

AZIENDA OSPEDALIERA S. CROCE E CARLE - CUNEO

Ente di rilievo nazionale e di alta specializzazione D.P.C.M. 23.4.1993

GG/ns/ts

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 198-2020 DEL 12/05/2020

OGGETTO: SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE (SI.MI.VA.P.) DELL'AO S.CROCE E CARLE DI CUNEO: ATTUALIZZAZIONI 2020.

In data 12/05/2020 presso la sede amministrativa dell'Azienda Ospedaliera S.Croce e Carle – Ufficio del Direttore Generale in Cuneo, corso C. Brunet n.19/A,

IL DIRETTORE GENERALE – dott. Corrado Bedogni

(nominato con Deliberazione di Giunta Regionale n. 19-6938 del 29 maggio 2018)

Su conforme proposta del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e Responsabile della S.S. Controllo di Gestione;

Premesso che:

- il dettato normativo ed il principio ispiratore di riferimento principale per la stesura del Sistema di misurazione e valutazione della performance (Si.Mi.Va.P) dell'A.O. S.Croce e Carle di Cuneo è il D.Lgs. 27 ottobre 2009, n.150 "*Attuazione della legge 4 marzo 2009, n.15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni*", che, in particolare, all'art.7, comma 3, e ss.mm.ii, chiede di definire:

a. le fasi, i tempi, le modalità, i soggetti e le responsabilità del processo di misurazione e valutazione della performance, in conformità alle disposizioni del citato decreto;

- b. le procedure di conciliazione relative all'applicazione del sistema di misurazione e valutazione della performance;
- c. le modalità di raccordo e di integrazione con i sistemi di controllo esistenti;
- d. le modalità di raccordo e integrazione con i documenti di programmazione finanziaria e di bilancio.
- e. individua gli ambiti di misurazione e di valutazione della performance organizzativa e gli ambiti di misurazione e valutazione della performance individuale;

.- in modo particolare verificato quanto il D. Lgs. 74/2017 in merito a "*Attuazione della legge 4 marzo 2009 n.15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni*" richiede;

- la Regione Piemonte, con D.G.R. n.25-6944 del 23/12/13 ha fornito le linee di indirizzo per le Aziende e gli Enti del Sistema Sanitario Regionale per la costituzione ed il funzionamento del Organismi Indipendenti di Valutazione (O.I.V.) in applicazione al D.Lgs. 150/09 e ss.mm.ii. in materia di misurazione, valutazione e trasparenza della performance, nonché gli indirizzi per il Piano ed il Ciclo di Gestione della Performance, tra l'altro, sottolineando che il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance è lo strumento operativo che le ASR devono utilizzare al fine della valutazione annuale della performance organizzativa e individuale, stabilisce che lo stesso debba essere formalmente adottato dall'Azienda;

- richiamate le proprie deliberazioni n.24/2018 e n.50/2018 con le quali si provvedeva alla nomina dell'Organismo Indipendente di valutazione (O.I.V.) dell'AO S.Croce e Carle di Cuneo per il periodo dal 14/02/2018 al 13/02/2021;

- considerato quanto previsto dal Regolamento di istituzione e funzionamento dell'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) dell'A.O. S.Croce e Carle di Cuneo adottato con provvedimento n. 139 del 16/04/2018;

- viste le Linee Guida n.2 del dicembre 2017, n.4 del novembre 2019 e n.5 del dicembre 2019 emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica;

- viste le vigenti disposizioni contrattuali del personale del comparto e della aree dirigenziali della Sanità per quanto attiene la valutazione del personale, sia a livello di Contrattazione Collettiva Nazionale sia Integrativa Aziendale.

- Tenuto conto che il presente documento viene redatto, monitorato e riesaminato annualmente da un gruppo di lavoro composto da:

- a. Responsabile S.S. Amministrazione del Personale o suo delegato;
- b. Responsabile S.C. Bilancio e contabilità o suo delegato;
- c. Responsabile S.S. Controllo di Gestione o suo delegato;
- d. Responsabile S.S. Formazione e Valutazione degli operatori o suo delegato;
- e. Responsabile Prevenzione della corruzione e trasparenza o suo delegato;

- Ritenuto di dover approvare la proposta di adozione del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance 2018-2021- attualizzazione 2020, validata dall'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V) tramite canale telematico in data 29/04/2020, allegato alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale;

- Acquisito il parere favorevole del Direttore Amministrativo ai sensi dell'art. 3, comma 1 quinquies del decreto leg.vo 19/6/1999, n. 229;
- Acquisito il parere favorevole del Direttore Sanitario a sensi dell'art.3, comma settimo, del decreto legislativo 30/12/1992 n.502, così come modificato dal decreto legislativo 7/12/1993 n.517;

ADOPTA LA SEGUENTE DELIBERAZIONE:

1. di approvare per i motivi indicati in premessa il *“Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance dell'AO S.Croce e Carle di Cuneo 2018-2021-attualizzazione 2020”* (Si.Mi.Va.P.2020) nel testo allegato, che costituisce parte integrante del presente provvedimento;
- 2.
3. di pubblicare il Si.Mi.Va.P. sul sito istituzionale dell'AO S.Croce e Carle di Cuneo nell'apposita sezione *“Amministrazione Trasparente-Performance - Sistema di misurazione e valutazione della performance”*;
4. di provvedere, tramite la S.S. Controllo di Gestione, alle modifiche ed integrazioni eventualmente necessarie al presente *“Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance dell'AO S.Croce e Carle di Cuneo 2018-2021-attualizzazione 2020”* (Si.Mi.Va.P.2020), nonché alla progressiva attuazione tramite pubblicazione in tempo reale degli allegati previsti;
5. di dare atto che dall'approvazione della presente deliberazione non derivano oneri di spesa
6. di dichiarare il presente provvedimento immediatamente eseguibile.

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Corrado BEDOGNI

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Lorenzo CALCAGNO

IL DIRETTORE SANITARIO
Dott.ssa Monica REBORA

Regione Piemonte  AO S. Croce e Carle - Cuneo	Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SiMiVaP) 2018-2021: attualizzazione 2020	Data di prima emissione: 24.04.2018 Data ultima revisione: 28.04.2020 Rev. 3
<i>Stesura</i>	<i>Verifica/Approvazione</i>	<i>Emissione</i>
Benso Piergiorgio Calcagno Lorenzo Guano Gianluigi Meinero Franco Olivero Emanuele Somale Nadia	Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)	Funzione Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (FPCT)

INDICE

1	PREMESSA	2
2	IMPOSTAZIONE DEL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE.....	3
2.1	Definizione ed aggiornamento del SiMiVaP	3
3	FASI DEL CICLO DELLA PERFORMANCE.	4
3.1	Programmazione.....	4
3.2	Adozione	4
3.3	Attuazione	4
3.4	Monitoraggio e audit.....	6
3.5	Performance organizzativa	7
3.5.1	Metodologia per la definizione di obiettivi, indicatori e target	7
3.5.2	Metodologia per la misurazione e valutazione della performance organizzativa.....	9
3.6	Performance individuale	10
3.6.1	Strutture coinvolte nella valutazione del personale	12
3.6.2	Programmazione	12
3.6.3	Definizione ed assegnazione degli obiettivi, indicatori e target.....	13
2.2.2	Misurazione e valutazione della performance individuale	15
3.7	Processo complessivo del ciclo della performance aziendale	30
3.8	Infrastruttura di supporto.....	31
3.9	Utilizzo effettivo dei risultati del sistema di misurazione e rilevazione	31
4	INTEGRAZIONE CON IL CICLO DI BILANCIO E I SISTEMI DI CONTROLLI INTERNI	31

4.1	Integrazione con il ciclo di bilancio	31
4.2	Integrazione con gli altri sistemi di controllo.....	33
5	IL COLLEGAMENTO CON LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA.....	34
6	DEFINIZIONE E GESTIONE DI STANDARD DI QUALITA'	34
7	VALUTAZIONE PARTECIPATIVA E COINVOLGIMENTO DEGLI STAKEHOLDERS.....	35
8	DESCRIZIONE DELLE MODALITA' DI MONITORAGGIO DELL'OIV	42
9	MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE	43
10	RIFERIMENTI E DOCUMENTI CORRELATI.....	43
11	LISTA DI DISTRIBUZIONE	44
12	ALLEGATI.....	44

1 PREMESSA

La “performance” è il contributo inteso come output e modalità di raggiungimento del risultato che un soggetto (organizzazione, unità organizzativa, team, singolo individuo) apporta attraverso la propria azione al perseguimento delle finalità e degli obiettivi e, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni per i quali l’organizzazione è stata costituita; pertanto il suo significato si lega strettamente all’esecuzione di un’azione, ai risultati della stessa e alle modalità di rappresentazione.

Ai sensi dell'art. 14, comma 4, lettera a), del D. Lgs 150/2009 e ss.mm.ii, all'Organismo Indipendente di Valutazione compete il monitoraggio complessivo del sistema di valutazione, della trasparenza e dell'integrità dei controlli interni, elaborando una relazione annuale che attesti il grado di rispondenza a quanto previsto. Il monitoraggio prende il via da quanto descritto nel Sistema di misurazione e valutazione della performance (denominato SiMiVaP). Tale presente documento fornisce un quadro d'insieme sulle principali tappe del percorso previsto per raggiungere i risultati attesi, sulle responsabilità associate alle singole fasi relative sia alla performance organizzativa che individuale, ma anche sul modello aziendale per la misurazione e tenuta sotto controllo del sistema e della sua integrità.

Il SiMiVaP viene redatto sulla scorta delle Linee Guida n. 2, 4 e 5 emesse dalla sezione Performance del Dipartimento della Funzione Pubblica¹ e di quanto modificato dal D.lgs 74/2017; viene riesaminato annualmente dal gruppo di lavoro e, qualora non sussistano variazioni sostanziali, riconfermato, contestualizzando nel Piano di Performance e nella relazione di attuazione del SiMiVaP gli elementi specifici.

L'OIV esprime il proprio parere sul SiMiVaP valutando la coerenza delle scelte operate dall'amministrazione con il quadro normativo vigente e lo specifico contesto interno (organizzativo) ed esterno (*policy* e *stakeholders*) dell'Azienda Ospedaliera nel periodo di riferimento.

Il ciclo della *performance* vede in prima linea i decisori politici e amministrativi. Nello specifico:

- la Direzione Aziendale, cioè l'organo di indirizzo politico-amministrativo, al quale

¹ https://performance.gov.it/system/files/LG-SIMIVAP_29_dicembre_2017.pdf

competete l'esercizio della funzione di indirizzo e la definizione degli obiettivi da perseguire e dei programmi da attuare;

- i dirigenti apicali, titolari di Centri di Costo/Responsabilità, cui compete la responsabilità univoca dei programmi di bilancio assegnati ai Centri medesimi e la responsabilità dell'attività, della gestione e dei relativi risultati;
- i dirigenti e i titolari di posizioni organizzative, che partecipano al processo di programmazione, contribuendo a definire risorse e obiettivi nella fase *top down* e successivamente in quella *bottom up*, al processo di monitoraggio e infine alla valutazione, sia come soggetti valutatori che come soggetti valutati.

2 IMPOSTAZIONE DEL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE

2.1 Definizione ed aggiornamento del SiMiVaP

Alla definizione, adozione e attuazione del Sistema concorrono:

- a. l'organo di indirizzo politico-amministrativo, cioè la Direzione, alla quale compete l'esercizio della funzione di indirizzo e la definizione degli obiettivi da perseguire e dei programmi da attuare;
- b. i dirigenti di ciascuna Amministrazione e, in particolare la dirigenza apicale, cui compete l'attuazione del Sistema e l'aggiornamento dei contenuti dello stesso;
- c. l'OIV, che fornisce, lungo tutto il ciclo, un supporto metodologico volto ad assicurare efficacia, solidità e affidabilità al SiMiVaP, come introdotta con il d.lgs. 74/2017, le funzioni attribuite agli OIV sono: *presidio tecnico metodologico* del SiMiVaP che si esprime prevalentemente attraverso la formulazione del parere vincolante sul SiMiVaP, la validazione della Relazione sulla *performance* e la Relazione annuale sul funzionamento del Sistema. Il SiMiVaP viene costruito, riesaminato e valutato congiuntamente tra OIV e amministrazione, garantendo accesso diretto alle informazioni rilevanti da parte dei componenti OIV.
- d. la Struttura Tecnica Permanente per la misurazione della *performance* (art. 14, comma 9, del D.lgs 150/2009) che fornisce supporto all'OIV e funge da interfaccia tecnica tra l'OIV e i dirigenti nell'ambito del processo di misurazione e valutazione, interagendo con le diverse unità organizzative e, in particolare, con quelle coinvolte nella pianificazione strategica e operativa, nella programmazione economico-finanziaria e nei controlli interni.

Tabella 1: sintesi dei ruoli associati al SiMiVaP.

Definizione/aggiornamento del Sistema	Direzione Aziendale
Adozione del Sistema	Direzione
Attuazione del Sistema	Direzione Dirigenza Personale OIV (Struttura Tecnica Permanente)
Monitoraggio e audit del Sistema	OIV (Struttura Tecnica Permanente) Personale, dirigenziale e non

Le Linee Guida n.2/2018 della Funzione Pubblica richiamano alla necessità di non confondere le attività di misurazione con quelle di valutazione intendendo con:

- *misurazione* l'attività di quantificazione del livello di raggiungimento dei risultati e degli impatti da questi prodotti su utenti e *stakeholders*, attraverso il ricorso a indicatori;
- *valutazione* l'attività di analisi e interpretazione dei valori misurati, che tiene conto dei fattori di contesto che possono avere determinato l'allineamento o lo scostamento rispetto ad un valore di riferimento.

Figura 2: Esempificazione schema ciclo della Performance.



3 FASI DEL CICLO DELLA PERFORMANCE.

3.1 Programmazione

Nella prima fase del ciclo (programmazione), l'amministrazione definisce gli obiettivi che si prefigge di raggiungere nel medio-lungo e nel breve periodo. La fase di programmazione serve ad orientare le performance individuali in funzione della performance organizzativa attesa e quest'ultima in funzione della creazione di valore pubblico, ovvero del miglioramento del livello di benessere dei destinatari delle politiche e dei servizi.

L'output della fase di programmazione non è unico, ma include diversi documenti di programmazione complementari l'uno all'altro in quanto tutti parte di un unico e più ampio processo di pianificazione e programmazione.

3.2 Adozione

L'adozione del Sistema spetta alla Direzione, secondo i rispettivi ordinamenti, che lo adotta con apposito provvedimento ai sensi del citato art. 7, comma 1, del D.lgs 150/2009. Gli aggiornamenti del Sistema sono adottati con le stesse modalità, evitando che variazioni infra-annuali ne pregiudichino il corretto funzionamento.

3.3 Attuazione

In generale, l'attuazione del Sistema è rimessa ai seguenti soggetti:

- Organo di indirizzo politico-amministrativo (Direzione):
 - valuta, con il supporto dei dirigenti, l'andamento della *performance* organizzativa,

- proponendo, ove necessario, interventi correttivi in corso d'esercizio; assegna gli obiettivi strategici ai dirigenti di vertice; valuta la *performance* individuale dei dirigenti di vertice, su proposta dell' OIV.
- b) Direttori di struttura:
- applicano la metodologia di misurazione e valutazione prevista nel Sistema;
 - assegnano gli obiettivi al proprio personale ed eseguono la valutazione dello stesso;
 - intervengono in tutta la fase del processo di misurazione e valutazione, segnalando eventuali criticità rilevate.
- c) S.S.Amministrazione del Personale:
- fornisce ed analizza i dati in entrata ed in uscita dal processo di budget e di valutazione del personale.
- d) S.S.Formazione e valutazione del personale:
- fornisce le indicazioni per la valutazione individuale sia ai dipendenti sia alle strutture deputate alla valutazione ed effettuazione analisi ed archiviazione delle stesse.
- d) Organismo Indipendente di Valutazione:
- esercita le attività di controllo strategico di cui all'art. 6, comma 1, del D. Lgs. n. 286/1999, e di quanto stabilito dal D.lgs 150/2009 e relative modifiche contenute nel D.lgs 74/2017 e riferisce, in proposito, direttamente alla Direzione, comunicando tempestivamente le criticità rilevate;
 - collabora alla predisposizione e all'aggiornamento delle metodologie e del Sistema di misurazione e valutazione della performance. In modo particolare analizza il Piano della performance da adottare secondo gli indirizzi impartiti dal Dipartimento della Funzione Pubblica ai sensi dell'articolo 3, comma 2 del D. Lgs n. 150/2009 e 13 ss.mm.ii, individuando gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi di cui all'articolo 5, comma 01, lettera b) e delle Linee Guida n.2/2017;
 - propone alla Direzione aziendale la valutazione annuale dei dirigenti di vertice;
 - garantisce l'applicazione delle procedure di conciliazione a tutela dei valutati, relative al sistema di misurazione e valutazione della performance e le modalità di raccordo ed integrazione con i documenti di programmazione finanziaria e di bilancio;
 - valida la Relazione sulla performance di cui all'art.10 del D. Lgs n. 150/2009 e ss.mm.ii tenendo conto anche delle risultanze delle valutazioni realizzate con il coinvolgimento dei cittadini o degli altri utenti finali per le attività e i servizi rivolti, nonché, ove presenti, dei risultati prodotti dalle indagini svolte dalle agenzie esterne di valutazione e dalle analisi condotte dai soggetti appartenenti alla rete nazionale per la valutazione delle amministrazioni pubbliche, di cui al decreto emanato in attuazione dell'articolo 19 del decreto-legge n. 90 del 2014, e dei dati e delle elaborazioni forniti dall'Amministrazione, secondo le modalità indicate nel sistema di cui all'articolo 7, verificandone l'effettiva attuazione ed utilizzo dei dati emersi. Assicura la visibilità di tali documenti attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale dell'Amministrazione, in forma chiara e comprensibile; monitora il funzionamento complessivo del sistema di valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso.
- e) Struttura Tecnica Permanente:
- coadiuva l'OIV, la dirigenza e il personale nello svolgimento delle attività sopra descritte;
 - funge da interfaccia tecnica tra l'OIV e i dirigenti nell'ambito del processo di misurazione e valutazione, interagendo con le diverse unità organizzative e, in particolare, con quelle coinvolte nella pianificazione strategica e operativa, nella programmazione economico-finanziaria e nei controlli interni.

3.4 Monitoraggio e audit

La fase di *misurazione* serve a quantificare: i risultati raggiunti dall'amministrazione nel suo complesso, i contributi delle articolazioni organizzative e dei gruppi (*performance* organizzativa); i contributi individuali (*performance* individuali).

