



# **IL PIANO DELLA PERFORMANCE**

## **2015 - 2017**

IRCCS AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA

**SAN MARTINO - IST**

ISTITUTO NAZIONALE PER LA RICERCA SUL CANCRO

**GENOVA**

## SOMMARIO

	<b>pag.</b>
<b>PREMESSA</b>	<b>3</b>
<b>IRCCS AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA SAN MARTINO – IST ISTITUTO NAZIONALE PER LA RICERCA SUL CANCRO</b>	<b>4</b>
<b>L'ORGANIZZAZIONE DIPARTIMENTALE</b>	<b>5</b>
<b>II DISEASE MANAGEMENT TEAM (DMT)</b>	<b>6</b>
<b>IL PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA)</b>	<b>7</b>
<b>I NUMERI DELL'ISTITUTO</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Attività clinica</b></li><li>• <b>Situazione economico finanziaria</b></li><li>• <b>Incidenza costi</b></li><li>• <b>Andamento economico gestionale</b></li></ul>	<b>8</b>
<b>RISORSE UMANE</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Pari opportunità - Analisi della composizione per ruolo e genere del personale dipendente (31/12/2014)</b></li></ul>	<b>12</b>
<b>LE STRATEGIE</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Mission e vision</b></li><li>• <b>Valori e principi di riferimento</b></li><li>• <b>Il Piano strategico aziendale 2015-2017 (allegato)</b></li></ul>	<b>14</b>
<b>IL CICLO DELLA PERFORMANCE</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>La definizione degli obiettivi e la scheda di budget</b></li><li>• <b>Il processo di misurazione degli obiettivi e la misurazione della performance</b></li><li>• <b>La performance dei dipendenti e il sistema premiante</b></li><li>• <b>Schede di valutazione individuali e relative schede di supporto (allegati)</b></li></ul>	<b>16</b>

## PREMESSA

La performance è intesa come “il contributo che ciascun soggetto (definito come sistema, unità organizzativa, team, singolo individuo) apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi ed alla soddisfazione dei bisogni per i quali l’organizzazione è stata creata”.

Nelle amministrazioni pubbliche, la valorizzazione dei risultati e della performance organizzativa ed individuale sono strumenti e modalità per assicurare elevati standard qualitativi ed economici dei servizi erogati. Migliorare la performance deve essere quindi obiettivo centrale per le amministrazioni pubbliche, nonché obiettivo comune delle numerose iniziative di cambiamento in atto nel settore pubblico.

Il Decreto legislativo n. 150/2009 declina infatti il significato del termine performance sopra indicato che, traslato sulla singola istituzione, indica la capacità di trasformare, attraverso azioni mirate, gli obiettivi prefissati in risultati. Capacità che deve essere misurata e valutata in riferimento quindi ai risultati conseguiti ed alle modalità di raggiungimento degli stessi.

Il **Piano della Performance** è lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della performance, definendo – in coerenza con le risorse assegnate – gli obiettivi, gli indicatori ed i target sui quali si baserà la misurazione, valutazione e rendicontazione della performance stessa.

Il punto di partenza della pianificazione strategica dell’Istituto sono gli obiettivi di indirizzo definiti dal Piano Sanitario Regionale e dagli indirizzi strategici regionali declinati annualmente quali obiettivi assegnati all’Istituto. La direzione generale, in coerenza con tale contesto di riferimento, affianca gli obiettivi strategici aziendali a quelli istituzionali. Le strategie sono declinate in piani ed obiettivi operativi attraverso il processo di budget.

Il presente Piano sviluppa quindi le linee di indirizzo strategiche e programmatiche dell’Istituto per il triennio 2015-2017 per quanto riguarda le scelte strategiche aziendali e viene declinato annualmente per quanto attiene gli indirizzi strategici regionali.

Il Piano della Performance è strutturato in modo da rendere noti gli obiettivi, le azioni ed i risultati che l’Istituto intende perseguire, si fonda sui principi di trasparenza, comprensibilità e attendibilità della rappresentazione della performance e comprende:

- la descrizione dell’Istituto
- le aree strategiche aziendali
- la descrizione del ciclo della performance
- la descrizione degli obiettivi aziendali per area strategica.

Il Piano triennale, a valenza annuale, potrà essere aggiornato annualmente in coerenza con gli indirizzi di programmazione strategica regionale e con le modifiche del contesto di riferimento, nonché delle modalità interne di funzionamento dell’Istituto.

Il Piano della Performance è consultabile sul sito istituzionale dell’Istituto, sezione trasparenza: [www.hsanmartino.it](http://www.hsanmartino.it)

## **L'IRCCS AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA SAN MARTINO – IST ISTITUTO NAZIONALE PER LA RICERCA SUL CANCRO**

L'IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino – IST – Istituto nazionale per la ricerca sul cancro (di seguito Istituto) è stato costituito con L.R. 1/3/2011, n. 2 quale Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico nella disciplina di Oncologia che persegue, garantendone la complementarietà e l'integrazione, finalità di assistenza, cura, formazione e ricerca, prevalentemente traslazionale.

L'Istituto, in relazione a quanto previsto dall'Art. 3 della L.R. 2/11 e dall'Art. 2, comma 2, lettera b), del D.Lgs. n. 517/99, afferisce alla tipologia organizzativa degli Istituti di Ricovero e cura a carattere scientifico IRCCS ed è stato costituito a seguito dell'accorpamento dell'Istituto nazionale per la ricerca sul cancro con l'Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino e, in relazione a quanto previsto dal Protocollo generale d'intesa Regione Università e dal P.S.R., è individuato come Istituto di riferimento per le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e di ricerca dell'Università di cui all'Art. 1 del D.Lgs. n. 517/99.

L'Istituto è stato riconosciuto Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico con Decreto Ministero della Salute in data 12/08/2011 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 203 del 01/09/2011.

Si identifica quindi sul piano strutturale e funzionale sia come strumento della Regione per la realizzazione degli obiettivi di assistenza previsti dalla programmazione sanitaria nazionale e regionale, sia come strumento finalizzato alla ricerca biomedica e sanitaria di tipo clinico e traslazionale, sia come strumento dell'Università per la realizzazione degli obiettivi assistenziali ai fini della integrazione fra didattica, ricerca ed assistenza, in attuazione del D.Lgs. n. 517/99 e delle ulteriori fonti normative che hanno disciplinato anche a livello regionale i rapporti fra S.S.N. ed Università.

In particolare l'integrazione fra attività assistenziale, di didattica e di ricerca si realizza attraverso i Dipartimenti ad attività integrata (DAI), il cui funzionamento è costituito dal metodo della programmazione concertata/integrata degli obiettivi e delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca e delle risorse umane e materiali disponibili e le responsabilità dei professionisti in ordine al perseguimento di tale obiettivo integrato (riferimento normativo art. 1 – D.Lgs.vo n. 517/1999 *“L'attività assistenziale necessaria per lo svolgimento dei compiti istituzionali delle università è determinata nel quadro della programmazione nazionale e regionale in modo da assicurarne la funzionalità e coerenza con le esigenze della didattica e ricerca – omissis”*).

L'organizzazione ed il funzionamento sono disciplinati dal Regolamento di organizzazione e funzionamento, che costituisce lo strumento giuridico mediante il quale l'Istituto sancisce principi e criteri della propria organizzazione e dei meccanismi di funzionamento, delineando gli ambiti della propria autonomia, entro i quali sono perseguite le finalità istituzionali.

L'Istituto svolge la propria attività sulla base di programmi annuali e pluriennali che pianificano l'attività di ricerca e di assistenza secondo un principio di collegamento. In particolare programma l'attività di ricerca coerentemente con il programma di ricerca sanitaria di cui all'articolo 12-bis del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.i.m. e all'art. 8 del D.Lgs. 16 ottobre 2003, n. 288, e con gli atti di programmazione regionale in materia, privilegiando i progetti eseguibili in rete e quelli sui quali possono aggregarsi più enti, anche al fine di evitare duplicazioni di attività e dispersione dei finanziamenti.

