

Azienda Ospedaliera Padova



# PIANO PERFORMANCE ANNO 2013

## Indice

<b>Introduzione</b>	<b>3</b>
<b>1 Il quadro di riferimento</b>	<b>4</b>
<b>2 Obiettivi strategici</b>	<b>4</b>
2.1 Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi	5
2.2 Processo di valutazione degli obiettivi e la misurazione della performance	27
<b>3 La performance individuale</b>	<b>28</b>
3.1 Il Documento di Valutazione Individuale	29
3.2 Il sistema informatico di supporto	33
<b>4 I Soggetti competenti del sistema di valutazione</b>	<b>33</b>
<b>5 Criteri di determinazione delle quote individuali</b>	<b>33</b>

## Introduzione

Il Piano della performance, in coerenza con le disposizioni previste dal D.Lgs. 150/2009 e dalla DGRV 2205/2012 recante le linee di indirizzo in materia di misurazione e valutazione dei dipendenti del servizio sanitario regionale ed in materia di trasparenza, consiste in un documento programmatico adottato in correlazione con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, che individua da un lato gli indirizzi, gli obiettivi strategici ed operativi e dall'altro definisce gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'Amministrazione.

La valutazione dell'attività si basa su un ciclo di gestione della performance con riferimento all'Amministrazione nel suo complesso al fine di migliorare la qualità dei servizi offerti.

Il concetto di valutazione opera in maniera onnicomprensiva interessando la valutazione della *performance* organizzativa e, a scendere, quella individuale.

Misurare le *performance* e quindi il livello dei servizi è il presupposto fondamentale per responsabilizzare gli attori del sistema e per conoscere quali interventi porre in essere per incrementare la produttività. La misurazione non può prescindere da una differenziazione dell'apporto dato e quindi da un riconoscimento del trattamento economico legato alla produttività secondo criteri selettivi volti a premiare il merito.

La valutazione parte da un approccio trasversale alla struttura, misurando la *performance* organizzativa in riferimento alle politiche previste dall'amministrazione per soddisfare i bisogni della collettività. L'attuazione di piani e programmi considera anche il livello previsto di assorbimento delle risorse finanziarie, l'efficienza dell'impiego delle stesse con particolare riferimento al contenimento ed alla riduzione dei costi, nonché all'ottimizzazione dei tempi dei procedimenti amministrativi, la qualità e la quantità delle prestazioni e dei servizi erogati.

## 1 Il quadro di riferimento

Con l'insediamento della nuova Direzione Generale, l'Azienda Ospedaliera di Padova, in attesa di indirizzi specifici regionali, ha avviato la contrattazione di budget secondo le linee strategiche riportate nel Documento di Direttive 2013, deliberato dal Direttore Generale con provvedimento n. 420 del 9 maggio 2013, successivamente integrate secondo gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende ULSS del Veneto, l'Azienda Ospedaliera di Padova, l'Azienda Ospedaliera Universitari Integrata Verona e l'IRCCS "Istituto Oncologico Vento" - anno 2013 della DGR N. 1237 del 16 luglio 2013.

## 2 Obiettivi strategici

Gli obiettivi strategici definiti nel Documento di Direttive sono i seguenti:

1. posizionamento dell'offerta sanitaria dell'Azienda quale riferimento all'interno del sistema sanitario regionale;
  - Alta specialità
2. revisione organizzativa per migliorare equità, efficacia ed efficienza dei servizi erogati;
  - Appropriatelyzza clinico-organizzativa area medica-chirurgica
  - Appropriatelyzza clinico-organizzativa area servizi
  - Personale
  - Miglioramento nella gestione dei processi organizzativi
  - Informatizzazione
  - Accreditamento e Certificazione ISO 9001
3. corretto impiego delle risorse;
  - Beni e Servizi
  - Personale
  - Spazi e Tecnologie
  - Attività
4. sviluppo e implementazione del sistema di programmazione e controllo aziendale;
  - Avvio del sistema di programmazione aziendale
5. miglioramento dell'accessibilità ai servizi e della soddisfazione dell'utenza;
  - Accessibilità ai servizi
  - Soddisfazione dell'utenza

- Benessere organizzativo
- 6. sostegno all'innovazione e alla ricerca;
  - Farmaci e dispositivi medici
  - Rapporti con l'Università
- 7. governo del rischio
  - Sicurezza del paziente
  - Rischio amministrativo contabile.

La loro esplicitazione è riportata nel Documento di Direttive anno 2013 (DDG N. 420 del 9/05/2013) e recepisce le linee di indirizzo Regionali.

## **2.1 Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi**

Le strategie vengono declinate in obiettivi assegnati alle singole strutture attraverso il processo di budgeting. In particolare, gli obiettivi strategici aziendali vengono declinati a livello di singole UOC/SSD e, con reportistica dedicata, monitorati e divulgati con periodicità trimestrale.

Al fine di rendere gli obiettivi strategici significativi e rendicontabili sono stati declinati in obiettivi operativi per i quali è stato fissato un valore soglia di raggiungimento dei risultati.

A fine anno l'Organismo indipendente di valutazione, nominato dal Direttore Generale con DDG n. 185/2013 e DDG n. 1075/2013 come previsto dall'art. 14 comma 1 del D.Lgs. n. 150/2009, valuta il grado di raggiungimento degli obiettivi in riferimento agli indicatori individuati.

Di seguito si riportano le schede elaborate per ogni obiettivo strategico con relativi obiettivi operativi, indicatori di risultato e target di riferimento.

# 1 Posizionamento dell'offerta sanitaria dell'Azienda quale riferimento all'interno del sistema sanitario regionale

## Alta specialità

cod	Obiettivi operativi/azienda		Indicatore	Valore soglia
				2013
C.5.2	Riduzione dei ricoveri di Ortopedia, di classe C e D, programmati, per pazienti residenti nella Regione del Veneto	Ob_Reg11	% ricoveri di Ortopedia, di classe C e D, programmati, per pazienti residenti nella Regione del Veneto	5% in meno del 2012
1.1	Avvio programma di riassorbimento attività presso il trasfusionale dell'Azienda connessa al trapianto d'organo attualmente svolte dall'IRCCS Policlinico di Milano	1.1	Definizione progetto	Progetto e avvio delle attività
1.10	Nuovo registro regionale morti improvvise	1.10	Numero casi registrati	tutti
1.2	Incremento attività di chirurgia in Neurochirurgia	1.2	N° interventi	+400 interventi annui (da settembre, +120 interventi)
1.3	Riprogrammazione dell'attività interventistica cardiologica	1.3	N° procedure	almeno + 60 procedure di ablazione su base annua
1.4	Sviluppo della progettualità relativa al "Nuovo Ospedale", in accordo con la Regione del Veneto e gli altri attori coinvolti	1.4	Accordo di Programma	Accordo firmato
1.5	Predisposizione di un progetto complessivo per la ristrutturazione del Policlinico/ Area Materno-infantile per intercettare il finanziamento ministeriale	1.5	Progetto	Progetto inviato in Regione
1.6	Sviluppo delle reti cliniche di patologia	1.6	Definizione progetto	presenza del progetto
1.7	Attivazione della parte laboratoristica per lo screening delle malattie metaboliche ereditarie	1.7	Definizione progetto	presenza del progetto
1.8	Predisposizione modalità di codifica, registrazione e determinazione del valore dell'attività relativa al riscontro diagnostico SIDS e SIUD (DGR n. 340/2013)	1.8	Definizione progetto	Progetto e avvio dell'attività

1.9	Progetto su autopsia finalizzato alla discussione sul caso clinico	1.9	Numero di conferenze clinico-patologiche e delle autopsie registrate/videoregistrate	max 400 autopsie
-----	--	-----	--	------------------