La misurazione può essere realizzata in momenti differenti in relazione alle esigenze dei diversi decisori. Tipicamente, infatti, i sistemi prevedono delle misurazioni intermedie (monitoraggio) ed una misurazione finale alla conclusione del periodo (anno) di riferimento. La frequenza del monitoraggio può variare a seconda delle caratteristiche dei fenomeni oggetto di osservazione. In tutti i casi le attività di monitoraggio devono essere documentate mediante un efficace sistema di reportistica.

Nell'ultima fase, sulla base del livello misurato di raggiungimento degli obiettivi rispetto ai *target* prefissati, si effettua la *valutazione*, ovvero si formula un "giudizio" complessivo sulla *performance*, cercando di comprendere i fattori (interni ed esterni) che possono aver influito positivamente o negativamente sul grado di raggiungimento degli obiettivi medesimi, anche al fine di apprendere per migliorare nell'anno successivo

All'interno dell'AO S.Croce e Carle di Cuneo la supervisione su monitoraggio e *audit* sul corretto funzionamento del Sistema è svolta principalmente dall'OIV, con il supporto della Struttura tecnica permanente che raccoglie ed analizza i dati necessari.

Le attività di monitoraggio e *audit* interno del Sistema sono rimesse ai seguenti soggetti:

a) Organismo Indipendente di Valutazione:

- risponde della corretta applicazione delle linee guida, delle metodologie e degli strumenti predisposti dalla Funzione Pubblica;
- monitora il funzionamento complessivo del Sistema, incluso il sistema di valutazione individuale della dirigenza e del personale, pervenendo ad una relazione annuale sullo stato dello stesso;
- comunica tempestivamente le criticità riscontrate ai competenti organi interni di governo ed Amministrazione, nonché alla Corte dei conti, all'Ispettorato per la funzione pubblica, ad ANAC ed al Dipartimento della Funzione Pubblica;
- garantisce la correttezza dei processi di misurazione e valutazione, anche al fine della premialità secondo le disposizioni legislative e alla contrattazione collettiva integrativa, nel rispetto del principio di valorizzazione del merito e della professionalità;
- analizza i dati provenienti dagli utenti ed i rappresentanti della cittadinanza;
- analizza i dati relativi al benessere organizzativo e il grado di condivisione del sistema di valutazione da parte del personale, in collaborazione con le unità organizzative aziendali deputate.

b) Struttura Tecnica Permanente:

- coadiuva l'OIV nello svolgimento delle attività sopra descritte.

c) Personale, dirigenziale e non:

- interviene in tutta la fase del processo di valutazione, segnalando all'OIV eventuali criticità rilevanti ai fini della valutazione stessa.

Performance organizzativa e performance individuale sono strettamente correlate in tutte le fasi del ciclo: l'azione programmata e coordinata degli individui consente infatti il raggiungimento di risultati organizzativi.

3.5 Performance organizzativa

3.5.1 Metodologia per la definizione di obiettivi, indicatori e target

La metodologia con cui vengono individuati obiettivi, indicatori, standard e *target* è un elemento fondamentale e imprescindibile del Sistema.

L'indicatore è la misura che permette di verificare il grado di raggiungimento di un determinato obiettivo e può essere impiegato lungo l'intero percorso che parte dalla rilevazione degli bisogni degli *stakeholders* e, quindi, l'individuazione degli *outcome*, fino ad arrivare alla definizione degli obiettivi del personale.

Gli obiettivi vengono assegnati ai Dipartimenti.

Nel caso delle strutture e dei dipartimenti interaziendali vengono stabiliti congiuntamente dalle Direzioni interessate.

Negli ultimi anni, al fine di evitare un eccessivo ritardo nell'assegnazione degli obiettivi alle strutture e conseguentemente quelli individuali, la Direzione ha provveduto a definire le linee di indirizzo della performance sulla base dello storico, delle esigenze territoriali e delle indicazioni fornite dalla programmazione nazionale e regionale anche prima che vengano formalmente assegnati gli obiettivi ai Direttori generali.

Qualora, in seguito alla formalizzazione dei risultati attesi dalle varie ASR, si rendesse necessaria la revisione di uno o più obiettivi l'Azienda ospedaliera provvede alle opportune revisioni di cui dà atto nell'area web istituzionale Amministrazione Trasparente -Performance.

Gli obiettivi vengono definiti dalla Direzione, costruiti secondo il modello obiettivo-indicatore-target-standard dal Controllo di Gestione, valutati in sede di Comitato budget congiuntamente alle proposte autonomamente formulate dalle singole strutture.

Tali proposte vengono raccolte dalla S.S. Controllo di gestione e valutate al fine di addivenire ad un numero sostenibile di obiettivi per ciascuna struttura e soprattutto pesando gli stessi in base alle priorità aziendali complessive.

Gli obiettivi proposti dai Direttori di struttura vengono presentati al Comitato budget insieme al Direttore di Dipartimento ed al Coordinatore. In questa fase si discute collegialmente sulle risorse necessarie e le priorità nell'assegnazione degli obiettivi.

Al termine delle sedute la S.S. Controllo di Gestione trasmette la scheda frutto dell'incontro con il Comitato Budget e lascia una decina di giorni ai Direttori affinché restituiscano le schede firmate. Se sono necessarie modifiche in questa fase si procede attraverso una negoziazione con i soggetti individuati. La proposta definitiva esita nelle schede firmate dai Direttori di struttura e dal Direttore Generale.

Le schede di budget sono formulate in modo da descrivere in maniera sintetica per ciascuna struttura all'interno della propria collocazione nell'organigramma: obiettivo, indicatore, standard, in genere correlato a una o più scadenze temporali, peso.

Gli obiettivi vengono assegnati tenendo conto di:

- rilevanza e pertinenza rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale, alle priorità politiche e alle strategie dell'Amministrazione;
- specificità e misurabilità in termini concreti e chiari;
- idoneità a determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi (es contenimento liste di attesa);
- riferibilità ad un arco di tempo predefinito;
- commisurazione ai valori di riferimento derivanti da *standard* definiti a livello nazionale e internazionale (es PNE);
- confrontabilità con le tendenze della produttività dell'Amministrazione;
- correlazione alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili.

Gli obiettivi sono numerati in relazione all'appartenenza all'area: organizzativa, economica, appropriatezza.

In fondo ad ogni scheda, prima della firma per accettazione dei responsabili interessati, vengono inserite eventuali diciture che ricordino la possibilità di aggiunta o ridefinizione degli obiettivi qualora l'Assessorato alla Sanità regionale lo rendesse necessario.

La presenza e la consistenza degli elementi descritti nella scheda di budget viene valutata dall'OIV che richiede

- una definizione degli obiettivi chiara e comunque discussa ed esplicitata nelle sedute di preparazione e discussione del budget, nonché la disponibilità costante di operatori di riferimento presso la S.S. Controllo di Gestione per le eventuali necessità metodologiche;
 - la presenza di indicatori puntualmente individuati;
 - un nesso logico tra obiettivi, indicatori, standard e *target*;
- come si evince dai campi previsti per le singole schede²
- l'individuazione di relazionanti per ciascun singolo obiettivo.

Nelle linee guida sul Piano della performance (alle quali si rimanda per la declinazione delle varie dimensioni) sono state introdotte le principali dimensioni di indicatori da utilizzare per la misurazione della performance organizzativa, che coprono tutti gli ambiti riportati dall'art.8, comma 1, del d.lgs. 150/2009 come modificato dal d.lgs. 74/2017. Esse sono:

- lo stato delle risorse umane, economico-finanziarie, strumentali, come presupposto della performance organizzativa e rappresentate dalla contabilità analitica;
- l'efficienza e l'efficacia, che costituiscono il nucleo centrale della performance organizzativa in quanto misurano i risultati dell'azione organizzativa e individuale;
- l'impatto, quale orizzonte e traguardo ultimo della performance organizzativa.

Come definito al punto A2.1 del Piano Attuativo della Certificabilità di Bilancio (PAC) il processo di programmazione e controllo contabile e gestionale è descritto nei documenti pubblicati in Amministrazione Trasparente – Performance ed in modo particolare nel Piano Performance e nel Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance.

Sostanzialmente il processo ha un andamento piuttosto stabile nel corso dell'anno solare, soggetto a variazioni rispetto al momento in cui la Regione assegna gli obiettivi ai Direttori Generali.

Le tappe più significative sono:

- recepimento della quota di riparto del FSR assegnata all'Azienda
- recepimento degli obiettivi strategici assegnati dalla Regione al Direttore Generale
- definizione del bilancio di previsione annuale e con eventuali obiettivi su singole voci di spesa
- discussione e definizione degli obiettivi specifici a livello dipartimentale e di struttura
- assegnazione dei budget trasversali agli ordinatori di spesa
- raccolta periodica degli elementi necessari al monitoraggio intermedio e finale riferita ai obiettivi ed alle singole strutture, con il supporto dei dati presenti nei cruscotti direzionali
- incontri periodici tra Direzione Generale, ordinatori di spesa e Controllo di gestione per la discussione di eventuali problematiche circa il rispetto dei budget trasversali e per la condivisione dei risultati raggiunti
- raccolta di documentazione presso la S.S. Controllo di Gestione –Struttura di supporto all'OIV per la valutazione da sottoporre all'OIV e le diverse valutazioni quali Bilanci di mandato, raggiungimento obiettivi assegnati ai Direttori generali e quanto di volta in volta in volta previsto
- gestione del flusso dati interni ed esterni circa eventuali chiarimenti o integrazioni finalizzati alla valutazione definitiva.

La rendicontazione di quanto avvenuto annualmente rispetto all'attuazione dei sopra citati documenti è descritta nei documenti pubblicati in Amministrazione Trasparente – Performance ed in modo particolare nella Relazione sul Piano Performance e nella Relazione sul Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance.

La definizione degli indicatori che l'amministrazione utilizza per programmare, misurare e poi valutare la performance è un'attività di importanza critica.

² <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=309>

Il ruolo dell'OIV è fondamentale nel processo di definizione degli indicatori a due livelli. Innanzitutto nel verificare che la definizione degli indicatori sia il frutto di un confronto tra i decisori apicali e tutti i soggetti coinvolti in questo processo; in secondo luogo per fornire indicazioni sull'adeguatezza metodologica degli indicatori.

Il set di indicatori associato agli obiettivi dell'amministrazione deve essere caratterizzato da:

- *precisione*, o *significatività*, intesa come la capacità di un indicatore o di un insieme di indicatori di misurare realmente ed esattamente il grado di raggiungimento di un obiettivo. L'impatto e l'efficacia sull'utente interno e esterno sono un elemento guida per la precisione.;
- *completezza*, ossia la capacità del sistema di indicatori di rappresentare le variabili principali che determinano i risultati dell'amministrazione.
- *tempestività*, intesa come la capacità di fornire le informazioni necessarie in tempi utili ai decisori;
- *misurabilità*: capacità dell'indicatore di essere quantificabile secondo una procedura oggettiva, basata su fonti affidabili, interne (quindi legate a sistemi informativi strutturati) o esterne (fonti ufficiali).

La S.S. Controllo di Gestione archivia nella propria cartella di rete le proposte ed i materiali consegnati e raccolti dalle singole strutture, in maniera tale da avere sempre in tempo reale lo stato di avanzamento dei singoli obiettivi. In base alle diverse scadenze temporali i referenti dei singoli obiettivi richiedono ai relazionanti delle strutture a cui sono stati assegnati di fornire le evidenze richieste.

Questa modalità di monitoraggio infra-annuale consente di ricordare sempre alle strutture che cosa devono fare, di fornire supporto tempestivo in caso di necessità, di migliorare i rapporti tra gli uffici centrali, la direzione e le diverse unità dipartimentali.

3.5.2 Metodologia per la misurazione e valutazione della performance organizzativa

La valutazione della performance organizzativa si basa sull'analisi e contestualizzazione delle cause dello scostamento tra i risultati effettivamente raggiunti dall'amministrazione e quelli programmati.

Le **modalità di misurazione** della *performance* e la **frequenza** dei **monitoraggi** vengono definiti in sede di Comitato budget e sottoposti all'OIV.

I cruscotti direzionali costituiscono un valido strumento di raccolta, con messa a disposizione di dati in tempi congrui. Vengono gestiti dalla S.C. Sistema Informativo Direzionale e dalla S.S. Controllo di gestione.

La frequenza di monitoraggio viene definita da chi governa i contenuti dei singoli obiettivi, previo confronto con la S.S. Controllo di gestione.

La fase di valutazione è fondamentale per:

- identificare i fattori che hanno portato allo scostamento; in questa fase l'analisi dei rischi che le amministrazioni dovrebbero condurre nella programmazione diventa un utile strumento. I rischi sono infatti eventi che possono inficiare il raggiungimento degli obiettivi e che l'amministrazione decide di monitorare;
- verificare se gli scostamenti sono dovuti ad un problema del sistema, con particolare riferimento alle fasi di programmazione e misurazione.
- analizzare se le cause di scostamento sono esogene o endogene; è qui importante sottolineare che la separazione tra fattori esogeni e endogeni non sempre è così netta.

La fase di valutazione si conclude, quindi, con l'assegnazione di un punteggio che potrà essere utilizzato per:

- il miglioramento organizzativo;
- la ridefinizione degli obiettivi dell'amministrazione;

- la valorizzazione delle risorse umane, anche attraverso gli strumenti di riconoscimento del merito e i metodi di incentivazione della produttività e della qualità della prestazione lavorativa previsti dalla normativa vigente.

I parametri di valutazione del raggiungimento obiettivi utilizzati vengono stabiliti di anno in anno e sono rendicontati nella Relazione Performance, al fine di rendere omogeneo il trattamento e garantire la trasparenza dei cut off utilizzati per attestare il raggiungimento degli stessi.

Come ribadito dal D.lgs 74/2017 e nelle LG4/2019 gli utenti partecipano al processo di misurazione delle performance organizzative in relazione ai servizi strumentali e di supporto secondo le modalità individuate dall'Organismo Indipendente di Valutazione che dovrà dimostrare di aver tenuto conto di tali dati ai fini della valutazione della performance organizzativa dell'amministrazione e, in particolare, ai fini della validazione della Relazione sulla performance..

L'individuazione di eventuali fattori che possano ostacolare il raggiungimento degli obiettivi avviene attraverso:

1. il confronto tra il dato di previsione e obiettivo con la segnalazione di eventuali scostamenti negativi alle strutture coinvolte ed al Direttore di Dipartimento
2. l'analisi delle criticità e confronto con il Direttore della struttura circa le criticità nella difficoltà ad attuare gli obiettivi e le possibili strategie di superamento
3. l'interessamento della Direzione Generale per eventuali correzioni sugli obiettivi assegnati
4. la conferma o riformulazione dell'obiettivo tramite comunicazione scritta.

Nel caso dei budget trasversali di spesa, il confronto diretto tra la Direzione Generale ed i servizi ordinatori di spesa consente la pronta identificazione dei fattori ostativi al rispetto dei budget assegnati, delle responsabilità e dei possibili rimedi per giungere all'attuazione degli obiettivi di spesa.

3.6 Performance individuale

L'obiettivo di questo capitolo è fornire elementi di riferimento per il sistema di misurazione e valutazione relativamente alla *performance* individuale.

Per definire il sistema di misurazione e valutazione della *performance* individuale, si distingue tra:

- *gli elementi di riferimento*, che includono indicazioni su cosa e chi misura e valuta;
- *il processo*, che ripercorre le fasi in cui si articola il ciclo della *performance* individuale dalla programmazione alla valutazione.

La *performance* individuale, anche ai sensi dell'art. 9 del d.lgs. 150/2009, è l'insieme dei risultati raggiunti e dei comportamenti realizzati dall'individuo che opera nell'organizzazione, in altre parole, il contributo fornito dal singolo al conseguimento della *performance* complessiva dell'organizzazione.

Le dimensioni che compongono la *performance* individuale sono:

- **risultati**, riferiti agli obiettivi *annuali* inseriti nel Piano della *performance* o negli altri documenti di programmazione; essi sono a loro volta distinguibili, in base a quanto l'amministrazione indica nel proprio SIMIVAP, in:
 - risultati raggiunti attraverso attività e progetti di competenza dell'unità organizzativa di diretta responsabilità o appartenenza;
 - risultati dell'amministrazione nel suo complesso o dell'unità organizzativa sovraordinata cui il valutato contribuisce;
 - risultati legati ad eventuali obiettivi individuali specificamente assegnati;
- **comportamenti**, che attengono al "come" un'attività viene svolta da ciascuno, all'interno dell'amministrazione; nell'ambito della valutazione dei comportamenti dei dirigenti/responsabili di unità organizzative, una specifica rilevanza viene attribuita alla capacità di valutazione dei propri collaboratori.

I comportamenti sono azioni osservabili che l'individuo mette in atto per raggiungere un risultato. Questa componente che attiene al "come" viene resa la prestazione lavorativa, spesso viene

l'eventuale responsabilità disciplinare secondo la disciplina contenuta nel contratto collettivo, l'impossibilità di rinnovo dello stesso incarico dirigenziale. In relazione alla gravità dei casi, l'Amministrazione può inoltre, previa contestazione e nel rispetto del principio del contraddittorio, revocare l'incarico collocando il dirigente a disposizione dei ruoli di cui all'articolo 23 ovvero recedere dal rapporto di lavoro secondo le disposizioni del contratto collettivo (...). Al dirigente nei confronti del quale sia stata accertata, previa contestazione e nel rispetto del principio del contraddittorio secondo le procedure previste dalla legge e dai contratti collettivi nazionali, la colpevole violazione del dovere di vigilanza sul rispetto, da parte del personale assegnato ai propri uffici, degli standard quantitativi e qualitativi fissati dall'Amministrazione, conformemente agli indirizzi deliberati dalla Commissione di cui all'articolo 13 del decreto legislativo di attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni, la retribuzione di risultato è decurtata, sentito il Comitato dei garanti, in relazione alla gravità della violazione di una quota fino all'ottanta per cento."

Per definire il sistema di misurazione e valutazione della performance individuale, si distingue tra:

- gli elementi di riferimento, che includono indicazioni su cosa e chi misura e valuta;
- il processo, che ripercorre le fasi in cui si articola il ciclo della performance individuale dalla programmazione alla valutazione.

La performance individuale, anche ai sensi dell'art. 9 del d.lgs. 150/2009, è l'insieme dei risultati raggiunti e dei comportamenti realizzati dall'individuo che opera nell'organizzazione, in altre parole, il contributo fornito dal singolo al conseguimento della performance complessiva dell'organizzazione.

