

Relazione dell'OIV

**sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione,
trasparenza e integrità dei controlli interni nell'anno 2018 (ai
sensi del D.Lgs. 150/2009, art. 14, comma 4, lettera a)**

Relazione relativa all'Anno 2019

1. Presentazione	3
2. Performance organizzativa.....	3
3. Performance individuale.....	4
4. Processo di attuazione del ciclo della performance.....	6
5. Infrastruttura di supporto.....	9
6. Sistemi informativi e informatici a supporto dell'attuazione del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità e per il rispetto degli obblighi di pubblicazione.....	10
7. Definizione e gestione degli standard di qualità.....	10
8. Integrazione con il ciclo di bilancio	12
9. Integrazione con gli altri sistemi di controllo	12
10. Utilizzo dei risultati del Sistema di misurazione e valutazione.....	12
11. Descrizione delle modalità del monitoraggio dell'OIV.....	13

1. Presentazione

L'OIV "monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso". (art 14, comma 4, lettera a)

del D.Lgs. n. 150/2009).

Con la presente Relazione l'OIV ha lo scopo di mettere in luce aspetti rilevanti del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni. Il ruolo dell'OIV è garantire la correttezza dei processi di misurazione e valutazione, oltre che l'applicazione delle linee guida, delle metodologie e degli strumenti predisposti dalla CiVIT.

Lo scrivente OIV si è insediato il 18 febbraio 2019, pertanto, ha conoscenza diretta del funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni, solo in relazione alle ultime fasi del ciclo della performance anno 2018 ovvero le fasi di monitoraggio e valutazione finale. Per le fasi precedenti, ai fini della presente relazione, l'OIV ha provveduto a intervistare i soggetti coinvolti nel processo di valutazione e a consultare la documentazione disponibile.

2. Performance organizzativa

Il sistema di misurazione e valutazione dell'ASL Napoli 3 Sud trova le sue fondamenta in una prassi consolidata e diffusa di definizione e assegnazione degli obiettivi a partire dalla individuazione degli obiettivi strategici nel Piano della Performance.

Quest'ultimo definisce, a livello di struttura, gli obiettivi di performance organizzativa, che vengono poi ribaltati a cascata sui dipendenti. Gli obiettivi sono inquadrati in linee strategiche individuate in relazione alle disposizioni regionali e ministeriali. Il Piano al suo interno fa cenno al processo di negoziazione e condivisione degli obiettivi.

Il Piano triennale 2018-2020 è stato adottato con Deliberazione del Direttore Generale n. 567 del 19/07/2018. *Al riguardo sono emerse considerazioni in merito alla tempistica del processo, per cui l'OIV ha rappresentato la necessità di rispettare i termini previsti dalla normativa e, quindi, di assegnare gli obiettivi alle strutture organizzative e al personale entro i primi tre mesi dell'anno o, comunque, in caso di ritardo nell'emanazione del Piano, di contemperare un periodo di valutazione che sia coerente con il periodo di assegnazione degli obiettivi. Inoltre, dalla disamina del Piano emerge che tra gli obiettivi da assegnare alle Strutture e ai Dirigenti, figurano anche i Progetti Speciali finanziati dalla Regione Campania che, secondo il parere dell'OIV, non dovrebbero dar luogo a retribuzione di risultato, in quanto le attività progettuali sono svolte in orario extra*

lavorativo e sono remunerate come attività extra.

L'azienda, ha elaborato gli strumenti della valutazione ovvero schede di valutazione, indicatori, ecc. ma non si è dotata di una regolamentazione ad hoc.

Come già osservato dall'OIV nel verbale n. 2 del 12 marzo 2019 e nei precedenti verbali, l'ASL non risulta ancora dotata di un aggiornato, formale, documento sul Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance, che necessita di essere adottato nel più breve tempo possibile, recependo le novità normative di cui al D. Lgs. 74 del 25/05/2017 e ss.mm.ii., dalle linee guida del dipartimento della funzione pubblica 2/2017, della circolare del Dipartimento della Funzione Pubblica del 9 gennaio 2019 ad oggetto: Indicazioni in merito all'aggiornamento annuale del Sistema di misurazione e valutazione della performance, che hanno delineato con chiarezza: tempi dei processi, ruoli e responsabilità dei soggetti coinvolti (valutati, valutatori, OIV), metodi e strumenti della misurazione e della valutazione delle performance organizzative e individuali, anche al fine di modificare prassi non propriamente corrette.