## 2 Revisione Organizzativa per migliorare equità, efficacia ed efficienza dei servizi erogati

### Appropriatezza clinico-organizzativa area medica-chirurgica

cod	Obiettivi operativi/azienda		Indicatore	Valore soglia
				2013
A.3.1	Presenza di protocolli per la gestione dei percorsi dei pazienti nella rete Ictus	Ob_Reg1	Presenza di protocolli (=procedure/linee guida)	SI
A.3.2	Presenza di protocolli per la gestione dei percorsi dei pazienti nella rete IMA	Ob_Reg2	Presenza di protocolli (=procedure/linee guida)	SI
A.3.3	Presenza di protocolli per la gestione dei percorsi dei pazienti nella rete per il Parto	Ob_Reg3	Presenza di protocolli (=procedure/linee guida)	SI
C.4.1	Percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica	Ob_Reg9	Percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica	<=30%
C.4.2	Percentuale di ricoveri di area chirurgica diurni o ordinari 0-1 giorno senza intervento	Ob_Reg10	Percentuale di ricoveri di area chirurgica diurni o ordinari 0-1 giorno senza intervento	<=3%
2.1	Sviluppo e implementazione di percorsi clinico-assistenziali	2.1	N° percorsi sviluppati	>= 2
2.2	Definizione di un modello aziendale che prevede l'individuazione e monitoraggio di indicatori clinici di processo e di esito	2.2	Individuazione indicatori e definizione di un cruscotto di monitoraggio	Elenco indicatori e cruscotto di monitoraggio
2.3	Pianificazione disponibilità posti di terapia intensiva per la chirurgia di elezione	2.3	N° interventi chirurgici non effettuati per non disponibilità di PL	-30% dell'anno precedente
2.4	Trasferimento da ricovero ordinario di 0-1gg a OBI: delle osservazioni prolungate delle pazienti ostetriche per il monitoraggio dei falsi travagli	2.4	Trasferimento da ricovero ordinario di 0-1gg a OBI	Avvio attività
2.5	Trasferimento da ricovero ordinario di 0-1gg a OBI: delle osservazioni prolungate di pazienti traumatologici non chirurgici	2.5	N° RO 0-1gg/Tot. Ricoveri	-30% anno precedente (II semestre)
2.6	Trasferimento in regime ambulatoriale: attività trasfusionali erogate dalle UOC (ad eccezione dell'UOC Immunotrasfusionale) erogate in DH	2.6	N° casi amb/Totale casi trattati (amb+dh)	>= 50% (periodo: II semestre)

2.7	Trasferimento in regime ambulatoriale: cistoscopie con flessibile in regime ambulatoriale	2.7	N° casi ambulatoriali	>= 500 casi
2.8	Riduzione degenza media preoperatoria della neurochirurgia per gli interventi sulla colonna dorsale e cervicale	2.8	Degenza media preoperatoria	1 gg nel 50% casi
2.9	Incremento di attività di day surgery e ambulatoriale chirurgico	2.9	N° procedure chirurgiche	3.000 annui (da giugno +250 al mese)
2.10	Individuazione di un modello di razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse condivise nell'area ambulatoriale/day hospital	2.10	Centralizzazione attività Dip. Chirurgia	Trasferimento delle attività
2.11	Individuare criteri condivisi per la richiesta e l'erogazione delle prestazioni di ecocardio e ecodoppler – condividere e sperimentare i criteri	2.11	Predisposizione documento linee guida	Documento presente
2.12	Riorganizzazione del Centro Disturbi Comportamento Alimentare	2.12	Ristrutturazione e riorganizzazione delle attività	Avvio delle attività nel nuovo Centro
2.13	Revisione del modello di gestione dell'urgenza chirurgica	2.13	Definizione del nuovo modello	Avvio delle attività in base al nuovo modello
2.48	Riorganizzazione e razionalizzazione delle attività di anestesia e rianimazione	2.48	Predisposizione documento	Presente
2.53	Riduzione degenza media preoperatoria	2.53	Rivedere i percorsi per area	predisposizione documento
2.54	Aumento della numerosità delle cartelle cliniche di ric. Ordinari e DH da controllare per paz dimessi nel 2013 dal 10% al 12,5% (Direz Controlli e Governo SSR prot. 2771MI/64.00,02 del 28/6/2013)	2.54	% cartelle da controllare/Tot cartelle	12,5% cartelle



## 2 Revisione Organizzativa per migliorare equità, efficacia ed efficienza dei servizi erogati

### Appropriatezza clinico-organizzativa area servizi

cod	Obiettivi operativi/azienda		Indicatore	Valore soglia
				2013
2.14	Revisione delle procedure di erogazione di esami di laboratorio in service verso terzi	2.14	Predisposizione procedura	Documento deliberato e convenzioni attivate
2.15	Riduzione prestazioni di laboratorio e radiologiche interventistiche richieste ad altre strutture sanitarie	2.15	Autorizzazioni DMO	riduzione 70% rispetto all'anno precedente (ultimo trimestre)
2.16	Utilizzo massimale delle grandi apparecchiature per erogare le prestazioni nei tempi previsti (DGR 320/2013) e contestuale ampliamento attività radiologica	2.16	N° TAC-RM-ECO	+6000 RM; +8100 TAC; +4500 Eco su base annua
2.17	Ampliare la disponibilità di prestazioni radiologiche anche nei giorni festivi e prefestivi e negli orari serali 20-22	2.17	Fasce orarie attive nei giorni festivi e prefestivi e negli orari serali 20-22 attivate	N° gg aperture straordinarie
2.18	Riorganizzazione attività di laboratorio ai sensi della L.R. n. 22 del 2002: Consolidamento linee produttive laboratoristiche	2.18	Formalizzazione e attivazione piano di riordino generale per ciascuna linea di attività	Consolidamento 1° gruppo di attività
2.19	Riorganizzazione attività di laboratorio ai sensi della L.R. n. 22 del 2002: ii. Armonizzazione dell'attività decentrata di laboratorio	2.19	Definizione formale inquadramento attività di laboratorio ai sensi legge 22	100% accreditati
2.20	Completamento della centralizzazione degli ambulatori cardiologici al Monoblocco.	2.20	Trasferimento dell'attività nella nuova sede	Avvio delle attività
2.21	Completamento della centralizzazione delle piastre endoscopiche per i pazienti esterni al Giustiniano e per i pazienti ricoverati nella nuova piastra del Monoblocco.	2.21	Trasferimento dell'attività nella nuova sede	Avvio delle attività
2.22	Centralizzazione dell'area ambulatoriale/DH internistico	2.22	Definizione di un progetto	Avvio delle attività
2.55	Odontoiatria: percorso del paziente	2.55	Predisposizione procedura	procedura presente

## 2 Revisione Organizzativa per migliorare equità, efficacia ed efficienza dei servizi erogati

### Personale

cod	Obiettivi operativi/azienda		Indicatore	Valore soglia
				2013
2.23	Definizione e applicazioni modalità inserimento del personale dirigente sanitario di nuova acquisizione o di nuova assegnazione	2.23	Documento metodologico del piano di inserimento del personale dirigente e applicazione sperimentale nelle UOC	Documento
2.24	Revisione delle modalità inserimento del personale del comparto sanitario di nuova acquisizione	2.24	Revisione documento	Documento
2.25	Revisione del sistema delle guardie e delle pronte disponibilità	2.25	Predisposizione procedura	Applicazione del nuovo modello
2.26	Ricognizione e regolamentazione delle varie figure professionali che operano in Azienda	2.26	Predisposizione documento e procedure per le singole tipologie	Applicazione delle procedure
2.27	Predisposizione schema contratto Universitari alla luce della recente DGRV n. 342/2013 sui Direttori di Struttura Complessa	2.27	Predisposizione documento	Documento presente

## 2 Revisione Organizzativa per migliorare equità, efficacia ed efficienza dei servizi erogati

### Miglioramento nella gestione dei processi organizzativi

cod	Obiettivi operativi/azienda		Indicatore	Valore soglia
				2013
C.6.1	Riduzione della distanza in termini relativi tra dato aziendale e standard per almeno il 50% degli indicatori	Ob_Reg12	% Indicatori in linea con lo standard	Miglioramento in almeno il 50% degli indicatori
F.1.1	Implementazione delle attività finalizzate al raggiungimento del livello di totale adempienza rispetto agli adempimenti previsti nel Questionario LEA	Ob_Reg25	Implementazione delle attività	SI
F.1.2	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.	Ob_Reg26	Rispetto dei tempi	SI
F.4.1	Corretta valorizzazione campi flusso DDF3 (identificativo utente, comune di residenza) nel caso sia previsto il mantenimento dell'anonimato	Ob_Reg35	Corretta valorizzazione campi flusso DDF3	SI
F.4.2	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)	Ob_Reg36	% 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%
F.4.3	Flusso consumi DM: % dei IVD codificati con almeno la prima lettera dalla categoria W rispetto ai modelli CE (B.1.A.3.3)	Ob_Reg37	% dei IVD codificati con almeno la prima lettera dalla categoria W rispetto ai modelli CE (B.1.A.3.3)	>= 93%
F.4.4	Riduzione degli errori nella valorizzazione campi flusso DDF3 (corrispondenza tra tipo erogatore e tipo struttura erogante) e flusso FAROSP (tipo struttura)	Ob_Reg38	% errori nella valorizzazione campi flusso DDF3	Riduzione rispetto al 2012
F.4.5	Riduzione numero di errori sostanziali segnalati dalla Regione alle Aziende Sanitarie	Ob_Reg39	Numero di errori sostanziali segnalati	<= 500 errori
F.7.1	Inviare almeno il 95% delle sdo chiuse	Ob_Reg40	Percentuale di SDO inviate sul totale delle SDO chiuse ≥ 95%	>=95%
2.28	Puntuale registrazione/invio mensile delle prestazioni per esterni ai fini invio flusso art 50 (Min. Finanze)	2.28	% prestazioni inviate in ritardo	=<5% a livello aziendale