Le dimensioni che compongono la performance individuale sono:

- risultati, riferiti agli obiettivi annuali inseriti nel Piano della performance o negli altri documenti di programmazione; essi sono a loro volta distinguibili, in base a quanto l'amministrazione indica nel proprio SiMiVaP, in:
- risultati raggiunti attraverso attività e progetti di competenza dell'unità organizzativa di diretta responsabilità o appartenenza;
- risultati dell'amministrazione nel suo complesso o dell'unità organizzativa sovraordinata cui il valutato contribuisce;
- risultati legati ad eventuali obiettivi individuali specificamente assegnati;
- comportamenti, che attengono al "come" un'attività viene svolta da ciascuno, all'interno dell'amministrazione; nell'ambito della valutazione dei comportamenti dei dirigenti/responsabili di struttura, una specifica rilevanza viene attribuita alla capacità di valutazione dei propri collaboratori.

3.6.1 Strutture coinvolte nella valutazione del personale

Con l'Atto Aziendale 2015, la sua progressiva attuazione e la riadozione avvenuta con delibera n. 358 del 9 ottobre 2017 le strutture coinvolte nella valutazione del personale hanno subito una ridenominazione, senza che questa ne abbia variato il ruolo svolto nell'ambito del sistema (cfr Simivap 2019³).

Va precisato che il sistema di valutazione aziendale viene applicato a tutti dipendenti aziendali, compresi quelli che, eventualmente assegnati a strutture interaziendali, mantengono tuttavia con questa Azienda Ospedaliera il rapporto giuridico di dipendenza.

L'OIV verifica che l'intero processo sia svolto in modo conforme al SIMIVAP e che i risultati e i comportamenti attesi siano coerenti con gli obiettivi organizzativi.

3.6.2 Programmazione

Nella fase di programmazione vengono definiti i comportamenti e i risultati attesi (individuali e

³ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=976>

organizzativi). Stabiliti gli obiettivi annuali, la definizione della *performance* individuale attesa avviene attraverso un colloquio tra il singolo e il suo superiore gerarchico. La fase di programmazione della *performance* individuale si concretizza nella formalizzazione da parte del valutatore di tutti gli obiettivi e comportamenti attesi assegnati a ciascun individuo.

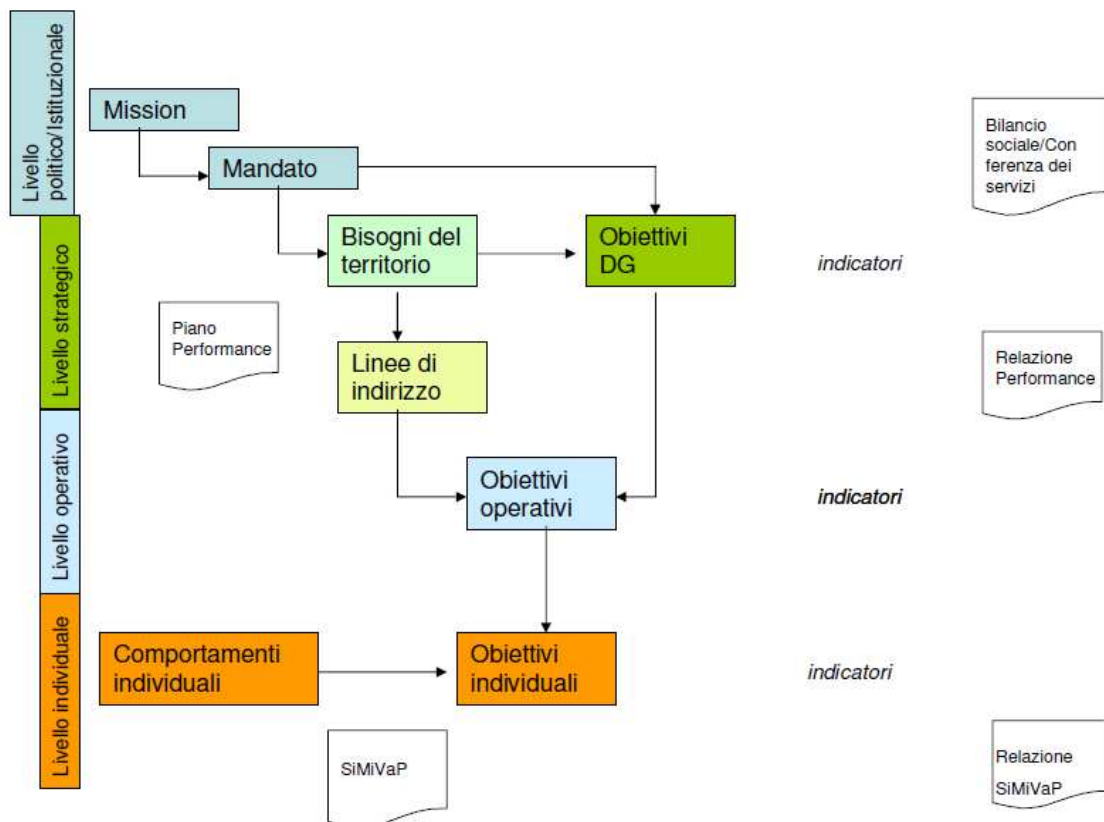
3.6.3 Definizione ed assegnazione degli obiettivi, indicatori e target

La valutazione all'interno di un'organizzazione sanitaria pubblica può essere inquadrata nell'ambito delle modalità definite all'interno di un sistema organico, contestualizzato a partire dal quadro normativo nazionale, per dare evidenza del processo di valorizzazione della professionalità in primis dei dirigenti e conseguentemente di tutti i collaboratori, in relazione alla verifica dei risultati conseguiti rispetto ai programmi e agli obiettivi assegnati.

La valutazione va dunque collocata a tutti gli effetti all'interno di un modello di pianificazione razionale⁴.

Il meccanismo "a cascata" lega tra di loro i vari obiettivi secondo una chiara e precisa relazione causale e non costituisce un mero schema di trascrizione di obiettivi sui diversi livelli temporali ed organizzativi.

Figura 4: collegamento tra dimensione organizzativa e dimensione individuale



Un efficace sistema di valutazione favorisce il miglioramento delle prestazioni, valorizza le risorse umane, collega i sistemi di gestione delle risorse umane al sistema di pianificazione e controllo, crea un sistema oggettivo per la gestione delle politiche retributive, indirizza i comportamenti organizzativi verso gli obiettivi e l'organizzazione attesa, sostiene i fattori dell'equità organizzativa, dell'utilità sociale e della sicurezza. La valutazione, infatti, costituisce un'occasione di "miglioramento e crescita", in quanto agisce da leva motivazionale e strumento di sviluppo personale e professionale innescando un processo virtuoso di miglioramento continuo dei comportamenti organizzativi del personale e dell'organizzazione.

⁴ Leonardo Altieri, La ricerca valutativa negli interventi sociali, in P. Guidicini (a cura di), "Nuovo manuale della ricerca sociologica", Franco Angeli, Milano 1987, p. 659

Se appropriatamente sviluppato⁵ può rendere un'organizzazione capace di:

- a. formulare e comunicare i propri obiettivi e verificare che questi siano stati conseguiti;
- b. informare e guidare i processi decisionali;
- c. gestire più efficacemente sia le risorse che i processi organizzativi;
- d. influenzare e valutare i comportamenti di gruppi e individui;
- e. rafforzare accountability e responsabilità a diversi livelli gerarchici;
- f. incoraggiare il miglioramento continuo e l'apprendimento organizzativo.

La valutazione delle performance si presenta decisamente come uno strumento di sviluppo del personale basata sul riconoscimento delle competenze e dei risultati individuali e sulla possibilità di migliorare le sue prestazioni ricorrendo alla progettazione di opportuni piani di sviluppo, anche attraverso la leva strategica della formazione.

Il sistema di valutazione delle performance è finalizzato quindi a:

- a) realizzare il processo di sviluppo professionale e di orientamento ai risultati;
- b) orientare i comportamenti organizzativi;
- c) sviluppare nei soggetti incaricati di funzione dirigenziale la capacità di azioni finalizzate al perseguimento dei fini dell'azienda e allo sviluppo dei servizi erogati;
- d) favorire lo sviluppo di una "cultura gestionale" basata su obiettivi e risultati;
- e) correlare l'erogazione di compensi economici all'effettivo miglioramento qualitativo e quantitativo dei servizi.

Oggetto della valutazione non è quindi la persona in quanto tale, ma le modalità e le capacità con le quali un soggetto esplica la propria attività lavorativa nel contesto organizzativo di appartenenza ovvero il suo modo di agire e di relazionarsi con gli altri (colleghi, collaboratori, utenti), il suo modo di applicare le proprie competenze e le proprie capacità gestionali, manageriali, intellettive, la sua capacità di raggiungere gli obiettivi assegnati.

Per questa ragione, la valutazione non dovrà riferirsi al profilo caratteriale o alle caratteristiche e attitudini personali, ma alla differenza tra i comportamenti lavorativi e i risultati "attesi" e quelli "effettivi", e sarà relativa esclusivamente al periodo oggetto di valutazione, che, di norma, coincide con l'anno solare.

Il **collegamento** tra gli **obiettivi individuali** e quelli **organizzativi** avviene, come previsto dal modello e dalla contrattazione integrativa, attraverso il riconoscimento degli incentivi individuali a partire dalla percentuale di raggiungimento degli obiettivi di struttura e degli obiettivi assegnati ai singoli dirigenti.

Le schede per l'**assegnazione** degli **obiettivi individuali** vengono riesaminate annualmente dalla Direzione, unitamente alla S.S. Amministrazione del Personale, S.S. Formazione e Valutazione degli operatori e dalla S.S. Controllo di gestione.

Il grado di utilizzo delle **schede di valutazione** è monitorato dalla S.S. Formazione e Valutazione degli operatori che provvede a sollecitare gli eventuali ritardatari e ad elaborare le statistiche di base.

Il dato relativo al raggiungimento degli obiettivi da parte della S.S. Controllo di Gestione viene trasmesso alla S.S. Amministrazione del Personale e alla S.S. Formazione e Valutazione degli Operatori.

Storia del modello aziendale

Il primo riferimento al sistema di valutazione del personale del SSN è contenuto nell'art.35 del CCNL 7.4.1999 del Comparto Sanità che al comma 3 afferma che *"...in ogni Azienda ed Ente sono adottate metodologie per la valutazione permanente delle prestazioni e dei risultati raggiunti dei singoli dipendenti."*

L'AO S. Croce e Carle di Cuneo si è dotata per la prima volta di uno strumento di valutazione individuale nel 2001, per concretizzare quanto previsto dall'art. 32, comma 1 del CCNL 1998-2001 e dal C.C.I.A. 1998-2001 area dirigenza (artt.6-13 allegato 3). La costruzione del modello è descritta nel SIMIVAP 2019⁶.

⁵ Deliberazione n.89/2010 CiVIT

⁶ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=976>

L'intento dichiarato era quello di individuare uno strumento di valutazione semplice, oggettivo e condiviso per correlare interventi economici a prestazioni effettive (progressione economica di carriera, produttività individuale), pianificare la gestione e lo sviluppo delle risorse umane, chiarire e migliorare i rapporti tra gli operatori ed i propri responsabili.

I principi dichiarati riguardavano una valutazione che fosse:

- basata su criteri e standard dichiarati e conosciuti a priori da tutte le parti in causa
- costituita da una parte formalizzata di autovalutazione da parte del valutato
- legata ad un momento irrinunciabile di comunicazione e discussione tra valutatore e valutato
- considerata un'opportunità di crescita professionale
- in grado di tener conto di risultati ed elementi quanto più oggettivi possibili.

L'attuale sistema è stato introdotto con Delibera n. 1491 del 30/10/2001 "Valutazione della Dirigenza. Adozione di metodologia e strumenti previsti dal C.C.I.A. 14/06/2001 e definizione degli standard".

Le modificazioni apportate successivamente alla modulistica di riferimento sono state marginali, mentre non sono mai variati i fattori né le modalità di funzionamento del sistema; sono stati peraltro emanati provvedimenti di modifica della durata di alcuni tipi di incarico.

Nella fase di avvio erano state attuate iniziative formative / informative finalizzate a strutturare e mettere a regime il sistema; successivamente, l'attività di informazione / formazione si è focalizzata sui nuovi valutatori via via subentrati nel ruolo, salvo espresse specifiche richieste individuali.

Assegnazione degli obiettivi e dei comportamenti attesi

L'attuale sistema di valutazione della dirigenza e del personale titolare di posizione organizzativa e/o coordinamento nasce fin dalle origini aziendali come un sistema integrato che utilizza la stessa scheda (SVI) sia per descrivere gli obiettivi con i relativi pesi e la quota economica complessiva assegnata, sia per raccogliere gli elementi di valutazione, per la valutazione di I istanza che di II istanza che consentisse di creare una correlazione tra il sistema degli obiettivi ed il loro monitoraggio e la performance individuale.

Le schede appaiono autoesplicative se utilizzate unitamente agli allegati che esplicitano i parametri da considerare per esprimere il giudizio.

Ogni anno vengono pubblicate nell'apposita area Performance di Amministrazione Trasparente le schede in uso e le eventuali note di accompagnamento.

- a. scheda di valutazione annuale personale di comparto non titolare di posizione organizzativa
- b. scheda di valutazione annuale integrata personale titolare di posizione organizzativa di comparto
- c. scheda di valutazione annuale integrata coordinatore dipartimentale di comparto
- d. scheda di valutazione annuale integrata dirigente
- e. scheda di valutazione annuale (manageriale) responsabile di struttura

2.2.2 Misurazione e valutazione della performance individuale

Principi

In attesa della riattualizzazione del CCNL e conseguentemente del CCIA il modello iniziale è rimasto sostanzialmente invariato.

A. La valutazione annuale da parte dell'OIV riguarda

1) Per i dirigenti di struttura complessa e di struttura semplice:

- a) la gestione del budget finanziario formalmente affidato e delle risorse umane e strumentali effettivamente assegnate in relazione agli obiettivi concordati e risultati conseguiti;
- b) ogni altra funzione gestionale espressamente delegata in base all'atto aziendale;
- c) l'efficacia dei modelli gestionali adottati per il raggiungimento degli obiettivi annuali;

2) Per tutti gli altri dirigenti:

- a) l'osservanza delle direttive nel raggiungimento dei risultati in relazione all'incarico attribuito;
- b) il raggiungimento degli obiettivi prestazionali quali – quantitativi espressamente affidati;
- c) l'impegno e la disponibilità correlati all'articolazione dell'orario di lavoro rispetto al conseguimento degli obiettivi.

B. L'esito positivo delle verifiche annuali concorre, inoltre, assieme agli altri elementi, anche alla formazione della valutazione da attuarsi alla scadenza degli incarichi dirigenziali e per le altre finalità previste.

Sull'area intranet esiste un'apposita sezione gestita direttamente dal Personale⁷ in cui sono inserite comunicazioni significative e link ad Accordi tra Azienda Ospedaliera e OO.SS., così come sulla home page esiste un'area relativa alle comunicazioni del Personale in ordine cronologico.

Nell'area dedicata al Personale del portale aziendale, sezione Amministrazione Trasparente sono evidenziati i link alla Contrattazione Collettiva Nazionale⁸ e riportati annualmente i principali documenti connessi alla Contrattazione Integrativa⁹.

Chi avesse necessità di essere a conoscenza della normativa in oggetto in AO può fare riferimento direttamente alla S.S. Amministrazione del Personale, settore Giuridico.

Da quando l'applicativo Dedalus gestisce il portale del dipendente vengono altresì rese visibili comunicazioni puntuali ritenute particolarmente significative nella videata di accesso di ciascun dipendente.

Di seguito vengono riassunte le responsabilità principali associate alla valutazione dei dirigenti e del personale non dirigente.

Responsabilità principali associate alla valutazione dei dirigenti Responsabili di Struttura (RS)

DIRETTORE DI DIPARTIMENTO (DD)

In riferimento alla valutazione annuale di I istanza:

- a fine periodo inoltra al RS la scheda di valutazione manageriale per l'autovalutazione
- effettua la valutazione del RS compilando la scheda di valutazione manageriale e la illustra al RS
- invia la scheda alla S.S. FVO

In riferimento alla valutazione periodica di II istanza:

- relaziona alla S.S. FVO sull'attività svolta dal RS nel periodo oggetto di valutazione.

RESPONSABILE DI STRUTTURA (DSC/RS):

In riferimento alla valutazione annuale di I istanza:

- recepisce e sottoscrive gli obiettivi di struttura e la quota economica assegnati dalla Direzione Generale
- può richiedere una supervisione in corso d'anno
- lavora al perseguimento degli obiettivi
- al termine del periodo effettua l'autovalutazione e condivide la valutazione manageriale effettuata dal DD, insieme al quale sottoscrive la scheda, e recepisce la valutazione degli obiettivi formalizzata dalla Direzione Generale sulla base della valutazione effettuata dall'OIV.

In riferimento alla valutazione periodica di II istanza:

- fornisce alla S.S. FVO una relazione sull'incarico svolto ed ogni eventuale documentazione ritenuta utile alla valutazione del periodo in esame.

S.S. FORMAZIONE E VALUTAZIONE DEGLI OPERATORI (FVO):

In riferimento alla valutazione annuale di I istanza:

- prepara e distribuisce le schede di valutazione manageriale ai DD

⁷ <http://intranet.scroce.loc/home/strutture/prs/home/home.htm>

⁸ http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione_trasparente/personale/contrattazione_collettiva/

⁹ http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione_trasparente/personale/contrattazione_integrativa/

- raccoglie le schede completate a fine periodo
- registra i dati su supporto informatico
- elabora ed esamina i dati ed evidenzia eventuali scostamenti dall'atteso (es. mancato raggiungimento standard)
- archivia la documentazione originale

In riferimento alla valutazione annuale di II istanza:

- cura la nomina del Collegio Tecnico
- predispone e raccoglie la documentazione che sarà oggetto dell'esame del Collegio Tecnico
- convoca, coordina e verbalizza il Collegio Tecnico
- esamina i dati
- trasmette l'esito della valutazione alla SS Amministrazione del Personale per gli adempimenti previsti
- archivia la documentazione originale

COLLEGIO TECNICO (nominato per la valutazione di II istanza):

procede alla valutazione delle attività svolte e dei risultati raggiunti da parte del DSC a termine dell'incarico, prendendo in esame gli esiti delle valutazioni annuali, la relazione sull'incarico svolto fornita dal DSC, la relazione del DD. Per la valutazione dei DSC sanitari il Collegio Tecnico è presieduto dal Direttore Sanitario ed è composto da un Dirigente Sanitario Responsabile di Struttura Complessa, anche esterno all'Azienda, appartenente alla disciplina del DSC valutato, e da un esperto di organizzazione del lavoro e/o sviluppo risorse umane e/o psicologia del lavoro. Il Collegio Tecnico è nominato con Delibera del Direttore Generale.

