventualmente svolta in modo esecutivo senza un apporto personale originale e propositivo. Scarsa attitudine alla relazione costruttiva nell'ambito di attività di indagine scientifica che presuppone l'apporto di più soggetti.	Discreta propensione a lasciarsi coinvolgere in progetti specifici che comportino attività di ricerca la quale viene svolta in modo non solo esecutivo talvolta anche con un apporto personale originale e positivo. Apprezzabile attitudine alla relazione costruttiva nell'ambito dell'attività di indagine scientifica che presuppone l'apporto di più soggetti.	Buona propensione a lasciarsi coinvolgere e a coinvolgere in progetti specifici che comportino attività di ricerca la quale viene svolta in modo originale e propositivo. Notevole attitudine alla relazione costruttiva nell'ambito di attività d'indagine scientifica che presuppone l'apporto di più soggetti con capacità di porsi quale riferimento e guida per il gruppo di lavoro.	Ottima propensione a lasciarsi coinvolgere e a coinvolgere in progetti specifici che comportino attività di ricerca la quale viene ideata, programmata nonché sviluppata in modo sempre originale e propositivo. Spiccata attitudine alla relazione costruttiva nell'ambito di attività di indagine scientifica che presuppone l'apporto di più soggetti con capacità di porsi e essere riconosciuto quale riferimento e guida per l'intero gruppo di lavoro.
Valore numerico per criterio		4	9	14	20

Per l'1,49% delle DIV presenti (n.2), i valutatori hanno ritenuto non opportuno esprimere una valutazione, in quanto i periodi di valutazione si riferivano a dipendenti assenti per motivi di malattia, gravidanza o aspettativa. Dall'analisi analitica effettuata sulle motivazioni di non valutazione, non si rilevano DIV con valutazione "espressamente negativa", equivalente a una non corresponsione della quota conguaglio di risultato.

Complessivamente, tra dirigenti medici e sanitari, il 5,22% delle DIV risultano avere un punteggio inferiore al rispettivo punteggio della performance attesa e il 69,40% riportano il punteggio massimo. Nonostante vi sia una tendenza globale di vicinanza al punteggio massimo, come si nota nelle tabelle sottostanti, il 14,18% dei dirigenti presi in esame percepivano una quota di risultato con una riduzione minima del 6% e il 14,93% una riduzione minima del 12%.

Punteggio complessivo	totale	DIV
< 70	7	5,22%
70 - punteggio "performance attesa"	1	0,75%
70 < punti < 88	5	3,73%
88	7	5,22%
94	19	14,18%
100	93	69,40%
non valutati	2	1,49%

quota risultato corrispondente
riduzione oltre il 30%
riduzione del 30%
riduzione tra il 30% ed il 12%*
riduzione del 12%
riduzione del 6%
quota massima

totale	134
--------	-----

La riduzione % è inversamente proporzionale al punteggio nel rapporto 1/1



REGIONE DEL VENETO
ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - I.R.C.S.S.

DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE
AMMINISTRAZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

DOCUMENTO DI VALUTAZIONE
AREA DIRIGENZA MEDICA E SANITARIA

Matr.	Cognome e Nome			
Profilo Prof.le				
Ente	Cod. U.O.	Unità Operativa		
Periodo dal		al		
CRITERI PER L'EROGAZIONE DEL RISULTATO RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI AZIENDALI				
1. Relazioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. <u>Autonomia e Responsabilità</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. <u>Impegno, Partecipazione e Livello di complessità</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. <u>Attività Scientifica, Didattica e Aggiornamento</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. <u>Attività di ricerca</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PUNTEGGIO MASSIMO			100	
Firma del Valutatore				
Firma del Dipendente				
Data		00/00/0000		

FONDO RETRIBUZIONE DI RISULTATO

Data stampa 00/00/0000

Versione Definitiva

2.2.4 Confronto con le valutazioni espresse l'anno precedente

Osservando l'addensamento delle valutazioni espresse e confrontando le due annualità nelle tabelle sottostanti, non si evince nessuna differenza di particolare rilievo sia per il personale del comparto che per la dirigenza nel loro complesso; anche se, dal confronto delle medie complessive si deduce nell'anno 2013 una maggiore differenziazione nelle valutazioni espresse rispetto alla valutazione massima.