Non risulta essere presente un monitoraggio infrannuale e finale delle performance organizzative delle Strutture, che invece è utile al fine di porre in essere eventuali azioni correttive volte a migliorare l'efficacia e l'efficienza delle attività.

3. Performance individuale

L'ASL anche per la performance individuale adotta un processo che discende dalla prassi: sono state elaborate schede di valutazione, ma in assenza di una regolamentazione aggiornata che definisca "le regole del gioco".

Attraverso un processo a cascata gli obiettivi della struttura definiti nel Piano delle Performance vengono tradotti dal Responsabile dell'Unità Operativa in azioni che coinvolgono tutto il personale che opera nella stessa.

L'assegnazione degli obiettivi avviene utilizzando apposite schede nelle quali sono riportati gli obiettivi della Struttura, che vengono condivisi da valutatore e valutato in un contraddittorio. Gli obiettivi assegnati a livello individuale assumono una connotazione organizzativa, in quanto trattasi di obiettivi di processo, che rappresentano il contributo offerto dai singoli ai processi operativi della struttura di appartenenza mentre manca una valutazione sul comportamento individuale. L'accettazione degli obiettivi avviene tramite firma delle schede suddette.

La misurazione delle performance individuali realizzate avviene attraverso la compilazione di una scheda contenente obiettivi target e percentuale realizzata. Il giudizio finale viene rappresentato mediante una ulteriore scheda di sintesi.

Ciascun responsabile di Struttura consegna le schede alla UOC Valutazione Risorse Umane e Performance (precedentemente alla UOC Controllo di Gestione) unitamente ad una relazione che descrive il processo di assegnazione e valutazione oltre che sintetizzare le azioni poste in essere dal personale per il conseguimento degli obiettivi e eventuali criticità riscontrate.

Le schede per la rilevazione delle performance, per l'anno 2018, in numero di 5, che si allegano in coda al presente documento, sono state adottate con delibera 679 del 7/9/2018 e codificate con un codice alfa numerico da SP/01 a SP/05.

Negli anni precedenti all'insediamento dell'attuale OIV, il sistema adottato ha previsto una valutazione di prima istanza dei Dirigenti effettuata dai rispettivi preposti, e una valutazione di seconda istanza effettuata, invece, da un Nucleo di Valutazione (non OIV). Tale modello di valutazione aderisce alle indicazioni del CCNL della dirigenza sanitaria 2005, ma è stato superato con il D. Lgs. 150/2009 e con il D. Lgs. 74/2017.

Per l'anno 2018 l'OIV si è attenuto al rispetto delle regole definite nel Piano della Performance 2018 - 2020, ma anche al rispetto delle attuali disposizioni normative. Pertanto, ha provveduto ad esaminare la documentazione e a validare le singole valutazioni, mantenendo l'attenzione sulla correttezza del processo di valutazione svolto dai valutatori di I istanza e sulla coerenza tra gli elementi che lo compongono.

Dalla disamina delle schede di valutazione sono emerse, in alcuni casi, incongruenze nella modalità di espressione del valore atteso, dell'indicatore e del valore realizzato. A titolo di esempio, ad un indicatore formulato come rapporto tra due grandezze, deve corrispondere un valore realizzato come risultato del rapporto tra due grandezze e non un valore realizzato espresso come "Si/No". In ogni caso, le valutazioni sono state validate nei casi in cui, nonostante l'incongruenza, la documentazione complessiva prodotta dai valutatori non lasciava dubbi sull'esito della valutazione.

Si auspica che l'azienda realizzi dei brevi incontri formativi rivolti a tutte le strutture, al fine di ottenere una complessiva coerenza del processo.