S.S. AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE (AP):

In riferimento alla valutazione annuale di I istanza:

- riceve gli esiti della valutazione degli obiettivi dalla S.S. Controllo di Gestione
- procede al congruaggio della quota economica di risultato.

In riferimento alla valutazione annuale di II istanza:

- invia alla S.S. Formazione e Valutazione degli Operatori l'elenco dei dirigenti responsabili di struttura da valutare nell'anno solare
- riceve dalla S.S. Formazione e Valutazione degli Operatori comunicazione circa l'esito delle valutazioni di II istanza effettuate
- dà corso agli adempimenti di natura giuridica ed economica previsti dai vigenti contratti di lavoro a beneficio dei dirigenti interessati.

S.S. CONTROLLO DI GESTIONE (CdG):

concorda con la S.S. FVO i flussi della documentazione da inoltrare ai DSC/RS a seguito della definizione degli obiettivi annuali, trasmette l'esito della valutazione degli obiettivi alla S.S. Amministrazione del Personale e alla S.S. FVO.

OIV

Esamina gli obiettivi di struttura e dei Direttori di struttura/coordinatori sottoposti per la validazione sulla base del raggiungimento comunicato dal Personale e delle eventuali istruttorie che si vogliano condurre sulla base di quanto prodotto dai diretti interessati.

Una volta definite le valutazioni si provvede a delibera della Direzione in cui si attesta il raggiungimento degli obiettivi.

I dati sono archiviati in formato file presso il CdG dal 2012.

Le delibere ufficiali sono archiviate presso la Segreteria di Direzione Generale e pubblicate sull'albo pretorio.

Responsabilità principali associate alla valutazione dei dirigenti non responsabili di struttura.

RESPONSABILE DI STRUTTURA (DSC/RS):

In riferimento alla valutazione annuale di I istanza:

- assegna e illustra al dirigente gli obiettivi, insieme alle ore negoziate ed alla quota economica, compilando e sottoscrivendo insieme al dirigente la scheda di valutazione integrata (SVI)
- trasmette copia della SVI alla S.S. FVO
- effettua un monitoraggio periodico del grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati
- a fine periodo restituisce la SVI al dirigente per l'autovalutazione
- valuta e illustra al dirigente il raggiungimento degli obiettivi assegnati ed i fattori qualitativi e comportamentali compilando la SVI, che sottoscrive insieme al dirigente
- invia la SVI originale alla S.S. FVO.

La scheda di valutazione integrata dei dirigenti prevede la possibilità che, in aggiunta agli obiettivi prestazionali, il Responsabile di Struttura possa integrare tra gli obiettivi "monetizzabili" (ovvero concorrenti alla liquidazione della quota di risultato) anche uno più fattori c.d. qualitativi e/o comportamentali: in questo caso a ciascuno di essi il RS deve attribuire il rispettivo peso, che va a sommarsi con quello degli obiettivi prestazionali (somma = 100).

In riferimento alla valutazione periodica di II istanza:

- relaziona alla S.S. FVO sull'attività svolta dal dirigente nel periodo oggetto di valutazione.

DIRIGENTE (D)

In riferimento alla valutazione annuale di I istanza:

- recepisce gli obiettivi, l'orario negoziato e la quota economica assegnati dal DSC/RS insieme al quale sottoscrive la SVI
- può richiedere una supervisione in corso d'anno
- lavora al perseguimento degli obiettivi e presta l'orario negoziato proposto
- al termine del periodo effettua l'autovalutazione e condivide la valutazione degli obiettivi e dei fattori qualitativi e comportamentali effettuata dal DSC/RS insieme al quale sottoscrive la SVI
- può chiedere un riesame della valutazione nei casi previsti dal CCIA.

In riferimento alla valutazione periodica di II istanza:

- fornisce alla S.S. FVO un curriculum formativo e professionale ed ogni eventuale documentazione ritenuta utile alla valutazione del periodo in esame.

S.S. FORMAZIONE E VALUTAZIONE DEGLI OPERATORI (FVO):

In riferimento alla valutazione annuale di I istanza:

- prepara e distribuisce le SVI ai DSC/RS
- raccoglie le copie delle SVI compilate ad inizio periodo
- raccoglie le SVI originali completate a fine periodo
- registra i dati su supporto informatico
- elabora ed esamina i dati ed evidenzia eventuali scostamenti dall'atteso (es. mancato raggiungimento standard)
- trasmette gli esiti delle valutazioni alla SS Amministrazione del Personale per gli adempimenti di competenza
- archivia la documentazione originale.

In riferimento alla valutazione annuale di II istanza:

- cura la nomina del Collegio Tecnico
- predispone e raccoglie la documentazione che sarà oggetto dell'esame del Collegio Tecnico

- convoca, coordina e verbalizza il Collegio Tecnico
- esamina i dati
- trasmette l'esito della valutazione alla SS Amministrazione del Personale per gli adempimenti previsti
- archivia la documentazione originale.

COLLEGIO TECNICO (nominato per la valutazione di II istanza):

procede alla valutazione delle attività svolte e dei risultati raggiunti da parte del Dirigente a termine dell'incarico ovvero alla scadenza del quinto e del quindicesimo anno di esperienza, prendendo in esame gli esiti delle valutazioni annuali, il curriculum formativo e professionale del dirigente, la relazione del DSC/RS. Per la valutazione dei dirigenti sanitari il Collegio Tecnico è presieduto dal Direttore del Dipartimento ed è composto da un Dirigente Sanitario Responsabile di Struttura Complessa, anche esterno all'Azienda, appartenente all'area in cui è compresa la disciplina del dirigente valutato, e da un esperto di organizzazione del lavoro e/o sviluppo risorse umane e/o psicologia del lavoro. Il Collegio Tecnico è nominato con Delibera del Direttore Generale.

S.S. AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE (AP):

In riferimento alla valutazione annuale di I istanza:

- riceve gli esiti delle valutazioni annuali dalla S.S. Formazione e Valutazione degli Operatori
- procede al conguaglio della quota economica di risultato.

In riferimento alla valutazione annuale di II istanza:

- invia all'inizio dell'anno alla S.S. Formazione e Valutazione degli Operatori l'elenco dei dirigenti da valutare nell'anno stesso, aggiornandolo se del caso in corso d'anno
- riceve dalla S.S. Formazione e Valutazione degli Operatori comunicazione circa l'esito delle valutazioni di II istanza effettuate
- in esito alle valutazioni di II istanza da corso agli adempimenti di natura giuridica ed economica previsti dai vigenti contratti di lavoro a beneficio dei dirigenti interessati
- raccoglie la documentazione relativa ai provvedimenti regionali, nazionali, aziendali e riferiti a singoli dipendenti
- gestisce l'anagrafica aziendale dei dipendenti e dei dati dei singoli dipendenti tramite applicativo Dedalus
- gestisce il Portale del Dipendente
- produce dati orari sul singolo dipendente da valutare
- produce relazione relativa al rispetto del codice disciplinare o altri provvedimenti
- archivia esiti trasmessi nel fascicolo personale del dipendente
- adequa gli scadenziari
- produce dati di sintesi per OIV (es. orario).

S.S. CONTROLLO DI GESTIONE (CdG):

concorda con la S.S. FVO i flussi della documentazione da inoltrare ai DSC/RS a seguito della definizione degli obiettivi annuali, trasmette l'esito della valutazione degli obiettivi alla S.S. Amministrazione del Personale e alla S.S. FVO.

OIV

Esamina gli obiettivi di struttura e dei Direttori di struttura/coordinatori sottoposti per la validazione sulla base del raggiungimento comunicato dalla S.S. Amministrazione del Personale e delle eventuali istruttorie che si vogliano condurre sulla base di quanto prodotto dai diretti interessati.

Una volta definite le valutazioni si provvede a delibera della Direzione in cui si attesta il raggiungimento degli obiettivi.

I dati sono archiviati in formato file presso il CdG dal 2012.

Le delibere ufficiali sono archiviate presso la Segreteria di Direzione Generale.

Responsabilità principali associate alla valutazione dei Coordinatori Dipartimentali di Comparto (CDC).

DIRETTORE DI DIPARTIMENTO (DD):

In riferimento alla valutazione annuale di I istanza:

- a fine periodo valuta e illustra al CDC i fattori qualitativi e comportamentali compilando la SVI, che sottoscrive insieme al CDC
- invia la SVI originale alla S.S. FVO

In riferimento alla valutazione periodica di II istanza:

- relaziona alla S.S. FVO sull'attività svolta dal CDC nel periodo oggetto di valutazione

COORDINATORE DIPARTIMENTALE DI COMPARTO:

In riferimento alla valutazione annuale di I istanza

- recepisce gli obiettivi assegnati dalla Direzione Generale
- può richiedere una supervisione in corso d'anno
- lavora al perseguimento degli obiettivi
- al termine del periodo recepisce la valutazione degli obiettivi effettuata dalla Direzione Generale, e condivide la valutazione dei fattori qualitativi e comportamentali effettuata dal DD insieme al quale sottoscrive la SVI
- può chiedere un riesame della valutazione nei casi previsti dal vigente CCIA.

In riferimento alla valutazione periodica di II istanza:

- fornisce alla S.S. FVO un curriculum formativo e professionale ed ogni eventuale documentazione ritenuta utile alla valutazione del periodo in esame.

S.S. FORMAZIONE E VALUTAZIONE DEGLI OPERATORI (FVO):

In riferimento alla valutazione annuale di I istanza:

- prepara e distribuisce le SVI ai DD
- raccoglie le SVI completate a fine periodo
- registra i dati su supporto informatico
- elabora ed esamina i dati ed evidenzia eventuali scostamenti dall'atteso (es. mancato raggiungimento standard)
- archivia la documentazione originale.

In riferimento alla valutazione annuale di II istanza:

- cura la nomina del Collegio Tecnico
- predispone e raccoglie la documentazione che sarà oggetto dell'esame del Collegio Tecnico
- convoca, coordina e verbalizza il Collegio Tecnico
- esamina i dati
- trasmette l'esito della valutazione alla S.S. Amministrazione del Personale per gli adempimenti previsti
- archivia la documentazione originale

COLLEGIO TECNICO (nominato per la valutazione di II istanza):

procede alla valutazione delle attività svolte e dei risultati raggiunti da parte del Posizionato a termine dell'incarico, prendendo in esame gli esiti delle valutazioni annuali, il curriculum formativo e professionale del posizionato, la relazione del DD. Il Collegio Tecnico è presieduto dal Responsabile della S.S. FVO ed è composto dal Direttore Sanitario o dal Dirigente DiPSa da questo delegato, dal Direttore Amministrativo o suo delegato. Il Collegio Tecnico è nominato con Delibera del Direttore Generale.

S.S. AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE (AP):

In riferimento alla valutazione annuale di I istanza:

- riceve gli esiti delle valutazioni annuali dalla S.S. Formazione e Valutazione degli Operatori
- procede al conguaglio della quota economica di risultato.

In riferimento alla valutazione annuale di II istanza:

- invia alla S.S. Formazione e Valutazione degli Operatori l'elenco dei CDC da valutare nell'anno solare, aggiornandolo se del caso in corso d'anno
- riceve dalla S.S. Formazione e Valutazione degli Operatori comunicazione circa l'esito delle valutazioni di II istanza effettuate
- in esito alle valutazioni di II istanza da corso agli adempimenti previsti dai vigenti contratti di lavoro.

S.S. CONTROLLO DI GESTIONE (CdG):

concorda con la S.S. FVO i flussi della documentazione da inoltrare ai DD a seguito della definizione degli obiettivi annuali, trasmette l'esito della valutazione degli obiettivi alla S.S. Amministrazione del Personale e alla S.S. FVO.

OIV

Esamina gli obiettivi di struttura e dei Direttori di struttura/coordinatori sottoposti per la validazione sulla base del raggiungimento comunicato dalla S.S. Amministrazione del Personale e delle eventuali istruttorie che si vogliano condurre sulla base di quanto prodotto dai diretti interessati.

Una volta definite le valutazioni si provvede a delibera della Direzione in cui si attesta il raggiungimento degli obiettivi.

I dati sono archiviati in formato file presso il CdG dal 2012.

Le delibere ufficiali sono archiviate presso la Segreteria di Direzione Generale.

Responsabilità principali associate alla valutazione dei titolari di Posizione Organizzativa di Comparto

RESPONSABILE DI STRUTTURA (DSC/RS):

In riferimento alla valutazione annuale di I istanza:

(Strutture di supporto)

- assegna e illustra al posizionato gli obiettivi, insieme alla quota economica, compilando e sottoscrivendo insieme al posizionato la SVI
- trasmette copia della SVI alla S.S. FVO
- effettua un monitoraggio periodico del grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati
- a fine periodo valuta e illustra al posizionato il raggiungimento degli obiettivi assegnati ed i fattori qualitativi e comportamentali compilando la SVI, che sottoscrive insieme al posizionato
- invia la SVI originale alla S.S. FVO.

(Dipartimenti sanitari)

- a fine periodo valuta e illustra al posizionato i fattori qualitativi e comportamentali compilando la SVI, che sottoscrive insieme al posizionato
- invia la SVI originale alla S.S. FVO.

In riferimento alla valutazione periodica di II istanza:

- relaziona alla S.S. FVO sull'attività svolta dal posizionato nel periodo oggetto di valutazione.

TITOLARE DI POSIZIONE ORGANIZZATIVA DI COMPARTO:

In riferimento alla valutazione annuale di I istanza

- recepisce gli obiettivi assegnati da RS (strutture di supporto) / Direzione Generale (dipartimenti sanitari)
- può richiedere una supervisione in corso d'anno
- lavora al perseguimento degli obiettivi
- al termine del periodo recepisce la valutazione degli obiettivi effettuata da RS (strutture di supporto) / Direzione Generale (dipartimenti sanitari) e condivide la valutazione dei fattori qualitativi e comportamentali effettuata dal RS insieme al quale sottoscrive la SVI
- può chiedere un riesame della valutazione nei casi previsti dal vigente CCIA.

In riferimento alla valutazione periodica di II istanza:

- fornisce alla S.S. FVO un curriculum formativo e professionale ed ogni eventuale documentazione ritenuta utile alla valutazione del periodo in esame.

S.S. FORMAZIONE E VALUTAZIONE DEGLI OPERATORI (FVO):

In riferimento alla valutazione annuale di I istanza:

- prepara e distribuisce le SVI ai RS
- raccoglie le SVI completate a fine periodo
- registra i dati su supporto informatico
- elabora ed esamina i dati ed evidenzia eventuali scostamenti dall'atteso (es. mancato raggiungimento standard)
- archivia la documentazione originale

In riferimento alla valutazione annuale di II istanza:

- cura la nomina del Collegio Tecnico
- predispone e raccoglie la documentazione che sarà oggetto dell'esame del Collegio Tecnico
- convoca, coordina e verbalizza il Collegio Tecnico
- esamina i dati
- trasmette l'esito della valutazione alla S.S. Amministrazione del Personale per gli adempimenti previsti
- archivia la documentazione originale

COLLEGIO TECNICO (nominato per la valutazione di II istanza):

procede alla valutazione delle attività svolte e dei risultati raggiunti da parte del Posizionato a termine dell'incarico, prendendo in esame gli esiti delle valutazioni annuali, il curriculum formativo e professionale del posizionato, la relazione del RS/ CDC (dipartimenti sanitari). Per la valutazione dei posizionati sanitari il Collegio Tecnico è presieduto dal Responsabile della SS FVO ed è composto dal Direttore Sanitario o dal Dirigente DiPSa da questo delegato, dal Direttore Amministrativo o suo delegato. Il Collegio Tecnico è nominato con Delibera del Direttore Generale.

S.S. AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE (AP):

In riferimento alla valutazione annuale di I istanza:

- riceve gli esiti delle valutazioni annuali dalla S.S. Formazione e Valutazione degli Operatori
- procede al congruaggio della quota economica di risultato.

In riferimento alla valutazione annuale di II istanza:

- invia alla S.S. Formazione e Valutazione degli Operatori l'elenco dei posizionati da valutare nell'anno solare, aggiornandolo se del caso in corso d'anno
- riceve dalla S.S. Formazione e Valutazione degli Operatori comunicazione circa l'esito delle valutazioni di II istanza effettuate
- in esito alle valutazioni di II istanza da corso agli adempimenti di natura giuridica ed economica previsti dai vigenti contratti di lavoro a beneficio dei posizionati interessati.

S.S. CONTROLLO DI GESTIONE (CdG):

concorda con la S.S. FVO i flussi della documentazione da inoltrare ai RS a seguito della definizione degli obiettivi annuali, trasmette l'esito della valutazione degli obiettivi alla SS Amministrazione del Personale e alla SS FVO.

OIV

Esamina gli obiettivi di struttura e dei Direttori di struttura/coordinatori sottoposti per la validazione sulla base del raggiungimento comunicato dal Personale e delle eventuali istruttorie che si vogliano condurre sulla base di quanto prodotto dai diretti interessati.

Una volta definite le valutazioni si provvede a delibera della Direzione in cui si attesta il raggiungimento degli obiettivi.

I dati sono archiviati in formato file presso il CdG dal 2012.

Le delibere ufficiali sono archiviate presso la Segreteria di Direzione Generale.

Responsabilità principali associate alla valutazione del personale di Comparto non titolare di Posizione Organizzativa.

VALUTATORE (di regola, il Coordinatore dell'unità di comparto):

In riferimento alla valutazione annuale di I istanza:

- a fine periodo effettua la valutazione e la illustra al collaboratore compilando la scheda di valutazione, che sottoscrive insieme al collaboratore
- invia la scheda originale alla S.S. FVO.

Dipendente:

In riferimento alla valutazione annuale di I istanza

- recepisce la valutazione illustratagli dal valutatore insieme al quale sottoscrive la scheda
- può chiedere un riesame della valutazione nei casi previsti dal vigente CCIA.

S.S. FORMAZIONE E VALUTAZIONE DEGLI OPERATORI (FVO):

In riferimento alla valutazione annuale di I istanza:

- prepara e distribuisce le schede ai valutatori
- raccoglie le schede completate
- registra i dati su supporto informatico
- elabora ed esamina i dati
- trasmette l'esito delle valutazioni a S.S. Amministrazione del Personale

- archivia la documentazione originale.

S.S. AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE (AP):

In riferimento alla valutazione annuale di I istanza:

- riceve gli esiti delle valutazioni annuali dalla S.S. Formazione e Valutazione degli Operatori
- procede al congruaggio della quota economica di risultato.