L'Istituto costituisce struttura di riferimento della funzione ospedaliera regionale per le attività di maggiore complessità e di alta specialità prestazionale e tecnologica e si caratterizza come Polo di riferimento regionale e di attrazione extra regionale ad alto livello di prestazioni di elevata complessità.

Ai sensi della D.Lgs. n. 517/99 e della L.R. n. 1/05 e s.i.m., l'Istituto contribuisce alla realizzazione della correlazione fra l'attività assistenziale necessaria per lo svolgimento dei compiti istituzionali dell'Università e la programmazione sanitaria nazionale e regionale.

L'Istituto fonda il proprio assetto organizzativo sulla organizzazione dipartimentale quale modello ordinario e generale di gestione operativa di tutte le sue strutture al fine di perseguire il miglioramento dell'efficacia e della appropriatezza delle prestazioni assistenziali ed il progressivo incremento di efficienza nel governo e nella gestione dei fattori produttivi, con il valore aggiunto rappresentato dalla convergenza istituzionalizzata degli apporti congiunti dell'Istituto e dell'Università.

## **L'ORGANIZZAZIONE DIPARTIMENTALE**

L'Istituto è organizzato in Dipartimenti ad attività integrata per favorire l'esercizio integrato delle attività di assistenza, didattica e ricerca secondo il modello previsto dal D.Lgs.vo n. 517/1999, pertanto l'organizzazione dipartimentale tiene conto delle peculiarità dell'Istituto nella sua configurazione di azienda ospedaliera universitaria ed in particolare del fatto che lo stesso si caratterizza per i seguenti elementi fondanti:

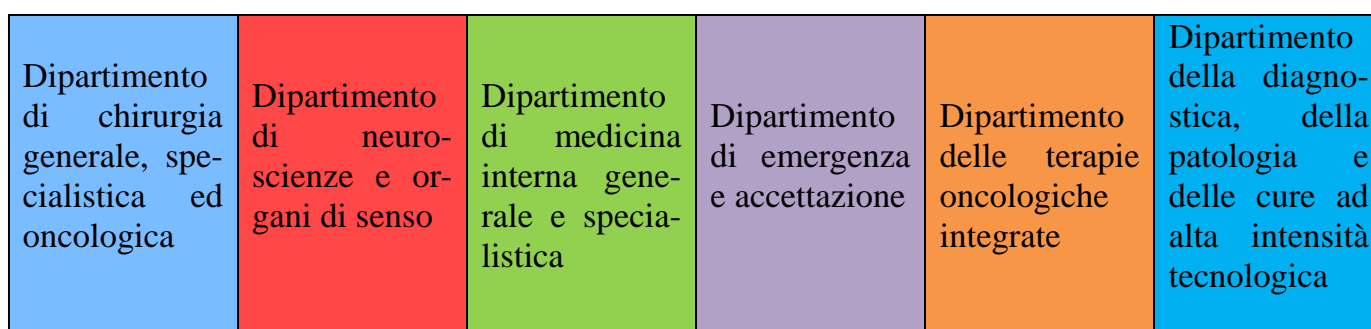
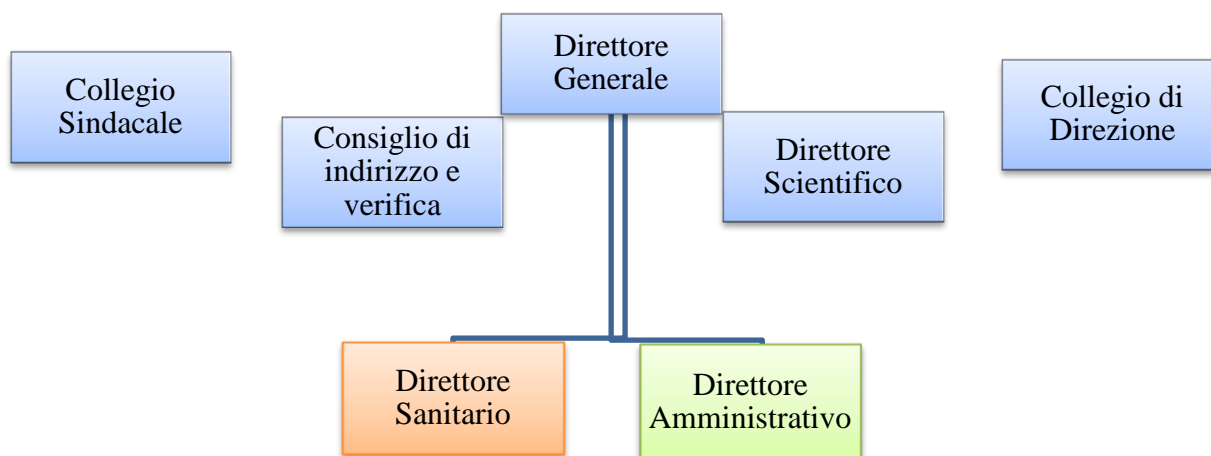
- la concentrazione dei servizi clinici e sperimentali in una unica sede, tale da garantire al paziente la presa in carico e lo svolgimento del percorso clinico all'interno dell'ente, avendo a disposizione tutte le strutture e le competenze necessarie;
- la forte integrazione tra ricerca e clinica, ove la ricerca è parte integrante dell'attività, che tutte le strutture sono tenute a dare, anche in ordine dell'avanzamento delle conoscenze scientifiche;
- l'applicazione del "modello" dell'ospedale ad intensità di cura, finalizzato ad assicurare l'utilizzo integrato ed efficiente delle risorse mediante la più completa integrazione delle diverse competenze professionali necessarie per trattare le diverse patologie di pazienti riuniti in una piattaforma logistica di ricovero e dunque con uguale livello di bisogno assistenziale.

L'Istituto è organizzato in sei Dipartimenti ad attività integrata, articolati in strutture complesse e strutture semplici: **CHIRURGIA, NEUROSCIENZE E ORGANI DI SENSO, MEDICINA INTERNA GENERALE E SPECIALISTICA, EMERGENZA ED ACCETTAZIONE, TERAPIE ONCOLOGICHE INTEGRATE, SERVIZI.**

Il progetto di organizzazione dell'Istituto è stato sviluppato alla luce di precisi obiettivi, fra i quali:

- costituzione dei dipartimenti ad attività integrata per assicurare l'esercizio integrato delle attività assistenziali di didattica e di ricerca.
- collocazione delle unità operative in poli omogenei di attività;
- promozione organizzativa e funzionale delle attività cliniche e scientifiche proprie dell'area tematica di riconoscimento del carattere scientifico dell'Istituto.

L'apparato organizzativo risponde alle esigenze di quello che deve venir considerato l'hub ospedaliero di tutto il territorio regionale capace di soddisfare le esigenze mediche più complesse e di essere aperto all'esterno per poter cogliere precocemente i vantaggi dell'innovazione.



## IL DISEASE MANAGEMENT TEAM (DMT)

Si tratta, come noto, di una metodologia basata sull'approccio integrato alla malattia, con l'obiettivo di migliorare i risultati clinici e la qualità dei servizi offerti all'utente, anche nell'ottica di una razionalizzazione dell'impiego delle risorse.

Si basa sull'analisi clinica ed economica del percorso del paziente, finalizzata all'individuazione di interventi atti a migliorare i servizi offerti all'utente, nonché ad ottimizzare i costi complessivi. Il Disease Management Team si pone anche come supporto alla continuità delle cure, all'appropriatezza, alla verifica dei risultati e dei costi. Il DMT trova un'applicazione naturale per le patologie complesse in relazione alla molteplicità delle discipline professionali coinvolte ed alla complessità del malato. In questo senso, il DMT determina i possibili percorsi terapeutici del malato oncologico dalla sua presa in carico presso l'Istituto fino a tutte le evoluzioni cliniche della patologia.

