



SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLE *PERFORMANCE* INMP

Rev. 2023

Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP)
National Institute for Health, Migration and Poverty (NIHMP)

Via di S. Gallicano 25/a 00153 Roma
Tel. +39 06/58558201 Fax 06/58558401 - info@inmp.it - www.inmp.it
Codice Fiscale e Partita IVA 09694011009



SOMMARIO

1. INTRODUZIONE.....	3
1.1. <i>L'applicazione del d.lgs. n. 150/2009</i>	3
2. DESCRIZIONE DEL SISTEMA	5
2.1. <i>Caratteristiche distintive dell'INMP</i>	5
2.2. <i>Metodologia adottata per la misurazione e la valutazione della performance organizzativa</i>	5
2.3. <i>Metodologia adottata per la misurazione e valutazione della performance individuale</i>	11
2.4. <i>Modalità per garantire la trasparenza totale del sistema</i>	13
2.5. <i>Modalità per promuovere il miglioramento continuo del Sistema</i>	13
3. PROCESSO DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA <i>PERFORMANCE</i>	14
3.1. <i>Pianificazione strategica</i>	14
3.2. <i>Programmazione dell'attività ricorrente</i>	15
3.3. <i>Misurazione e valutazione del raggiungimento degli obiettivi programmati</i>	17
3.4. <i>Retribuzione legata alla performance</i>	19
3.5. <i>Valutazione partecipativa</i>	19
4. PROCEDURA DI CONCILIAZIONE	28
5. MODALITÀ DI RACCORDO E INTEGRAZIONE CON I SISTEMI INFORMATIVI E DI CONTROLLO ESISTENTI	28
6. MODALITÀ DI RACCORDO E INTEGRAZIONE CON I DOCUMENTI DI BILANCIO	29
7. MODALITÀ DI RACCORDO CON IL PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E PER LA TRASPARENZA (PTPCT)	29
ALLEGATO 1 - MANUALE OPERATIVO DEL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI DEL PERSONALE	30

1. INTRODUZIONE

Ratio del d.lgs. n. 150/2009

L'obiettivo del d.lgs. n. 150/2009 è l'attribuzione dei benefici economici e di carriera, in modo da premiare i capaci e i meritevoli, affermando la cultura della valutazione, che può definirsi, secondo le indicazioni delle scienze aziendali e amministrative, come l'attitudine a predisporre in modo organico e sistematico procedure idonee a individuare periodicamente, secondo criteri omogenei, il rendimento e le caratteristiche professionali dei dipendenti. L'obiettivo ultimo della disciplina di cui al d.lgs. n. 150/2009 è il raggiungimento di standard qualitativi ed economici elevati nelle attività che la P.A. svolge e nei servizi che rende al suo esterno.

Le modifiche al d.lgs. n. 150/2009 introdotte dal decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 74 perseguono l'obiettivo generale di ottimizzare la produttività del lavoro pubblico e di garantire efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni, anche attraverso la razionalizzazione degli strumenti per la misurazione e verifica della *performance*. La misurazione e la valutazione della *performance* devono avvenire in conformità alle direttive adottate dall'Autorità Nazionale AntiCorruzione (A.N.AC.), già Commissione indipendente per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche (CIVIT), istituita ai sensi dell'art. 13 del d.lgs. n. 150/2009.

Il d.l. 24 giugno 2014, n. 90, convertito con modificazioni dalla legge 11 agosto 2014, n. 114 ha disposto (con l'art. 19, comma 9) che "Al fine di concentrare l'attività dell'Autorità nazionale anticorruzione sui compiti di trasparenza e di prevenzione della corruzione nelle pubbliche amministrazioni, le funzioni della predetta Autorità in materia di misurazione e valutazione della *performance*, di cui agli articoli 7, 8, 9, 10, 12, 13 e 14 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, sono trasferite al Dipartimento della Funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei ministri...".

Ai sensi dell'art. 3, comma 2 del d.lgs. n. 150/2009 e s.m.i. la misurazione e la valutazione della *performance* devono avvenire in conformità delle modalità indicate nel Titolo II del d.lgs. n. 150/2009 e secondo gli indirizzi impartiti dal Dipartimento della Funzione pubblica, ai sensi del richiamato articolo 19 del decreto legge 24 giugno 2014, n. 90, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 agosto 2014, n. 114.

Occorre, infine, considerare gli adempimenti previsti dalla normativa in relazione alla trasparenza e alla prevenzione della corruzione e l'entrata in vigore, a partire dall'anno 2022, del Piano integrato di attività e di organizzazione (di seguito PIAO), introdotto dall'art. 6 del decreto legge n. 80/2021, come convertito dalla legge 113/2021.

1.1. L'applicazione del d.lgs. n. 150/2009

Ai sensi della norma transitoria di cui all'art. 30, comma 3, del d.lgs. n. 150/2009, l'Organismo indipendente di valutazione doveva provvedere in sede di prima attuazione del citato decreto a definire entro il 30 settembre 2010 un Sistema di misurazione e valutazione della *performance*, sulla base degli indirizzi forniti dalla CIVIT, poi A.N.AC. (si tratta, in particolare, delle delibere n. 89 e n. 104/2010), in modo da assicurarne la piena operatività a decorrere dal 1° gennaio 2011.

L'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP) nasce con decreto del Ministero della Salute, in applicazione dell'art.1 della legge n. 296/2006, comma 827, che prevedeva un periodo di sperimentazione gestionale della durata di tre anni, ai sensi dell'art. 9 *bis* del d.lgs. n. 502/92, termine successivamente prorogato di un anno fino al 28 ottobre 2011.

La legge n. 111/2011 ha prorogato la sperimentazione gestionale fino al 31 dicembre 2013.

Il decreto legge n. 158 del 13 settembre 2012, convertito con modificazioni dalla legge n. 189 dell'8 novembre 2012, all'art. 14, commi dal 2 al 7, dichiara da ultimo l'INMP, già costituito quale sperimentazione gestionale, ente con personalità giuridica di diritto pubblico dotato di autonomia organizzativa, amministrativa e contabile, vigilato dal Ministero della salute. I compiti assegnati dalla legge sono quelli di promuovere le attività di assistenza, di ricerca e di formazione per la salute delle popolazioni migranti e di contrastare le malattie della povertà. L'Istituto è dichiarato dalla legge, altresì, Centro di riferimento della rete nazionale per le problematiche di assistenza in campo socio-sanitario legate alle popolazioni migranti e alla povertà, nonché Centro nazionale per la mediazione transculturale in campo sanitario.

L'organizzazione e il funzionamento sono disciplinati dal Regolamento dell'Istituto, nel seguito indicato come Regolamento, di cui al decreto del Ministero della salute n. 56 del 22 febbraio 2013, pubblicato sulla G.U. n. 119 del 23 maggio 2013, previsto dall'art.14, comma 4 del citato decreto legge.

L'Istituto ha adottato la prima versione del presente Sistema con la deliberazione n. 188 del 28 giugno 2012, dando applicazione alle norme di cui al citato d.lgs. n. 150/2009 a decorrere già dallo stesso esercizio. Successivamente, ha provveduto ad effettuare una prima revisione con la deliberazione n. 30 del 29 gennaio 2014, a valere sull'esercizio 2014 e successivi.

Fino al 2022 l'Istituto si è avvalso dell'Organismo indipendente di valutazione della *performance* (OIV) costituito presso il Ministero della salute (cfr. deliberazione n. 110 del 18 aprile 2012 del Direttore generale), conformemente al parere CiVIT del 14 marzo 2012, secondo cui "... le amministrazioni di ridotte dimensioni sottoposte alla vigilanza ministeriale possono chiedere di avvalersi, per lo svolgimento delle attività previste dal d.lgs. n. 150/2009, dell'Organismo indipendente di valutazione costituito presso l'amministrazione vigilante". Successivamente, l'Istituto ha avviato le procedure per la nomina di un proprio OIV in forma monocratica, che è stato nominato con deliberazione n. 216 del 3 agosto 2023 del Direttore Generale ed esercita le proprie funzioni dal 1° settembre 2023.