La comunicazione dell'esito della valutazione è assolta mediante la sottoscrizione della scheda da parte del valutato, che può peraltro esprimere formalmente il proprio accordo / disaccordo con il valutatore. Il valutato può richiedere al valutatore di trattenere per sé copia della scheda di valutazione prima che venga inoltrata alla S.S. FVO. E' comunque facoltà del dipendente richiedere in qualsiasi momento successivo copia di una sua valutazione alla S.S. FVO, che ne conserva in archivio gli originali.

Qualora il valutato non concordi con la valutazione ricevuta, sono previsti dalla CCIA i casi in cui può richiedere al Responsabile della S.S. FVO il riesame della valutazione stessa, che comporta l'audizione da parte dei Responsabili delle S.S. FVO e AP delle parti al fine esperire un tentativo di conciliazione fra di esse alla luce di un ulteriore più approfondito esame degli elementi disponibili. Durante la procedura il valutato ha diritto di farsi assistere da persona di fiducia, legale o rappresentante sindacale

Le schede di valutazione individuale vengono riesaminate annualmente dalla Direzione, unitamente alla S.S. Amministrazione del Personale, S.S. Formazione e Valutazione degli operatori e S.S. Controllo di gestione.

Tabella 5: sintesi linea valutatore –valutato I istanza

valutato	valutatore	strumento	conciliazione
personale di comparto non titolare di posizione organizzativa	di regola, il Coordinatore dell'unità di comparto	scheda di valutazione annuale personale di comparto non titolare di posizione organizzativa	RSS FVO
personale titolare di posizione organizzativa di comparto	Direttore di struttura	scheda di valutazione annuale integrata personale titolare di posizione organizzativa di comparto	RSS FVO
coordinatore dipartimentale di comparto	Direttore di Dipartimento	scheda di valutazione annuale integrata coordinatore dipartimentale di comparto	RSS FVO
dirigente non apicale	Direttore di struttura	scheda di valutazione annuale integrata dirigente	RSS FVO
dirigente apicale	Direttore di Dipartimento	scheda di valutazione annuale (manageriale) responsabile di struttura	RSS FVO ¹⁰
dirigente apicale di (Direttore Dipartimento)	DS/DA	scheda di valutazione annuale (manageriale) responsabile di struttura	

La "catena valutatore–valutato" descrive la chiara correlazione tra tutti i soggetti valutatori ed i rispettivi soggetti valutati, coerente con l'organigramma e le caratteristiche funzionali

dell'Amministrazione. Tale declinazione della "catena" è necessaria, oltre che per ragioni di trasparenza, anche al fine di verificare l'effettiva corrispondenza tra i soggetti che assegnano gli obiettivi e i soggetti valutatori degli assegnatari dei predetti obiettivi.

Monitoraggio e raccolta dei dati per la valutazione

I monitoraggi intermedi, destinati all'eventuale revisione degli obiettivi, avvengono tramite colloquio. Le schede eventualmente modificate vengono controfirmate dalle parti interessate ed archiviate presso la S.S. Formazione e Valutazione degli Operatori.

Il mancato raggiungimento degli obiettivi nella loro pienezza produce sulla retribuzione di risultato dei dirigenti gli effetti precisati dai vigenti Contratti Collettivi. Analogamente ciò avviene anche per il personale titolare di posizione organizzativa in riferimento alla produzione collettiva. La produzione collettiva invece per il personale di comparto non titolare di posizione organizzativa è correlata alla sola valutazione individuale.

Valutazione conclusiva

La fase di valutazione conclusiva si articola in almeno tre momenti distinti:

- valutazione da parte dei valutatori (risultati e comportamenti), ricercando la massima trasparenza e dialogo nell'espressione della valutazione stessa, fermo restando che siano rese preliminarmente disponibili per i valutatori, anche attraverso le modalità organizzative citate in precedenza, le informazioni relative ai risultati organizzativi e individuali conseguiti;
- colloquio di feedback e presa visione delle valutazioni da parte dei valutati, ma anche come momento di dialogo in cui valutatore e valutato individuano le modalità e le azioni di sviluppo organizzativo e professionale che consentano il miglioramento della prestazione stessa. Il processo, e in particolare i colloqui tra valutato e valutatore, consentono di chiarire le attese, evidenziare i punti di miglioramento a fronte di problemi, ma anche di fornire riscontri positivi in modo diretto;
- eventuale attivazione delle procedure di conciliazione.

L'OIV effettua una verifica metodologica di adeguatezza del sistema di valutazione rispetto alla tipologia di amministrazione, alla sua storia ed evoluzione. In secondo luogo verifica il corretto svolgimento dei processi di misurazione e valutazione, il cui *output* è la valutazione del personale.

Il corretto svolgimento dell'attività di valutazione è influenzato in primo luogo dalle modalità con cui sono stati selezionati ed assegnati gli obiettivi, dall'adeguatezza degli indicatori prescelti e dall'affidabilità delle fonti dei dati che li alimentano. Compito dell'OIV, quindi è quello di assicurare in tutte le fasi del ciclo, ed in particolare in fase di pianificazione e assegnazione degli obiettivi, il proprio supporto metodologico, segnalando all'amministrazione le criticità riscontrate ed i suggerimenti utili per il miglioramento del sistema.

L'OIV deve infine effettuare la proposta di valutazione dei dirigenti di vertice in base alle modalità operative definite dall'amministrazione nel proprio SIMIVAP. Nello svolgimento di tale attività, deve garantire un'adeguata partecipazione dei valutati al processo di valutazione nonché la trasparenza e la tracciabilità dell'intero processo.

E' rilevante che l'amministrazione assicuri il supporto al processo di programmazione e controllo mediante adeguate misure organizzative.

Analisi dei dati e valutazione.

La rilevazione dei dati non è sufficiente, ai fini della valutazione, se non è seguita da un'analisi rivolta a verificare la solidità, rilevanza ed esaustività, dei dati raccolti, al fine di avere una corretta rappresentazione della performance.

L'analisi dei dati è propedeutica alla valutazione e, in particolare all'assegnazione del punteggio relativo ai singoli obiettivi e comportamenti che, utilizzando le procedure di attribuzione e calcolo

sintetico definite a livello di Amministrazione, permette di determinare il punteggio sintetico finale dell'individuo nel periodo di riferimento.

L'analisi dei dati raccolti tramite le SVI per la valutazione individuale è a carico della S.S.Formazione e Valutazione degli Operatori (FVO).

Comunicazione dei risultati

Il confronto relativo al punteggio scaturito a seguito della valutazione rappresenta la fase più delicata dell'intero processo e, pertanto, analogamente alla fase di assegnazione degli obiettivi, necessita di colloqui individuali tra valutatore e valutato.

Poiché la finalità è quella di generare un percorso di miglioramento, durante il colloquio tra valutatore e valutato, oltre alla comunicazione del punteggio e ai chiarimenti relativi alle procedure di calcolo, deve essere previsto un confronto relativo a:

- principali evidenze, eventi significativi e risultati quantitativi emersi nel periodo di valutazione;
- scostamenti tra la performance individuale attesa e quella effettivamente realizzata;
- motivazioni della valutazione.

I primi due elementi, di supporto alle motivazioni della valutazione, costituiscono la base per evitare una delle principali criticità e potenziale motivo di conflittualità, ovvero che la valutazione sia, o sia percepita, come iniqua o legata a un giudizio sulla persona, piuttosto che alla effettiva performance realizzata dall'individuo.

I risultati non vengono comunicati né individualmente né massivamente in relazione all'esito della valutazione di I istanza ma il dipendente può verificare gli effetti del buon esito della stessa, di cui è a conoscenza, avendo controfirmato la scheda, direttamente dal cedolino dello stipendio in cui risultano gli incentivi.

Nel caso di valutazioni di II istanza vengono pubblicati i relativi provvedimenti e trasmesso l'esito della valutazione al diretto interessato.

I risultati generali vengono pubblicati nell'apposita area web dell'Amministrazione Trasparente all'interno della Relazione della Performance e dell'attuazione del SiMiVaP.

Elaborazione di piani di miglioramento individuali

In piena coerenza con la finalità generale di miglioramento della performance, contestualmente alla comunicazione dei risultati, potrà essere necessario predisporre un piano di miglioramento individualizzato.

È necessario che l'accompagnamento dell'individuo (o di gruppi omogenei di individui, soprattutto nel caso di obiettivi di gruppo), verso gli obiettivi espressi nel piano di miglioramento, sia integrato con il piano generale di formazione dell'Amministrazione a cui si rimanda per le valutazioni di fattibilità, in relazione alle competenze richieste e alle politiche del personale in essere.

I modelli di misurazione della performance individuale pongono il problema della corretta gestione del grado di soggettività che caratterizza intrinsecamente la valutazione dei comportamenti/competenze.

Si possono individuare due categorie principali di possibili errori: la sovrastima, ovvero la prevalente tendenza del valutatore a sopravvalutare la performance dell'individuo valutato o l'errore opposto (sottostima). Le molteplici cause alla base di tali possibili errori sono state oggetto di ampia discussione nella letteratura, a cui si rimanda per gli eventuali approfondimenti.

Occorre, inoltre, considerare altri due aspetti relativi alla valutazione della performance individuale. Il primo è che la valutazione raramente si basa sul rapporto esclusivo valutato-valutatore, poiché ottenere risultati complessi richiede sempre più spesso il lavoro di gruppo e perché negli ultimi anni il personale di comparto fa riferimento a più livelli gerarchici e si

interfaccia con diverse realtà dipartimentali. Il secondo è che le amministrazioni sono tenute a mantenere rapporti sempre più intensi con i vari stakeholders esterni, a partire dalle realtà interaziendali. Per questi due motivi, una valutazione matura dovrebbe tener conto di un maggior numero di fonti di dati e dimensioni di analisi, come indicato nelle LG 5/2019.

Procedure di conciliazione

Le dimensioni dell'AO S.Croce e Carle di Cuneo hanno portato alla scelta di non costituire un apposito organo collegiale per svolgere le procedure di conciliazione ma di far riferimento al Responsabile della S.S.FVO.

E' sempre prevista la facoltà, per il soggetto valutato, di farsi assistere da un rappresentante sindacale e/o da una persona di fiducia, nonché il rilascio di un verbale del tentativo di conciliazione.

Gli studi relativi all'applicazione dei modelli valutativi in organizzazioni assimilabili a quella oggetto di questo studio hanno evidenziato solitamente una tendenza all'appiattimento delle valutazioni da parte dei singoli valutatori sia nel senso di una scarsa variabilità sia nell'assegnazione degli obiettivi che nelle valutazioni sui singoli soggetti valutati sia, seppur in maniera meno indifferenziata, tra i soggetti valutati.

Assegnazione parte economica

La S.S. Amministrazione del Personale, sulla base delle vigenti disposizioni legislative e contrattuali, effettua la fase istruttoria propedeutica all'individuazione dei criteri di utilizzo delle risorse attribuite al Fondo di risultato che sono concordati annualmente con le Organizzazioni Sindacali e sottoscritti in apposito Accordo con le parti sindacali. I documenti vengono progressivamente pubblicati nell'area Personale-Contrattazione integrativa in Amministrazione Trasparente del sito web aziendale¹¹.

Il D.lgs 74/2017 ha modificato l'articolo 19 del decreto legislativo n. 150 del 2009 : «Art. 19 (Criteri per la differenziazione delle valutazioni). - 1. Il contratto collettivo nazionale, nell'ambito delle risorse destinate al trattamento economico accessorio collegato alla performance ai sensi dell'articolo 40, comma 3-bis, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, stabilisce la quota delle risorse destinate a remunerare, rispettivamente, la performance organizzativa e quella individuale e fissa criteri idonei a garantire che alla significativa differenziazione dei giudizi di cui all'articolo 9, comma 1, lettera d), corrisponda un'effettiva diversificazione dei trattamenti economici correlati».

Concretamente per le diverse tipologie avviene quanto segue:

Dirigenti responsabili di struttura:

- in sede di assegnazione degli obiettivi da parte della Direzione Aziendale, la stessa quantifica ed assegna a ciascun Responsabile la quota economica complessiva associata agli obiettivi stessi;
- a seguito della valutazione del raggiungimento degli obiettivi di struttura (OIV/Direzione Generale), la quota economica a suo tempo assegnata al Responsabile di Struttura viene liquidata in misura proporzionale alla percentuale complessiva di raggiungimento degli obiettivi.

Dirigenti non responsabili di struttura:

- in sede di assegnazione degli obiettivi da parte della Direzione Aziendale, la stessa quantifica ed assegna a ciascun Responsabile la quota economica complessiva associata agli obiettivi stessi, relativa ai dirigenti; ciascun Responsabile a sua volta la ripartisce tra i collaboratori dirigenti in relazione agli obiettivi (numerosità, complessità) che assegna loro e, indicativamente, all'entità dell'orario negoziato ed al valore orario medio dello stesso; quota economica di risultato ed orario negoziato sono riportati sulla SVI;

¹¹ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=272>

- a seguito della valutazione del raggiungimento sia degli obiettivi di struttura (OIV/Direzione Generale) sia di quelli individuali (Responsabile di Struttura), la quota economica a suo tempo assegnata dal Responsabile di Struttura a ciascun collaboratore viene liquidata in misura proporzionale alla percentuale di raggiungimento degli obiettivi predetti complessivamente risultante.

Titolari di posizione organizzativa di comparto:
(Dipartimenti sanitari)

- in sede di assegnazione degli obiettivi da parte della Direzione Aziendale, la stessa quantifica ed assegna a ciascun titolare di posizione organizzativa di comparto la quota economica complessiva associata agli obiettivi stessi;
- a seguito della valutazione del raggiungimento degli obiettivi (OIV/Direzione Generale), la quota economica a suo tempo assegnata viene liquidata in misura proporzionale alla percentuale complessiva di raggiungimento degli obiettivi.

(Strutture di supporto)

- in sede di assegnazione degli obiettivi da parte della Direzione Aziendale, la stessa quantifica ed assegna a ciascun Responsabile la quota economica complessiva associata agli obiettivi stessi, relativa ai titolari di posizione organizzativa di comparto; ciascun Responsabile a sua volta la ripartisce tra i collaboratori titolari di posizione organizzativa di comparto in relazione agli obiettivi (numerosità, complessità) che assegna loro; la quota economica di risultato è riportata sulla SVI;
- a seguito della valutazione del raggiungimento degli obiettivi individuali (Responsabile di Struttura), la quota economica a suo tempo assegnata dal Responsabile di Struttura a ciascun collaboratore viene liquidata in misura proporzionale alla percentuale complessiva di raggiungimento degli obiettivi.

Personale di comparto non titolare di posizione organizzativa di comparto:

- a seguito della valutazione della prestazione individuale effettuata dal valutatore, la quota economica contrattualmente (CCIA) stabilita viene liquidata in misura proporzionale al punteggio complessivo (in centesimi) della valutazione, indipendentemente dal raggiungimento degli obiettivi da parte della struttura.

La S.S. Amministrazione del Personale provvede alla liquidazione della retribuzione di risultato sulla base della delibera di approvazione del raggiungimento degli obiettivi elaborata dalla SS Controllo di Gestione, di cui prende atto senza interferire in merito.

Progressivamente e in base alle diverse categorie contrattuali viene effettuata la rendicontazione dei fondi contrattuali rispetto a quelli previsti ed in riferimento ai tempi legati alle operazioni contabili.

Tali provvedimenti e le relazioni illustrative e tecnico –finanziarie vengono pubblicate nell’area Personale-Contrattazione integrativa in Amministrazione Trasparente del sito web aziendale¹²

Sintesi e giudizio finale

Il sistema attuale appare metodologicamente fondato e rispondente ai dettami della normativa nonché mediamente avanzato rispetto a quanto conosciuto in altre realtà sanitarie con cui si scambiano le valutazioni, limitatamente ai dirigenti e che in genere o non hanno un sistema così formalizzato o raccolgono meno dati o li raccolgono a posteriori per la sola valutazione di II istanza.

Volendo esprimere un giudizio sul modello valutativo in uso rispetto ai criteri previsti dalla normativa e dalla CCIA (imparzialità, celerità e puntualità; stretta correlazione tra i risultati

¹² <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=272>

conseguiti e nuova attribuzione degli obiettivi, nonché l'erogazione immediata della relative componenti retributive, inerenti risultato) si può dire che:

- la trasparenza dei criteri usati, l'oggettività delle metodologie adottate e l'obbligo di motivazione della valutazione espressa sono salvaguardate così come la partecipazione del valutato, attraverso l'espressione dell'autovalutazione nella I istanza, della relazione autoprodotta nella II istanza e della possibilità di contraddittorio nella valutazione di I e II istanza;
- la conoscenza degli elementi minimi delle modalità di valutazione di pertinenza (o quantomeno dove trovare i criteri ed i fondamenti) potrebbe essere istituzionalmente incentivata migliorando l'offerta informativa e recuperando una cultura della valutazione come aspetto sostanziale e non meramente formale;
- il rispetto dei tempi previsti dalla contrattazione per avviare le procedure di valutazione, per concludere le procedure di valutazione attese, per indicare gli effetti pratici al valutato e per concretizzare gli effetti economici potrebbe essere migliorato e presidiato più efficacemente rivedendo le modalità di programmazione ed agendo così su uno dei fattori che incidono maggiormente sulla soddisfazione di tutti gli operatori;
- la diretta conoscenza dell'attività del valutato da parte del soggetto che, in prima istanza, effettua la proposta di valutazione al fine di garantire la continuità e la certezza delle attività professionali connesse all'incarico conferito, è sostanzialmente stata garantita ma richiederebbe alla luce dell'attuale riorganizzazione aziendale ed interaziendale di essere mantenuta tramite una programmazione precoce;
- la valutazione efficiente della fondatezza e attualità dell'incarico per l'organizzazione aziendale ai livelli previsti prima dell'avvio della procedura di valutazione non è invece costantemente messa in atto, così come delle reali posizioni organizzative.