Come detto in precedenza si è osservato un certo ritardo, rispetto alle previsioni normative, dell'adozione del Piano della performance 2018-2020, approvato a luglio 2018. Questo ritardo ha determinato, ovviamente, un conseguente slittamento dei tempi di svolgimento del ciclo della performance.

Inoltre la complessità dell'articolazione aziendale, la numerosità del personale da valutare, la non sempre adeguata formazione dei valutatori di I istanza sulle metodologie della valutazione, l'ingente volume di documentazione cartacea da produrre in assenza di supporti informatici a supporto del processo di valutazione, hanno determinato il protrarsi dei tempi per la conclusione del processo di valutazione 2018. Pertanto l'attività di validazione dei risultati da parte dell'OIV al luglio 2019 ha riguardato il 70%, circa, dei dirigenti.

4. Processo di attuazione del ciclo della performance

Il Processo di attuazione del ciclo della performance è rilevabile nel Piano della Performance di cui alla Deliberazione del Direttore Generale n. 567 del 19/07/2018.

Come già detto, è auspicabile l'adozione di un regolamento sui Sistemi di misurazione e valutazione della performance (SMVP), che in conformità alle disposizioni già citate in precedenza individui:

- a) le fasi, i tempi, le modalità, i soggetti e le responsabilità del processo di misurazione e valutazione della performance;
- b) le procedure di conciliazione relative all'applicazione del sistema di misurazione e valutazione della performance;
- c) le modalità di raccordo e integrazione con i documenti di programmazione finanziaria e di bilancio.

Il SMVP dovrebbe contenere anche un articolo nel quale vengano chiariti i compiti dell'OIV. Attualmente, vige confusione in materia perché fino all'insediamento dell'attuale Organismo ha operato un Nucleo di Valutazione con compiti analoghi ma modalità differenti e non più in linea con il dettato normativo recente.

Più volte questo Organismo ha sottolineato che la funzione principale dell'OIV attiene alla verifica e alla validazione della correttezza metodologica del processo di valutazione adottato dai valutatori di I istanza ed eventualmente di II istanza, se previsti. Tale funzione è stata esplicitamente indicata nella Delibera della Asl Na 3 Sud n. 74 del 05.03.2015 avente ad oggetto "Revoca deliberazione 285/2010:" Adozione del regolamento per la valutazione degli incarichi dirigenziali del personale dell'area della dirigenza medico e dell'area della

dirigenza sanitaria professionale, tecnica e amministrativa”. Si riporta, di seguito, l’articolo 4 del regolamento allegato alla delibera n. 682 dello 07.09.2018: “Art. 4. Organismo per la verifica e la valutazione dei risultati e delle attività dei dirigenti e tipologie di valutazione - “Gli organismi preposti alla verifica dei Dirigenti ai sensi dell’art. 15, commi 5 e 6 del D.lgs 502/1992 s.m.i. ed artt. 26 dei CCNL 03/11/2005 della dirigenza Medica e Veterinaria e corrispondente S.P.T.A. sono: a) il Nucleo di valutazione/oggi OIV (organismo indipendente di valutazione della performance); b) il Collegio tecnico; Il Nucleo di valutazione/OIV procede, sulla base di un suo specifico regolamento, alla verifica annuale, basata essenzialmente sulla regolarità formale e metodologica della valutazione di prima istanza, dei risultati raggiunti da tutti i Dirigenti, in relazione agli obiettivi affidati, ai fini dell’attribuzione della retribuzione di risultato.”

In proposito si è espresso, recentemente, anche il CCNL 2016-2018 della Dirigenza sanitaria all’art.57 Organismi per la verifica e valutazione delle attività professionali e dei risultati dei dirigenti, punto 5., che recita: “.....5. Per le diverse tipologie di valutazione sopra richiamate, sulla base degli specifici regolamenti aziendali di attuazione:

- la valutazione di prima istanza attiene alla verifica ed alla valutazione di merito dei risultati conseguiti e delle attività professionali svolte, rappresentando il momento conclusivo di un processo articolato di definizione dei risultati e delle attività attesi, di monitoraggio e confronto periodico e, infine appunto, di valutazione conclusiva di quanto conseguito;
- la valutazione di seconda istanza attiene alla verifica ed alla validazione della correttezza metodologica della valutazione attuata in prima istanza, con la possibilità di modificarla ed integrarla qualora si rilevassero anomalie significative, certificando così le valutazioni finali; inoltre si attua attraverso valutazioni di merito nel caso di prima istanza negativa nell’ambito della procedura di cui all’art. 60 (La valutazione negativa).”