Punti essenziali possono essere considerati:

- L'approccio integrato alla malattia
- La conoscenza aggiornata della malattia e delle disponibilità diagnostiche e terapeutiche basate su evidenza scientifica (Evidence Based Medicine)
- Il sistema di raccolta delle informazioni
- La metodologia per garantire il Miglioramento Continuo della Qualità.

La metodologia del Disease Management Team, di per sé applicabile a tutti i campi della Medicina, trova soluzioni particolari nell'IRCCS San Martino – IST, in considerazione delle opportunità e degli obblighi derivanti dal riconoscimento del carattere scientifico per la disciplina Oncologia. Il Disease Management Team è infatti orientato – oltre che alle finalità generali sopra menzionate - alla applicazione di Linee, Programmi e Progetti di Ricerca Clinica e Trasazionale in atto nell'Istituto.

L'offerta ai pazienti oncologici di partecipare a studi clinici viene valorizzata principalmente in considerazione dell'interesse degli stessi pazienti a ricevere trattamenti innovativi; essa ha comunque ricadute positive sul contenimento della migrazione extra-regionale e internazionale di pazienti che necessitano di trattamenti ad alto contenuto tecnologico e sul contenimento dei costi; infine contribuisce allo svolgimento dei compiti propri dell'Istituto per quanto attiene la ricerca scientifica in campo oncologico.

I DMT costituiscono specifici Gruppi di Lavoro includenti esperti della patologia (eventualmente anche tra i non componenti del DMT), rappresentanti delle professioni non-mediche, per gli aspetti di competenza. I Gruppi di Lavoro effettuano l'analisi della situazione esistente e delle evidenze cliniche in letteratura e provvedono ad evidenziare un percorso ideale ed un percorso di riferimento.

Il percorso include i protocolli di Ricerca Clinica e Traslazionale approvati ed in corso, che vengono definiti Protocolli Comuni. Tali Protocolli Comuni rappresentano anche strumento operativo della Ricerca nei Reparti Clinici, aggregando le Strutture intorno a scelte unitarie su progetti e programmi e riducendo la variabilità e i difetti di congruità degli interventi.

## **IL PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA)**

Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) è uno strumento finalizzato sia al governo dei processi clinici ed organizzativi dell'Istituto, sia al miglioramento della fruizione del percorso di diagnosi, cura e riabilitazione della persona malata.

Per lo sviluppo dei PDTA vengono assunti i principi, le metodologie e gli strumenti propri dell'economia aziendale e del management in sanità, allo scopo di sostenere i professionisti nei processi di analisi, condivisione e intervento.

I PDTA rappresentano anche la contestualizzazione di Linee Guida approvate e riconosciute nella specifica realtà organizzativa dell'Azienda. Sono quindi modelli locali che, sulla base delle Linee Guida ed in relazione alle risorse disponibili, consentono anche un'analisi degli scostamenti tra la situazione attesa e quella osservata in funzione del miglioramento continuo.

In sintesi, i PDTA sono gli strumenti che permettono all'Istituto di delineare, rispetto ad una patologia, il miglior percorso praticabile all'interno della propria organizzazione.

I PDTA dell'Istituto sono anche funzionali allo svolgimento dei compiti di ricerca previsti dal riconoscimento del carattere scientifico e prevedono esplicitamente i protocolli di ricerca offerti ai pazienti afferenti alle strutture cliniche. Pertanto essi sono sviluppati prioritariamente per le patologie neoplastiche.

Il PDTA, in quanto percorso di riferimento, identifica:

- i pazienti oggetto dello specifico percorso;
- gli obiettivi di qualità generali e delle singole strutture;
- le strutture deputate preferenzialmente ad occuparsi di ogni singolo passaggio;
- i tempi di intervento;
- ambiti di intervento e compiti degli operatori.

## I NUMERI DELL'ISTITUTO

### L'attività clinica dell'Istituto

ATTIVITA' CLINICA	2014
RICOVERI TOTALI	58.578
di cui ordinari	42.630
PESO MEDIO DRG ORDINARI	1,31
GIORNATE DI DEGENZA ORDINARIA	379.243
GIORNATE IN DAY HOSPITAL	88.149
INDICE DI OCCUPAZIONE DEI POSTI LETTO ORDINARI	86%
DEGENZA MEDIA	9,6 gg
INTERVENTI CHIRURGICI	38.949
PRESTAZIONI AMBULATORIALI PER ESTERNI	3.088.934
PRESTAZIONI AMBULATORIALI PER INTERNI	5.779.753
ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO	86.442



## Situazione Economica Finanziaria

<b>CONTO ECONOMICO</b>			
SCHEMA DI BILANCIO <i>Decreto Interministeriale 118/2011</i>	Anno 2014	Anno 2013	Anno 2012
<b>A VALORE DELLA PRODUZIONE</b>			
1) Contributi in c/esercizio	208.857.853	192.328.259	211.650.842
2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad	-8.059.826	-3.573.942	-793.293
3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	4.442.453	4.869.166	3.586.885
4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	277.735.837	281.827.573	282.774.465
5) Concorsi, recuperi e rimborsi	5.644.621	5.014.278	2.389.255
6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	5.466.113	5.599.167	5.587.334
7) Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio	12.597.705	11.195.039	10.730.696
8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	-	-	-
9) Altri ricavi e proventi	3.744.359	4.054.423	3.690.450
<b>Totale A)</b>	<b>510.429.115</b>	<b>501.313.963</b>	<b>519.616.634</b>
<b>B) COSTI DELLA PRODUZIONE</b>			
1) Acquisti di beni	128.483.338	119.710.108	114.019.878
2) Acquisti di servizi sanitari	33.606.124	32.070.257	32.852.723
3) Acquisti di servizi non sanitari	56.949.540	56.427.693	59.466.470
4) Manutenzione e riparazione	21.045.647	21.660.931	21.456.790
5) Godimento di beni di terzi	5.142.251	5.646.906	8.067.787
6) Costi del personale	227.793.379	229.793.974	236.832.972
7) Oneri diversi di gestione	5.057.338	4.533.354	1.858.876
8) Ammortamenti	14.820.837	14.736.201	15.097.497
9) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	-	-	-
10) Variazione delle rimanenze	974.864	-59.862	2.396.786
11) Accantonamenti	8.262.340	9.380.341	9.581.072
<b>Totale B)</b>	<b>502.135.658</b>	<b>493.899.903</b>	<b>501.630.851</b>
<b>DIFF. TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A-B)</b>	<b>8.293.457</b>	<b>7.414.060</b>	<b>17.985.783</b>
<b>C) PROVENTI E ONERI FINANZIARI</b>			
1) Interessi attivi ed altri proventi finanziari	798	2.164	4.598
2) Interessi passivi ed altri oneri finanziari	230.034	432.406	903.876
<b>Totale C)</b>	<b>-229.236</b>	<b>-430.242</b>	<b>-899.278</b>
<b>D) RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA' FINANZIARIE</b>			
<b>Totale D)</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
<b>E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI</b>			
1) Proventi straordinari	515.013	3.533.449	1.466.408
2) Oneri straordinari	6.489.530	4.069.098	1.387.872
<b>Totale E)</b>	<b>-5.974.517</b>	<b>-535.649</b>	<b>78.536</b>
<b>RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A-B+C+D+E)</b>	<b>2.089.704</b>	<b>6.448.169</b>	<b>17.165.041</b>
<b>Y) IMPOSTE SUL REDDITO DELL'ESERCIZIO</b>			
1) IRAP	16.024.379	16.237.443	16.851.400
2) IRES	241.665	241.563	314.701
3) Accantonamento a fondo imposte (accertamenti, condoni)	-	-	-
<b>Totale Y)</b>	<b>16.266.044</b>	<b>16.479.006</b>	<b>17.166.101</b>
<b>UTILE (PERDITA) DELL'ESERCIZIO</b>	<b>-14.176.340</b>	<b>-10.030.837</b>	<b>-1.060</b>