Tabella 6: sintesi dell'analisi SiMiVaP aziendale 2020

Caratteristiche suggerite da LG DFP (2-4-5)	Sistema	Fattori consolidati	Criticità e prospettive
Finalità		Consolidamento storico, percorso aziendale che segue il dipendente anche all'esterno dell'AO (trasferimento), valutazioni annuali convogliano in quelle periodiche e/o contrattuali	Sistema a geometria variabile con modalità di valorizzazione e crescita professionale che entri a far parte della valutazione, necessità di manutenzione del sistema
Dimensioni		Risultati annuali + comportamenti individuali	Partecipazione di stakeholders esterni alla valutazione
Metodi		Oggettivazione, confronto diacronico e sincronico tra strutture e individui	Valutazione possibilità di nuove modalità valutative (dal basso, tra pari, a 360°), riesame dei parametri e degli standard
Tempistiche o frequenza		Annuale + rinnovo incarico e scadenze contrattuali Riattualizzazione in base a CCNL, CCIA, Accordi sindacali Regolarità stipendio mensile e incentivi	Pianificazione regole non sempre corrispondenti al timing previsto dalla normativa nazionale
Elementi		Job description comparto sanitario, age management, fase di programmazione + valutazione, procedure di conciliazione, esplicitazione dei comportamenti	Differenziazione reale delle valutazioni, introduzione valutazione del potenziale, maggior evidenza della differenziazione tra valutazione performance organizzativa e

<i>Caratteristiche suggerite da LG DFP (2-4-5)</i>	<i>Sistema</i>	<i>Fattori consolidati</i>	<i>Criticità e prospettive</i>
		attesi	performance individuale, maggior confronto reale tra valutatore e valutato, ripristino monitoraggio intermedio (calibrazione), individuazione meccanismi di rewarding

3.7 Processo complessivo del ciclo della performance aziendale

L'attuale sistema di assegnazione del budget e di valutazione del raggiungimento degli obiettivi è attuato in Azienda dal 1999, con progressivi riaggiustamenti ed adattamenti sia in relazione agli input nazionali, regionali e delle Direzioni che si sono susseguite sia nell'ottica di diventare maggiormente rispondente agli assetti organizzativi che sono cambiati nel tempo.

Il funzionamento del Sistema di valutazione è garantito dall'impegno da parte della Direzione Aziendale nel ritenere prioritario l'avvio e la conclusione del processo di assegnazione del budget alle strutture entro la fine della primavera, anche in assenza di obiettivi già ufficializzati assegnati dalla regione ai Direttori Generali proprio per garantire la continuità operativa ed il saldo degli incentivi in tempi congrui.

I Direttori di Dipartimento, i Direttori di struttura ed i Coordinatori di Dipartimento vengono coinvolti come descritto nei paragrafi precedenti nell'intero processo di definizione dei livelli di performance e di governo degli obiettivi, fino agli esiti definitivi della valutazione, con il supporto della Struttura Tecnica Permanente (cfr tab 5).

Come ulteriormente specificato dal D.lgs 74/2001¹³ e delle LG 4/2019 i contributi emersi dai cittadini e dalle diverse fonti di misurazione della qualità percepita dagli utenti sono da considerarsi a pieno titolo sia nella composizione della relazione della Performance sia nella valutazione¹³

A questo fine l'A.O. S.Croce e Carle di Cuneo utilizza:

- il report relativo alle segnalazioni pervenute all'Ufficio Relazione con il Pubblico
- il report emerso dalle indagini periodiche sugli utenti dei servizi ospedalieri
- il report emesso in sede di audit civico, quando realizzato.

L'utilizzo di monitoraggi intermedi è una condizione indispensabile per il funzionamento del Sistema in quanto, solo in tal modo è possibile verificare se l'Amministrazione è orientata o meno verso il perseguimento della performance attesa. A tal fine la Struttura Tecnica Permanente provvede periodicamente a verificare, in relazione alle scadenze assegnate ai singoli obiettivi, a chiedere ai relazionanti lo stato dell'arte, in riferimento ai target e prevedendo momenti di confronto per verificare la fattibilità prima della scadenza ultima, al fine di intraprendere eventuali azioni correttive oppure, come ultima ratio, procedere ad una ripianificazione degli obiettivi, garantendone la piena tracciabilità.

Contestualmente al sistema di monitoraggio, e successiva rendicontazione, vengono definite le modalità con le quali le informazioni andranno riportate alle diverse categorie di stakeholders : la disponibilità di informazioni costituisce la base di riferimento sia per monitorare sia per rendicontare la performance ai diversi livelli.

¹³ Dopo l'articolo 19 e' inserito il seguente: «Art. 19-bis (Partecipazione dei cittadini e degli altri utenti finali). - 1. I cittadini, anche in forma associata, partecipano al processo di misurazione delle performance organizzative, anche comunicando direttamente all'Organismo indipendente di valutazione il proprio grado di soddisfazione per le attività e per i servizi erogati, secondo le modalità stabilite dallo stesso Organismo.

3.8 Infrastruttura di supporto

Il sistema informativo e/o informatico utilizzato dall'Amministrazione per la raccolta e l'analisi dei dati ai fini della misurazione della performance, seppur in assenza di un applicativo specifico risulta funzionale all'attuale sistema di gestione.

I dati vengono puntualmente e costantemente estrapolati attraverso i cruscotti direzionali.

Tutti i documenti sono archiviati in specifiche cartelle all'interno della S.S. Controllo di Gestione.

Nel PAC¹⁴ vengono descritte le modalità di aggiornamento di procedure e meccanismi di riconciliazione tra il Bilancio di esercizio, modelli CE e SP, contabilità generale (Bilancio di verifica) e contabilità sezionali.

E' attualmente in uso un applicativo, denominato NFS, che consente di ottenere la stampa di una Situazione Contabile con ordinamenti e totali diversi da quelli normalmente derivanti dalla struttura piano conti fiscali, inserita in fase di progettazione dell'impianto.

Normalmente il concetto di contabilità riclassificata si associa al piano dei conti della IV direttiva CEE, a cui, tuttavia, nella specifica realtà delle aziende del SSR, si aggiungono le esigenze di rendicontazione secondo le modalità ministeriali, in particolare dopo l'entrata in vigore del D.Lgs. 118/2011.

Per ciò che riguarda i prospetti di riconciliazione tra la contabilità interna e i prospetti regionali, oltre che attraverso l'implementazione del modulo software sopracitato, esistono dei modelli messi a disposizione direttamente dalla Regione Piemonte sull'applicativo FEC (Flussi economici e contabili), che comprendono la riclassificazione dei dati contabili a partire dai singoli sottoconti di bilancio, sia per ciò che concerne il conto economico, sia per ciò che concerne lo stato patrimoniale.

In particolare, inserendo i conti nelle maschere di importazione presenti sull'applicativo FEC, tramite prospetti di riconciliazione si possono ricavare i prospetti secondo le modalità richieste dal Ministero.

3.9 Utilizzo effettivo dei risultati del sistema di misurazione e rilevazione

L'efficacia del Sistema appare funzionale a consentire l'orientamento dei comportamenti della Direzione aziendale e dei Direttori, pur tenendo conto dei vincoli temporali delle scelte regionali, dei cambiamenti organizzativi di origine esterna all'Azienda Ospedaliera ed alla gestione delle risorse economiche.

L'avanzamento ed i risultati concretamente conseguiti dagli obiettivi sono fondamentali per predisporre le linee di indirizzo dell'anno successivo e valutare quali obiettivi far proseguire, ritardando eventualmente target e standard, quali non sono più necessari in quanto l'obiettivo era contestuale o è rientrato nella routine con buoni livelli di soddisfazione e quali devono essere introdotti ex novo.

I dati emersi vengono utilizzati per molteplici rappresentazioni, incluse quelle utili a riferire circa l'utilizzo effettivo degli strumenti del Sistema per la promozione delle pari opportunità ed eventualmente del benessere organizzativo all'interno dell'Amministrazione (CUG).

4 INTEGRAZIONE CON IL CICLO DI BILANCIO E I SISTEMI DI CONTROLLI INTERNI

4.1 Integrazione con il ciclo di bilancio

Come descritto nel PAC¹⁵ la predisposizione del Bilancio di previsione e dei bilanci di verifica periodici parte dal recepimento, da parte della S.C. Bilancio e Contabilità, delle informazioni relative ai costi e ai ricavi provenienti dalle altre strutture aziendali.

La S.C. Bilancio e Contabilità predispone dei report che vengono trasmessi ai servizi interessati, in cui si evidenziano i diversi conti di bilancio su cui grava la spesa delle strutture destinatarie, richiedendo a dette strutture una previsione di spesa in ragione d'anno o, se si tratta di elaborazioni di periodo, una situazione quanto più possibile aggiornata e coerente.

Per quel che riguarda la previsione annuale, si tratta di evidenziare una spesa presunta, generalmente prevedendo una percentuale di incremento rispetto all'anno precedente; per quel che riguarda invece le situazioni di rendiconto infrannuale, ai servizi è richiesto di confermare i dati

¹⁴ Parte A.3.12

¹⁵ PAC: Piano Attuativo della Certificabilità di Bilancio, Azioni attuative punto 3, sezione III

disponibili sul bilancio attraverso la procedura di budget, eventualmente integrando i dati proposti dalla S.C. Bilancio e Contabilità con costi e ricavi di competenza del periodo di oggetto non ancora registrati dagli operatori (ad esempio ordini aperti, fatture non ancora ricevute, merce in magazzino non ancora “caricata”).

Sul fronte delle entrate, è necessario anzitutto recepire ed analizzare le indicazioni regionali inerenti la rilevazione contabile in oggetto; in secondo luogo è necessario, sentito ed acquisito il parere della S.S. Controllo di gestione, stimare la produzione aziendale (ricoveri e specialistica ambulatoriale) di un determinato periodo, compatibilmente con i livelli di finanziamento autorizzati dalla Regione Piemonte. Infine, il referente del settore ricavi ha il compito di determinare, tenendo in considerazione i ricavi di periodo ma non ancora conseguiti, in base al principio di competenza, le cosiddette “entrate proprie” dell’azienda, in particolare si tratta dei ticket, dell’attività libero-professionale, degli addebiti diretti alle altre aziende sanitarie (fatturazione di prestazioni sanitarie ad altre aziende che si avvalgono dell’AO per prestazioni a pazienti il cui DRG risulta in carico a queste ultime).

Il compito dei referenti dei settori costi e ricavi è quello di recepire e analizzare i dati elaborati giungendo alla elaborazione di un prospetto contabile che tenga conto sia dei dati disponibili sul bilancio, sia delle indicazioni fornite dalle strutture aziendali. Il prospetto elaborato deve essere analizzato e discusso con la Direzione Generale, la quale formulerà eventuali osservazioni e richiederà chiarimenti laddove non risultasse completamente chiara la situazione contabile e i motivi di determinate scelte. A questo punto la S.C. Bilancio e Contabilità provvede ad effettuare eventuali registrazioni contabili necessarie sulla procedura di contabilità aziendale (in particolare l’imputazione economica di poste di bilancio per le quali non esiste, al momento della rilevazione, un documento che ne comprovi la veridicità) al fine di stimare correttamente tutti i ricavi e i costi di competenza del periodo.

Nel corso del primo trimestre dell’anno 2020, col verificarsi dell’emergenza COVID-19 la Regione Piemonte ha chiarito alcune tematiche relative alla tenuta della Contabilità per la rilevazione degli accadimenti contabili attinenti all’emergenza.

La contabilità “separata” per garantire la rilevazione distinta degli accadimenti contabili legati alla gestione dell’emergenza COVID-19 è assicurata dalla tenuta della contabilità per centri di costo e di ricavo (cosiddetta contabilità analitica) in ottemperanza a quanto disposto dall’articolo 18, comma 1, del D.L. n. 18/2020 che prevede l’apertura di un centro di costo dedicato e non prevede l’attivazione di un sezionale ad hoc.

La rilevazione degli accadimenti contabili avviene per natura attraverso l’utilizzo dei fattori produttivi e la destinazione all’emergenza COVID-19 attraverso i centri di costo dedicati. I fattori produttivi rappresentano l’unità di maggiore dettaglio nella rilevazione contabile in stretta relazione con il conto economico e la voce CE ministeriale di riferimento.

Inoltre, al fine di tenere conto di tutti i costi dell’emergenza COVID-19 è necessario adottare gli strumenti della contabilità analitica che consentono di alimentare il centro di costo sia dei costi diretti sia dei costi indiretti. In particolare, è necessario ricorrere a tali strumenti quando i costi presentano comunanza tra attività COVID e attività non-COVID.

I sistemi di contabilità analitica consentono, pertanto, di rilevare l’informazione dei costi riferiti all’emergenza anche nell’ambito dei conti economici di cui al DM 24 maggio 2019, in quanto consentono anche la riconducibilità dei costi indiretti (ne sono un esempio alcune tipologie di costo dei servizi quali mensa e pulizie), effettuabili solo a posteriori.

Si è inoltre reputato opportuno stabilire quale data di avvio della mappatura dei costi Covid il 01.02.2020, ovvero il giorno successivo della Delibera del Consiglio dei Ministri 31 gennaio 2020 recante “Dichiarazione dello stato di emergenza in conseguenza del rischio sanitario connesso all’insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili” pubblicata nella Gazzetta Ufficiale – Serie Generale - n. 26 del 01.02.2020.

Generalmente, insieme ad ogni rilevazione contabile la S.C. Bilancio e Contabilità predispone anche una breve relazione dei fatti di gestione che hanno condotto a determinati risultati, illustrando le

grandezze più significative e commentando i principali scostamenti rispetto sia alla previsione annuale, sia rispetto all'analogo periodo dell'esercizio precedente.

Le ultime operazioni necessarie riguardano il caricamento dei dati, in forma analitica, sulla procedura regionale FEC (flussi economici e contabili), in cui è necessario inserire tutti i sottoconti di bilancio relativi ai costi e ai ricavi (conto economico).

Lo stato patrimoniale, viceversa, viene compilato dalle aziende solamente alla chiusura di esercizio, cioè solo unitamente al bilancio consuntivo.

La Regione Piemonte richiede, inoltre, al Direttore Generale, una dichiarazione attestante la situazione di equilibrio o eventuale disequilibrio finanziario della gestione oggetto di rilevazione. Tale certificazione, di carattere tecnico, viene predisposta dal responsabile della S.C. Bilancio e Contabilità che provvede ad inoltrarla per la firma al Direttore Generale.

L'ultimo adempimento riguarda la trasmissione dei documenti contabili predisposti al Collegio Sindacale, che nella riunione successiva alla chiusura della rilevazione, esaminerà i documenti di lavoro dell'azienda, formulando nel proprio verbale eventuali osservazioni e/o azioni correttive di cui la S.C. Bilancio e Contabilità dovrà tenere conto, rettificando i dati se necessario.

4.2 Integrazione con gli altri sistemi di controllo

Come stabilito nell'Atto Aziendale¹⁶ l'Azienda, nell'ambito della sua autonomia, si dota, con le modalità di seguito esposte, di strumenti finalizzati a:

1. garantire la legittimità, regolarità e correttezza dell'azione amministrativa (controllo interno di regolarità amministrativa e contabile);

Ai controlli di regolarità amministrativa e contabile interni provvedono:

- il Collegio Sindacale Aziendale di cui all'art. 3-ter del D. Lgs n. 502/92 e s.m.i.;

- il Direttore Amministrativo;

- il Responsabile della S.C. Bilancio e Contabilità;

con le modalità previste dalle norme di riferimento e nel rispetto della funzione rivestita, quale prevista a termini del presente Atto e delle competenze assegnate dalla normativa di riferimento;

2. verificare l'efficacia, efficienza ed economicità dell'azione aziendale al fine di ottimizzarne l'esito e migliorare il rapporto tra costi e risultati, anche mediante il monitoraggio costante delle attività finalizzato a tempestivi interventi di correzione, e verificare il raggiungimento degli obiettivi assegnati alle articolazioni aziendali (S.S. Controllo di Gestione);

3. valutare le prestazioni e l'attività del personale con incarico dirigenziale e titolare di posizioni organizzative e il contributo individuale dei lavoratori del comparto (valutazione del personale);

4. valutare la congruenza dei risultati conseguiti con le scelte compiute e gli obiettivi definiti in sede di approvazione dei piani e programmi di indirizzo politico generale dell'Azienda (valutazione e controllo strategico).

L'OIV valuta l'adeguatezza delle soluzioni organizzative effettivamente adottate dall'Amministrazione, in termini di integrazione e coordinamento tra soggetti, tempi e contenuti, per garantire la coerenza del sistema di misurazione e valutazione con gli altri sistemi di controllo esistenti: da una parte, la pianificazione e controllo strategico; dall'altra parte, il controllo di gestione soprattutto dal punto di vista dei sistemi informativi e informatici che alimentano il sistema di misurazione e valutazione e, quindi, la consuntivazione degli indicatori.

La Regione monitorizza lo stato di avanzamento degli obiettivi formalizzati, anche attraverso tavoli di lavoro sovrazionali e di quadrante che favoriscano il confronto tra le ASR.

La S.C. Bilancio e Contabilità ha previsto, in aggiunta, la predisposizione di modelli di riconciliazione utili per verificare, al proprio interno, la congruità dei risultati di bilancio con i modelli regionali.

Attraverso questo modello è possibile una riconduzione immediata e automatizzata al modello CE utilizzato dalla Regione Piemonte per il monitoraggio delle situazioni trimestrali, tramite agganci gestiti direttamente da procedura Excel automatizzata.

¹⁶ Delibera n.358 del 9.10.2017 Riadozione Atto Aziendale ex art. 3, comma 1 bis, D.Lgs 310.12.1992 n. 502 e s.m.i, modifica deliberazione n. 611 del 22.10 2015

Nel corso del 2020 si procederà ad una mappatura del sistema dei controlli aziendali ordinari, intendendo quelli:

- a) di I livello interni (es. rispetto capitolati, controllo servizi, autovalutazione raggiungimento obiettivi);
- b) di II livello interni che in genere avvengono tramite modalità di audit (es. ai fini della Certificazione o degli Accreditamenti, della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, del Rischio Clinico) o da parte di organi ed organismi interni/esterni (es. OIV, Collegio Sindacale, Conferenza);
- c) di III livello effettuati da enti/organi/organismi e funzioni esterne all'Azienda (es. Collegio dei Sindaci, Corte dei Conti).

La sintesi degli elementi emersi dai sistemi dei controlli ordinari ai quali possono aggiungersene di quelli straordinari viene richiesta al momento della stesura della Relazione sulla Performance.

5 Il collegamento con la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza

La definizione del Piano di performance e la successiva declinazione degli indirizzi e obiettivi strategici sono integrate con il processo di programmazione economico finanziaria e di bilancio e con il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

Laddove la Direzione ritenga che alcune misure di contrasto siano da incentivare particolarmente ne stabilisce la traduzione in obiettivi pesati e pertanto monetizzati.

Il processo di attuazione del Programma triennale viene misurato tramite indicatori che rilevano la presenza dei presupposti organizzativi per l'attuazione e il monitoraggio dello stesso. L'evidenza convoglia altresì nella Relazione di Performance.

Tutti i documenti sono pienamente accessibili tramite la pubblicazione sull'area Amministrazione Trasparente del portale aziendale.