2.29	Invio di almeno il 95% delle SDO entro il 15 del mese successivo alla dimissione	2.29	N. ricoveri ordinari e diurni trasmessi oltre i termini stabiliti	=<20 ricoveri a livello aziendale
2.30	Revisione e implementazione "Tariffario aziendale" delle prestazioni specialistiche	2.30	1. documento di revisione; 2. n°prestazioni nuove codificate nell'anno	Documento presente
2.31	Miglioramento nella compilazione della lista operatoria	2.31	N° liste operatorie complete/Totale liste operatorie	>=70%
2.32	Procedura per acquisizione attrezzature tramite donazioni o comodato d'uso	2.32	Predisposizione documento	Documento presente
2.33	Invio del file F all' Unità di Distribuzione Diretta Farmaci entro il giorno 5 del mese successivo all'erogazione al paziente	2.33	% N°di ricette registrate dopo il 25 del mese successivo	=<5%
2.34	Riorganizzazione dell'Area Amministrativa	2.34	Revisione Dipartimenti Amministrativi Interaziendali	Documento di riorganizzazione
2.35	Predisposizione del Regolamento dei Dipartimenti	2.35	Regolamento dei Dipartimenti	Approvazione del Regolamento e sua implementazione
2.36	Revisione del modello di gestione del CUP e delle liste di attesa in Azienda	2.36	Descrizione del nuovo modello organizzativo	Documento presente e avvio del nuovo modello
2.49	Segnalare nella SDO l'eventuale parto fisiologico indolore	2.49	Presenza della procedura 0391 e/o 0390 nella SDO dei parti vaginali	Corretta compilazione
2.51	Puntuale registrazione/invio mensile delle prestazioni per esterni ai fini invio flusso art 50 (Min. Finanze)	2.51	Definizione della Procedura entro anno 2013	Presente

## 2 Revisione Organizzativa per migliorare equità, efficacia ed efficienza dei servizi erogati

### Informatizzazione

cod	Obiettivi operativi/azienda		Indicatore	Valore soglia
				2013
F.2.1	<i>Implementazione secondo Programmazione Regionale: presentazione del progetto di adeguamento; adeguamento dei sistemi aziendali (collaudo); labelling dei servizi/applicazioni sviluppate; entrata in produzione</i>	Ob_Reg27	adempiere alle azioni dell'obiettivo	SI
F.2.2	<i>lettere di dimissioni firmate digitalmente</i>	Ob_Reg28	% di lettere di dimissioni firmate rispetto al totale	90%
F.2.3	<i>referti di Anatomia Patologica firmati digitalmente</i>	Ob_Reg29	% di referti di Anatomia Patologica firmati rispetto al totale	100%
F.2.4	<i>referti di Laboratorio firmati digitalmente</i>	Ob_Reg30	% di referti di Laboratorio firmati rispetto al totale	100%
F.2.5	<i>referti di Microbiologia firmati digitalmente</i>	Ob_Reg31	% di referti di Microbiologia firmati rispetto al totale	100%
F.2.6	<i>referti di Radiologia firmati digitalmente</i>	Ob_Reg32	% di referti di Radiologia firmati rispetto al totale	100%
F.2.7	<i>referti di Verbali Pronto Soccorso firmati digitalmente</i>	Ob_Reg33	% di referti di Verbali Pronto Soccorso firmati rispetto al totale	100%
F.3.1	<i>Dematerializzazione della ricetta cartacea (Decreto MEF del 2 novembre 2011)</i>	Ob_Reg34	% di ricette dematerializzate (n. ricette dematerializzate dicembre anno corrente / n. ricette art.50 anno precedente)	60%
2.37	Gestione informatica delle consulenze (richiesta, refertazione, firma digitale)	2.37	% referti digitali/totale referti specialistici	>= 90%
2.38	Informatizzazione della cartella clinica di ricovero	2.38	% cartelle digitali/totale dimissioni	>= 25%
2.39	Informatizzazione della lettera di dimissione	2.39	% lettere firmate digitalmente/totale dimissioni	>= 80%

2.40	Informatizzazione della terapia	2.40	% terapie digitali/totale dimissioni	>= 10%
2.41	Informatizzazione richieste anatomia patologica	2.41	% richieste digitali/totale richieste	>= 90%
2.42	Prescrizione informatizzata dei farmaci alla dimissione	2.42	% prescrizioni digitali/totale ricette spedite dall' UDF	>= 90%
2.43	Prescrizione informatizzata dei farmaci alla dimissione da visita ambulatoriale	2.43	% prescrizioni digitali/totale ricette spedite dall' UDF	>= 50% a partire da agosto
2.44	Utilizzo cartella ambulatoriale informatizzata	2.44	% referti digitali/totale referti specialistici	>= 60%
2.45	Verbali di PS firmati digitalmente	2.45	% verbali PS firmati digitalmente/totale verbali PS	>= 30%
2.50	Utilizzo Registro operatorio informatizzato	2.50	% atti operatori informatizzati/totale atti	100%
2.52	Cartella ambulatoriale informatizzata: sviluppo applicativo per Medicina del Lavoro	2.52	Progetto	predisposizione progetto
8.6	Definizione regolamento e distribuzione della SMART card per la firma digitale	8.6	Numero di Dirigenti	>= 90%

## 2 Revisione Organizzativa per migliorare equità, efficacia ed efficienza dei servizi erogati

### Accreditamento e certificazione ISO 9001

cod	Obiettivi operativi/azienda		Indicatore	Valore soglia
				2013
2.46	Integrazione Sistemi qualità Unità Operativa nel Sistema di qualità aziendale	2.46	Certificato ISO 9001 unico	Presente
2.47	Mantenimento certificazione ISO 9001	2.47	Certificato ISO 9001	Presente

### 3 Corretto impiego delle risorse

#### Beni e Servizi

cod	Obiettivi operativi/azienda		Indicatore	Valore soglia
				2013
B.1.1	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	Ob_Reg4	Utilizzo del Prezzo unitario di riferimento Regionale	SI
D.1.1	Rispetto del tetto di costo: Personale	Ob_Reg15	costo Personale	205.911.000,00
D.1.3	Rispetto del tetto di costo: Farmaceutica Ospedaliera	Ob_Reg16	costo Farmaceutica Ospedaliera	98.973.297,00
D.1.4	Rispetto del tetto di costo: DM	Ob_Reg17	costo DM	49.012.350,00
D.1.5	Rispetto del tetto di costo: IDV	Ob_Reg18	costo IDV	21.388.500,00
D.2.1	Delta Risultato Economico effettivo rispetto Risultato Economico CR 154/2012	Ob_Reg19	Delta Risultato Economico effettivo rispetto Risultato Economico CR 154/2012	- 38.700.000,00
D.2.2	Delta 2013 - 2012 Costo della Produzione (+ Imposte e tasse)	Ob_Reg20	Delta 2013 - 2012 Costo della Produzione (+ Imposte e tasse)	<=0euro (riduzione rispetto al Costo 2012)
3.1	Conferma dei costi per dispositivi e farmaci anno 2012	3.1	Mantenimento costi 2012	SI
3.2	Passaggio da dispositivi monouso ad alto costo unitario di tipo elettrochirurgico a dispositivi equivalenti e riutilizzabili	3.2	Numero dispositivi monouso/totale dispositivi	=< 5% rispetto anno precedente
3.3	Appropriatezza prescrittiva dei farmaci:rivedere l'appropriatezza prescrittiva del fibrinogeno rispetto alle richieste di plasma derivati EC , PFC e PLTS	3.3	Diminuzione di richiesta di unità di plasma derivati per pz rispetto al valore 2012 o diminuzione del consumo di fibrinogeno	=< 30% rispetto anno precedente
3.4	Appropriatezza prescrittiva dei farmaci: rivedere l'appropriatezza prescrittiva del fibrinogeno con segnalazione dei nominativi di tutti i pazienti trattati alla Direzione dell' immunotrasfusionale	3.4	Nominativi pazienti trasmessi	100%
3.5	Appropriatezza prescrittiva dei farmaci: intensificare la prescrizione di biosimilari filgastrim	3.5	% di confezioni di Biosimilare prescritte (uso ospedaliero e Distribuzione Diretta) rispetto al totale delle confezioni richieste della rispettiva categoria ATC	>= 70%