Si ritiene che attualmente, come indicato dal citato ultimo CCNL della dirigenza sanitaria, la funzione di valutazione dell’OIV non si configura quale valutazione di seconda istanza in quanto, questa, è una valutazione di merito, e non di metodo, nella quale il superiore gerarchico del valutatore di I istanza (o altra figura appositamente individuata) è chiamato a formulare una nuova valutazione (che può ricalcare la precedente o discostarsi da essa).

L'OIV ricopre un ruolo importante nella valutazione individuale a due livelli. Innanzitutto 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. E' infatti evidente che 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 dell'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 SMVP. 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.”

Pertanto, in considerazione di tutto quanto riportato, relativamente al ruolo dell'OIV nel processo di valutazione dei dirigenti, l'OIV, per la valutazione dei risultati 2018 si è proceduto alla verifica del rispetto degli obiettivi fissati dal Piano della performance, alla verifica e validazione della correttezza metodologica del processo di valutazione e delle misure adottate dai valutatori di I istanza ed eventualmente di istanza successiva, ove prevista.

5. Infrastruttura di supporto

L'ASL si è dotata di un'unità organizzativa dedicata alla valutazione delle performance che provvede a porre in essere tutte le fasi previste dal Ciclo della Performance e a supportare l'OIV nelle attività di competenza. Infatti con Deliberazione del Direttore Generale n. 300 del 01.04.2019 è stata istituita la UOC Valutazione Risorse Umane e Performance.

La UOC supporta l'OIV in tutte le attività di sua competenza e funge da tramite tra OIV e Azienda interagendo con le diverse strutture e, in particolare, con quelle coinvolte nella pianificazione strategica e operativa, nella programmazione economico-finanziaria e nei controlli interni. Assicura il necessario supporto metodologico e

strumentale allo svolgimento dell'intero Ciclo di gestione della performance e fornisce all'OIV tutta documentazione necessaria ai fini della valutazione. Inoltre, provvede alla stesura del Sistema di Misurazione e valutazione della Performance, del Piano e della Relazione della Performance, documenti per i quali l'OIV fornisce sempre indicazioni e suggerimenti.

6. Sistemi informativi e informatici a supporto dell'attuazione del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità e per il rispetto degli obblighi di pubblicazione

Il Responsabile prevenzione e anticorruzione annovera tra i suoi compiti quello di attivare sistemi di monitoraggio per l'efficace attuazione del piano utilizzando anche supporti tecnici-informatici messi a disposizione dall'ASL Napoli 3 Sud, di cui lamenta la carenza, ed è supportato dal sistema dei Controlli dell'Asl Napoli 3 Sud.

Nel novellato art. 10 del d.lgs. 33/2013 (D.L.gs 97/2016), che prevede l'accorpamento tra programmazione della trasparenza e programmazione delle misure di prevenzione della corruzione, viene chiarito che la sezione del PTPCT sulla trasparenza debba essere impostata come atto organizzativo fondamentale dei flussi informativi necessari per garantire, all'interno dell'Asl Napoli 3 Sud, l'individuazione/l'elaborazione, la trasmissione e la pubblicazione dei dati;

Il processo di misurazione e valutazione della performance organizzativa, strutturale ed individuale sconta l'assenza di una piattaforma centralizzata a livello di Direzione Strategica, di gestione dei flussi informativi, all'interno della quale far confluire tutti i dati relativi alle attività oggetto di misurazione, per cui risulta complesso effettuare verifiche tempestive dei dati riportati dai soggetti valutatori. Si auspica l'adozione di soluzioni informatiche idonee a facilitare la rilevazione, l'elaborazione e la trasmissione dei dati e delle informazioni necessarie.