Personale area Comparto

Punteggio complessivo area capacità	totale DIV 2013		totale DIV 2012	
< 12	4	1,18%	3	0,88%
12<21	22	6,47%	10	2,94%
21	22	6,47%	23	6,76%
24	25	7,35%	25	7,35%
27	23	6,76%	30	8,82%
30	241	70,88%	234	68,82%
non valutati	3	0,88%	7	2,06%
totale	340		332	

	media anno 2013	media anno 2012
Punteggio "Orientamento"	9,15	9,22
Punteggio "Impegno"	9,19	9,40
Punteggio "Adattabilità"	9,11	9,31
Punteggio "Totale area capacità"	27,45	27,92

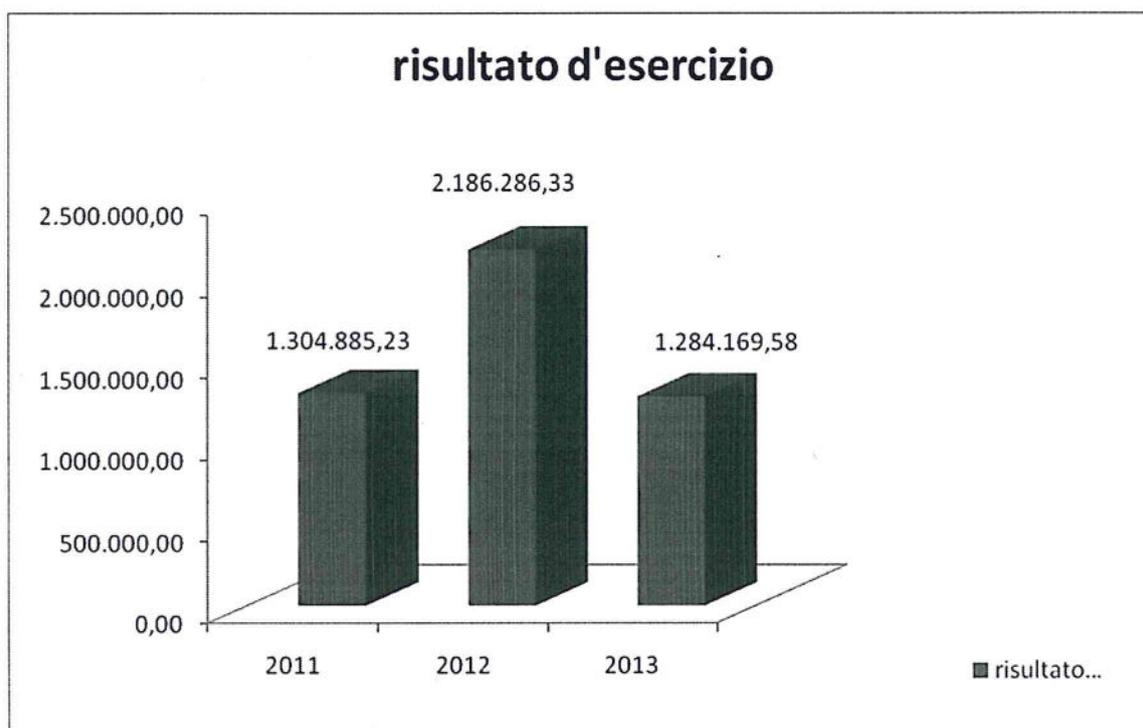
Dirigenza (Dipendenti e Universitari convenzionati)

Punteggio complessivo	totale DIV 2013		totale DIV 2012	
< 70	7	5,22%	1	0,88%
70 - punteggio "performance attesa"	1	0,75%	1	0,88%
70 < punti < 88	5	3,73%	2	1,77%
88	7	5,22%	7	6,19%
94	19	14,18%	15	13,27%
100	93	69,40%	86	76,11%
non valutati	2	1,49%	1	0,88%
totale	134		113	