Infine, ai sensi dell'art. 7, comma 1, del d.lgs. n. 150/2009, come integrato dal citato d.lgs. n. 74/2017, le amministrazioni pubbliche sono tenute ad aggiornare annualmente il presente Sistema, previo parere vincolante dell'OIV.

2. DESCRIZIONE DEL SISTEMA

2.1. Caratteristiche distintive dell'INMP

Gli ambiti di attività dell'INMP concernono la tutela della salute di fasce deboli della popolazione, con riferimento ai bisogni di una popolazione *target* utente, costituita da popolazione fragile italiana e straniera.

L'organizzazione dell'INMP, riferita ai principi contenuti nell'art. 7 del d.lgs. n. 150/2009 come integrato dal d.lgs. n. 74/2017, ha una dotazione di profili professionali che operano direttamente o indirettamente a contatto con l'utenza e ciò implica riflessi nella proposizione di sistemi di valutazione della *performance*, anche a livello individuale. Alcune unità organizzative realizzano attività a valenza tecnica o programmatoria, altre erogano servizi al cittadino. Ciò vale anche per la dirigenza titolare di struttura, che, oltre ad articolarsi nei due livelli di direttore di unità operativa complessa e responsabile di struttura semplice, si caratterizza per la presenza di dirigenti medici e sanitari non responsabili di struttura.

2.2. Metodologia adottata per la misurazione e la valutazione della performance organizzativa

La definizione di *performance* organizzativa è multidimensionale.

L'art. 8 del d.lgs. n. 150/2009 reca gli ambiti di misurazione e valutazione della *performance* organizzativa.

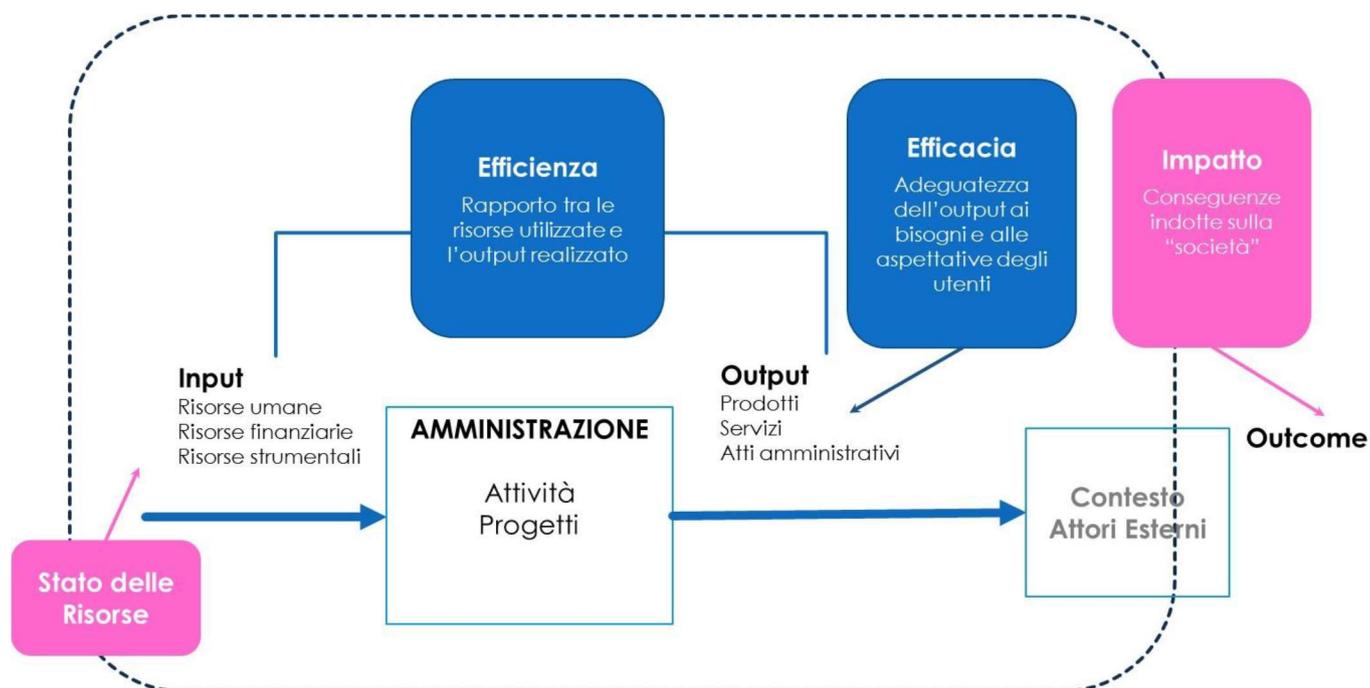
Gli aspetti più rilevanti da tenere in considerazione attengono a:

- a) l'attuazione di politiche e il conseguimento di obiettivi collegati ai bisogni e alle aspettative della collettività;
- b) l'attuazione di piani e programmi;
- c) la rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi;
- d) la modernizzazione e il miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali;
- e) lo sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti e i destinatari dei servizi;
- f) l'efficienza nell'impiego delle risorse;
- g) la qualità e la quantità delle prestazioni e dei servizi erogati;
- h) il raggiungimento degli obiettivi di promozione delle pari opportunità.

La figura 1 mostra, in modo schematico, il perimetro della *performance* organizzativa. Rappresentando l'amministrazione come un sistema *input/output/outcome*, è possibile definire le dimensioni rilevanti per la *performance* organizzativa:

- efficienza, data dal rapporto tra le risorse utilizzate e l'*output* realizzato;
- efficacia, ossia l'adeguatezza dell'*output* realizzato rispetto ai bisogni e alle aspettative degli utenti (interni ed esterni);
- stato delle risorse, che misura la quantità e qualità delle risorse dell'amministrazione (*umane, economico-finanziarie e strumentali*) e il suo livello di salute;
- impatto, ovvero l'effetto generato dall'attività sui destinatari diretti (utenti) o indiretti.

Figura 1 – Il perimetro della performance organizzativa



[Fonte: Dipartimento Funzione pubblica PCM - Linee guida per il Piano della performance Ministeri N. 1 Giugno 2017]

La linea tratteggiata delinea il perimetro della *performance* organizzativa, che mette al centro efficienza e efficacia (in blu) e considera le altre due dimensioni come complementari, in particolare lo stato delle risorse disponibili (o realisticamente acquisibili) come *presupposto/vincolo* alla programmazione e l'impatto atteso come *riferimento ultimo* degli obiettivi.

Il presente Sistema si ispira ai modelli presenti in letteratura, come la *Balanced ScoreCard*¹ (BSC), il *Performance Prism*² e il *Tableau de bord* (cruscotto indicatori chiave finalizzato all'analisi causa-effetto, azione-risultato e proattività dell'azione dell'amministrazione), puntando a un'integrazione delle metodologie, in modo da inserire nella prima una prospettiva specifica incentrata sugli *stakeholder*.

La BSC si caratterizza precipuamente per una visione multidimensionale, che risulta particolarmente efficace nella misurazione e valutazione dell'attività di un ente di livello nazionale quale l'INMP, evitando di concentrarsi unicamente su una prospettiva economico – finanziaria e introducendo misure che considerano anche l'orientamento al paziente, la gestione dei processi e la rendicontazione sociale, promuovendo un'impostazione *Activity Based Costing* e *Activity Based Management* per lo sviluppo nel tempo dell'organizzazione.

Le quattro prospettive della BSC (il raccordo tra la *vision* aziendale e gli obiettivi a medio e breve termine, l'orientamento al soddisfacimento dei bisogni del paziente, l'ottimizzazione dei processi interni, la promozione dell'innovazione e della formazione) sono tradotte in:

¹ Kaplan, R.S. and Norton, D.P., (1992), 'The Balanced Scorecard - Measures that drive performance', Harvard Business Review, Vol. 70, No. 1, pp.71-79.