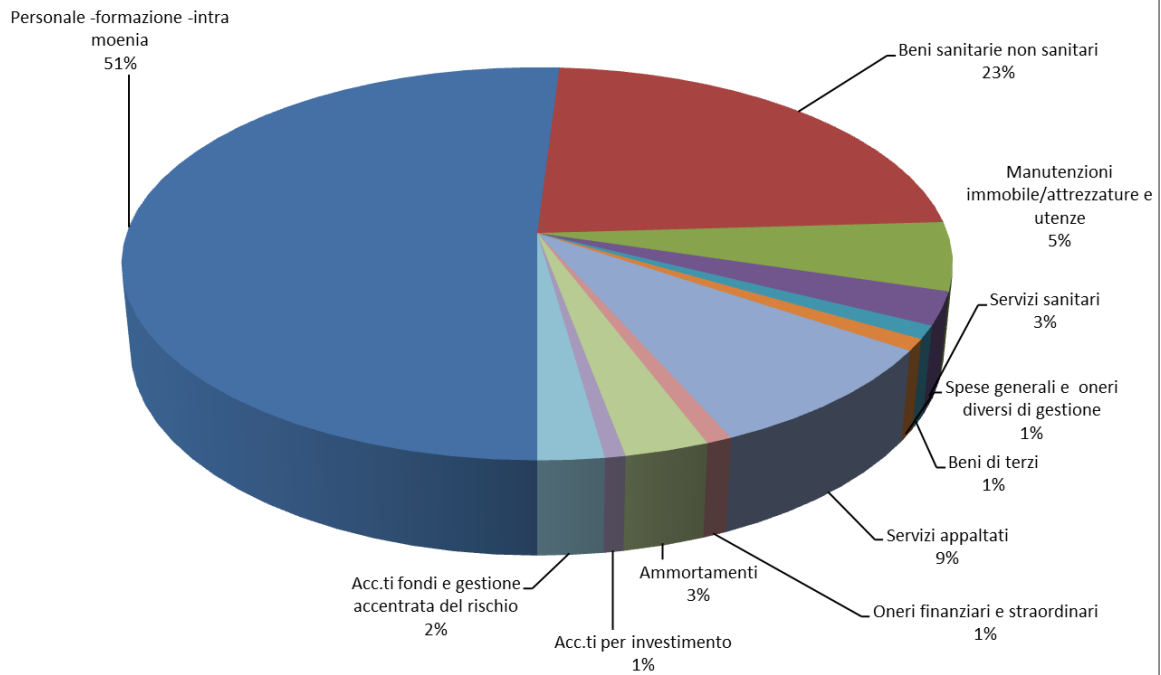
## Incidenza costi sul totale anno 2013 – 2014

	Anno 2014	Anno 2013	% inc. sul totale	
Beni sanitari e non sanitari	129.458.202,44	119.650.246,23	24,28%	23,1%
Manutenzioni immobile/attrezzature e utenze	28.785.394,71	29.136.344,30	5,40%	5,6%
Servizi sanitari	16.326.262,89	14.071.199,43	3,06%	2,7%
Beni di terzi	5.142.251,38	5.646.906,40	0,96%	1,1%
Personale -formazione -intra moenia	261.236.749,89	264.395.153,97	49,00%	51,0%
Spese generali e oneri diversi di gestione	4.508.982,70	5.019.052,01	0,85%	1,0%
Servizi appaltati	46.439.111,38	46.176.392,59	8,71%	8,9%
Oneri finanziari e straordinari	6.720.527,23	4.502.591,91	1,26%	0,9%
Ammortamenti	14.820.837,25	14.736.201,10	2,78%	2,8%
Acc.ti per investimento	8.059.825,90	3.546.789,32	1,51%	0,7%
Acc.ti fondi e gestione accentrata del rischio	11.682.946,67	11.573.477,57	2,19%	2,2%
	533.181.092,44	518.454.354,83		

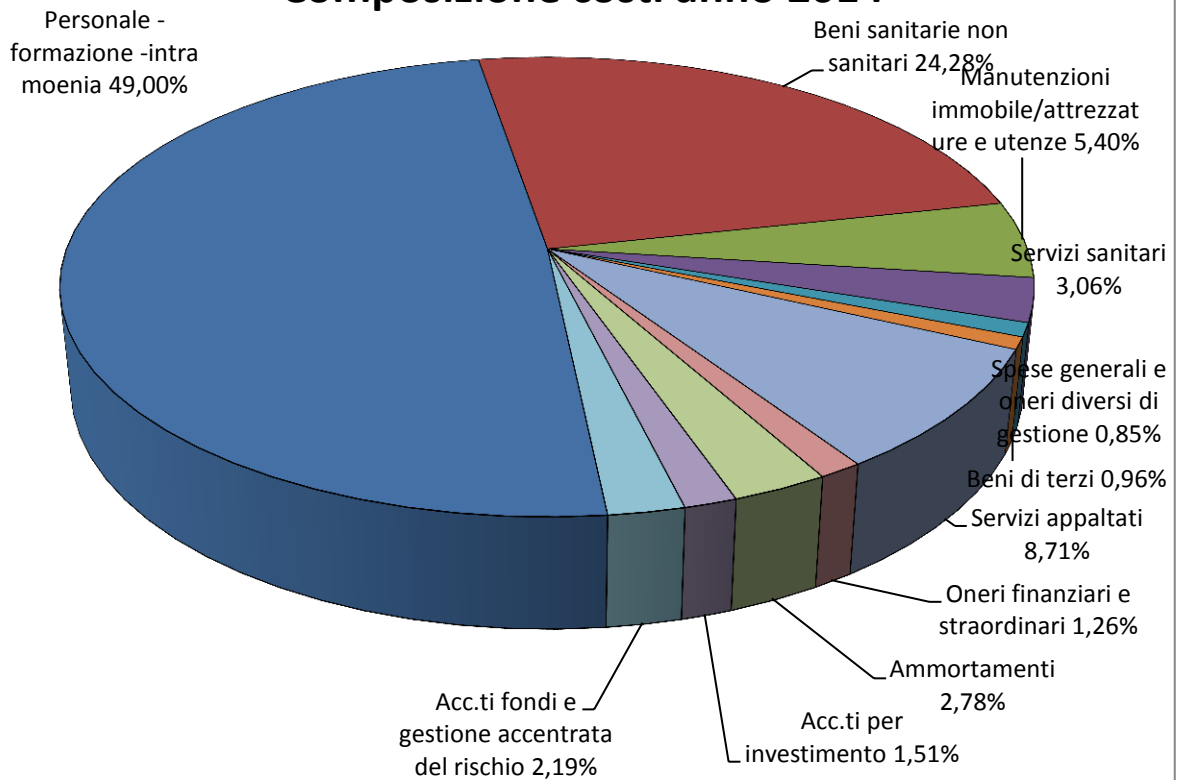
## Andamento economico-gestionale

Come esposto dal grafico e dal prospetto seguente, le principali voci di costo del bilancio del l'Istituto sono costituite da costi del personale e dal costo dei beni sanitari e non sanitari. Pertanto la struttura dei costi dell'Istituto risulta essere molto rigida e difficilmente comprimibile se non attraverso processi di riorganizzazione e la ridefinizione dell'attività.