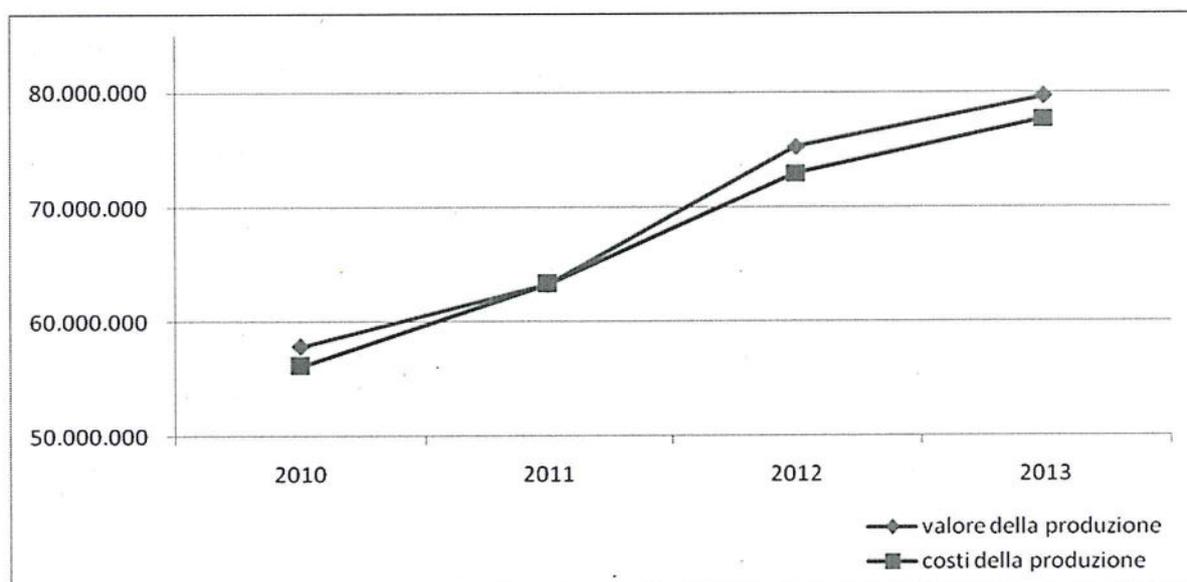
Criteria DIV	Media complessiva 2013	Media complessiva 2012
Media di Punteggio Relazioni	19,00	19,35
Media di Punteggio Autonomia	18,84	19,61
Media di Punteggio Impegno	18,98	19,56
Media di Punteggio Attività	18,25	19,19
Media di Punteggio Ricerca	18,31	18,80
Media di Punteggio Totale	93,38	96,50

3 Risorse, efficienza ed economicità

Pur in presenza di un risultato economico ancora una volta positivo (si veda per il trend il grafico sotto riportato), nonostante una sempre maggiore autonomizzazione rispetto al precedente modello di condivisione dei dipartimenti con AOPD e ULSS 16, per lo IOV restano ancora da sciogliere, come evidenziato nei capitoli precedenti, alcuni nodi che pongono difficoltà e limiti alla completa definizione del ruolo che l'Istituto può assumere, tra i quali, in prima analisi, l'adeguamento della dotazione organica, soprattutto per i servizi in staff alla Direzione Strategica, alle necessità venutesi a creare con il pieno sviluppo delle attività.



Osservando il trend dei ricavi e dei costi di produzione dell'ultimo quadriennio si nota come entrambi abbiano continuato ad incrementarsi, coerentemente con quanto è lecito attendersi da un'azienda di recente costituzione e, in fase di pieno sviluppo.



Si consideri inoltre che l'incremento dei costi per l'esercizio 2013 ha comportato un superamento dei tetti di costo imposti dalla Regione Veneto, peraltro ampiamente analizzato e giustificato agli organi competenti. Guardando i trend relativi soprattutto, ma non solo, ai costi della farmaceutica, questi sembrano destinati a incrementarsi anche nell'anno in corso. Del resto il sopraccitato processo, che sta portando l'Istituto ad una sempre maggiore autonomia organizzativa e procedurale, nonché la tipicità dell'attività istituzionale non possono che condurre verso questa direzione.

A completamento e per una migliore comprensione di quanto sopra esposto, si allega la tabella sottostante con il dettaglio del trend avuto da alcune rilevanti voci di bilancio, costituenti il costo della produzione.