² Neely, A., Adams, C. and Kennerley, M. (2002), The Performance Prism: The scorecard for measuring and managing business success. London: Financial Times Prentice Hall.

Controllo strategico

Con riferimento all'ambito di cui alla lett. b) dell'art. 8, comma 1 del d.lgs. n. 150/2009 sopra richiamato, il Sistema punta a misurare e valutare l'attuazione di piani e programmi, ovvero la misurazione dell'effettivo grado di attuazione dei medesimi, nel rispetto delle fasi e dei tempi previsti, degli standard qualitativi e quantitativi definiti, del livello previsto di assorbimento delle risorse.

A tale scopo, vengono individuati obiettivi specifici e obiettivi operativi. Per misurarne il grado di realizzazione, viene individuato un *set* di indicatori e relativi *target*, su base triennale per gli obiettivi specifici e annuale per gli obiettivi operativi, andando successivamente a verificare in corso d'anno, con cadenza semestrale, il loro effettivo raggiungimento. Verrà, ove possibile, espresso anche il valore di partenza degli indicatori (*baseline*) nonché le unità operative che devono contribuire al raggiungimento dei risultati attesi, specificandone i contributi parziali al perseguimento, nel caso di obiettivi trasversali.

I risultati attesi devono essere, quindi, programmati su base triennale per gli obiettivi specifici. In ogni ciclo devono essere indicati i risultati da conseguire e quelli già conseguiti che sono rilevanti per la definizione dei risultati e degli impatti attesi.

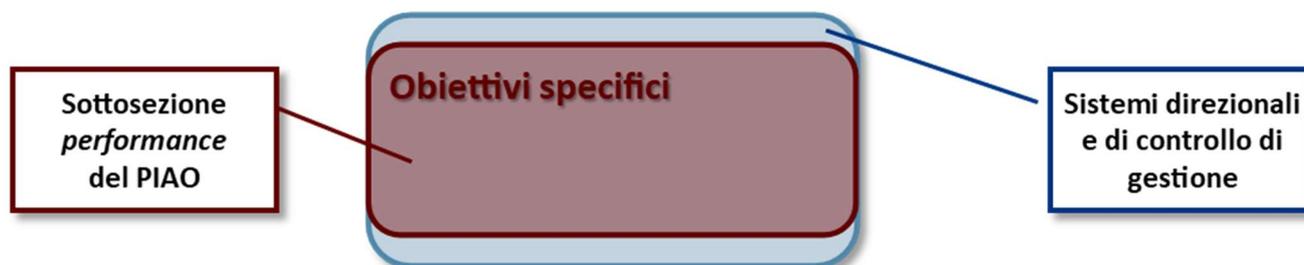
Il legame tra obiettivi dell'amministrazione ("obiettivi specifici") e *performance* organizzativa è illustrato nelle figure 2 e 3. La *performance* organizzativa comprende *tutte* le attività dell'amministrazione e i relativi risultati attesi. Attraverso la sottosezione performance del PIAO, l'amministrazione focalizza l'attenzione sugli obiettivi specifici a rilevanza strategica che intende perseguire nel triennio successivo. Le figure di seguito mostrano in modo semplificato la relazione tra le due dimensioni nelle ipotesi di un Piano più selettivo (figura 2) e di uno meno selettivo (figura 3). Le figure mostrano, inoltre, che non inserire alcune aree nel Piano non significa non controllarle, in quanto esse vengono comunque presidiate attraverso le informazioni provenienti dai sistemi direzionali e di controllo di gestione.

Figura 2 – Piano con maggiore selettività degli obiettivi



Figura 3 – Piano con minore selettività degli obiettivi

Performance organizzativa



[Fonte: Dipartimento Funzione pubblica PCM - Linee guida per il Piano della performance Ministeri N. 1 Giugno 2017]

Portafoglio delle attività e dei servizi

Con riferimento agli ambiti di cui alle lett. c), e) e g) dell'art. 8, comma 1 del d.lgs. n. 150/2009 sopra richiamato, l'INMP effettua una dettagliata mappatura delle proprie attività, individuando per ciascuna unità operativa le linee di attività e i prodotti a esse collegati. Tale mappatura potrà risentire di future variazioni dell'assetto organizzativo, che possano prevedere una diversa distribuzione dei compiti tra le strutture, con conseguenti aggiornamenti della mappa stessa.

Attraverso l'uso più evoluto del sito *web* istituzionale, dovranno, inoltre, essere sviluppati sistemi interattivi per la rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari.

Nell'ottica dello *stakeholder engagement*, l'INMP porta avanti l'implementazione di strumenti di ascolto, consultazione e coinvolgimento degli *stakeholder*, orientata alla messa in atto di un processo bidirezionale comunicativo e operativo con l'INMP per curarne la relazione, valorizzare l'interazione, raccogliarne le opinioni e i suggerimenti ed elaborare *feedback* adeguati.

L'attività di *engagement* degli *stakeholder* prevede, oltre alle consuete rilevazioni di *customer satisfaction* sui pazienti, la gestione dello schedario degli *stakeholder* esterni.

Annualmente, vengono svolte presso le unità operative che prestano assistenza all'utenza esterna apposite indagini sul livello di soddisfazione dei pazienti, i cui risultati hanno impatto sulla valutazione della *performance* organizzativa delle strutture interessate e, conseguentemente, anche su quella individuale del personale che ivi presta la propria attività.

Tali rilevazioni possono essere estese anche verso gli utenti interni, assegnando obiettivi operativi in questo ambito, con particolare riferimento alle unità organizzative di supporto, la cui attività è principalmente rivolta verso altre strutture interne all'Istituto (a titolo esemplificativo, la UOC Gestione del personale e affari generali, con le UOS a essa afferenti, la UOS Sistemi informativi, ecc.)

Un'altra azione di coinvolgimento significativa è stata rivolta ad alcuni *stakeholder* esterni, tramite il confronto e la collaborazione allo sviluppo di servizi informativi e di comunicazione sulle tematiche del diritto alla salute e dell'accesso ai servizi per cittadini UE ed extra-UE (ipertesto Wiki "Il diritto alla salute e il suo esercizio").

Circa le prospettive future sulle attività di *engagement* degli *stakeholder*, il principale ambito di innovazione è costituito dall'ideazione di un'attività di *Social Network Analysis* (SNA) e del relativo servizio offerto. Tale progetto ha infatti il fine di sviluppare uno strumento analitico di rappresentazione delle relazioni esistenti nell'ambito del

network dei soggetti, *stakeholder* attuali o potenziali dell'INMP, che erogano servizi socio-sanitari rivolti a cittadini immigrati o appartenenti a categorie svantaggiate. Si prevede di fornire l'opportunità a tutti gli *stakeholder* di fruire in tempo reale di spaccati d'osservazione del *network* attraverso un servizio di consultazione *online*.

Stato di salute dell'amministrazione

Con riferimento agli ambiti di cui alle lett. d), f) e h) dell'art. 8, comma 1 del d.lgs. n. 150/2009 sopra richiamato, questa prospettiva di misurazione e valutazione della *performance* è supportata, tra l'altro, dal sistema informativo per il controllo di gestione, che integra gli strumenti tradizionali del controllo gestionale, quali quelli del Budget, della contabilità analitica e del *reporting* direzionale. Il modello di controllo tiene conto delle funzionalità e potenzialità del sistema amministrativo – contabile (*Consis-JSIAC-JSIPE-JSIDIC*) in dotazione all'Istituto.

Al fine di individuare opportuni indicatori di efficienza ed economicità, ci si avvale delle risultanze derivanti dal controllo di gestione, anche in termini di ore lavorate e costi.