			L03AA Fattori di Stimolazione delle colonie	
3.6	Appropriatezza prescrittiva dei farmaci: intensificare la prescrizione di biosimilari eritropoietina	3.6	% di confezioni di Biosimilare prescritte (uso ospedaliero e Distribuzione Diretta) rispetto al totale delle confezioni richieste della rispettiva categoria ATC B03XA altri preparati antianemici	>= 60%
3.7	Riduzione della spesa complessiva per l'acquisizione di antibiotici di terza generazione	3.7	Importo totale spesa	=< 5% rispetto al 2012
3.8	Appropriatezza prescrittiva dei farmaci: antibiotici e antimicotici	3.8	Importo totale della spesa categoria ATC J01D e J01X Antibatterici per uso sistemico e J02 antimicotici per uso sistemico per singola UO (uso ospedaliero )	=< 5% rispetto al 2012
3.9	Appropriatezza prescrittiva dei farmaci: antivirali	3.9	Importo totale della spesa categoria ATC J05 Antivirali per uso sistemico per pazienti HIV	=< 5% rispetto al 2012
3.10	Appropriatezza prescrittiva dei farmaci: farmaci immunosoppressivi	3.10	Importo totale della spesa di ATC L04A Immunosoppressivi (uso ospedaliero e Distribuzione Diretta )	=< 5% rispetto al 2012
3.11	Appropriatezza prescrittiva dei farmaci: farmaci anticorpi monoclonali	3.11	Importo totale della spesa di ATC L01XC Immunosoppressivi	=< 5% rispetto al 2012
3.13	Definizione dei volumi di attività delle procedure chirurgiche/interventistica ad alto costo unitario di dispositivo avendo predefinito i criteri di appropriatezza	3.13	Documento di programmazione dell'attività concordando il num max procedure 1.assistenza ventricolare;2.fibrillazione atriale;3.custom made; 4. un dispositivo ad alto costo per neuro-radiologia interventistica	Rispetto della programmazione
3.14	Gestione del materiale sterilizzato: definizione e determinazione del numero di kit standard per procedura chirurgica	3.14	Definizione kit	si
3.15	Costo-efficacia dei dispositivi per prevenzione trattamento lesioni da decubito	3.15	Predisposizione analisi situazione attuale al fine di fornire elementi di indirizzo futuri	predisposizione documento
3.16	Applicazione delle disposizioni della DGRV 2864/2012 con particolare riferimento alla razionalizzazione e riduzione della spesa per acquisto di beni e servizi non sanitari	3.16	Spesa per acquisto di beni e servizi non sanitari	Rispetto tetto di spesa
3.26	Prescrizione farmaci biologici secondo lo schema delibera b. 641 del 7 maggio 2012	3.26	compilazione scheda	100% a partire dalla data di ricezione



3.27	Appropriatezza prescrittiva da parte delle UO	3.27	Definizione programma	Definizione programma
3.29	Predisposizione procedura Verifica rispetto del Budget Economico	3.29	Procedura	Presente

### 3 Corretto impiego delle risorse

#### Personale

cod	Obiettivi operativi/azienda		Indicatore	Valore soglia
				2013
3.17	Definizione degli orari di apertura sia dei servizi ospedalieri che operano nelle 12 ore che quelli a ciclo continuo nelle 24 ore	3.17	Stesura di un documento ufficiale	Presente
3.18	Decentramento alle UO della gestione della turnistica e di alcune tipologie di assenza	3.18	Decentramento attività presso singole unità operative, gestione informatizzata	>= 25% UO
3.19	Programmazione annuale delle ferie	3.19	Riduzione dei giorni di ferie cumulati anno in corso+non goduto anni precedenti	>= 5% (ridurre al 31/12/2013 almeno del 5% le ferie non godute al 31/12/2012)
3.20	Gestione del percorso di valutazione della performance individuali	3.20	Trasparenza e condivisione dei criteri di valutazione/Compilazione dei documenti di valutazione rispettando le scadenze	Almeno 1 incontro di UO verbalizzato
3.21	Rispetto dei vincoli economici in materia di personale come da DGRV 2864/2012	3.21	Spesa personale	Rispetto tetto di spesa

### 3 Corretto impiego delle risorse

#### Spazi e Tecnologie

cod	Obiettivi operativi/azienda		Indicatore	Valore soglia
				2013
3.22	Miglioramento dell'utilizzo degli ambulatori chirurgici	3.22	N° interventi in ambulatorio chirurgico	>= 800 interventi annui per ambulatorio chirurgico
3.23	Utilizzo a pieno regime delle attrezzature presenti presso il servizio per la Patologia della Riproduzione Umana in collaborazione con l'UOC Microbiologia	3.23	Aumento prestazioni in fatturazione	>= 800.000 € rispetto all'anno 2012
3.30	Predisposizione progetto rientro del centro odontoiatrico all'interno degli spazi dell'area ospedaliera	3.30	Progetto	Presente

### 3 Corretto impiego delle risorse

#### Attività

cod	Obiettivi operativi/azienda		Indicatore	Valore soglia
				2013
E.2.2	Concorso alla diminuzione al numero di prestazioni per abitante: rispetto dei volumi concordati con l'ULSS	Ob_Reg24	rispetto dei volumi concordati con l'ULSS	SI
3.24	Riduzione ricoveri outliers	3.24	Num Outliers	=<25% anno precedente
3.25	Definizione volumi di attività	3.25	Volumi attività	mantenimento volumi anno precedente
3.28	Ottimizzazione dei tempi di refertazione	3.28	Tempi di refertazione per interni	<= 5 gg

## 4 Sviluppo e implementazione del sistema di programmazione e controllo aziendale

### Avvio del sistema di programmazione aziendale

cod	Obiettivi operativi/azienda		Indicatore	Valore soglia
				2013
4.1	Predisposizione del Piano generale aziendale di gestione della logistica	4.1	Documento	Presente
4.2	Predisposizione del Piano Attuativo Locale	4.2	Documento	Presente
4.3	Predisposizione Atto aziendale	4.3	Documento	Presente
4.4	Predisposizione Piano Aziendale delle liste di attesa aggiornato	4.4	Documento	Presente
4.5	Predisposizione piani di settore	4.5	Documento	Presente
4.6	Predisposizione Piano della Performance	4.6	Documento	Presente
4.7	Predisposizione Piano triennale di prevenzione della Corruzione	4.7	Documento	Presente
4.8	Predisposizione programma in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi (l. 241/90 e aggiornamenti)	4.8	Documento	Presente
4.9	Predisposizione programma in materia di recupero crediti	4.9	Documento	Presente
4.10	Documento contenente programmazione gare beni e servizi	4.10	Documento	Presente
4.11	Piano degli investimenti	4.11	Documento	Presente
4.12	Manovra sul personale: predisposizione documento di programmazione	4.12	Documento	Presente
4.13	Predisposizione Piano Triennale per la Trasparenza	4.13	Documento	Presente

4.14	Adeguamento Regolamento per gli incarichi extraistituzionali di cui all'art. 53 del DLgs 165/2001	4.14	Revisione regolamento	Presente
4.15	Predisposizione Nuovo Regolamento Spese in economia	4.15	Predisposizione regolamento	Presente
4.16	Predisposizione Regolamento Incarichi Legali	4.16	Predisposizione regolamento	Presente
4.17	Gara europea per servizio "Brokeraggio" come da DGR giugno 2013	4.17	Predisposizione capitolato di gara	Presente
4.18	Ufficio Sinistri	4.18	Progetto	Presente
4.19	Gara europea per servizio assicurativo RCT/O come da DGR giugno 2013	4.19	Predisposizione capitolato di gara	Presente
4.20	Applicazione DGR 35/2013 e circolari regionali	4.20	Rispetto dei tempi	SI