### Composizione costi anno 2013



### Composizione costi anno 2014



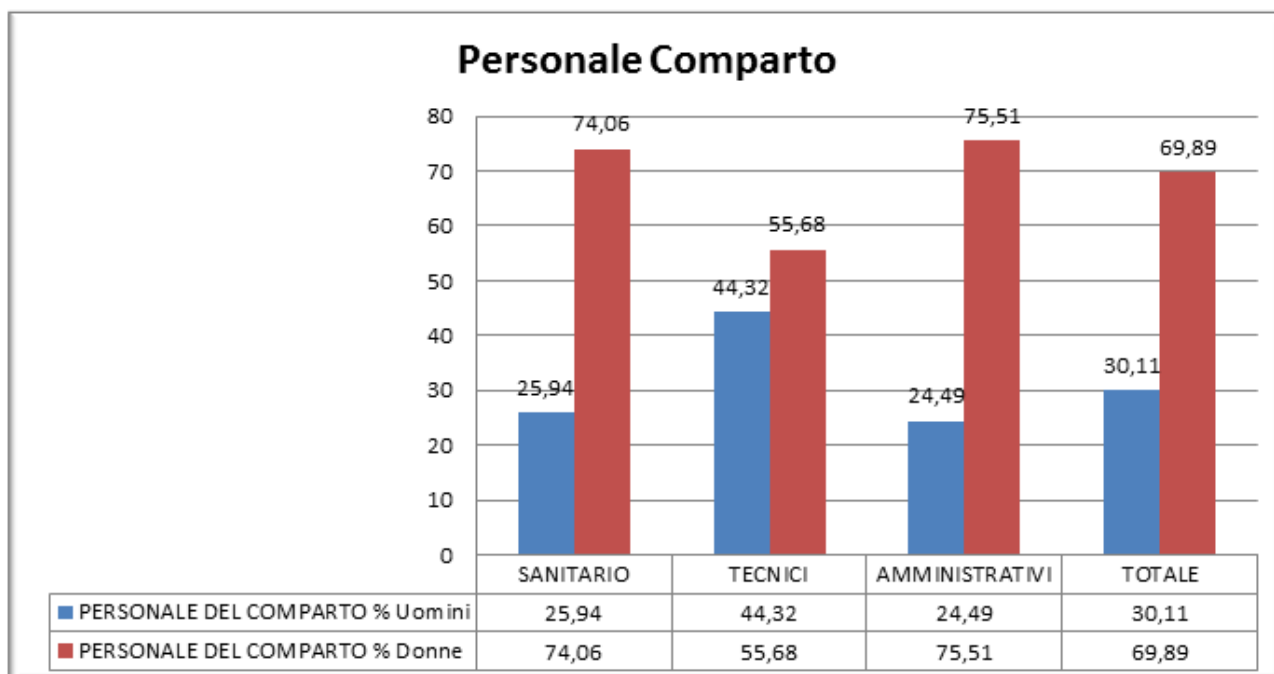
## RISORSE UMANE

L'Istituto individua le risorse umane quale fattore fondante della propria attività, attraverso la professionalità e competenza degli operatori che consentono lo svolgimento dell'attività e la risposta ai bisogni dell'utenza.

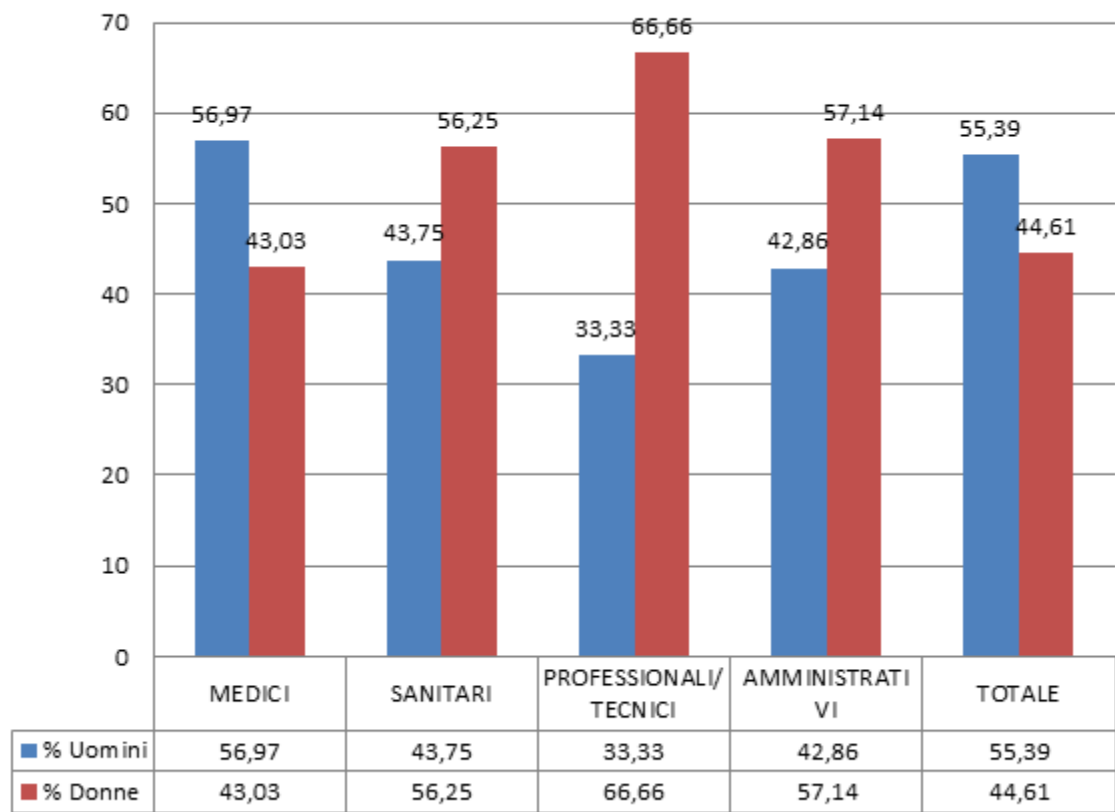
Con l'espressione "Risorse Umane" si intende evidenziare l'aspetto di valore o capitale insito nel persona, nella sua professionalità e nelle sue competenze.



### Pari opportunità - Analisi della composizione per ruolo e genere del personale dipendente (31/12/2014)



## Personale Dirigente



# LE STRATEGIE

## Mission e vision

L'Istituto è Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico per la disciplina dell'ONCOLOGIA e si caratterizza come centro di ricerca sanitaria traslazionale e ospedale di alta specializzazione e di rilievo nazionale in coerenza con le disposizioni di legge vigenti e negli ambiti disciplinari individuati in conformità alla programmazione nazionale e regionale.

In particolare la "missione" dell'Istituto è quella di perseguire, secondo standards di eccellenza, la ricerca (prevalentemente clinica e traslazionale) nel campo biomedico ed in quello dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari, di innovazione nei modelli di assistenza e di trasferimento delle conoscenze, unitamente a prestazioni di ricovero e cura di alta specialità.

L'Istituto è il più importante ospedale genovese e ligure, con compiti assistenziali, sia ordinari che di alta specialità, che in vari casi rappresentano il riferimento regionale. Deve quindi essere considerato nella prospettiva del Sistema Sanitario Regionale ligure, il cui fondamento sono i principi di complementarità, sussidiarietà e collaborazione tra tutte le sue strutture, senza alcuna impostazione concorrenziale e nella prospettiva conseguente delle Reti Assistenziali in cui il S.S.R. ligure si articola.

E' fondamentale la presenza nell'Istituto della Scuola di Scienze Mediche e Farmaceutiche dell'Università degli Studi di Genova: questa presenza, nel contesto della peculiarità dell'azienda ospedaliera universitaria integrata, ha implicazioni organizzative e operative ma anche 'strategiche'. Infatti le esigenze didattiche comportano la necessità di garantire tutte le specializzazioni con docenti adeguati per numero e qualificazione e di concentrare in Istituto, se possibile, le casistiche più ampie e diversificate. L'Istituto assicura la realizzazione della collaborazione tra Servizio Sanitario Regionale e Università degli Studi di Genova ai sensi del D.Lgs. n. 517/99.

Rientrano in particolare nella "finalità" dell'Istituto i seguenti obiettivi strategici:

- contribuire alla riorganizzazione della rete ospedaliera, alla massima tutela della appropriatezza clinico assistenziale ed organizzativa, svolgendo attività di assistenza sanitaria, cura, formazione e ricerca biomedica e sanitaria, prevalentemente traslazionale in ambito oncologico, garantendone la complementarità e l'integrazione;
- promuovere la personalizzazione delle cure del malato considerando caratteristiche e variabili genetiche e/o di coesistenza di pluripatologie anche al fine di adeguare e promuovere l'individualizzazione dell'uso e dell'offerta specifica di farmaci, terapie e tecnologie;
- contribuire alla realizzazione di una sempre più stretta correlazione fra l'attività assistenziale necessaria per lo svolgimento dei compiti istituzionali dell'Università e la programmazione sanitaria nazionale e regionale in termini di funzionalità e di coerenza con le esigenze della didattica e della ricerca, al fine di perseguire la massima efficienza dell'attività integrata di didattica, ricerca ed assistenza elaborando e attuando, programmi di formazione professionale e di educazione sanitaria, con riferimento agli ambiti istituzionali di attività e per il miglioramento e lo sviluppo delle stesse;
- sperimentare e verificare forme innovative di gestione e di organizzazione in campo sanitario, in aderenza al Piano Sanitario Regionale che identifica l'Istituto come polo di riferimento della rete oncologica regionale, nonché centro di riferimento per studi di natura multicentrica a livello nazionale e internazionale.