Impatti dell'azione amministrativa e sanitaria

Questa prospettiva fa specifico riferimento all'ambito di cui alla lett. a) dell'art. 8, comma 1 del d.lgs. n. 150/2009 sopra richiamato. La prospettiva degli *outcome* (risultati finali e impatti) assume particolare rilievo nell'azione dell'INMP volta alla soddisfazione dei bisogni di salute delle popolazioni fragili italiane e straniere.

Come evidenziato nella figura 1, lo stato delle risorse (umane, economico-finanziarie e strumentali) costituisce un vincolo per verificare la sostenibilità degli obiettivi e dei risultati attesi (efficacia ed efficienza). D'altro canto, è necessario considerare l'impatto, per condividere internamente, prefigurare e indirizzare gli effetti delle attività e dei servizi pubblici sul contesto socio-economico.

L'impatto (*outcome*), tuttavia, pone delle difficoltà di misurazione, sia a causa della distanza temporale tra l'azione dell'amministrazione e la generazione dell'effetto, sia a causa del parziale controllo dello stesso, in ragione delle interazioni da parte di altri soggetti o di variabili esterne.

Ciononostante, l'impatto deve diventare, comunque, il riferimento ultimo per la programmazione di medio-lungo periodo, che orienta le attività, prefigurando i risultati attesi.

L'inclusione dell'impatto nel perimetro della *performance* organizzativa viene effettuata secondo entrambe le modalità di seguito descritte:

- utilizzo di indicatori di impatto per finalità di comunicazione e quindi "*accountability* esterna" al cittadino;
- individuazione di attività, che evidenzino il contributo dell'amministrazione alla realizzazione dell'impatto.

I meccanismi impiegati per la valutazione della *performance* organizzativa, che costituisce parte integrante di quella individuale, sono descritti nell'Allegato 1, recante il Manuale operativo del Sistema di valutazione delle prestazioni del personale, secondo i diversi livelli di responsabilità, incluso il personale non dirigenziale.

In particolare, la sfera della *performance* organizzativa costituisce la parte preponderante del più ampio sistema di valutazione del personale, nel quale oltre all'analisi dei risultati ottenuti dalle unità organizzative, vengono considerati anche i comportamenti organizzativi agiti e gli eventuali obiettivi individuali.

Il Sistema, infine, dovrà essere adeguato una volta che il Dipartimento della Funzione pubblica definirà, al fine di garantire l'omogeneità del Sistema, i modelli da utilizzare per la valutazione della *performance* organizzativa, ai sensi dell'art. 8, comma 1 *bis* del d.lgs. n. 150/2009.

Classificazione degli obiettivi

Gli obiettivi specifici sono programmati, in coerenza con le aree strategiche dell'Atto di Indirizzo annuale, su base triennale e definiti, prima dell'inizio del rispettivo esercizio, dai vertici dell'amministrazione con i relativi Direttori di struttura complessa e da questi ultimi con i responsabili delle unità organizzative semplici, ove queste strutture facciano capo a strutture complesse. Nel contesto specifico dell'INMP, l'organo di indirizzo politico a capo dell'Amministrazione è il Direttore generale, coadiuvato dai Direttori amministrativo e sanitario. Gli obiettivi specifici sono da intendersi quali obiettivi di particolare rilevanza rispetto ai bisogni e alle attese degli *stakeholder*. Essi, come evidenziato, sono programmati su base triennale e aggiornati annualmente sulla base delle priorità politiche dell'amministrazione, come indicate nelle aree strategiche dell'Atto di indirizzo.

Agli obiettivi specifici, si aggiungono gli obiettivi operativi, che possono essere costituiti sia dalle articolazioni annuali degli obiettivi specifici che dagli obiettivi legati all'attività ricorrente dell'amministrazione. Nell'individuazione di quest'ultima categoria di obiettivi, è necessario tener conto anche di quelli eventualmente definiti nel contratto individuale di assegnazione dell'incarico al direttore/responsabile della struttura.

Infine, sono da includere gli obiettivi individuali che sono eventuali e che possono essere assegnati alle figure professionali per le quali sono previsti, secondo i relativi pesi indicati nello schema presente nel paragrafo successivo. Al riguardo, la *performance* individuale è misurata in quota parte sulla base della *performance* organizzativa dell'unità di appartenenza e per la quota rimanente sulla base dei comportamenti organizzativi assegnati.

L'amministrazione decide quali e quanti obiettivi specifici prevedere, sulla base della specificità della propria situazione e del diverso grado di maturità dei rispettivi sistemi di *performance management*, prevedendosi, di norma, un obiettivo specifico per ciascuna struttura complessa.

Vale la pena riportare di seguito alcuni elementi che possono guidare l'individuazione degli obiettivi.

Relativamente a "quali", in coerenza con l'Atto di indirizzo, gli obiettivi dell'amministrazione possono essere, a esempio:

- strettamente legati alle *policy* o a interventi legislativi di riforma del settore;
- connessi all'assunzione di impegni di origine internazionale;
- legati al funzionamento dell'amministrazione, come la gestione contabile, gli approvvigionamenti, la gestione delle risorse umane. Queste attività, viste talvolta come secondarie, possono essere, invece, un'area di potenziale miglioramento per le amministrazioni, non solo sul fronte dell'efficienza (costi per *output*), ma anche dell'efficacia.

Relativamente a "quanti", l'amministrazione deciderà il numero più adeguato, valutando opportunità / criticità delle diverse opzioni:

- un numero ristretto e chiaro di obiettivi facilita la comunicazione (interna ed esterna) e la focalizzazione dell'azione; per contro, il *focus* su pochi obiettivi potrebbe escludere alcune attività dell'amministrazione;
- un numero più ampio di obiettivi favorisce sicuramente una maggior copertura delle attività dell'amministrazione; per contro, troppi obiettivi rischiano di essere percepiti (all'interno o all'esterno) come una mancanza di priorità.

Classificazione degli indicatori

Gli indicatori costituiscono l'elemento cardine del sistema di misurazione e, in fase di pianificazione/programmazione, consentono all'amministrazione di chiarire i risultati attesi e la coerenza delle attività rispetto alle risorse. A consuntivo, attraverso gli indicatori, è possibile verificare lo scostamento tra il risultato ottenuto e il *target* stabilito e valutare l'effettivo raggiungimento degli obiettivi.

La *performance* organizzativa attesa (e, consuntivo, quella realizzata), negli ambiti sopra descritti, può essere misurata e rappresentata tramite le seguenti quattro categorie di indicatori:

- 1) stato delle risorse;
- 2) efficienza;
- 3) efficacia;
- 4) impatto.

Indicatori di stato delle risorse

Gli indicatori di stato delle risorse quantificano e qualificano il contesto in cui si svolgono le attività e, in particolare, le risorse a disposizione dell'Istituto (risorse umane, economico-finanziarie, strumentali, tangibili e intangibili).

Indicatori di efficienza

Gli indicatori di efficienza esprimono la capacità di utilizzare le risorse (*input*) in modo sostenibile e tempestivo nel processo di produzione ed erogazione del servizio (*output*) o, in altri termini, la capacità di produrre beni e servizi minimizzando il tempo e/o le risorse impiegati.

Indicatori di efficacia

Gli indicatori di efficacia esprimono l'adeguatezza dell'*output* erogato rispetto alle aspettative e necessità degli utenti (interni ed esterni) e possono essere misurati sia in termini quantitativi che qualitativi.

Indicatori di impatto

Gli indicatori d'impatto esprimono l'effetto atteso o generato (*outcome*) da una politica o da un servizio sui destinatari (diretti o indiretti), nel medio-lungo termine, nell'ottica della creazione di valore pubblico, ovvero del miglioramento del livello di benessere economico-sociale rispetto alle condizioni di partenza della politica o del servizio.