## 5 Miglioramento dell'accessibilità ai servizi e della soddisfazione dell'utenza

### Accessibilità ai servizi

cod	Obiettivi operativi/azienda		Indicatore	Valore soglia
				2013
E.1.4	Stipula di un accordo con la ULSS per il Rispetto dell'Offerta "di Base" secondo la DGR 320/2013	Ob_Reg21	Accordo	Approvazione Regionale
E.1.5	Inserimento delle prestazioni concordate nel CUP in comune	Ob_Reg22	Inserimento delle prestazioni	SI
E.1.6	Sulle Agende Concordate, Rispetto dei Tempi d'Attesa per Classe di Priorità	Ob_Reg23	Rispetto dei Tempi d'Attesa per Classe di Priorità	SI
5.1	Rispetto dei tempi massimi di attesa nell'erogazione di prestazioni ambulatoriali e di ricovero	5.1	Rispetto degli indicatori previsti dalla DGR 600/07	Valore fissato dalla DGR 600/07 e successive integrazioni (DGRV 3140/2369)
5.2	Ridurre N° pazienti con dolore "inutile"	5.2	Chirurgie: N° pazienti che riferiscono dolore $\leq 3$ (NRS) nelle 48/72 ore post operatorie	aumento 5%/anno paz. con NRS $\leq 3$ nelle 72 ore post operatorie (monit. a campione 1 volta anno)

5.3	Ridurre N° pazienti con dolore "inutile"	5.3	Medicine: N° pazienti che riferiscono riduzione dolore nelle 48 ore successive al ricovero	riduzione 5% dell'intensità NRS rilevata all'ingresso (monitoraggio a campione 1 volta anno)
5.4	Ridurre N° pazienti con dolore "inutile"	5.4	Pediatria: N° bambini a cui viene misurato il dolore almeno 1 volta al giorno durante tutto il ricovero con scala adeguata all'età	80% (monitoraggio a campione 1 volta anno)
5.5	Ridurre N° pazienti con dolore "inutile"	5.5	TIPO: N° pazienti su scala NRS $\leq 3$ e scala CCPOT $\leq 2$	aumento 5%/anno paz. con NRS $<3$ e CCPOT $<2$ nelle 72 ore (monitoraggio a campione 1 volta anno)
5.6	Ridurre N° pazienti con dolore "inutile"	5.6	PS: N° pazienti che afferiscono all'area verde a cui viene misurato il dolore all'ingresso, durante l'attesa e alla dimissione	rilevazione su almeno 80% dei pazienti che afferiscono all'area verde (a partire da II semestre)
5.7	Aumentare il consumo di farmaci per il trattamento del dolore	5.7	utilizzo oppiacei forti(escl. Metadone e prod. Transdermici) e riduzione ketoralac per via parenterale	oppiacei forti per via orale $>5\%$ - ketoralac per via parenterale $<5\%$ rispetto anno prec.
5.8	Riduzione esami che non vanno a buon fine	5.8	N° colonscopie che non vanno a buon fine/totale casi (campionamento a fine anno)	$\leq 5\%$
5.9	Monitoraggio qualità percepita	5.9	Azione di miglioramento e/o correttiva	$\geq 1$
5.10	Revisione complessiva spazi/ristrutturazioni ospedale	5.10	Predisposizione documento	Documento presente

## 5 Miglioramento dell'accessibilità ai servizi e della soddisfazione dell'utenza

### Soddisfazione dell'utenza

cod	Obiettivi operativi/azienda		Indicatore	Valore soglia
				2013
5.11	Avere Carta dei Servizi completa o, almeno, Carta di Accoglienza	5.11	Carta dei Servizi	Presente
5.12	Avere Carta dei Servizi completa o, almeno, Carta di Accoglienza	5.12	Carta di Accoglienza	Presente
5.13	Avere Carta dei Servizi completa o, almeno, Carta di Accoglienza	5.13	Aggiornamento Carta dei Servizi e Carta di Accoglienza	Aggiornamento documentazione
5.14	Monitoraggio qualità percepita	5.14	Grado complessivo di soddisfazione dell'utenza	>= 77%
5.15	Applicazione regolamento sul sostegno ai malati da parte dei familiari e/o persone delegate	5.15	Invio rendicontazione mensile delle presenze dalle UUOO all'URP	Invio mensile dell'elenco delle presenze esterne in UUOO
5.16	Mantenimento tempi di risposta dei Direttori alle segnalazioni di reclamo (standard 20gg)	5.16	% riposte al reclamo entro 20 gg / totale risposte al reclamo trasmesse	almeno 80% risposte al reclamo entro i 20 gg
5.17	Riduzione tempo complessivo di risposta all'utenza sui reclami	5.17	% riposte al reclamo entro 90 gg / totale risposte al reclamo trasmesse	>= 80% risposte al reclamo entro i 90 gg (ultimo mese)
5.18	Realizzazione di video tutoriali su semplici manovre assistenziali	5.18	N° video in rete	>= 5

## 5 Miglioramento dell'accessibilità ai servizi e della soddisfazione dell'utenza

### Benessere organizzativo

cod	Obiettivi operativi/azienda		Indicatore	Valore soglia
				2013
5.19	Implementazione Documento "Piano delle Azioni Positive"	5.19	Almeno 3 iniziative	Presente

## 6 Sostegno all'innovazione e alla ricerca

### Farmaci e dispositivi medici

cod	Obiettivi operativi/azienda		Indicatore	Valore soglia
				2013
6.1	Revisione della procedura per la programmazione, richiesta e autorizzazione per l'acquisto di dispositivi medici ad alto costo	6.1	revisione della procedura	Applicazione della nuova procedura
6.2	Quantità di farmaco registrata nei registri AIFA rispetto alle quantità erogate alle UUOO	6.2	%farmaco dispensata in base ai registri, rispetto alla quantità consegnata alle UO relativamente alle indicazioni terapeutiche che sono soggette a registrazione AIFA	98%
6.3	Completa registrazione dei dati pazienti nelle schede del registro AIFA	6.3	%pazienti per i quali è stata completata la registrazione dei dati rispetto al numero totale di pazienti	100%
6.4	Compilazione schede AIFA completa al fine della condivisione del rischio ( risk sharing-payment by result )	6.4	%pazienti con schede AIFA complete, in particolare per quanto riguarda la registrazione degli esiti e di eventuali fallimenti per i farmaci sottoposti a procedura AIFA di condivisione del rischio	100%

6.5	Compilazione del registro TAVI	6.5	%pazienti registrati nel portale regionale rispetto alle valvole acquistate	100%
6.6	Compilazione delle schede di monitoraggio clinico dei pazienti sottoposti a trattamento con medicinali inseriti nella legge 648	6.6	Per i medicinali distribuiti a domicilio: % ricette spedite dalla Distribuzione Diretta rispetto al numero di schede di monitoraggio inviate alla Regione	100%
6.7	Revisione della procedura per la richiesta e utilizzazione di farmaci offlabel	6.7	Nuova Procedura	Applicazione della nuova procedura
6.8	Predisporre linee guida per utilizzo poliuso in laparoscopia TROCAR	6.8	stesura linee guida	riduzione 5% del dispositivo monouso rispetto anno 2012
6.9	Revisione del modello organizzativo della Ricerca clinica e della gestione dei Progetti Finanziati	6.9	Nuovo modello organizzativo	Applicazione del nuovo modello

## 6 Sostegno all'innovazione e alla ricerca

### Rapporti con l'Università

cod	Obiettivi operativi/azienda		Indicatore	Valore soglia
				2013
C.7.1	Numero di sperimentazioni rispetto all'anno precedente estratte dall'Osservatorio nazionale sulla sperimentazione clinica dei medicinali – AIFA	Ob_Reg13	Numero di sperimentazioni	Maggiore del 2012
C.7.2	Numero di segnalazioni ADR sul totale dei ricoveri	Ob_Reg14	Numero di segnalazioni ADR sul totale dei ricoveri	≥ 0,005 dei ricoveri
6.10	Definizione del Piano di attivazione Torre della Ricerca ai sensi delle programmazioni esistenti e approvate	6.10	Piano di attivazione	Documento presente
6.11	Implementazione delle azioni propedeutiche al trasferimento delle attività di ricerca e assistenza presso il Complesso Pietro D'Abano di via Orus	6.11	Predisposizione gare arredi e Predisposizione interventi strutturali	Avvio gara e Interventi strutturali
6.12	Rivalutazione delle percentuali di attribuzione dei costi di gestione delle apparecchiature sanitarie universitarie utilizzate anche a fini assistenziali	6.12	Elenco apparecchiature sanitarie universitarie utilizzate anche a fini assistenziali con definizione percentuale di utilizzo a fini assistenziali	Presente



6.13	Condivisione di linee comuni per la rilevazione delle presenze/attività del personale universitario	6.13	Attivazione gruppo di lavoro	Avvio
------	---	------	------------------------------	-------