7. Definizione e gestione degli standard di qualità

L'ASL si è dotata di una Carta della qualità (Del. 458/2012 - Presa d'atto della carta della qualità dell'Asl Na 3 Sud -delibera Civit n. 3/2012 linee guida per il miglioramento degli strumenti per la qualità dei servizi pubblici) come strumento aziendale finalizzato alla individuazione, promozione e diffusione, sia verso i clienti interni

che esterni, della metodologia che viene adottata per la definizione degli standard di qualità dei servizi, assunti come impegno formale dell'Azienda nei confronti dei cittadini, con le Carte dei servizi e delle strutture dell'Asl Napoli 3 Sud.

Infatti, gli standard della Carta dei servizi prendono in esame le dimensioni generali della qualità del servizio, come ad esempio l'accoglienza, la tempestività, l'informazione, l'efficienza, il comfort e la pulizia delle strutture, la semplificazione delle procedure. Pertanto, si è ritenuto opportuno avviare un processo di definizione degli standard di qualità dell'Asl Napoli 3 Sud elaborando una metodologia che consentisse:

- Il rispetto delle indicazioni contenute nella delibera ex CiVIT n.3 /2012 (Anac), con riguardo alla centralità del cittadino.
- La partecipazione attiva dei professionisti nel processo di analisi e verifica dei fattori di qualità, al fine di responsabilizzarli nella gestione.

La metodologia che si intende adottare per l'elaborazione degli standard di Qualità è la seguente:

Fase I: Organizzativa - Costituzione dei gruppi di lavoro per la qualità e per le aree di bisogno. I componenti sono individuati nei responsabili di processo ed operatori competenti sui diversi aspetti dei servizi erogati, con il compito di individuare le dimensioni della qualità effettiva, progettazione ed attuazione di interventi di miglioramento, elaborazione degli indicatori per ciascuna delle dimensioni considerate, definizione dei valori standard di riferimento.

Fase II: Individuazione dei fattori di non Qualità'

Fase III: Analisi Delle Cause in cui occorre analizzare le cause della mancata qualità.

Fase IV: Definizione degli standard, monitoraggio e verifica che vengono assunti formalmente con l'inserimento nella relativa Carta dei servizi,. Essi costituiranno forme di garanzia sul livello atteso di qualità del servizio che l'Azienda offre all'utente.

Sia la Carta dei Servizi che la Carta della Qualità non sono aggiornate, pertanto, data l'importanza rivestita da tali documenti al fine di rendere al cittadino un servizio di qualità, l'OIV auspica un loro aggiornamento in tempi medi.

8 Integrazione con il ciclo di bilancio

Il livello di coerenza tra il sistema di misurazione e valutazione della performance ed Il ciclo della programmazione economico-finanziaria e di bilancio va migliorato. Potrà risultare utile individuare, tra i vari

servizi impegnati nella gestione economico finanziaria e nel controllo di gestione stabili modalità di integrazione tra dati contabili e il processo di definizione degli obiettivi e l'individuazione delle necessarie risorse economiche. Altro elemento su cui lavorare è sicuramente quello di portare ad unità l'assegnazione degli obiettivi di performance alle strutture e l'assegnazione del budget, ad oggi momenti spesso troppo scollegati.

9 Integrazione con gli altri sistemi di controllo

Per quanto riguarda la pianificazione ed il controllo strategico, un fronte di miglioramento è rappresentato dagli indicatori economico-finanziari all'interno della programmazione delle attività; per quanto attiene invece il controllo di gestione, lo stesso dispone di un sistema di acquisizione dei dati salienti relativi alle prestazioni erogate in ambito ospedaliero, che tuttavia richiede processi di analisi e rielaborazione al fine di disporre di informazioni accurate e tempestive per la consuntivazione degli indicatori.

Meno soddisfacenti o a volte carenti sono i dati relativi alle attività territoriali.

10 Utilizzo dei risultati del Sistema di misurazione e valutazione

Le risultanze del processo di valutazione anno 2018 hanno messo in luce una serie di criticità di processo e di metodo. Nel corso delle riunioni svolte, l'OIV ha di volta in volta suggerito i correttivi da apportare, che sono sintetizzati anche nella presente relazione nei paragrafi precedenti. Parte delle riflessioni poste hanno rappresentato utile spunto per rimodulare il Piano delle Performance 2019 – 2021.