Gli indicatori devono presentare i seguenti requisiti:

- *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;
- *completezza*, intesa come 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*, intesa come la capacità dell'indicatore di essere quantificabile secondo una procedura oggettiva, basata su fonti affidabili.

2.3. Metodologia adottata per la misurazione e valutazione della performance individuale

Anche in questo ambito, per il dettaglio sulla metodologia adottata e le definizioni si rimanda all'Allegato 1, recante il Manuale operativo del Sistema di valutazione delle prestazioni del personale.

Il Sistema è sinteticamente rappresentato dallo schema seguente:

IL VALUTATO	COSA SI VALUTA			CHI VALUTA	SUPPORTO METODOLOGICO	
Direttore generale (DG)	Obiettivi specifici e relativi obiettivi operativi annuali Peso: 70%	Obiettivi innovativi Peso: 30%			Ministro della Salute	OIV/UOC competente in materia di performance
Direttore sanitario (DS)/ Direttore amministrativo (DA)	Obiettivi specifici Peso: 40%	Obiettivi operativi Peso: 20%	Obiettivi individuali (eventuali) Peso: 20%	Comportamenti organizzativi Peso: 20%	DG	
Direttore unità operativa complessa (UOC)	Obiettivi specifici Peso: 30%	Obiettivi operativi Peso: 20%	Obiettivi individuali (eventuali) Peso: 20%	Comportamenti organizzativi Peso: 30%	DG/DS/DA	
Responsabile unità operativa semplice (UOS)	Obiettivi operativi Peso: 45%		Obiettivi individuali (eventuali) Peso: 20%	Comportamenti organizzativi Peso: 35%	Direttore UOC	
Dirigenti non titolari di struttura	Obiettivi operativi Peso: >=40%		Obiettivi individuali (eventuali) Peso: <=25%	Comportamenti organizzativi Peso: 35%	Responsabile UOS	
Personale non dirigenziale cat. D	Obiettivi operativi Peso: >=40%		Obiettivi individuali (eventuali) Peso: <=20%	Comportamenti organizzativi Peso: 40%	DG/DS/DA/ Direttore UOC/Responsabile UOS	
Personale non dirigenziale cat. C e B	Obiettivi operativi Peso: 60%			Comportamenti organizzativi Peso: 40%	DG/DS/DA/ Direttore UOC/Responsabile UOS	

Nelle more della definizione degli obiettivi generali, determinati ai sensi del d.lgs. n. 150/2009 e s.m.i., le percentuali individuate a essi relative non vengono applicate, incrementando per la stessa quota quelle degli obiettivi operativi. Il Direttore Generale, di norma entro il 31 marzo di ogni anno, sottoscrive, insieme al Ministro della Salute, una scheda di assegnazione degli obiettivi, secondo il fac-simile riportato nel Manuale allegato al presente documento. Dopo la validazione della relazione sulle *performance* e previo invio da parte del Direttore Generale dell'INMP di una sintetica relazione sugli obiettivi raggiunti dall'Istituto, l'OIV redige una proposta di valutazione del Direttore Generale al Ministro della Salute, per la verifica e la firma della scheda finale di rendicontazione degli obiettivi annuali, che deve avvenire entro la fine dell'anno successivo a quello sottoposto a valutazione.

La *performance* individuale è l'insieme dei risultati realizzati dal dipendente e, più nello specifico, il contributo dato al conseguimento della missione complessiva della struttura in cui opera.

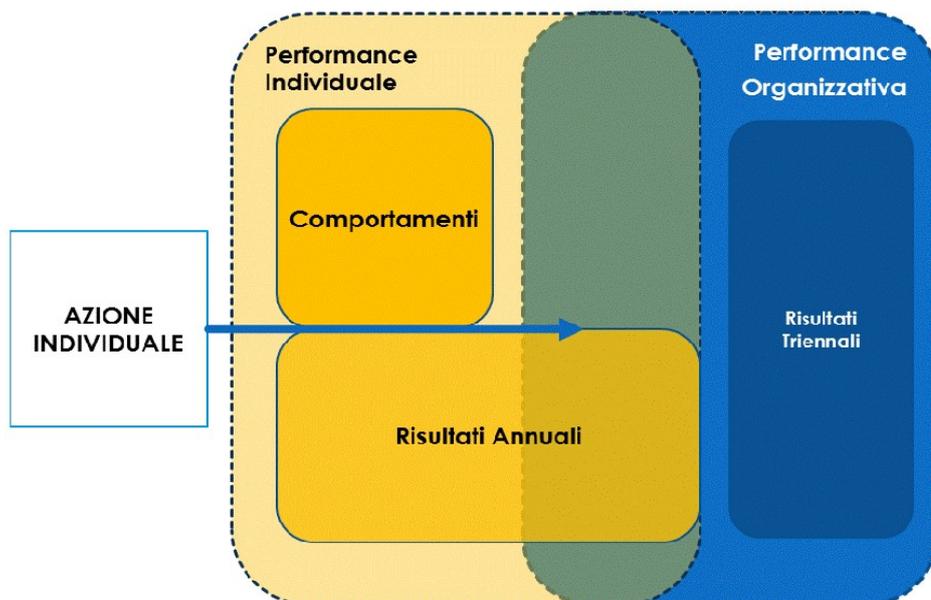
Le componenti fondamentali della *performance* individuale sono:

- 1) risultato;
- 2) comportamento organizzativo.

La figura 4 seguente illustra le dimensioni che compongono la *performance* individuale e la relazione con la *performance* organizzativa. La parte gialla racchiude la *performance* individuale legata ai comportamenti e ai risultati annuali.

La *performance* individuale contribuisce alla *performance* organizzativa complessiva (in blu), che si completa con i risultati degli obiettivi specifici triennali.

Figura – 4 La schematizzazione della *performance* individuale e della relazione con la *performance* organizzativa



[Fonte: Dipartimento Funzione pubblica PCM – Linee guida per il Sistema di Misurazione e Valutazione della performance Ministeri N. 2 Dicembre 2017]

2.4. Modalità per garantire la trasparenza totale del sistema

Per garantire la trasparenza del Sistema di misurazione e valutazione della *performance*, l'amministrazione procede alla più ampia diffusione delle informazioni, sia sul fronte interno verso il personale, sia sul fronte esterno verso l'utenza.

La sezione "amministrazione trasparente" sul sito istituzionale <https://www.inmp.it/> contiene la documentazione relativa al Sistema di misurazione e valutazione, ai Piani della *performance*, ai Piani integrati di attività e di organizzazione ed alle Relazioni annuali sulla *performance*.

La piattaforma *web based* per l'*e-learning* dell'INMP è impiegata per la formazione interna *on line* di orientamento e di approfondimento sulla tematica.

Verso l'utenza esterna, l'amministrazione procede per fasi successive di affinamento della verifica della *performance* raggiunta. Lo strumento della Carta dei servizi è tenuto in primaria considerazione quale mezzo di diffusione della descrizione dei servizi erogati ai cittadini (cfr. 2.1 Delibera A.N.AC. (ex CIVIT) 88/2010).

2.5. Modalità per promuovere il miglioramento continuo del Sistema

Il Sistema di misurazione e valutazione della *performance* sarà oggetto di successivi affinamenti, nell'ottica del miglioramento continuo, tenendo conto dei *feedback* ricevuti nel corso della sua applicazione.

Sulla base di tale premessa si prevede, per l'anno 2024, il consolidamento di gruppi di lavoro volti a garantire:

- l'adozione di modalità di valutazione che vadano oltre il solo giudizio fornito dal superiore gerarchico e che coinvolgano una pluralità di soggetti, interni o esterni all'organizzazione, per pervenire ad una valutazione a 360°;
- la predisposizione periodica di modelli di *feedback*, frutto di un dialogo costante tra valutatore e valutato;
- l'introduzione di forme di *rewarding* a favore di chi, mediante il proprio contributo individuale, ha reso migliore la *performance* dell'amministrazione.