## 7 Governo del rischio

### Sicurezza del paziente

cod	Obiettivi operativi/azienda		Indicatore	Valore soglia
				2013
7.1	Adozione scheda di Conley per identificare i pazienti a rischio di caduta	7.1	Presenza della scheda all'interno della documentazione clinico assistenziale	100% pazienti che possiedono i criteri di inclusione
7.2	Adozione scheda unica terapia	7.2	Utilizzo della scheda all'interno nella documentazione clinico assistenziale per tutti i pazienti	>= 50% ricoveri
7.3	Applicazione buone pratiche per la prevenzione delle infezioni legate all'assistenza / lavaggio mani	7.3	litri di gel alcolico/ 1000 giornate paziente	incremento 20% consumo di l. di gel alcolico x 100
7.4	Applicazione checklist di sala operatoria	7.4	Utilizzo della scheda all'interno nella documentazione clinico-assistenziale per tutti i pazienti	70% ricoveri
7.5	Partecipazione allo studio di prevalenza lesioni da pressione e infezioni ospedaliere	7.5	% dipendenti che partecipano allo studio	100% dei dipendenti
7.6	Avvio e stesura schede informative di accompagnamento al consenso all'atto sanitario	7.6	Almeno due schede informative per UO	>= 10% UUOO
7.19	Applicazione buone pratiche per la prevenzione delle infezioni legate all'assistenza/catetere venoso centrale	7.19	avviare il percorso	documento
7.20	Applicazione buone pratiche per la prevenzione delle infezioni legate all'assistenza/farmaci antibiotici	7.20	avviare il percorso	documento

## 7 Governo del rischio

### Rischio amministrativo contabile

cod	Obiettivi operativi/azienda		Indicatore	Valore soglia
				2013
B.2.1	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	Ob_Reg5	Collaborazione	SI
B.2.2	Completamento efficace delle azioni pianificate nel progetto PAC per il 2013, entro il 31 dicembre 2013	Ob_Reg6	Completamento efficace delle azioni pianificate	SI
B.2.3	Procedere all'analisi dei rischi ed alla valutazione del fondo per rischi sulla base delle indicazioni fornite dalla Regione	Ob_Reg7	analisi dei rischi e valutazione del fondo per rischi	SI
B.2.4	Attuare le attività di sviluppo del controllo interno per il governo dei rischi amministrativo contabili secondo le tempistiche definite dal progetto Regionale	Ob_Reg8	Attuare le attività	SI
7.7	Assicurare a livello organizzativo e informatico la segregazione dei compiti del personale	7.7	Esito controllo tra esistente e desiderato	Esistente=desiderato per tutti i profili
7.8	Revisione procedure LP	7.8	Revisione procedura	Procedura rivista
7.9	Predisposizione procedura richiesta di prestazioni da UO aziendali verso enti terzi (fatturazione passiva)	7.9	Predisposizione procedura	Procedura presente
7.10	Analisi e riduzione del rischio nel processo prioritario "fatturazione attiva ad enti" delle prestazioni ambulatoriali in attività istituzionale	7.10	Indice di rischio	Indice di rischio < 120
7.11	Analisi e riduzione del rischio nel processo prioritario "Acquisizione dei contributi vincolati"	7.11	Predisposizione studio completo	Studio presente
7.12	Acquisto di prestazioni sanitarie da personale dipendente	7.12	Procedura	Procedura presente
7.13	Espletamento delle procedure finalizzate alla scelta del contraente e alla formalizzazione del contratto (procedura di gara, trattative etc..) relativamente a beni, servizi, outsourcing	7.13	Approvazione del documento di programmazione di dettaglio	Definizione Documento di programmazione di dettaglio

7.14	Esecuzione del contratto relativo alla acquisizione di beni, servizi e outsourcing (dalla emissione dell'ordine di acquisto alla liquidazione delle fatture al fornitore) - gestione dei servizi esternalizzati	7.14	Procedura	Avvio Procedura
7.15	Manutenzione di edifici e impianti	7.15	Procedura	Avvio Procedura
7.16	Progettazione e realizzazione di edifici e impianti	7.16	Procedura	Avvio Procedura
7.17	Cessione di beni a terzi	7.17	Procedura	Avvio Procedura
7.18	Governo delle sperimentazioni cliniche	7.18	Indice di rischio	Indice di rischio =< 40

La fase di definizione della propria programmazione delle attività si identifica nel processo di negoziazione di budget che determina gli obiettivi operativi di ciascuna struttura sanitaria e amministrativa.

Per ciascun obiettivo vengono successivamente definite quindi le azioni, i tempi, le risorse e le responsabilità organizzative connesse al loro raggiungimento.

Attraverso il processo di negoziazione la Direzione Aziendale stabilisce i nuovi indirizzi ed obiettivi annuali, gli indicatori e le responsabilità di realizzazione degli stessi.

L'attività della Direzione viene supportata dall'Organismo Indipendente di Valutazione che valuta, a inizio d'anno, il processo di formulazione del Budget e, a fine anno, il raggiungimento degli obiettivi generali e specifici, evidenziando le criticità del processo di valutazione.

Il documento che individua tutti gli obiettivi di ogni Unità Operativa Complessa e Struttura Semplice a Valenza Dipartimentale è la scheda budget negoziata in appositi incontri dedicati.

## 2.2 Processo di valutazione degli obiettivi e la misurazione della performance

La correlazione tra le schede di budget ed il sistema premiante è garantito dalla pesatura degli obiettivi.

Nell'anno 2013 sono pesati mediamente 10 obiettivi con un peso generalmente non inferiore a 10. Il punteggio complessivo attribuito all'UO è pari a 100. Ne consegue, che la valutazione incide sulla valutazione del Direttore di struttura e su ciascun dipendente afferente alla stessa. Gli obiettivi non pesati presenti nella scheda sono inseriti a fini programmatici.

Completata la fase di misurazione degli obiettivi e del loro grado di raggiungimento, la scheda di misurazione dei risultati viene trasmessa ai Direttori di Struttura, i quali possono presentare controdeduzioni laddove lo ritenessero necessario per giustificare particolari situazioni verificatesi nel

corso del periodo oggetto di analisi. Preso atto delle controdeduzioni, la Direzione Aziendale presenta all'Organismo Indipendente di Valutazione la versione delle schede di misurazione integrata dalle controdeduzioni al fine del processo di valutazione.

### 3 La performance individuale

Dalla valutazione della *performance* dell'organizzazione si arriva alla valutazione della *performance* individuale.

La *performance* individuale si misura in maniera differenziata a seconda che si tratti di dirigenti o non dirigenti mediante uno strumento di valutazione che raccoglie elementi di valorizzazione al fine di stabilire il contributo del singolo in un contesto generale.

La valutazione sulla *performance* individuale si esprime concretamente con la premialità e con il trattamento economico definito in sede di contrattazione integrativa, corrispondente alla retribuzione correlata al risultato per quanto riguarda i dirigenti, ed a quella connessa alla produttività per quanto concerne i non dirigenti.

Con il sistema di valutazione aziendale, in riferimento alla performance individuale, l'Azienda intende perseguire le finalità del miglioramento della funzionalità dei servizi sanitari, dell'accrescimento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa, della gestione delle risorse nonché la razionalizzazione dell'organizzazione del lavoro, favorendo il recupero della motivazione del personale attraverso il riconoscimento della professionalità e della qualità delle prestazioni individuali.

La certificazione di tale riconoscimento può avvenire soltanto mediante l'individuazione di un percorso condiviso che permetta uno sviluppo professionale sia economico che giuridico ai dipendenti, determinando degli elementi oggettivi di verifica atti a garantire trasparenza tra le parti coinvolte.

La valutazione deve essere intesa come un processo formalizzato, uno strumento di supporto alla continua crescita professionale attraverso il costante miglioramento delle prestazioni, consentendo di:

- Chiarire gli obiettivi professionali aziendali;
- Monitorare le prestazioni;
- Valutare le prestazioni;
- Comunicare e condividere la valutazione individuale.

Tale sistema implica un'attenta e continua attività di osservazione, analisi e diagnosi, per consentire di trarre dei benefici per tutti gli attori coinvolti.

Nello specifico:

Per il collaboratore	permette di avere chiarezza rispetto agli obiettivi aziendali ottenendo un feedback sistematico e puntuale al fine di comprendere tutti gli aspetti della prestazione professionale;
Per il Responsabile	permette di fornire uno strumento di analisi, verifica e sviluppo delle prestazioni dei propri collaboratori;

Per l'Azienda permette di migliorare le prestazioni in funzione alle esigenze organizzative.