Continua l'impegno di aumentare l'accountability anche attraverso una maggior accessibilità del sito web aziendale e di comprensibilità di quanto inserito in Amministrazione Trasparente, anche se i vincoli normativi che ne impongono uno schema non modificabile rende agevole la ricerca agli addetti ai lavori ma non avvicina il consultatore comune.

L'OIV provvede annualmente, in base alle indicazioni ANAC, alla valutazione dello stato di attuazione del Programma della Trasparenza e del livello delle pubblicazioni previste¹⁷.

6 DEFINIZIONE E GESTIONE DI STANDARD DI QUALITA'

Storicamente l'AO S.Croce e Carle di Cuneo presenta un buon livello di abitudine al lavoro secondo la metodologia del PDCA (Plan, Do, Check, Act) che adotta sia nelle procedure sanitarie che in quelle amministrative.

Come descritto nei paragrafi precedenti in corso di definizione degli obiettivi vengono stabiliti indicatori esplicitati in maniera tale da rendere chiari quali fattori dovranno essere misurati; gli standard, laddove non definiti a livello normativo, vengono stimati sulla base della letteratura, dello storico o delle good practice di riferimento.

A livello di valutazione individuale gli standard sono descritti nel modello di riferimento e stabiliti in fase iniziale in base alla letteratura specifica.

Per quanto riguarda il coinvolgimento dei cittadini l'Azienda adotta il meccanismo di raccolta, analisi e rendicontazione delle segnalazioni pervenute all'URP, la partecipazione ad indagini periodiche di rilevazione della soddisfazione dei servizi erogati tramite survey che consentono un confronto diacronico e sincronico; il coinvolgimento periodico dei rappresentanti delle Associazioni avviene prevalentemente attraverso la Conferenza di Partecipazione.

¹⁷ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=244>

Periodicamente l'Azienda partecipa ai progetti finalizzati a far valutare congiuntamente a parti terze il livello di umanizzazione delle strutture e rendiconta gli esiti all'interno ed all'esterno dell'Amministrazione tramite i canali previsti.

In questo caso gli standard sono predefiniti dai gestori, come nel caso della Ricerca corrente AGENAS in collaborazione con Cittadinanzattiva o dei requisiti di accreditamento previsti in alcuni settori.

Chiunque ha modo di contattare l'Amministrazione tramite i riferimenti telematici, postali e fisici indicati sul sito web istituzionale.

Nella Carta dei Servizi vengono individuati i principi di riferimento e gli standard.

Alcune strutture aziendali, come emerge dagli specifici obiettivi, sono sottoposte a visita periodica per il mantenimento della Certificazione secondo la Norma ISO 9001 e pertanto descrivono e rispondono del raggiungimento degli standard organizzativo prestazionali dichiarati.

Con specifiche modalità e secondo le diverse scadenze vengono verificati altresì i requisiti di Accreditamento istituzionale e professionale in riferimento ai range di qualità prefissati.

Come emerge dai diversi documenti di pianificazione e dalle conseguenti rendicontazioni annualmente si dà conto del raggiungimento degli obiettivi prefissati nelle diverse aree, degli eventuali scostamenti, delle variazioni di standard.

7 VALUTAZIONE PARTECIPATIVA E COINVOLGIMENTO DEGLI STAKEHOLDERS

Le recenti modifiche normative hanno rafforzato il principio della partecipazione degli utenti esterni ed interni e, più in generale dei cittadini, al processo di misurazione della *performance* organizzativa, richiedendo alle amministrazioni di adottare sistemi di rilevazione del grado di soddisfazione e di sviluppare le più ampie forme di partecipazione.

La promozione della partecipazione dei cittadini alle decisioni e alle politiche pubbliche è ispirata dall'art. 118 della Costituzione, meglio noto come principio di sussidiarietà. In particolare, la sussidiarietà orizzontale vede il cittadino, sia come singolo sia attraverso associazioni, quale soggetto attivo che può collaborare con le istituzioni negli interventi che incidono sulle realtà sociali a lui più vicine.

Con la modifica del d.lgs. 27 ottobre 2009, n.150, operata dal d.lgs. 25 maggio 2017, n. 74, il Legislatore ha dato maggiore concretezza al principio astratto della partecipazione con riferimento al ciclo della *performance*. In particolare, l'art. 7 delinea, al comma 2, lett. c), la partecipazione dei cittadini alla valutazione della *performance* organizzativa dell'amministrazione declinandola su tre cardini fondamentali:

- sotto il **profilo soggettivo**, sono protagonisti dei processi valutativi sia i cittadini che gli "utenti finali" dei servizi resi dall'amministrazione; il duplice riferimento è diretto a coinvolgere nella valutazione i fruitori delle "attività istituzionali" e dei "servizi pubblici". A tali categorie vanno aggiunti tutti gli altri portatori di interesse (cd. *stakeholders*) in qualsiasi modo direttamente o indirettamente interessati all'operato dell'amministrazione;
- sotto il **profilo oggettivo**, l'ambito della valutazione concerne la qualità di tutte le attività istituzionali e tutte le prestazioni di servizi delle pubbliche amministrazioni;
- sotto il **profilo procedimentale**, la partecipazione alla valutazione è coerentemente ricondotta all'ambito specifico "*della performance organizzativa dell'amministrazione, secondo quanto stabilito dagli articoli 8 e 19-bis*".

L'articolo 8 prevede che il Sistema di misurazione e valutazione della *performance* organizzativa concerna, in particolare:

- la **rilevazione del grado di soddisfazione** dei destinatari delle attività e dei servizi anche attraverso modalità interattive;
- lo **sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni** con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti e i destinatari dei servizi, anche attraverso lo sviluppo di forme di partecipazione e collaborazione.

L'art. 19-bis, inoltre:

- prevede che la partecipazione dei cittadini alla valutazione della *performance* organizzativa possa avvenire anche “in forma associata”;
- individua l’Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) quale possibile interlocutore dei cittadini e degli utenti a cui può essere direttamente comunicato “il proprio grado di soddisfazione per le attività e per i servizi erogati”;
- impone un vero e proprio obbligo per le amministrazioni di favorire la “valutazione partecipata” e di predisporre sistemi di rilevazione del grado di soddisfazione;
- dà uno specifico ruolo anche agli “utenti interni” cioè ai settori delle strutture amministrative che si avvalgono di servizi strumentali e di supporto dell’amministrazione valutata;
- prescrive la pubblicazione dei risultati della rilevazione del grado di soddisfazione dei soggetti su attività e servizi con cadenza annuale;
- demanda all’OIV la verifica dell’effettiva adozione dei sistemi di rilevazione ed impone al medesimo Organismo di tener conto dei risultati sia ai fini della valutazione della *performance* organizzativa dell’amministrazione e sia, in particolare, ai fini della validazione della Relazione annuale sulla *performance*.

Un’apertura, in chiave partecipativa, della valutazione della *performance* organizzativa diventa quindi imprescindibile per tre diverse ragioni:

- **per eliminare l’autoreferenzialità:** la *performance* organizzativa non deve essere valutata nella sola ottica dell’amministrazione, ma anche secondo la prospettiva degli utenti, poiché la generazione di valore pubblico va osservata pure secondo la loro percezione e realizzata con la loro partecipazione;
- **per rafforzare i sistemi di gestione della *performance*:** attraverso una maggiore coerenza tra le diverse dimensioni della *performance* organizzativa (efficienza, efficacia quantitativa e qualitativa, impatti) si favorisce la finalizzazione dei suddetti sistemi verso il miglioramento del livello di benessere di cittadini ed utenti;
- **per soddisfare i requisiti normativi minimi.**

L’approccio partecipativo va, quindi, inteso nella maniera più ampia possibile lungo tutto il ciclo della *performance*: dalla fase di programmazione fino a quella di valutazione, secondo i modelli più innovativi di governance, promossi anche a livello internazionale. Prevalentemente il coinvolgimento dei cittadini avviene nella fase di valutazione delle attività e dei servizi erogati e per alcuni aspetti nella fase di programmazione dal punto di vista dei bisogni espressi e desunti.

La valutazione partecipativa mira a:

- migliorare la qualità delle attività e dei servizi pubblici, avvicinandoli ai reali bisogni dei cittadini grazie alle loro idee e suggerimenti, attraverso cui raggiungere una conoscenza più completa dei bisogni;
- promuovere processi di innovazione amministrativa;
- mobilitare risorse e capitale sociale presenti sul territorio, attivando processi di cittadinanza attiva, responsabilizzando e motivando i cittadini per rafforzare la coesione sociale e il senso di appartenenza alla collettività;
- gestire e ridurre i conflitti, rafforzando la fiducia nelle istituzioni e contrastando il *deficit* di legittimità e consenso, anche attraverso il miglioramento della trasparenza e l’apertura verso l’esterno dell’operato dell’amministrazione pubblica;
- integrare il *performance management* nei processi decisionali, collegando realmente la valutazione alla pianificazione, migliorando l’uso delle informazioni di *performance* sia da parte dei dirigenti pubblici e dei politici, sia da parte dei cittadini.
- Il lavoro in collaborazione tra amministrazioni pubbliche e attori sociali, ovvero cittadini attivi e organizzazioni di promozione e di tutela dei diritti è essenziale, soprattutto in un territorio come quello in cui opera l’AO S.Croce e Carle di Cuneo, in cui i legami tra istituzioni . Esiste da tempo la consapevolezza sia da parte dell’amministrazione che dei cittadini della necessità di superare l’autoreferenzialità nell’affrontare gli aspetti connessi alla qualità dei servizi e/o delle attività oggetto di valutazione, pertanto la valutazione partecipativa è aperta a tutti coloro che intendono fornire il proprio apporto costruttivo e concreto senza secondi fini.

L'AO riconosce la presenza di fattori abilitanti a favorire la valutazione partecipativa soprattutto rispetto all'esterno della stessa in quanto la Carta dei servizi, la mappatura dei processi, la rilevazione del grado di soddisfazione, sono presenti dalla fine degli anni Novanta ed hanno preparato il terreno consolidando gran parte dei valutatori e dei servizi oggetto di valutazione; il sistema di *performance management* attento alle dimensioni di impatto-*outcome* e di qualità, contiene obiettivi e indicatori rilevanti e comprensibili per i cittadini. Il Bilancio Sociale, costruito unitamente all'ASLCN1, rendiconta l'attuazione dei programmi di mandato e l'esecutività degli impegni, favorendo un meccanismo di *accountability* verso l'esterno grazie anche ad una buona collaborazione con il *commitment* politico che assicura continuità nel perseguimento degli intenti comuni.

L'OIV, in sede di espressione del parere vincolante, verifica la correttezza metodologica e la coerenza con le peculiari caratteristiche ed il livello di maturità dell'AO, a partire dal rispetto dei requisiti minimi elencati nelle Linee Guida del DFP.

Contenutistici:

- 1) **esplicitazione del modello nel SIMIVAP:** nel Sistema di Misurazione e Valutazione della *Performance* viene illustrato il "modello di valutazione partecipativa" adottato dall'AO. Esso contiene soggetti e ruoli (compreso il soggetto a cui viene affidato, all'interno dell'amministrazione, il ruolo del coordinamento della valutazione partecipativa); oggetti valutati (servizi, attività, funzioni) e dimensioni di *performance* organizzativa coinvolte (nel rispetto delle LG n. 1/2017 del DFP); finalità della valutazione partecipativa; processo e tempi, ivi inclusa la fase di uso degli esiti della valutazione; strumenti e metodi adottati;
- 2) **Effetti della valutazione partecipativa sulla *performance* organizzativa:** il modello chiarisce le modalità operative di collegamento tra valutazione partecipativa e *performance* organizzativa e gli effetti della prima sulla seconda (ovvero le modalità di utilizzo dei risultati) secondo gli ambiti/criteri previsti, in particolare, alle lettere a), c), e), f) e g) dell'art. 8, co. 1 del d.lgs. n. 150/2009;

Metodologici:

- 3) **annualità:** la valutazione partecipativa viene effettuata con cadenza annuale.
- 4) **inclusione:** l'AO garantisce che la partecipazione al processo di valutazione sia il più possibile accessibile, inclusiva e aperta, assicurando uguale possibilità di partecipare a tutte le persone interessate;
- 5) **responsabilizzazione:** il modello consente la riconoscibilità dei valutatori e, quindi, la loro responsabilizzazione;
- 6) **privacy e sicurezza:** il modello garantisce il rispetto della privacy e della sicurezza per tutti i valutatori;
- 7) **verificabilità:** il modello consente la verificabilità dei dati da parte dell'OIV;
- 8) **rilevanza:** il modello assicura che siano oggetto di valutazione partecipativa le attività e i servizi selezionati secondo i criteri dichiarati.

Tecnologici:

- 9) **supporto digitale:** il modello è dotato di un supporto digitale sufficiente che favorisce l'analisi e la rendicontazione dei dati.

Informativi:

- 10) **trasparenza:** le fasi, gli esiti e i costi del processo di valutazione sono resi pubblici, non solo per la platea dei diretti interessati alla materia oggetto di consultazione, ma per tutti i cittadini.

L'OIV attesta il posizionamento dell'AO S.Croce e Carle di Cuneo in fase di sviluppo avanzato rispetto al coinvolgimento dei cittadini nella programmazione e verifica dei servizi, mantenendo molteplici canali aperti sia ai singoli cittadini sia da parte delle varie forme di rappresentanza.

I principali attori del processo partecipativo sono:

- **l'amministrazione:** definisce il modello di valutazione partecipativa adottato, costruisce la mappa degli *stakeholders*, individua attività e/o servizi da valutare, le dimensioni di *performance* e i soggetti valutatori; provvedendo alle attività di formazione e comunicazione, valutazione, utilizzo dei dati;
- **l'OIV:** è chiamato a verificare l'adeguatezza del modello di valutazione partecipativa esplicitato dall'amministrazione nel proprio SIMIVAP e a verificarne l'effettivo rispetto al fine di presidiare la corretta applicazione del principio di partecipazione dei cittadini e degli utenti. L'OIV, in particolare, verifica la

previsione dei requisiti minimi delineati dalle linee guida DFP e che il processo di valutazione partecipativa delineato nel SiMiVaP possa garantire la regolare messa a disposizione delle informazioni necessarie ai fini della valutazione della *performance* organizzativa complessiva e della validazione della Relazione annuale sulla *performance*;

- **i cittadini e/o utenti** sono chiamati a svolgere un ruolo attivo, con un investimento di tempo ed energie, sia nelle attività preparatorie (inclusa l'attività di comunicazione volta a ridurre le asimmetrie informative, facendo conoscere meglio il servizio/attività oggetto della valutazione e il contesto in cui sono erogati) che nella valutazione delle attività e dei servizi. Il loro ruolo lungo il ciclo della *performance* comprende, ad esempio nel caso della Conferenza di Partecipazione e dell'audit civico, anche la selezione dei servizi oggetto di valutazione e dei criteri di analisi delle *performance*, nonché l'attiva collaborazione alla definizione di piani di miglioramento a valle del processo di valutazione e, dunque, alla fase di ri-progettazione del servizio con la definizione degli *standard* qualitativi e quantitativi del servizio.

Il processo di valutazione partecipativa è attualmente suddivisibile nelle seguenti fasi:

1. mappatura degli *stakeholders* dell'amministrazione;
2. selezione dei servizi e delle attività oggetto di valutazione e delle corrispondenti modalità e strumenti di coinvolgimento;
3. selezione dei soggetti da coinvolgere;
4. definizione delle dimensioni di *performance* organizzativa per la valutazione dei servizi e delle attività selezionati;
5. motivazione dei soggetti coinvolti nella valutazione;
6. valutazione delle attività e/o dei servizi;
7. utilizzo dei risultati ai fini della valutazione della *performance* organizzativa.

Il punto di partenza del processo di valutazione partecipativa è la realizzazione di una **mappatura degli *stakeholders*** (portatori di interesse) che fa parte di qualunque processo di pianificazione strategica e riguarda l'AO nel suo complesso. Nella tabella n.8 sono stati inseriti tutti coloro che sono interessati all'attività e agli obiettivi dell'AO e/o che possono condizionarne il raggiungimento.

La mappatura è stata effettuata a tavolino dalla S.S. Controllo di Gestione all'interno della quale è incardinata la Funzione della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza e condivisa con le strutture maggiormente coinvolte nel confronto con gli *stakeholders*, prima di essere sottoposta alla validazione da parte della Direzione che è stata chiamata ad esprimere un parere soprattutto in relazione alla ponderazione del valore potere/influenza-interesse.

La matrice proposta dalle LG 4/2019 suddivide gli *stakeholders* in quattro gruppi, ottenuti incrociando due dimensioni: il potere di condizionare o influenzare (positivamente o negativamente) il raggiungimento degli obiettivi dell'amministrazione e l'interesse verso servizi e/o attività specifici dell'amministrazione stessa. I quattro gruppi sono:

- *stakeholders* chiave: livello di potere/influenza alto – interesse alto;
- *stakeholders* influenzatori del contesto: livello di potere/influenza alto – interesse basso;
- *stakeholders* deboli: livello di potere/influenza basso – interesse alto;
- *stakeholders* marginali: livello di potere/influenza basso – interesse basso.

Tabella 7 matrice potere/influenza – interesse degli stakeholders

		POTERE/INFLUENZA	
		BASSA	ALTA
INTERESSE	BASSO	Stakeholder marginali Possono essere esclusi dalle strategie di coinvolgimento in quanto non centrali per l'amministrazione	Stakeholder influenzatori del contesto dell'amministrazione e delle sue performance Andrebbero sensibilizzati al fine di aumentare il loro interesse verso l'amministrazione (ad esempio, legislatore, finanziatori, ecc.)
	ALTO	Stakeholder deboli Si tratta di utenti effettivi o potenziali del servizio, loro famiglie o la comunità di riferimento. L'amministrazione deve mirare ad aumentare la loro influenza attraverso un maggiore coinvolgimento	Stakeholder chiave Sono al centro delle strategie di coinvolgimento e di partecipazione, sia nelle fasi di assunzione delle decisioni sia in quelle successive di attuazione e valutazione

Fonte LG DFP 4/2019

La presenza di una mappatura degli *stakeholders* consente all'AO di proseguire con la **selezione delle attività e/o dei servizi che saranno oggetto della valutazione partecipativa** e, più in generale, di orientare l'azione amministrativa verso l'attuazione di interventi mirati a soddisfare gli interessi e le aspettative degli *stakeholders*.

L'AO fin dagli anni Novanta in occasione della redazione della prima Carta dei Servizi¹⁸ aveva provveduto all'individuazione degli standard e degli impegni previsti per i principali servizi erogati e richiamato al ruolo di tutti gli utenti a partire dai diritti e dai doveri.