L'art. 7, comma 1 del d.lgs. n. 150/2009, come descritto, prevede che il predetto Sistema di misurazione e valutazione della *performance* sia adottato e aggiornato, salva diversa considerazione dell'Amministrazione e dell'OIV, annualmente, previo parere vincolante dell'Organismo indipendente di valutazione, così assicurando un controllo *ex ante* sulla correttezza metodologica dei contenuti del documento.

Inoltre, il Sistema va adottato nel rispetto degli indirizzi impartiti dal Dipartimento della Funzione pubblica, e, in ogni caso, deve prevedere sia le procedure di conciliazione, a garanzia dei valutati, relative alla sua applicazione sia le modalità di raccordo e integrazione con i documenti di programmazione economico-finanziaria e di bilancio.

Il presente Sistema tiene conto anche delle indicazioni fornite dal Dipartimento della Funzione pubblica con le "Linee guida per il Sistema di Misurazione e Valutazione della *performance* – Ministeri N. 2 – (Dicembre 2017)", nonché di quanto contenuto nelle "Linee guida sulla valutazione partecipativa nelle pubbliche amministrazioni pubbliche n. 4 (Novembre 2019)" e nelle "Linee guida per la misurazione e valutazione della performance individuale n. 5 (Dicembre 2019)", atteso che gli indirizzi metodologici di carattere generale ivi suggeriti sono comunque utilizzabili anche dalle altre amministrazioni dello Stato.

3. PROCESSO DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

Le dimensioni di analisi della *performance*, classificate nei quattro macro-ambiti prima individuati, vengono misurate e valutate secondo il processo di seguito descritto, che individua in particolare le fasi, i tempi, le modalità e i soggetti coinvolti.

3.1. Pianificazione strategica

L'attività di pianificazione strategica prende avvio dall'individuazione delle linee guida espresse dal Direttore generale nell'Atto di indirizzo, emanato entro il mese di giugno di ogni anno per l'anno successivo.

La pianificazione strategica delle attività da realizzare nel corso di un esercizio ha inizio nel mese di gennaio dell'anno precedente.

L'unità operativa complessa competente, sulla scorta del Bilancio di previsione, degli indirizzi del Dipartimento della Funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei ministri e dell'Atto di indirizzo precedente, procede a una prima individuazione delle priorità e alla predisposizione di una bozza dell'Atto di indirizzo.

Come evidenziato in precedenza, nelle more della definizione degli obiettivi generali, determinati ai sensi del d.lgs. n. 150/2009, le percentuali individuate a essi relative non vengono applicate, incrementando per le stesse quote quelle degli obiettivi operativi.

Nei mesi da marzo a giugno, nella logica della programmazione partecipata, le priorità individuate e i criteri generali per l'allocazione delle risorse finanziarie, vengono anticipate, nel corso di appositi incontri di condivisione, ai Direttori, al fine di recepirne contributi e suggerimenti volti a garantire:

- la piena armonia tra gli obiettivi fissati dall'Atto di indirizzo e quelli legati all'attività ricorrente dell'Istituto;
- l'assoluta coerenza fra il ciclo di pianificazione strategica e il ciclo di programmazione economico-finanziaria.

Alla fine del mese di giugno, si conclude la “fase discendente”: il Direttore generale sottopone all’approvazione del Consiglio d’indirizzo e successivamente adotta il nuovo Atto di indirizzo concernente l’individuazione delle priorità strategiche da realizzarsi nell’anno successivo.

Il periodo da giugno a settembre è dedicato alla messa a punto degli obiettivi da parte dei Direttori. Per garantire l’assoluta coerenza fra il ciclo di pianificazione strategica, il processo di *budgeting* e il ciclo di programmazione economico-finanziaria, i tempi della pianificazione strategica sono anticipati, in coerenza con le scadenze fissate dal Regolamento, che fissa il termine per l’adozione del Bilancio di previsione entro il 31 ottobre di ogni anno.

Per lo stesso motivo, nell’ottica dell’integrazione tra ciclo di Bilancio e ciclo della *performance* i contenuti della Relazione del Direttore generale al Bilancio di previsione sono i medesimi del Piano della *performance*.

Entro la fine del mese di settembre, è attuata la “fase ascendente”: i Direttori propongono al Direttore generale dell’INMP gli obiettivi specifici destinati a realizzare le priorità dell’Istituto, indicando i conseguenti obiettivi operativi, previa verifica delle risorse umane, finanziarie, materiali e tecnologiche effettivamente disponibili, tenendo conto, per quanto attiene alle risorse umane e finanziarie, dei dati contenuti nel Budget e nel Bilancio di previsione.

La proposta dei Direttori si sostanzia in un numero contenuto di obiettivi specifici, articolati su un orizzonte triennale. I correlati obiettivi operativi, che individuano le fasi dell’obiettivo specifico che si concludono nell’anno, sono corredati da indicatori, che consentono una puntuale misurazione dei risultati conseguiti.

I mesi di ottobre e novembre sono dedicati alla fase di definitivo “consolidamento” degli obiettivi specifici, che vede impegnati, nella logica di programmazione partecipata, il Direttore generale (DG), il Direttore sanitario (DS), il Direttore amministrativo (DA), l’unità operativa complessa competente in materia di performance e i Direttori/responsabili delle unità operative complesse e semplici (UOC/UOS).

Nel mese di dicembre si conclude l’attività di pianificazione strategica e prende avvio la preparazione dell’attività di controllo dei risultati.

La tabella che segue riepiloga le attività di pianificazione strategica sinora descritte, gli attori coinvolti con riferimento al Manuale operativo del Sistema di valutazione delle prestazioni del personale e le scadenze:

Fasi	Risultati	Attori coinvolti	Normativa/strumenti	Scadenza
Fase discendente	Bozza di lavoro dell’Atto di indirizzo	UOC IES	Atto di indirizzo precedente Bilancio consuntivo Bilancio di previsione	Marzo anno (n-1)
	Bozza definitiva dell’Atto di indirizzo	DG/DS/DA, parere Consiglio d’indirizzo		Maggio
	Adozione dell’Atto di indirizzo	DG		30 Giugno
Fase ascendente	Proposta obiettivi specifici, operativi, indicatori, livelli di partenza e <i>target</i>	UOC AGL/Direttori	Compilazione schede Incontri di condivisione	Settembre
Consolidamento	Definizione obiettivi specifici, operativi, indicatori, livelli di partenza e <i>target</i>	DG/Direttori	Esame definitivo schede Incontri di condivisione	Novembre

3.2. Programmazione dell’attività ricorrente

In coerenza con i tempi e le fasi della pianificazione strategica, ha luogo la programmazione dell’attività ricorrente svolta dalle unità operative.

Entro la metà del mese di settembre, il dirigente responsabile di unità operativa, d’intesa col proprio personale, definisce le proposte di obiettivi da assegnare alla struttura e da perseguire nell’anno successivo, previo censimento

delle risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili, in coerenza con la tempistica prevista dal Disciplinare del processo di *budgeting* adottato (cfr. deliberazione del Direttore generale n. 374 del 15.09.2016) e della scadenza fissata per il 31 ottobre di ciascun anno per l'adozione del Budget generale e del Bilancio di previsione.

Tali proposte sono formulate tenendo conto delle linee di attività di maggiore rilevanza tra quelle svolte dall'unità organizzativa, con riferimento all'attività ricorrente, nonché, per le UOC, anche agli obiettivi operativi correlati agli obiettivi specifici a esse assegnati.

Anche per perseguire una sempre maggiore integrazione tra il ciclo della *performance*, il processo di *budgeting* e il ciclo di programmazione economico-finanziaria, già nel corso degli incontri di negoziazione del Budget vengono individuati gli obiettivi di *performance*, secondo le logiche del *performance budgeting*, in base alle quali è corretto partire da quanto si intende realizzare nel periodo di riferimento in termini di attività e conseguentemente individuare le risorse necessarie.