## Valori e principi di riferimento

I valori principali cui si ispira l'Istituto sono:

- la centralità della persona assistita;
- il personale e gli studenti come patrimonio culturale e professionale, per garantire le prestazioni di cui il paziente necessita favorendo la valorizzazione dei professionisti;
- il coinvolgimento delle Associazioni di volontariato e di Tutela del Malato e le sinergie con gli Enti locali territoriali e con ogni altro Ente/Autorità di diretto riferimento;
- l'innovazione tecnologica, organizzativa e formativa avanzata a tutti i livelli, per sostenere i miglioramenti continui dell'attività di diagnosi e cura (principalmente quelli anticipatori sorretti dalla ricerca) e per produrre attività di eccellenza;
- la sicurezza e la qualità nell'ambiente di lavoro nei confronti dei pazienti e degli operatori nel rispetto della normativa vigente;
- la competenza, eccellenza ed autorevolezza professionale;
- l'ascolto ed il coinvolgimento;
- la motivazione e la valorizzazione del capitale intellettuale e scientifico;
- l'affidabilità, la qualità, la sicurezza e l'appropriatezza delle prestazioni;
- l'equità e la trasparenza;
- la responsabilità (sui risultati);
- la condivisione;
- la razionalità e la coerenza nei comportamenti;
- la partecipazione dei cittadini, degli utenti e degli operatori.

## Il Piano strategico aziendale 2015-2017

Premesso che con il termine strategia si fa riferimento ad una serie di azioni tese a raggiungere un obiettivo predeterminato di lungo termine, gli obiettivi strategici aziendali, a valenza annuale e pluriennale, declinano le strategie rilevanti per il futuro dell'Istituto, la cui progettazione implica una grande responsabilità ed uno sforzo complesso ed articolato.

Gli obiettivi strategici istituzionali declinano gli indirizzi strategici regionali che rappresentano obiettivo prioritario dei direttori generali delle aziende sanitarie pubbliche nel loro complesso.

L'Istituto è in continua trasformazione, in un contesto quale è il mondo sanitario che vede in questi anni lo sviluppo di fenomeni correlati allo sviluppo della scienza medica e delle biotecnologie, quali ad esempio la diminuzione della mortalità e l'aumento delle malattie croniche gravi, unitamente alla complessiva crisi del contesto economico che impone scelte riorganizzative e strutturali profonde ponendo grande attenzione al fattore spesa, coniugate alla ricerca continua di appropriatezza clinica e di un sistema di assistenza integrata con un'organizzazione a rete dei servizi.

In questo contesto l'Istituto deve perseguire principalmente alle linee strategiche che coinvolgono tutte le strutture sanitarie ed amministrative, come esplicitate nel Piano strategico aziendale 2015-2017, in allegato.

## IL CICLO DELLA PERFORMANCE

### La definizione degli obiettivi e la scheda

Dopo aver definito le linee strategiche sulle quali orientare la gestione dell'Istituto, deve essere definita la programmazione delle attività attraverso il processo di negoziazione del budget che determina quindi gli obiettivi operativi di ciascuna struttura sanitaria, amministrativa e di ricerca.

Per ciascun obiettivo vengono poi definite le azioni, i tempi, le risorse e le responsabilità connesse al raggiungimento.

**Il processo di "budgeting"** tende in particolare a definire, a livello dei singoli centri di responsabilità e di costo individuati dall'Istituto, gli obiettivi specifici di carattere operativo per l'attuazione delle scelte della programmazione strategica, previa assegnazione delle risorse da mettere a disposizione per il conseguimento degli stessi nell'arco temporale previsto.

Il processo di negoziazione avviene :

a livello di direzione: la direzione aziendale stabilisce gli indirizzi ed obiettivi annuali, gli indicatori e le responsabilità per la loro realizzazione: La direzione si avvale del Controllo di gestione e della struttura di staff. L'attività viene supportata dall'OIV (Organismo Indipendente di Valutazione) che valuta il processo di formulazione del budget ed il raggiungimento degli obiettivi generali e specifici, evidenziando le criticità del processo di valutazione;

a livello di struttura: il direttore/responsabile di struttura esamina l'organizzazione interna, valuta il raggiungimento degli obiettivi della struttura dell'anno precedente e propone le opportune azioni di miglioramento.

Nei primi due mesi di ogni anno vengono quindi effettuati gli incontri di budget con le singole unità operative in aggregazione dipartimentale o di gruppo omogeneo intradipartimentale nei quali vengono discussi i risultati operativi dell'anno precedente anche in termini di costo per unità di prodotto (costo standard) e di scostamento dal benchmark aziendale individuato in prima battuta nel valore mediano. Successivamente si procede all'analisi dei diversi fattori produttivi a partire dai 10 più rilevanti economicamente per ciascun settore (farmaci, dispositivi, diagnostici, ecc.) ed alla lettura delle matrici organizzative di ciascuna unità operativa.

Di conseguenza vengono assegnati i nuovi obiettivi operativi alle strutture dell'istituto e, a cascata, al personale dipendente.

Il documento che sintetizza tutti gli obiettivi individuati durante la negoziazione è rappresentato dalla scheda di budget, articolata nei **tre** ambiti differenti:

- obiettivi di tipo qualitativo
- obiettivi di tipo economico/quantitativo
- obiettivi di tipo professionale.

L'Istituto adotta la metodologia della balanced scorecard (BSC) per integrare le tre tipologie di obiettivi nel quadro delle quattro aree strategiche aziendali.

La BSC è costituita da 5 prospettive:

- la PROSPETTIVA DELLE RISORSE, che sviluppa L'AREA STRATEGICA ECONOMICITÀ in obiettivi economici
- la PROSPETTIVA DELLE ATTIVITÀ, che sviluppa L'AREA STRATEGICA EFFICACIA ESTERNA in obiettivi quantitativi
- le PROSPETTIVE DELL'ORGANIZZAZIONE INTERNA e DELLA QUALITÀ E SICUREZZA, che sviluppano L'AREA STRATEGICA EFFICACIA ORGANIZZATIVA in obiettivi di tipo quali-quantitativo



- la PROSPETTIVA DELLA RICERCA, che sviluppa L'AREA STRATEGICA RICERCA

Ogni obiettivo è misurato da 1 o più indicatori, chiaramente definiti, per ciascuno dei quali viene individuato il titolare della base dati e il responsabile dell'elaborazione; nella BSC è altresì riportato chiaramente il valore atteso per ciascun indicatore.

La BSC è unica per tutto l'Istituto, suddivisa nelle due aree sanitaria e tecnico-amministrativa, ed è unica per dirigenza, coordinamento e comparto; per ogni obiettivo e indicatore è stabilita la suddivisione percentuale di responsabilità tra dirigenza, coordinamento e comparto.

Il monitoraggio della BSC viene effettuato gerarchicamente dal livello aziendale a quello dipartimentale fino alla singola unità operativa.

Nei livelli di dettaglio della BSC i singoli obiettivi o indicatori sono attivi o disattivi a seconda della loro pertinenza per la specifica UO valutata.

La BSC è integrata dalla scheda delle risorse assegnate durante il processo di budgeting.