	2010	2011	2012	2013
B.1 Acquisti di beni sanitari	17.467.301	19.708.990	22.532.573	29.047.285
<i>di cui B.1.A.1 Prodotti farmaceutici ed emoderivati</i>	<i>454.721</i>	<i>867.498</i>	<i>2.656.255</i>	<i>6.206.602</i>
<i>di cui B.1.A.9 Beni e prodotti sanitari da Aziende sanitarie pubbliche della Regione</i>	<i>14.683.709</i>	<i>15.924.594</i>	<i>16.415.159</i>	<i>17.606.654</i>
B.2.A.14 (15) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie	3.662.837	4.200.789	4.523.861	4.462.421
B.2.A.15 (16) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria	2.201.396	2.847.602	3.375.986	2.952.677
B.2.B.1 Acquisti di Servizi non sanitari	4.847.173	5.345.511	5.731.601	5.723.950
B.3 Manutenzione e riparazione ordinaria esternalizzata	2.433.355	3.068.612	3.424.775	3.798.902
B.5 Totale Costo del personale	18.644.318	19.081.711	19.278.833	20.155.712
B.8 Totale Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali	3.318.501	2.707.118	3.665.533	3.345.040

4 Pari opportunità e bilancio di genere

Il Comitato Unico di Garanzia di questo Istituto ha elaborato, in sinergia con il CUG dell'Azienda Ospedaliera di Padova, un questionario conoscitivo sulla salute dei lavoratori e delle lavoratrici e ha

distribuito lo stesso tra il personale dello IOV tra aprile e maggio 2013. I dati sono in fase di elaborazione e non appena terminata l'analisi degli stessi, saranno pubblicati sul sito aziendale.

5 Il processo di redazione della Relazione sulla performance

5.1 Fasi, soggetti, tempi e responsabilità

La relazione in oggetto è stata predisposta dalla Direzione Amministrativa con il supporto della S.S. Controllo di Gestione e del Dipartimento Interaziendale del Personale.

I tempi della redazione sono stati quelli definiti nella delibera CIVIT, mentre i report di monitoraggio sono stati discussi con le U.U.O.O. cliniche negli incontri di budget tenutesi all'inizio del mese di maggio. Gli stessi sono stati formalizzati con successiva spedizione, congiunta ai report degli indicatori ed ai verbali degli incontri.

5.2 Punti di forza e di debolezza del ciclo di gestione della performance

Nonostante un'attività di verifica costante, discendente anche dalla necessità di perseguire tutti i necessari percorsi di accreditamento istituzionale e di riesame, l'Istituto Oncologico continua a presentare difficoltà nella gestione del processo di pianificazione, programmazione e monitoraggio delle attività volto all'*improvement* dei processi e sistemi in uso. Tale situazione è endemica in un'organizzazione in cui all'origine non sono stati attribuiti e/o autorizzati, da parte degli organismi preposti, gli appropriati e imprescindibili investimenti in risorse umane, economiche e tecniche necessarie allo svolgimento dei suddetti processi in parallelo con le rimanenti attività istituzionali e sovra istituzionali.

Tuttavia l'Istituto è comunque riuscito a porre in essere le attività minimali richieste dal D. Lgs n.33/2013 relativo alla pubblicità e trasparenza nelle P.A., creando la sezione "Amministrazione trasparente" nel sito Aziendale contenente documenti ed informazioni *core* per gli *stakeholders* esterni. In particolare in tale sezione, ottemperando quanto richiesto dalla normativa, sono stati inseriti, tra gli altri:

- Programma Triennale per la trasparenza e l'integrità;
- Regolamenti per diritto di accesso agli atti, acquisizione beni e servizi, concorsi, incarichi, orario di lavoro;
- Organizzazione con gli organi di indirizzo politico e l'articolazione dei servizi;

- Documento delle direttive;
- Bilanci.

Inoltre sono stati tenuti i necessari corsi di formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché individuato il Responsabile per la Trasparenza e l'Integrità, adottando il programma triennale per la Trasparenza e l'Integrità 2014-2016, che indica tutte le iniziative volte a garantire adeguato livello di trasparenza e legalità, con i relativi tempi d'attuazione e le correlate risorse dedicate, nonché gli strumenti di verifica a disposizione.