Si ribadisce che è necessario programmare uno o più monitoraggi intermedi degli obiettivi sia a livello aziendale, sia a livello di singole strutture organizzative, al fine di porre in essere interventi correttivi in corso d'opera. Tali monitoraggi necessitano come già detto del miglior supporto possibile dei sistemi informatici e informativi.

11. Descrizione delle modalità del monitoraggio dell'OIV

L'OIV si riunisce a cadenza quindicinale o settimanale a seconda delle attività da svolgere e si avvale del supporto della UOC Valutazione Risorse Umane e Performance.

In particolare, provvede a:

- Analisi dei dati forniti dall'amministrazione;
- Verifica della documentazione fornita dalle strutture;

- Eventuali Incontri con i responsabili delle strutture per chiarimenti;
- Controllo sugli obblighi di pubblicazione.

13 Luglio 2019

dr.Sergio Lodato - Presidente

avv. Mario Calenda -Componente

dr.ssa Daniela Marcellini - Componente



The image shows three handwritten signatures in blue ink, each written on a horizontal line. The top signature is the most stylized, the middle one is more compact, and the bottom one is clearly legible as 'Daniela Marcellini'.

Allegati

Organismo indipendente di Valutazione

DELLA REGIONE CAMPANIA

regione campania
aslnapoli3sud

Scheda esiti attività standard

SCHEDA S.P./02-018

PIANO DELLA PERFORMANCE

ANNO 2018

U. O.		RESPONSABILE UO:			
ATTIVITA' [2]	INDICATORI [3]	RISULTATO ANNO 2017 (4)	RISULTATO ATTESO ANNO 2018 (5)	ESITO (da pubblicare nel 2019)	NOTE

DATA _____

FIRMA DEL RESPONSABILE UO _____

Legenda:

- [1] Indicare se UOC, UOSD, UOS e la denominazione della stessa N.B. PER LE VARIABILI NON DIPENDENTI IL RAPPORTO POTRA' ESSERE ELABORATO A FINE ANNO
- [2] Indicare le attività standard proprie dell'area
- [3] Riportare uno o più indicatori efficaci per la misura degli esiti dell'attività
- [4] Indicare il risultato raggiunto (valore degli indicatori per l'anno 2017)
- [4] Indicare il risultato atteso (valore degli indicatori atteso per l'anno 2018)

Le 

Organismo indipendente di Valutazione



Scheda di Valutazione Unità Operativa

SCHEDA S.P./03-2018

PIANO DELLA PERFORMANCE

ANNO 2018

U.O.

RESPONSABILE UOS:

DATA ASSEGNAZIONE OBIETTIVI Piano della Performance 2018-19-20

AREA STRATEGICA / PROGRAMMI OPERATIVI [2]	OBIETTIVI SPECIFICI / AZIONI [3]	PESO [4]	INDICATORI [5]	RISULTATO ATTESO [6]	ESITO (da pubblicare nel 2019) [7]	NOTE
TOTALE PESO		100				

DATA VALUTAZIONE FINALE

FIRMA DEL RESPONSABILE UOSD

	COGNOME E NOME	FIRMA
VALUTATORE DI 1° ISTANZA		

Legenda:

La presente Scheda si riferisce all'Unità Operativa nel suo complesso. Deve dunque essere compilata una scheda Per direzione UOC/UOSD e specifiche schede per strutture semplici se presenti.

L'assegnazione degli obiettivi è, di norma, effettuata con delibera del Commissario Straordinario, anche mediante l'uso della presente scheda (in questa fase vengono compilate solo le colonne fino a "Risultato atteso").

Il Direttore della Struttura, a cascata, individuerà gli obiettivi da assegnare alle strutture semplici (UOS). Gli obiettivi assegnati devono essere compresi nelle Aree Strategiche/Programmi operativi individuati dal Commissario Straordinario nel Piano della Performance cui l'Unità di appartenenza partecipa.