Le proposte sono presentate e condivise all'interno della UOC e con il Direttore sanitario o amministrativo di riferimento entro la fine del mese di settembre, con l'indicazione dei pesi, rispetto ai quali è definito il calcolo per la valutazione dei risultati e dei *target* da raggiungere.

Entro il mese di ottobre, gli obiettivi da assegnare alle strutture sono consolidati con il Direttore generale, procedendo, in particolare:

- alla verifica della significatività degli obiettivi proposti;
- alla individuazione di eventuali obiettivi trasversali, ovvero di obiettivi che abbiano implicazioni sulle attività svolte da altri;
- all'eventuale definizione, a partire dalle considerazioni precedenti, di un insieme di obiettivi nuovi e di obiettivi suscettibili di variazione, da rinegoziare con i dirigenti responsabili di struttura semplice;
- alla definitiva approvazione degli obiettivi.

Il documento finale del *Budget* generale riepiloga, oltre a dati di carattere generale e di contesto, tutti i dati articolati per centro di responsabilità e per centri di costo/ricavo, costituendo contestuale assegnazione delle risorse ai titolari.

Di norma entro la fine del mese di ottobre i Direttori/responsabili comunicano alla UOC competente in materia di *performance* le proposte definitive delle schede di *performance* da inserire nel PIAO, con l'assegnazione degli obiettivi oggetto di valutazione, i pesi e i *target* relativi e le risorse ai dirigenti delle singole strutture, in coerenza, per quest'ultimo aspetto, con il Budget adottato.

Nel mese di gennaio dell'anno successivo, le competenti strutture interne predispongono il PIAO, che prevede una specifica sottosezione per la *Performance* e consolidano detto Piano con il Direttore Generale.

Entro il 31 gennaio, il Direttore generale adotta il PIAO, che sostituisce il Piano della *performance*, ai sensi dell'art. 1, comma 1, lettera c) del DPR n. 81 del 24 giugno 2022.

La tabella che segue riepiloga i passaggi di programmazione sinora descritti, con riferimento all'attività ricorrente delle strutture.

Fasi	Risultati	Attori coinvolti	Scadenza
Fase ascendente	Proposta obiettivi operativi / indicatori / pesi / livello di partenza / <i>target</i>	Responsabili di UOS	Settembre
	Approvazione obiettivi operativi / indicatori / pesi / livello di partenza / <i>target</i>	Direttori	Ottobre

Fase discendente	Condivisione schede di <i>performance</i> da inserire nel PIAO	DG/Direttori	31 Ottobre
	Assegnazione risorse (Budget generale)	DG/Direttori	31 Ottobre
	Assegnazione obiettivi	DG/Direttori	Gennaio
Consolidamento	PIAO	DG	31 Gennaio

Durante lo svolgimento di tutte le fasi del Ciclo della Performance, la UOC competente in materia di *performance* si avvale dei *tutor*, di norma uno per ciascuna struttura complessa o per macroarea, figure intermedie capaci di supportare, anche tecnicamente, il direttore/responsabile delle UOC/UOS nella predisposizione, stesura e raccolta dei documenti (quali ad esempio schede degli obiettivi e di valutazione del personale, monitoraggio e valutazione delle schede di struttura, raccolta dei documenti a supporto degli obiettivi raggiunti).

3.3. Misurazione e valutazione del raggiungimento degli obiettivi programmati

Il processo di misurazione e valutazione del raggiungimento degli obiettivi è definito nel Manuale operativo del Sistema di valutazione delle prestazioni del personale.

La UOC competente in materia di *performance* coordina le attività inerenti la verifica intermedia con il monitoraggio semestrale dell'attuazione delle schede di *performance* del PIAO, acquisendo i dati necessari dai Direttori e dai Responsabili di struttura.

Il monitoraggio rileva, nel corso dell'esercizio e alla fine dello stesso, lo stato di realizzazione degli obiettivi, identificando gli eventuali scostamenti, le relative cause e gli interventi correttivi adottati, allo scopo di valutare l'adeguatezza delle scelte compiute in fase di attuazione in termini di congruenza tra risultati conseguiti rispetto agli obiettivi assegnati.

Contestualmente alla fase di monitoraggio del primo semestre, qualora sussistano adeguate motivazioni, condivise dalla Direzione Strategica e dai Direttori/Responsabili delle singole strutture, è possibile rimodulare gli obiettivi definiti all'inizio dell'anno, inviando una nota protocollata alla Direzione Strategica per il nullaosta alla modifica con le cause degli scostamenti e le modalità degli interventi correttivi adottati. Il Direttore Generale, il Direttore Amministrativo o il Direttore Sanitario possono chiedere alle strutture competenti di apportare ulteriori modifiche o integrazioni alla rimodulazione degli obiettivi proposta ove non ritengano di apporre il proprio nullaosta alla proposta di modifica. Le schede rimodulate, corredate delle relative motivazioni sottese alla modifica, ove riguardanti gli obiettivi delle strutture, dovranno essere inviate via email dalla UOC competente in materia di *performance* all'OIV, entro il 30 settembre dell'anno di riferimento, al fine di consentirne l'opportuna conoscenza, e dovranno essere deliberate ove contengano modifiche sostanziali rispetto alle schede di *performance* contenute nel PIAO.

In coerenza con i tempi e le fasi della misurazione e valutazione degli obiettivi specifici, ha luogo la misurazione e valutazione degli obiettivi assegnati alle strutture organizzative nello svolgimento dell'attività ricorrente.

I responsabili delle unità operative semplici e i Direttori effettuano il monitoraggio degli obiettivi conferiti alle unità di competenza, acquisendo ogni semestre, per il tramite del sistema informativo per il controllo di gestione, i dati necessari.

All'esito del monitoraggio finale, la competente in materia di *performance*, con il supporto dei tutor, effettua la valutazione della *performance* organizzativa in forma di percentuale di raggiungimento degli obiettivi programmati e attribuendoli:

- in via diretta, alle strutture organizzative cui si riferiscono;
- quale media dei risultati, alle unità operative complesse cui afferiscono.

La fase di valutazione della *performance* organizzativa si conclude con l'individuazione, per ogni obiettivo programmato, di un punteggio inerente il grado di raggiungimento che potrebbe differire rispetto a quello effettivamente rilevato nel corso della misurazione, a seguito del verificarsi dei rischi/criticità identificati in sede di programmazione.

Il grado di raggiungimento degli obiettivi di *performance* organizzativa confluisce nella Relazione annuale sulla *performance*, che rappresenta l'atto conclusivo del ciclo della *performance*. Ai sensi dell'art. 10, comma 1, lettera b) del d.lgs. n. 150/2009 e s.m.i., entro il 30 giugno di ciascun anno le amministrazioni pubbliche redigono e pubblicano sul proprio sito istituzionale la Relazione annuale sulla *performance*, approvata dall'organo di indirizzo politico-amministrativo e validata dall'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), ai sensi dell'art. 14 del medesimo decreto legislativo.

Con nota circolare del 29 marzo 2018, il Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri ha precisato che la predisposizione della Relazione da parte delle amministrazioni pubbliche deve essere avviata in tempo utile per consentirne l'approvazione da parte dell'organo politico-amministrativo e la successiva validazione da parte dell'OIV, nel rispetto della scadenza del 30 giugno. Pertanto, il Direttore generale INMP approva la Relazione, di norma, entro il 31 maggio di ogni anno e contestualmente la trasmette all'OIV per la prescritta validazione, da realizzarsi entro la scadenza sopra richiamata del 30 giugno.

La Relazione annuale sulla *performance* evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati e alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti, e il bilancio di genere realizzato.