Lo strumento consiste quindi principalmente in un confronto tra le attese professionali definite dall'Azienda attraverso il Responsabile ed i risultati effettivamente ottenuti dal collaboratore, con lo scopo di:

- Favorire una corretta valutazione delle prestazioni individuali mediante l'utilizzo di strumenti e metodologie idonei per i quali valutatori e valutati che hanno ricevuto un'adeguata informazione;
- Favorire una migliore comunicazione tra il Responsabile ed i collaboratori al fine di rendere più efficace la gestione del personale;
- Fornire utili elementi per la gestione del sistema premiante e più in generale per la gestione della politica retributiva.

### **3.1 Il Documento di Valutazione Individuale**

Il Documento di valutazione del personale è stato adottato sia per il personale ospedaliero che universitario in convenzione per l'attività correlata all'assistenza, in accordo con la componente universitaria e con i rappresentanti sindacali di categoria.

#### **Area Personale del Comparto**

In Azienda Ospedaliera di Padova il processo di valutazione del personale del comparto è disciplinato all'interno del Contratto Integrativo Aziendale sottoscritto in data 27/06/2005. Tale processo prevede la ripartizione delle risorse derivanti dai fondi contrattuali:

1. Individuazione del budget di ogni singola Struttura sulla base del raggiungimento degli obiettivi, misurati e attestati dall'OIV (performance organizzativa).
2. Ripartizione all'interno della Struttura sulla base del contributo di ogni singolo individuo (performance individuale).

La performance individuale viene determinata considerando i seguenti indicatori:

1. Presenza in servizio nel corso dell'anno di riferimento in termini di assunzione e cessazione del dipendente, considerando le varie tipologie di assenza previste dalla normativa nazionale e aziendale;
2. Inquadramento professionale del dipendente in rapporto alla tipologia del rapporto di lavoro (Part time o full time) e alla categoria di appartenenza per la quale è stato previsto un coefficiente specifico;
3. Punteggio desumibile dallo strumento di valutazione individuato in Azienda, denominato Documento di Valorizzazione Individuale.

Il Documento di Valorizzazione Individuale (DIV) ha lo scopo di rafforzare e confermare il metodo della valutazione quale strumento per lo sviluppo delle professionalità e della progressione economica, raccoglie in un unico documento gli elementi atti a contraddistinguere la conoscenza, la capacità e la qualità dell'individuo.

Tale documento 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.

#### Area della Capacità legata all'incentivazione per la produttività

Sono stati individuati tre criteri di verifica che permettono di certificare l'apporto del singolo dipendente nel contribuire al raggiungimento degli obiettivi aziendali dell'unità operativa di appartenenza.

Per ogni criterio sono previsti 4 parametri di verifica, contraddistinti da un simbolo, che identifica il giudizio espresso per ognuno il cui valore numerico corrisponde rispettivamente a 1,4,7,10 fino ad un valore massimo di 30 punti complessivi.

Tale valutazione permette di determinare la quota incentivante individuale desumibile dalla somma dei valori assegnati per ogni criterio di seguito descritto:

- > **Orientamento al risultato:** Abilità nell'operare per la realizzazione degli obiettivi assegnati dal Direttore di Struttura direttamente riferibili alla posizione rivestita nell'ambito strutturale.
- > **Impegno, partecipazione e qualità della prestazione:** Competenza e professionalità nel compiere le funzioni e i compiti propri della professione nell'U.O., portandoli a termine nei tempi stabiliti, utilizzando in modo appropriato le risorse materiali e temporali a disposizione.
- > **Adattabilità:** Disponibilità al cambiamento, determinato dall'evoluzione nell'organizzazione del lavoro, atto a migliorare le prestazioni e il servizio all'utenza, eliminando le rigidità del sistema.

#### Area della conoscenza - Relativa alla partecipazione per la Progressione Orizzontale

Nell'area della conoscenza sono stati individuati dei criteri atti a garantire la determinazione della correttezza delle prestazioni erogate, della professionalità e della competenza ascrivibile alla posizione rivestita e all'inquadramento professionale.

Tale valutazione determina un valore, desumibile dalla somma dei parametri assegnati per ogni criterio di seguito descritto, che sommati ai valori risultanti dall'area della qualità permettono di redigere la graduatoria per la progressione orizzontale.

I criteri individuati sono:

- > **Responsabilità:** Affrontare con attenzione e cura le attività ascrivibili al profilo professionale di appartenenza compreso il rispetto di tutte le normative e regolamenti dell'Azienda adottando le linee guida e i protocolli di Unità Operativa definiti dall'Azienda.
- > **Relazioni:** Lavorare con l'equipe della propria Unità Operativa con atteggiamento rivolto alla collaborazione e alla creazione di un clima di lavoro non conflittuale dove le competenze e le professionalità si integrano per migliorare il servizio, rispondendo alle aspettative e ai bisogni dell'utente esterno.
- > **Autonomia:** Gestire in modo autonomo le linee guida e protocolli attuativi interni ed esterni alla struttura, assumendo decisioni nel rispetto delle competenze lavorative richieste.

#### Area della qualità - Relativa alla partecipazione per la Progressione Orizzontale

Nell'area della qualità sono stati individuati dei fattori atti a verificare il contributo personale, indispensabile per implementare le conoscenze e orientare le capacità nell'attività aziendale, connesse anche al modo di porsi nei confronti del lavoro rivolto ad una dimensione soggettiva dello sviluppo innovativo.

#### **Area Personale della Dirigenza**

In Azienda Ospedaliera di Padova il processo di valutazione dell'area della dirigenza è disciplinato attraverso accordi aziendali sottoscritti con le organizzazioni sindacali di categoria. Tale processo prevede la ripartizione delle risorse derivanti dai fondi contrattuali:

1. individuazione del budget di ogni singola Struttura sulla base del raggiungimento degli obiettivi, misurati e attestati dall'OIV (performance organizzativa).
2. ripartizione all'interno della Struttura sulla base del contributo di ogni singolo dirigente (performance individuale).

La performance individuale viene determinata considerando i seguenti indicatori:

1. Presenza in servizio nel corso dell'anno di riferimento in termini di assunzione e cessazione del dipendente, considerando le varie tipologie di assenza previste dalla normativa nazionale e aziendale;
2. Inquadramento professionale del dirigente in rapporto alla tipologia del rapporto di lavoro (Part time o full time) e all'incarico professionale conferito per il quale è stato previsto un coefficiente specifico (per la dirigenza medica);
3. Punteggio desumibile dallo strumento di valutazione individuato in Azienda, denominato Documento di Valorizzazione Individuale.

Il documento di Valorizzazione Individuale (DIV) è caratterizzato dall'individuazione di quattro criteri di verifica e per ciascun criterio sono previsti quattro parametri di merito, contraddistinti da

un simbolo, che identifica il giudizio espresso per ognuno il cui valore numerico corrisponde rispettivamente a 4, 11, 18, 25 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.

Per quanto riguarda la Dirigenza Professionale-Tecnica-Amministrativa il sistema di valutazione non prevede la compilazione del quarto criterio sopradescritto. Pertanto il D.I.V. è composto da 3 criteri, per i quali sono comunque previsti 4 parametri di merito il cui valore numerico corrisponde rispettivamente a 8, 15, 22, 30 fino ad un valore massimo di 90 punti complessivi.

#### *Procedura dei Ricorsi*

I dipendenti che rilevassero divergenze sulla valutazione espressa da parte dei valutatori potranno presentare ricorso, esplicitandone le motivazioni entro 30 giorni dalla consegna del documento.

Al fine di garantire trasparenza e confronto tra i soggetti coinvolti nella valutazione è stato individuato un collegio composto da tre componenti, distinto per area di afferenza, al fine di valutare l'eventuale accoglimento dei ricorsi sulla base della documentazione presentata, sulle rimostranze avanzate dal soggetto in sede di colloquio individuale e dall'analisi di eventuali approfondimenti richiesti da parte del collegio stesso ai singoli valutatori.

Il Collegio per la Valutazione dei Ricorsi ha sei mesi di tempo per analizzare i ricorsi presentati ed è composto da:

##### Per il Comparto

- Direttore della SC Amministrazione e Gestione del Personale o suo delegato
- Direttore del Servizio per l'Assistenza o suo delegato
- Segretario verbalizzante

##### Per la Dirigenza

- Direttore Sanitario/Direttore Amministrativo o loro delegati considerando se il ricorrente è ospedaliero o universitario;
- Direttore della SC Amministrazione e Gestione del Personale o suo delegato



- Segretario verbalizzante

### **3.2 Il sistema informatico di supporto**

In Azienda è stato predisposto un ambiente informatico di supporto alla compilazione dei Documenti di Valorizzazione Individuale, nel quale annualmente vengono inseriti ed associati i documenti oggetto di compilazione da parte dei soggetti valutatori.