Il sistema è quindi strutturato per assicurare le seguenti caratteristiche:

- COMUNICAZIONE: le prospettive, gli obiettivi e gli indicatori della BSC comunicano in modo chiaro a tutti le linee strategiche aziendali ed i percorsi scelti per perseguirle
- TRASPARENZA: sono indicati in maniera evidente gli obiettivi e i criteri di valutazione del loro raggiungimento
- INTEGRAZIONE: tutte le strutture di staff sono coinvolte nella costruzione della BSC e tutte le strutture della line partecipano alle linee strategiche aziendali e ne misurano il proprio contributo
- COINVOLGIMENTO: tutte le figure professionali partecipano in varia misura alla stessa mission tramite gli stessi obiettivi e ne prendono atto attraverso la BSC

Il monitoraggio degli obiettivi viene effettuato mediante due strumenti informatici: il cruscotto direzionale ed il portale del controllo di Gestione.

Nel cruscotto si ritrovano in formato html e scaricabili in formato excel, tutti i report relativi alle attività ed ai costi in materiale di consumo, aggiornati mensilmente e storicizzati, accanto alla BSC vera e propria; ogni report è costruito in maniera gerarchica, in analogia alla BSC, dal livello aziendale al dipartimentale a quello della singola unità operativa.

Nel portale vengono riproposti gli stessi report, integrati con quelli relativi alle risorse umane, in formato navigabile fino al massimo dettaglio ed anch'esso scaricabile in formato excel.

Sono inoltre previsti incontri periodici con i comitati di dipartimento per la discussione dei risultati in corso di esercizio, l'analisi degli scostamenti dal dato atteso e la progettazione delle eventuali azioni di correzione.

## Il processo di misurazione degli obiettivi e la misurazione della performance

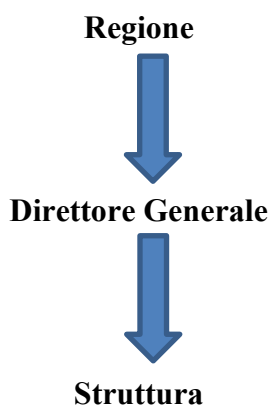
### ITER DEL CICLO DELLA PERFORMANCE

(art. 10 comma 1 lett. a) Decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150)

*indicazioni operative circa i contenuti e la metodologia (fasi temporalità e attori) attuata dall'Istituto per la misurazione e valutazione della performance attraverso la traduzione del mandato politico in obiettivi strategici, operativi e/o organizzativi individuali con un "percorso a cascata".*

Il Piano della Performance deve seguire le procedure indicate dalle Linee guida Regionali, attraverso varie fasi di tutto l'iter del ciclo della Performance, dall'assegnazione degli obiettivi fino alla valutazione di tutte le strutture ed individui afferenti all'Azienda.

Infatti il sistema di assegnazione degli obiettivi segue il seguente sistema a "cascata": Regione-Azienda-Struttura-Personale e quindi:



**e al personale dirigente a partire dai Direttori di Dipartimento, di Strutture Complesse, e Strutture Semplici e Dipartimentali , fino al personale del Comparto**

Nel caso in cui gli obiettivi regionali siano assegnati in ritardo, al fine di assicurare il rispetto della tempistica fissata dal ciclo della Performance, è ugualmente necessario avviare la fase Gestionale indipendentemente da quella della certificazione formale della programmazione aziendale e dell'annesso bilancio economico. Gli obiettivi aziendali, in questo caso, saranno rimodulati in coerenza con quelli regionali.

Il piano della Performance, nei suoi diversi aspetti comprendenti anche gli obiettivi operativi individuali, deve essere coerente con le attività didattiche e scientifiche proprie della Scuola di Scienze mediche e farmaceutiche.

L'Istituto deve realizzare, in maniera coerente con i contenuti e con il ciclo della programmazione finanziaria e del bilancio, il ciclo di gestione della performance. Esso si articola nelle seguenti fasi:

<b>Fasi del ciclo della performance</b>	
<b>a</b>	definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori
<b>b</b>	collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
<b>c</b>	monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi
<b>d</b>	misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale
<b>e</b>	utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito
<b>f</b>	rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

Tutto il sistema prevede varie fasi e precisamente:

**A. FASI GESTIONALI**

**B. FASI DELLE CERTIFICAZIONI FORMALI**

**C. FASI DEL MONITORAGGIO**

<b>FASI GESTIONALI</b>	
<b>FASE 1 Pre-consuntivazione</b>	<b>Controllo di gestione</b> Provvede alle attività di rendicontazione riferite all'anno precedente stabilendo le possibilità operative dell'Azienda rispetto al budget generale. Questo avviene nelle prime due fasi gestionali: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Pre-consuntivazione</li> <li>– Consuntivazione</li> </ul> che si completano tra Novembre e Dicembre dell'anno precedente. Gli obiettivi aziendali sono dunque definiti entro Febbraio, nel rispetto del bilancio economico con eventuale rimodulazione, correlata agli obiettivi regionali anche aggiuntivi o intervenuti successivamente.
<b>FASE 2 Consuntivazione</b>	Vedi Fase 1
<b>FASE 3 Consultazione</b>	<b>Regione – Direttore Generale</b> Consultazione della Regione con i Direttori Generali dove si stabiliscono gli obiettivi da assegnare alle Aziende. Il Direttore Generale può illustrare i risultati della Pre-consuntivazione e della Consuntivazione dell'Azienda.
<b>FASE 4 Relazione Annuale</b>	<b>Direttori di Struttura – Direttore Generale</b> Relazione annuale da parte dei Direttori di Struttura, entro il 31 Gennaio di ogni anno circa i risultati ottenuti e prima valutazione del D.G.
<b>FASE 5 Fase gestionale</b>	<b>Controllo di Gestione – Direttore Generale - OIV</b> Il Controllo di Gestione individua una prima proposta di Budget.

<b>importante</b>	Contemporaneamente, entro Febbraio, previa acquisizione delle relazioni annuali delle UOC e dei Report delle attività delle Strutture e dei Consuntivi da parte del Controllo di Gestione, si procede ad una prima valutazione dei risultati circa il raggiungimento degli obiettivi di struttura da parte del Direttore Generale con riferimento alla relazione annuale dei direttori di struttura, e ad una seconda valutazione della relazione annuale sui report di attività delle strutture e sui consuntivi da parte dell'OIV.
<b>FASE 6 Seconda Valutazione da parte del OIV</b>	<b>OIV - Direttore Generale</b> Seconda Valutazione da parte del OIV dei risultati di struttura sulla base delle relazioni annuali, consuntive e report d'attività e successive informazioni al D.G. Quindi contemporaneamente o subito dopo (Marzo) il D.G. assegna con Delibera gli obiettivi della struttura e quelli individuali per l'anno in corso.
<b>FASE 7 Assegnazione formale obiettivi della struttura</b>	<b>Direttore Generale – Direttori dipartimento - Struttura</b> Assegnazione degli obiettivi della struttura con atto formale (Delibera). In questa fase sono previste schede di valutazione e misurazione apposite.  n.b. I Dipartimenti che costituiscono il livello intermedio tra la Direzione Generale e le strutture rappresentano lo snodo nell'assegnazione degli obiettivi tra Direzione Generale e Strutture.
<b>FASE 8 Assegnazione formale obiettivi ai Dirigenti ed al personale del Comparto</b>	<b>Direttori dipartimento – Struttura – dirigenti/comparto</b> Assegnazione Formale obiettivi ai Dirigenti ed al personale del Comparto. In questa fase sono previste schede di valutazione e misurazione apposite.
<b>FASE DELLE CERTIFICAZIONI FORMALI</b>	
<i>Finita la parte gestionale si passa alle fasi delle certificazioni formali che seguono i tempi della formalizzazione ultima dei bilanci, dei definitivi risultati della valutazione ed assegnazione degli obiettivi al Direttore Generale da parte della Regione. Di solito queste ultime due fasi intervengono da maggio fino a giugno:</i>	
<b>FASE 9</b>	<b>OIV</b> Valutazione Definitiva e Formale dei risultati del raggiungimento degli obiettivi e dei consuntivi di budget della Struttura (eseguita e certificata da OIV)
<b>FASE 10</b>	<b>Direttore Generale</b> Pubblicazione sul Sito
<b>FASE 11</b>	<b>Regione – Direttore Generale</b> Assegnazione degli obiettivi da parte della Regione
<b>FASE 12</b>	<b>Direttori dipartimento – Struttura – dirigenti/comparto</b> Valutazione individuale su schede differenziate per dirigenza e comparto;
<b>FASE 13</b>	<b>Direttore Generale - Direttori Struttura</b> Valutazione individuale - su schede – per i Direttori Responsabili di Struttura