[1] Indicare se UOC, UOSD, UOS e la denominazione della stessa

[2] Si faccia riferimento al Piano della Performance

[3] Indicare gli specifici obiettivi, le azioni da mettere in campo per realizzare i programmi operativi cui l'U.O. partecipa.

[4] Indicare il peso assegnato all'obiettivo

[5] L'indicatore è lo strumento di misurazione degli esiti. In questa colonna va indicato il parametro di misura e non il suo valore, che sarà invece inserito nelle due colonne successive. Es.: per valutare l'appropriatezza di un ricovero si può scegliere come indicatore il "numero annuo di ricoveri da 0/1 giorno".

[6] Indicare il valore atteso per l'indicatore scelto.

[7] Indicare il valore effettivamente raggiunto dall'indicatore.

Le *MA* *DA*

Organismo indipendente di Valutazione

PIANO DELLA PERFORMANCE ANNO 2018

DIRIGENTE	INCARICO
MATRICOLA	INCARICHI AGGIUNTIVI [3]
UNITA' OPERATIVA	INCARICHI AGGIUNTIVI [3]

DATA ASSEGNAZIONE OBIETTIVI

AREA STRATEGICA / PROGRAMMI OPERATIVI [4]	OBIETTIVI SPECIFICI/AZIONI [5]	PESO [6]	INDICATORI [7]	RISULTATO ATTESO [8]	ESITO DA COMPILARE NEL 2019	NOTE
TOTALE PESO		0				

DATA VALUTAZIONE FINALE / / FIRMA DEL DIRIGENTE VALUTATO (PER ACCETTAZIONE) _____

VALUTATORE DI 1° ISTANZA		
--------------------------	--	--

Legenda:

La presente Scheda si riferisce al singolo dirigente e riporta i programmi operativi (Rif. Piano della Performance) cui lo stesso partecipa secondo le disposizioni del dirigente sovraordinato, le specifiche azioni/obiettivi messi in campo per raggiungere i risultati, il peso di ciascuno, gli indicatori, i risultati attesi, gli esiti.

- [1] Indicare se UOC, UOSD, UOS e la denominazione della stessa.
- [2] Indicare se Capo Dipartimento, Direttore di UOC, Responsabile UOS/UOSD
- [3] Indicare se si ricoprono altre funzioni ad Interim, se si partecipa a tavoli tecnici, commissioni aziendali, ecc. per cui non è previsto compenso aggiuntivo.
- [4] Si faccia riferimento al Piano della Performance e/o altri riferimenti normativi ed obblighi.
- [5] Indicare gli specifici obiettivi, le azioni da mettere in campo per realizzare i programmi operativi cui il dirigente partecipa.
- [6] Indicare il peso assegnato all'obiettivo.
- [7] L'indicatore è lo strumento di misurazione degli esiti. In questa colonna va indicato il parametro di misura e non il suo valore, che sarà invece inserito nelle due colonne successive. Es.: per valutare l'appropriatezza di un ricovero si può scegliere come indicatore il "numero annuo di ricoveri da 0/1 giorno".
- [8] Indicare il valore atteso per l'indicatore scelto.
- [9] Indicare il valore effettivamente raggiunto dall'indicatore.

Le 

PIANO DELLA PERFORMANCE ANNO 2018

Dirigente valutato: Cognome _____ Nome _____

Matricola _____ Unità Operativa _____

CONCLUSIONI DEL VALUTATORE DI 1° ISTANZA

Punteggio totale _____ punti/ 100

Commenti descrittivi del valutato

Commenti del valutatore di 1° istanza

Data colloquio finale / /

Firma del valutato

Firma del valutatore di 1° istanza

VALUTAZIONE COMPLESSIVA E GIUDIZIO FINALE NEL NUCLEO DI VALUTAZIONE

Il Nucleo di Valutazione esaminata la documentazione inerente al procedimento valutativo e constatata la correttezza si esprime:

Punteggio totale _____ punti/ 100

Eventuale contenzioso SI NO

Sintesi controdeduzioni del valutato

Giudizio definitivo POSITIVO

NEGATIVO

Data / /

Firma del Presidente del NdV/OIV