In tale ambiente vengono archiviati informaticamente tutti i documenti di valutazione, consultabili dai soggetti valutatori mediante accesso con utenza personale, autorizzata dalla Struttura Information Technology su richiesta della Struttura del Personale.

Tutti i dipendenti sono soggetti a valutazione per cui per ciascuno si individua annualmente un documento, associato al valutatore/i responsabile al fine di esprimere un giudizio, secondo le indicazioni e le linee guida fornite, mediante un confronto tra le parti coinvolte.

La versione definitiva di tale documento viene sottoscritta dai soggetti preposti, valutatore e valutato ed archiviata in forma cartacea all'interno fascicolo personale presso a Struttura Complessa Amministrazione e Gestione del Personale.

## **4 I Soggetti competenti del sistema di valutazione**

I soggetti che intervengono nel processo di valutazione e misurazione dei risultati sono:

- a. L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) che valuta i risultati gestionali dei dirigenti apicali/responsabili e i risultati di ciascun dipartimento ed unità operativa complessa/semplice a valenza dipartimentale nel suo complesso per la performance organizzativa;
- b. In prima istanza i soggetti preposti alla valutazione della performance individuale ai sensi degli accordi integrativi sottoscritti considerando l'area di riferimento. Nello specifico:
  1. Per l'area del comparto il Direttore di Struttura e una seconda figura che opera a diretto contatto con il valutato: dirigente per l'area amministrativa/tecnica e coordinatore per l'area tecnico/sanitaria. Per quanto concerne il coordinatore il secondo valutatore è stato individuato tra le figure del Servizio Professioni Sanitarie considerando le aree di afferenza;
  2. Per l'area della Dirigenza la valutazione rientra nelle competenze del Direttore di Struttura Complessa. Per il dirigente con incarico di Struttura Complessa il D.I.V. verrà compilato dal Direttore di Dipartimento dell'area di afferenza o Direttore Sanitario/Direttore Amministrativo.
- c. Il Collegio per la valutazione dei ricorsi in presenza di eventuale contenzioso.

## **5 Criteri di determinazione delle quote individuali**

Le risorse finalizzate alla remunerazione della performance individuale vengono definite annualmente in sede di contrattazione decentrata con le organizzazioni sindacali di categoria nel rispetto del limite economico dettato dai fondi contrattuali a disposizione.

## Area Personale del comparto

Il Contratto Integrativo Aziendale sottoscritto in data 27/06/2005 e successive integrazioni, prevede una quota individuale ripartita in acconto mensile e conguaglio annuale.

La quota mensile viene erogata in proporzione a:

- un coefficiente correlato alla categoria di appartenenza;
- la tipologia oraria del rapporto di lavoro, qualora sia presente un contratto di lavoro a part-time;
- presenza considerando un abbattimento della quota mensile in relazione ad alcune tipologie di assenza previste dalla normativa nazionale e aziendale vigente;

La quota annuale di conguaglio viene erogata secondo i seguenti criteri in aggiunta ai precedenti esposti per la definizione della quota mensile:

1. la presenza in servizio nel corso dell'anno di riferimento in termini di assunzione e cessazione del dipendente;
2. il punteggio derivante dalla valutazione espressa nell'area della capacità del Documento di Valorizzazione Individuale. Tale punteggio può variare da zero punti ad un massimo di 30;
3. l'esistenza di un procedimento disciplinare ai sensi della normativa vigente, nonché la certificazione della violazione delle norme in materia di incompatibilità ex art.53 D.Lgs. 165/2001, che determinano un abbattimento o la non corresponsione della quota;
4. il rispetto dell'orario di lavoro e quindi la presenza di un'eccedenza oraria positiva a cartellino per l'anno di riferimento.

## Area Personale della Dirigenza Medica

Gli accordi aziendali prevedono l'individuazione di una quota procapite annuale in proporzione alla disponibilità del Fondo Aziendale per la retribuzione di risultato suddivisa tra la dotazione organica. Tale quota viene erogata, come previsto dal CCNL vigente, per un 50% in acconto mensile e il restante 50% in fase di conguaglio annuale unitamente alle risorse residue del fondo stesso.

L'erogazione della quota mensile è uguale per tutti i dirigenti ed è proporzionata a:

1. la tipologia oraria del rapporto di lavoro, qualora sia presente un contratto di lavoro a part-time;
2. presenza considerando un abbattimento della quota mensile in relazione ad alcune tipologie di assenza previste dalla normativa nazionale e aziendale vigente.

In fase di conguaglio viene rideterminata la quota annuale procapite spettante con l'aggiunta delle risorse residue del fondo per la retribuzione di risultato. Tale quota è determinata con seguenti criteri:

1. nella misura del 50% in relazione alla presenza in servizio in termini sia di assunzione/cessazione che di giorni di assenza dal servizio, per i quali la normativa vigente prevede una decurtazione; tale quota viene erogata in proporzione ai giorni di presenza e solo a coloro che sono presenti in servizio almeno per 6 mesi.
2. nella misura del 25% considerando la presenza in servizio come nel punto precedente, ma la quota viene erogata in proporzione ai giorni di servizio solo se sono compresi tra 6 e 10

mesi, diversamente se superiore la quota viene erogata per intero, non considerando quindi i giorni di assenza;

3. nella misura del 25% con le stesse modalità previste al punto 2., con l'aggiunta del punteggio derivante dalla valutazione espressa nel Documento di Valorizzazione Individuale. Tale punteggio può variare da zero punti ad un massimo di 100.

La quota così determinata in fase di conguaglio viene erogata al netto di quanto già percepito in fase di acconto, qualora l'importo dovesse risultare inferiore si procede con i recuperi economici corrispondenti.

### **Area Personale della Dirigenza Sanitaria non Medica**

Gli accordi aziendali prevedono l'individuazione di una quota procapite annuale in proporzione alla disponibilità del Fondo Aziendale per la retribuzione di risultato e la dotazione organica. Tale quota viene erogata, come previsto dal CCNL vigente, per un 50% in acconto mensile e il restante 50% in fase di conguaglio annuale unitamente alle risorse residue del fondo stesso.

L'erogazione della quota mensile è uguale per tutti i dirigenti ed è proporzionata a:

1. la tipologia oraria di rapporto di lavoro, qualora sia presente un contratto di lavoro a part-time;
2. presenza considerando un abbattimento della quota mensile in relazione ad alcune tipologie di assenza previste dalla normativa nazionale e aziendale vigente.

La quota di conguaglio annuale viene erogata unitamente alle risorse residue del fondo per la retribuzione di risultato. Tale quota annuale di conguaglio viene erogata secondo i seguenti criteri in aggiunta ai precedenti esposti per la definizione della quota mensile:

1. in relazione alla presenza in servizio in termini sia di assunzione/cessazione nell'arco dell'anno
2. un coefficiente in relazione alla tipologia di incarico conferito (Incarico di Struttura Complessa, Incarico di Struttura Semplice, Incarico di Alta Professionalità, Incarico di Natura Professionale con più di 5 anni e Dirigente con meno di 5 anni)
3. in proporzione al punteggio derivante dalla valutazione espressa nel Documento di Valorizzazione Individuale. Tale punteggio può variare da zero punti ad un massimo di 100.

### **Area Personale della Dirigenza Professionale-Tecnico-Amministrativa**

Gli accordi aziendali prevedono l'individuazione di una quota procapite annuale in proporzione alla disponibilità del Fondo Aziendale per la retribuzione di risultato e delle risorse derivanti dalla Libera Professione per l'attività di supporto indiretta.

Tale quota viene corrisposta, come previsto dal CCNL vigente, per un 50% in acconto mensile e il restante 50% in fase di conguaglio annuale.

L'erogazione della quota sia mensile che di conguaglio è proporzionata a:

1. un coefficiente in relazione alla tipologia di incarico conferito (Incarico di Struttura Complessa, Incarico di Struttura Semplice, Altro Incarico Professionale), nonché alla complessità gestionale ed organizzativa della Struttura affidata secondo l'organigramma aziendale adottato;
2. la tipologia oraria di rapporto di lavoro, qualora sia presente un contratto di lavoro a part-time;
3. presenza considerando un abbattimento della quota mensile in relazione ad alcune tipologie di assenza previste dalla normativa nazionale e aziendale vigente;
4. in proporzione al punteggio derivante dalla valutazione espressa nel Documento di Valorizzazione Individuale. Tale punteggio può variare da zero punti ad un massimo di 90.