<b>FASE 14</b>	<b>Regione – Direttore Generale</b> Valutazione annuale definitiva del D.G.
<b>FASI DEL MONITORAGGIO</b>	
<p><i>L'attività di monitoraggio deve essere costante, scandita in fasi trimestrale e semestrale, in quanto finalizzata ad una tempestiva individuazione di scostamento/criticità ed all'implementazione di azioni correttive con eventuale rimodulazione degli stessi obiettivi di struttura e individuali ed eventuale integrazione e correzione di alcuni obiettivi da parte della Regione.</i></p> <p><i>A novembre si segnala la Pre-consuntivazione per l'anno in corso con la raccolta dei dati di budget da parte del Controllo di Gestione. Queste fasi del monitoraggio ed il corretto funzionamento del sistema è svolto principalmente dal <b>Controllo di Gestione</b> e dall'<b>OIV</b>.</i></p>	
<b>FASE 15</b>	<b>Monitoraggio: Controllo di Gestione – OIV</b> Viene effettuato tramite incontri trimestrali con le singole unità operative, aggregate per disciplina ed a livello dipartimentale; si basa sull'esame dei risultati correnti della BSC e ne prevede l'approfondimento tramite la lettura critica delle informazioni di dettaglio presenti nel datawarehouse del Controllo di Gestione
<b>FASE 16</b>	<b>Revisione: Controllo di Gestione – OIV</b> In coerenza con i risultati del monitoraggio vengono definite le azioni correttive eventualmente necessarie e ridefiniti, ove opportuno, obiettivi e target degli indicatori
<b>FASE 17</b>	Integrazione Regione finale
<b>FASE 18</b>	<b>Pre-consuntivazione: Controllo di Gestione – OIV</b> A novembre viene effettuata la pre-consuntivazione per l'anno in corso tramite l'analisi dei risultati della BSC e dei report di attività e consumi presenti nel cruscotto direzionale, propedeutica alla fase 1 dell'anno successivo

## La performance dei dipendenti ed il sistema premiante

Il sistema di valutazione individuale valuta la Performance dei dipendenti in relazione a due dimensioni: il risultato nel raggiungimento degli obiettivi di budget attribuiti alla struttura di assegnazione; il risultato individuale in relazione agli obiettivi comportamentali attribuiti dal Direttore di struttura.

La performance individuale si riferisce al contributo dato dal singolo al raggiungimento degli obiettivi generali della struttura e a specifici obiettivi individuali collegati ai diversi livelli di responsabilità e professionalità ricoperti (art. 9 del Decreto Legislativo n. 150/2009).

In fase di avvio di questo sistema, la performance individuale può essere collegata alla performance di struttura, così da legare sia la valutazione del dirigente responsabile, sia quella dei suoi collaboratori e in via indiretta anche del responsabile del dipartimento.

Questo al fine di costruire gradualmente una visione comune di operatività basata sulla necessità di integrazione delle diverse professionalità caratterizzate da differenti obiettivi e prospettive temporali, nonché differenti orientamenti e comportamenti e pervenire ad una condivisione ed accettazione di obiettivi comuni, ovvero gli obiettivi di struttura.

Nell'ambito della performance individuale, il contributo dato dal singolo al raggiungimento degli obiettivi generali della struttura concorrerà alla definizione del sistema di valutazione delle performance individuali dell'Istituto.

## **Personale dirigente**

La valutazione dei dirigenti – che è diretta alla verifica del livello di raggiungimento degli obiettivi assegnati e della professionalità espressa – è caratteristica essenziale ed ordinaria del loro rapporto di lavoro e si articola come segue:

### 1) Valutazione del risultato annuale.

La valutazione è determinata sia dal risultato certificato dal Nucleo di valutazione/OIV relativamente al raggiungimento degli obiettivi di budget della struttura, attribuiti nella loro totalità alla dirigenza ad essa assegnata, sia dalla valutazione espressa dal dirigente responsabile relativamente all'apporto collaborativo individuale.

La valutazione annuale è finalizzata alla determinazione della retribuzione di risultato.

I risultati finali della valutazione annuale sono riportati nel fascicolo personale.

### 2) Verifica dell'esercizio dell'incarico dirigenziale attribuito.

La verifica è effettuata alla scadenza dell'incarico dirigenziale dal Direttore sovraordinato e dal Collegio tecnico (in seconda istanza) e costituisce prerequisito, in relazione all'esito, dell'attribuzione dell'incarico relativo al quinquennio successivo.

I risultati finali della valutazione al termine dell'incarico sono riportati nel fascicolo personale.

Tutti i giudizi definitivi conseguiti relativamente alla verifica e valutazione annuale dei risultati di gestione del dirigente di struttura complessa e di struttura semplice nonché dei risultati raggiunti da tutti i dirigenti in relazione agli obiettivi affidati, anche ai fini dell'attribuzione della retribuzione di risultato, sono parte integrante degli elementi di valutazione dell'Istituto per la conferma o il conferimento di qualsiasi incarico o per l'acquisizione degli altri benefici.

## **Personale non dirigente**

Tutto il personale dei livelli verrà inserito nel sistema aziendale di valutazione individuale permanente, caratterizzato dai seguenti elementi: che corrispondono alle due sezioni della scheda di valutazione utilizzata.

### 1) Valorizzazione delle competenze e comportamento organizzativo,

Sono valutati obiettivi connessi a capacità di "comportamento organizzativo", riferiti cioè al comportamento osservabile nello svolgimento delle mansioni lavorative individuati ad inizio anno dal direttore della struttura in collaborazione con il coordinatore.

### 2) Valorizzazione dei risultati.

Il Direttore della struttura, contestualmente alla discussione del budget con la Direzione, individua quali obiettivi richiedano la collaborazione e quindi il coinvolgimento dei collaboratori, con facoltà di integrare la scheda con obiettivi di risultato specifici, non presenti sulla scheda di budget della struttura, purché individuati in coerenza con le politiche aziendali.

Le due componenti della scheda individuale concorrono a formularne il risultato finale che:

- costituisce la base per il calcolo della quota individuale di produttività;

- se negativa, costituisce la base su cui elaborare la proposta di revoca dell'incarico di coordinamento e dell'incarico di posizione organizzativa.

## **Schede di valutazione individuali e relative schede di supporto**

**(allegati da n. 1 a n. 20)**

- Piano strategico 2015-2017
- Scheda Direttore SC della dirigenza medica, veterinaria, sanitaria;
- Scheda Direttore SC della dirigenza professionale, tecnica, amministrativa;
- Scheda area della dirigenza medica, veterinaria, sanitaria;
- Scheda area della dirigenza professionale, tecnica, amministrativa;
- Scheda area comparto (professioni sanitarie);
- Scheda area comparto (tecnico e amministrativo);
- N. 13 schede di supporto alle schede di valutazione Direttori SC e area comparto suddivise per professionalità:
  - Direttore SC
  - Comparto - Coordinatori
  - Comparto - Infermieri e ostetriche
  - Comparto - Fisioterapisti logopedisti oftalmologi
  - Comparto - TSRM
  - Comparto - TSLB
  - Comparto - TNFP
  - Comparto - Perfusionisti
  - Comparto - Dietisti
  - Comparto - Tecnici camera iperbarica
  - Comparto - Assistenti sanitari e sociali
  - Comparto - Personale di supporto
  - Comparto - Tecnici e amministrativi