Da sempre si sono selezionate fundamentalmente le attività e/o i servizi da valutare relativi ad ambiti dove fisiologicamente si rischiano basse *performance* o alta conflittualità con l'utenza (reclami, contenziosi, ecc.); di elevata rilevanza per gli utenti e per la collettività e per la missione istituzionale dell'amministrazione.

Nel corso degli anni e, in rispondenza a quanto previsto dalla Norma ISO 9001 che sollecita le amministrazioni a tenere sotto controllo i propri outsourcing come se fossero processi interni, si sono contemplati anche i servizi principali che sono stati progressivamente esternalizzati (es. ristorazione, pulizia e sanificazione, lavanoio, trasporti, accoglienza, prenotazioni-cassa e call center, ritiro referti e documentazione).

Una volta definite le attività vengono selezionati gli **strumenti**. Alcuni sono in uso dai primi anni di vita dell'AO in quanto azienda, tra cui, per quanto riguarda il diretto coinvolgimento degli utenti:

- la raccolta ed analisi delle segnalazioni (reclami, elogi, suggerimenti)
- i pareri sistematici per quanto a campione attraverso le **indagini di customer satisfaction** volte a rilevare il grado di soddisfazione degli utenti in relazione ai servizi erogati dalla pubblica amministrazione.

Da sempre chiunque può far pervenire alle diverse strutture aziendali le proprie osservazioni, sia attraverso l'Ufficio Protocollo sia tramite l'URP: entrambe smistano ai diversi destinatari le segnalazioni.

Le modalità da seguire per la trasmissione di qualsiasi segnalazione convogliano prioritariamente all'URP come descritto sul portale¹⁹, ricordato nella cartellonistica dei punti di maggior afflusso ed in ogni struttura, nonché nei vari footer e postazioni in cui sono riportate le caselle mail²⁰.

L'OIV verifica la rispondenza ai criteri minimi previsti, cioè alla diffusione de:

- il nome e i contatti dell'ufficio competente a ricevere la segnalazione;

¹⁸ http://www.ospedale.cuneo.it/fileadmin/user_upload/6_Impegni_e_Programmi.pdf

¹⁹ http://www.ospedale.cuneo.it/ufficio_relazioni_con_il_pubblico/segnalazioni_e_reclami/

²⁰ <http://www.ospedale.cuneo.it/>

- gli indirizzi di posta elettronica: sia PEC collegato al sistema di protocollo sia di posta ordinaria;
- un *format* di segnalazione che presenti i seguenti elementi: le generalità di chi fa la segnalazione, l'oggetto della segnalazione, la struttura organizzativa interessata, il periodo di riferimento, la descrizione sintetica dell'eventuale episodio di contatto con la amministrazione, la valutazione. In ogni caso l'AO favorisce il massimo accesso di qualsiasi segnalazione, anche senza compilazione di format sia attraverso il protocollo ordinario che attraverso le modalità digitali. Viene altresì descritto il canale previsto per il whistleblowing. L'identificazione di chi fa la segnalazione, sia esso una persona fisica, associazione, comitato o altra persona giuridica, è utile ai fini di una corretta gestione delle segnalazioni, sia per sollecitare, ove possibile, una eventuale risposta della unità organizzativa interessata, sia per individuare segnalazioni plurime da parte dello stesso soggetto. A tal fine il protocollo informativo garantisce trasversalmente un sistema di registrazione dell'utenza.

Le segnalazioni anonime vengono raccolte ma non possono essere gestite secondo le modalità procedurali normalmente né convogliano nel computo complessivo.

Le modalità di indagine aziendale risalgono al 1999 quando erano state costruite all'interno di un gruppo di lavoro regionale con il supporto del Servizio Epidemiologico e testate a livello locale. Dal 2020 verranno semplificate anche se mancherà la possibilità del confronto diacronico e sincronico portato avanti in questi decenni. Il *benchmarking* viene effettuato a livello informale in modo particolare all'interno del quadrante sud ovest e con l'ASLCN1 di riferimento, nonché nelle parti coordinate dalla cabina di regia che si è occupata di Umanizzazione e Accreditamento istituzionale.

Tutti i dati convogliano nella Relazione sulla Performance.

La selezione dei cittadini /valutatori avviene di volta in volta in maniera specifica rispetto agli ambiti, agli obiettivi ed agli strumenti. Al di là dei ruoli di mandato di organismi ed organi, normalmente si cercano adesioni volontarie purché rispondenti a caratteristiche pre dichiarate cercando l'equilibrio ottimale del *trade-off* tra esperienza e rappresentatività. Da un lato è fondamentale coinvolgere cittadini e utenti che abbiano una conoscenza dell'AO e dei suoi servizi, dall'altra si incentiva il più possibile un ampio ventaglio di persone che siano portatrici di bisogni ed esperienze differenti, sempre tenendo conto della loro disponibilità di tempo e la motivazione a collaborare, il tutto in ottica di rendere il processo compatibile con le risorse effettivamente disponibili, pur senza intaccare la significatività e il rigore metodologico della valutazione.

Per quanto riguarda **le dimensioni di performance** sulle quali i valutatori sono chiamati ad esprimersi ci si concentra maggiormente, come suggerito dalle stesse LG 1 e 2 del DFP e coerentemente con quanto posto in essere fin dagli anni Novanta, su:

A. servizi di front office, a favore degli utenti esterni e finali: efficacia quantitativa erogata (es. quantità *output* esterni); efficacia qualitativa erogata (rispetto degli *standard* di qualità dichiarati, ad esempio sui tempi erogativi, sulla trasparenza, ecc.); efficacia qualitativa percepita (es. rilevazione del grado di soddisfazione, cortesia del personale); impatti (es. effetto sul livello di benessere del cittadino/utente rispetto al periodo precedente all'erogazione del servizio);

B. servizi di back-office e attività di amministrazione generale, a favore degli utenti interni: efficacia quantitativa erogata (es. quantità *output* interni); efficacia qualitativa erogata (rispetto standard di qualità dichiarati, ad esempio rispetto dei tempi di svolgimento del processo interno, ecc.); efficacia qualitativa percepita (es. rilevazione del grado di soddisfazione degli utenti interni, cortesia del personale); efficienza temporale (es. tempi di svolgimento del processo interno); efficienza economica (es. costi di svolgimento del processo interno);

C. attività di regolazione e di trasferimento: efficacia qualitativa erogata (rispetto *standard* di qualità dichiarati, ad esempio rispetto dei tempi di svolgimento, ecc.); efficacia qualitativa percepita (es. rilevazione del grado di soddisfazione); efficienza temporale (es. tempi di svolgimento); efficienza economica (es. complessità delle informazioni, costi di svolgimento).

Con particolare riferimento ai servizi erogati, molto spesso alcuni elementi sono già stabiliti in sede di definizione degli standard di qualità e/o delle carte dei servizi e/o negli obiettivi organizzativi.

La scelta di dimensioni interessanti e rilevanti per i cittadini/utenti è favorita dall'utilizzo di indicatori di performance organizzativa multidimensionali all'interno dei piani della performance

Un aspetto critico per il successo della valutazione partecipativa è come mantenere i soggetti valutatori motivati e attivamente impegnati nel corso di tutto il processo.

Nei processi di valutazione partecipativa, infatti, l'azione di valutazione coesiste necessariamente con la mobilitazione delle persone in merito a un dato problema, la condivisione trasparente di informazioni, la formulazione di un giudizio rispetto al problema e la partecipazione nell'identificazione e nell'attuazione di possibili soluzioni. Il cittadino/utente valutatore è sempre e comunque un cittadino/utente attivo e interessato al cambiamento della società.

Allo scopo di mantenere elevati livelli di motivazione l'AO utilizza il coinvolgimento attivo lungo tutto il processo laddove possibile, la comunicazione, la formazione e la socializzazione.

La **comunicazione** accompagna l'intero processo:

- nella fase iniziale per spiegare chiaramente gli obiettivi e le modalità e per fornire le informazioni necessarie affinché si attivi una partecipazione consapevole e responsabile;
- nella fase di valutazione vera e propria, per incoraggiare la partecipazione e fornire *feedback* intermedi;
- nell'ultima fase per rendicontare, in modo trasparente ed oggettivo, gli esiti e gli impatti.

La valutazione delle attività e/o dei servizi è il cuore del processo e pur essendo quella storicamente più consolidata occorre mantenerla periodicamente sia in funzione dei cambiamenti organizzativi che delle caratteristiche sociali e dei valutatori stessi.

È spesso difficile introdurre innovazioni significative sia nelle modalità che negli strumenti soprattutto perché i cambiamenti richiedono ulteriori risorse per essere progettati, testati, attuati e rendicontati e, in presenza di risorse limitate e carichi di lavoro costantemente crescenti, si tende a mantenere il più possibile gli schemi consolidati.

Le informazioni relative a chi valuta (soggetti e ruoli), cosa e quanto (oggetti e dimensioni della *performance* organizzativa), come (fasi e sub-fasi del processo, strumenti e metodi), quando (tempi) e perché (finalità) costituiscono il requisito contenutistico n. 1 e sono illustrate sinteticamente nella tabella 5.

L'utilizzo dei dati emersi è uno degli aspetti chiave per il successo delle iniziative di coinvolgimento degli stakeholders nella valutazione dei servizi o delle attività e rappresentato dalla capacità dell'amministrazione di utilizzarne al meglio gli esiti, con particolare riferimento a:

- effetti sulla valutazione della *performance* organizzativa
- ri-progettazione in chiave migliorativa dei servizi e/o delle attività tenendo conto delle esigenze ed aspettative del cittadino/utente, al fine di creare valore pubblico.

La valutazione partecipativa, infatti, analogamente a tutti gli strumenti di valutazione della *performance*, diventa importante solo nella misura in cui i suoi esiti incidono su:

- **servizi:** consentendo una riprogettazione complessiva, più efficace ed efficiente del servizio pubblico;
- **decisioni e politiche pubbliche:** contribuendo, attraverso il supporto ai decisori politici, al miglioramento e ad interventi che tengano conto dei bisogni dei cittadini/utenti;
- **comportamenti:** mettendo i cittadini/utenti in grado di produrre un cambiamento culturale e sociale e di stimolare processi di apprendimento collettivo e di accrescimento del senso di comunità o innescando meccanismi di premialità/sanzione che rafforzano anche l'identità e l'appartenenza a un gruppo

A tal fine, pertanto, è fondamentale prevedere momenti di discussione, analisi e interpretazione condivisa dei risultati della valutazione tra i vertici della *governance* e i cittadini/valutatori.

Il corretto utilizzo dei *feedback* risulta essenziale anche per non deludere le aspettative dei valutatori coinvolti ed accrescere la loro fiducia nelle istituzioni, soprattutto se non sono addetti ai lavori: chi partecipa a questo tipo di iniziative si aspetta di generare "effetti concreti" sull'operato dell'amministrazione. Diventa, quindi, di fondamentale importanza restituire un *feedback* sulle iniziative realizzate, pubblicando sul sito istituzionale, un *report* che abbia l'obiettivo di restituire il lavoro fatto, di informare i soggetti coinvolti e promuovere il processo anche con chi non è stato coinvolto.

In questa ottica, infine, il processo di valutazione partecipativa prevede anche l'impostazione e la condivisione di un **piano di miglioramento** che includa la definizione degli ambiti di intervento, le corrispondenti azioni e l'impostazione di un sistema di monitoraggio.

L' OIV è chiamato a presidiare l'applicazione del principio di partecipazione dei cittadini e degli altri utenti, verificando l'effettiva realizzazione delle indagini, l'adeguatezza del processo di interazione con l'esterno messo in atto nonché la pubblicazione dei dati.

L'OIV valuta l'adeguatezza dei percorsi di ascolto promossi dall'Azienda Santa Croce e Carle e può fornire dei suggerimenti anche in merito all'effettiva sostenibilità degli stessi.

Di tali esiti l' OIV tiene conto in sede di:

- valutazione della performance organizzativa;
- validazione della Relazione sulla performance;
- relazione sul funzionamento complessivo del sistema.

In coerenza con quanto indicato nel SiMiVaP, l'OIV dovrà evidenziare quali sono i contributi dei quali ha tenuto conto nella formulazione della propria valutazione e come tali contributi hanno influito su di essa.

Utilizzo dei dati

Gli esiti del monitoraggio sono comunicati, anche ai fini della pubblicazione di cui all'art. 19 bis, comma 4, sia agli organi di indirizzo politico-amministrativo che alla dirigenza apicale. Le rendicontazioni sono pubblicate e diffuse secondo i consueti canali aziendali.

La partecipazione degli utenti interni

Nel corso del 2019-2020 l'AO S.Croce e Carle di Cuneo ha provveduto ad una prima mappatura degli stakeholders coinvolti, esterni e interni e all'individuazione del collegamento con attività, processi e progetti, secondo il modello normalmente utilizzato per l'analisi dei processi (cfr tabella n.8) in cui sono evidenziate, come suggerito dalle LG 4/2019, le attività e le dimensioni in cui i diversi attori sono coinvolti, le dimensioni correlate, gli strumenti con cui vengono raccolti i dati, dove vengono rendicontati e presentati, il riferimento aziendale e lo stato di coinvolgimento.

8 DESCRIZIONE DELLE MODALITA' DI MONITORAGGIO DELL'OIV

Monitoraggio della *performance* organizzativa

La misurazione è funzionale al monitoraggio *in itinere* (o periodico) e alla valutazione al termine del periodo di riferimento.

Il monitoraggio è una funzione che viene svolta sia dall'amministrazione, nell'esercizio del controllo direzionale proprio delle responsabilità della dirigenza, sia dall'OIV.

Il SiMiVaP prevede una reportistica adeguata per decisori e OIV, che consenta ai primi di modificare le proprie azioni a fronte dei risultati ottenuti e agli OIV di svolgere le sue funzioni. Per quanto riguarda il perimetro del monitoraggio, esso non è circoscritto agli obiettivi formalizzati nel Piano della *performance*, ma si estende anche agli obiettivi fissati nei documenti di programmazione complementari al Piano.

L'OIV, come da previsione normativa, mette in atto un'attività di verifica tramite l'esame di documentazione, di rapporti, l'analisi diretta e indiretta di dati, la consultazione di ruoli specifici, in base ai tempi concordati con l'organizzazione.

Riguardo all'Attestazione sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione, l'OIV indica nell'apposito schema di relazione il procedimento seguito per verificare quanto dichiarato nella rilevazione dei dati curata dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza.

L'OIV, inoltre, conserva traccia documentale, anche di carattere informatico, tramite la Struttura Tecnica Permanente, di quanto rilevato ai fini dell'Attestazione, in modo da consentire verifiche *ex-post* anche da parte di soggetti terzi, in particolare della Commissione, in occasione dell'eventuale svolgimento di audit a campione.

L'esito dell'attestazione è pubblicata nell'apposita area dell'Amministrazione Trasparente sul sito aziendale²¹.

9 MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

Annualmente tutti i documenti connessi al ciclo di Performance vengono riesaminati e revisionati se necessario, altrimenti confermati senza variazioni.

Nelle relazioni specifiche si rende evidenza dello stato di avanzamento del sistema e si individuano eventuali azioni di miglioramento.

La Direzione aziendale analizza l'andamento del monitoraggio costi-produzione e suggerisce i necessari aggiustamenti sia a livello aziendale che di singola struttura.

Il SiMiVaP viene riesaminato annualmente e modificato qualora la Direzione, sulla scorta di quanto segnalato dal gruppo di lavoro SiMiVaP, da ulteriori input provenienti dai portatori di interesse e di proposte di miglioramento da parte dell'OIV, ritenesse di doverlo aggiornare, altrimenti il documento conserva la sua validità.

Nello specifico di questa contestualizzazione 2020 si è provveduto all'adeguamento alle Linee Guida 5 e 4 della Presidenza del Consiglio dei Ministri- Dipartimento della Funzione Pubblica- Ufficio per la valutazione della Performance emanate nel 2019, che si aggiungono alle LG n.2/2017 che sostituiscono le precedenti indicazioni CIVIT/ANAC (Delibera n. 89/2010; Delibera n. 104/2010; Delibera n. 114/2010; Delibera n. 1/2012, paragrafi 3 e 4).

Parallelamente all'attuazione di quanto previsto dalla Contrattazione Integrativa, se sarà possibile in relazione alla ripresa dell'attività a regime terminata l'emergenza Covid 19 si verificherà l'opportunità di riesaminare alcuni aspetti connessi alla valutazione individuale rispetto a quanto evidenziato nella tabella n. 6 ma al momento non programmabili.

10 RIFERIMENTI E DOCUMENTI CORRELATI

- Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n°150 ora modificato da Decreto Legislativo 25 maggio 2017, n. 74 Modifiche al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, in attuazione dell'articolo 17, comma 1, lettera r), della legge 7 agosto 2015, n. 124. (17G00088) (pubblicato in GU Serie Generale n.130 del 07-06-2017 ed entrato in vigore il 22/06/2017)
- Delibera n. 4/2012 Linee guida relative alla redazione della Relazione degli OIV sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni e sull'Attestazione degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità (art. 14, comma 4, lettera a e lettera g del D. Lgs. n. 150/2009)
- Delibera n. 23/2013 Linee guida relative agli adempimenti di monitoraggio degli OIV e alla Relazione degli OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, comma 4, lettera a) del D.Lgs. n. 150/2009)
- Linee Guida per il Sistema di Misurazione e Valutazione della performance n.2/dicembre 2017 della Presidenza del Consiglio dei Ministri- Dipartimento della Funzione Pubblica- Ufficio per la valutazione della Performance
- Linee Guida sulla valutazione partecipativa nelle amministrazioni pubbliche n.4/novembre 2019 della Presidenza del Consiglio dei Ministri- Dipartimento della Funzione Pubblica- Ufficio per la valutazione della Performance
- Linee Guida per la misurazione e valutazione della performance individuale n.5/dicembre 2019 della Presidenza del Consiglio dei Ministri- Dipartimento della Funzione Pubblica- Ufficio per la valutazione della Performance

²¹ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=1039>

11 LISTA DI DISTRIBUZIONE

Tutti i dipendenti e tutta la popolazione tramite pubblicazione sul sito web www.ospedale.cuneo.it area Amministrazione Trasparente/Performance/Sistema di misurazione e di valutazione della performance²².

12 ALLEGATI

- 1) schede SVI vuote
- 2) schede obiettivi vuote
- 3) tabella per valutazione raggiungimento obiettivi
- 4) mappatura stakeholders (tabella n.8)



www.regione.piemonte.it/sanita

²² <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=976>