Con riferimento al Manuale operativo del Sistema di valutazione delle prestazioni del personale, i Direttori/Responsabili UOS svolgono il colloquio di confronto con i dirigenti e il personale del comparto appartenenti alla propria struttura, recependo nelle schede individuali la suindicata valutazione della *performance* organizzativa e valutando gli eventuali obiettivi di risultato individuali, nonché i comportamenti organizzativi. Contestualmente, assegnano gli obiettivi individuali e comportamentali per l'anno successivo.

Ai sensi della vigente normativa, si rappresenta che la soglia di punteggio minima al di sotto della quale la valutazione individuale complessiva deve intendersi negativa è, secondo quanto previsto dagli accordi integrativi in essere, di 50 punti su 100. La formulazione della valutazione negativa deve essere preceduta da un contraddittorio con l'interessato, anche assistito da persona o legale di fiducia o da Organizzazione sindacale cui aderisce o conferisce mandato³.

³ Art. 60 C.C.N.L. Area Sanità (triennio 2016-2018) del 19.12.2019 "La valutazione negativa": 1.Nei distinti e specifici processi di valutazione dell'art. 57 (Organismi per la verifica e valutazione delle attività professionali e dei risultati dei dirigenti), la formulazione del giudizio negativo, deve essere preceduta da un contraddittorio nel quale devono essere acquisite le controdeduzioni del dirigente anche assistito da una persona di fiducia.

Art. 79 C.C.N.L. Area Funzioni Locali (triennio 2016-2018) del 17.12.2020 "La valutazione negativa": 1.Nei distinti e specifici processi di valutazione dell'art. 76, la formulazione del giudizio negativo, deve essere preceduta da un contraddittorio nel quale devono essere acquisite le controdeduzioni del dirigente anche assistito da una persona di fiducia.

3.4. Retribuzione legata alla performance

Il trattamento economico del Direttore generale può essere integrato di un'ulteriore quota, fino al 20% dello stesso, sulla base dei risultati di gestione ottenuti e della realizzazione degli obiettivi dell'Istituto.

Il trattamento economico del Direttore sanitario e del Direttore amministrativo può essere integrato di un'ulteriore quota, fino al 20% dello stesso, sulla base dei risultati di gestione ottenuti e della realizzazione degli obiettivi fissati annualmente dal Direttore generale.

La retribuzione di risultato dei dirigenti verrà definita conformemente a quanto previsto dai CCNL vigenti e in base alla consistenza dei fondi dell'Istituto.

La retribuzione legata alla produttività del personale non dirigenziale verrà definita conformemente a quanto previsto dal CCNL vigente e in base alla consistenza dei fondi dell'Istituto.

3.5. Valutazione partecipativa

3.5.1 Il modello di riferimento

Le recenti modifiche normative, con l'introduzione in particolare dell'art. 19 bis del d.lgs. n. 150/2009 disposta dal d.lgs. n. 74/2017 e delle Linee guida sulla valutazione partecipativa, hanno rafforzato il principio della partecipazione degli utenti esterni e interni e, più in generale dei cittadini, anche in forma associata, al processo di misurazione della performance organizzativa, richiedendo alle amministrazioni pubbliche di sviluppare sistemi di rilevazione del grado di soddisfazione e di sviluppare le più ampie forme di partecipazione. La vigente normativa prevede che il Sistema di misurazione e valutazione della *performance* organizzativa (SMVP) tratti sia la rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi anche attraverso modalità interattive che 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. Un'apertura, in chiave partecipativa, della valutazione della performance organizzativa diventa necessario per eliminare l'autoreferenzialità, evitando la valutazione nella sola ottica dell'amministrazione e coinvolgendo attivamente l'utente finale dei propri servizi. Serve inoltre per rafforzare il sistema di gestione della performance in modo che una maggiore coerenza tra le diverse dimensioni della performance organizzativa (efficienza, efficacia quantitativa e qualitativa, impatti) favorisca il miglioramento del livello di benessere di cittadini ed utenti.

A tal fine, l'INMP adotta strumenti *ad hoc* per rafforzare il ciclo della propria *performance*, anche in ottica di apertura in chiave partecipativa degli *stakeholder* esterni ed interni, come ad esempio la mappatura degli *stakeholders*, la rilevazione del grado di soddisfazione degli utenti, la Carta dei servizi, la valutazione esterna (in modalità partecipativa, di attività di controllo e di audit professionale di prima e di terza parte). Illustreremo, di seguito, come questi strumenti si intreccino tra di loro all'interno del processo di valutazione.

3.5.2 Responsabilizzazione: i soggetti attuatori

All'attuazione del modello di valutazione partecipativa concorrono i seguenti soggetti che svolgono i ruoli di seguito indicati:

Art. 20, comma 6 C.C.N.L. Comparto sanità (triennio 2016-2018) del 21.05.2018 "Trattamento economico accessorio degli incarichi": Le Aziende e gli Enti prima di procedere alla definitiva formalizzazione di una valutazione negativa acquisiscono, in contraddittorio, le considerazioni del dipendente interessato anche assistito dalla organizzazione sindacale cui aderisce o conferisce mandato o da persona o legale di sua fiducia. L'esito della valutazione finale è rilevante per l'affidamento dello stesso o di altri incarichi.

Direzione Sanitaria e UOC Integrazione Sanitaria e sociosanitaria per l'Equità nella Salute, in considerazione delle competenze sulla gestione e mappatura periodica degli *stakeholders* e sull'analisi costi-benefici delle politiche sanitarie attivate sulla popolazione *target* con la valutazione dell'impatto degli interventi e dei servizi offerti hanno, un ruolo di coordinamento complessivo delle fasi del processo di valutazione partecipativa e degli altri soggetti che vi intervengono.

UOC Governance affari amministrativi e legali, a seguito degli esiti della partecipazione, utilizza i risultati ai fini della valutazione della *performance* organizzativa e della redazione del PIAO e della Relazione sulla *performance*; promuovendo ulteriori azioni volte a rivedere i processi decisionali ed a migliorare l'azione amministrativa tenendo conto degli esiti della valutazione partecipata.

Unità Operative: sono responsabili della concreta attuazione delle fasi del processo di valutazione partecipativa; forniscono le informazioni necessarie per "mappare" gli *stakeholders* e per identificare gli oggetti della valutazione partecipata; rivedono i processi decisionali e l'azione amministrativa tenendo conto degli esiti della valutazione.

Direttori/Responsabili Unità Operative: forniscono un ruolo di supporto operativo alla realizzazione delle fasi del processo di valutazione partecipata.

OIV: verifica l'adeguatezza del modello di valutazione partecipativa esplicitato dall'amministrazione nel proprio SMVP e l'effettivo rispetto di tale modello; utilizza gli esiti del processo di partecipazione ai fini della valutazione della *performance* organizzativa complessiva e della validazione della Relazione annuale sulla *performance*.

Responsabile per la prevenzione della corruzione - Struttura tecnica permanente di supporto all'OIV: collaborano alla valutazione partecipata garantendo la sinergia tra gli strumenti di valutazione partecipata e gli strumenti di trasparenza.

Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP): gestisce la procedura dei reclami.

UOS Sistema Informativo e Statistico: fornisce supporto tecnico con riferimento ai sistemi informatici, predisponendo gli strumenti con cui realizzare la partecipazione.

Referente Qualità INMP – Ente certificatore standard qualità ISO 9001:2015: realizzano audit per la verifica della conformità agli standard di qualità aderenti alla norma ISO 9001:2015.

Gruppo comunicazione INMP: ha un ruolo di supporto tecnico e di raccordo con le attività di comunicazione istituzionale.

Stakeholder/utenti/cittadini: sono chiamati a svolgere un ruolo attivo fornendo, attraverso le modalità e i canali messi a punto dall'amministrazione, un giudizio sulla qualità dei servizi svolti e un contributo alla definizione degli obiettivi specifici e alla valutazione dei relativi risultati, migliorando la qualità complessiva del ciclo di gestione della *performance* e delle strategie messe in campo dall'Istituto.

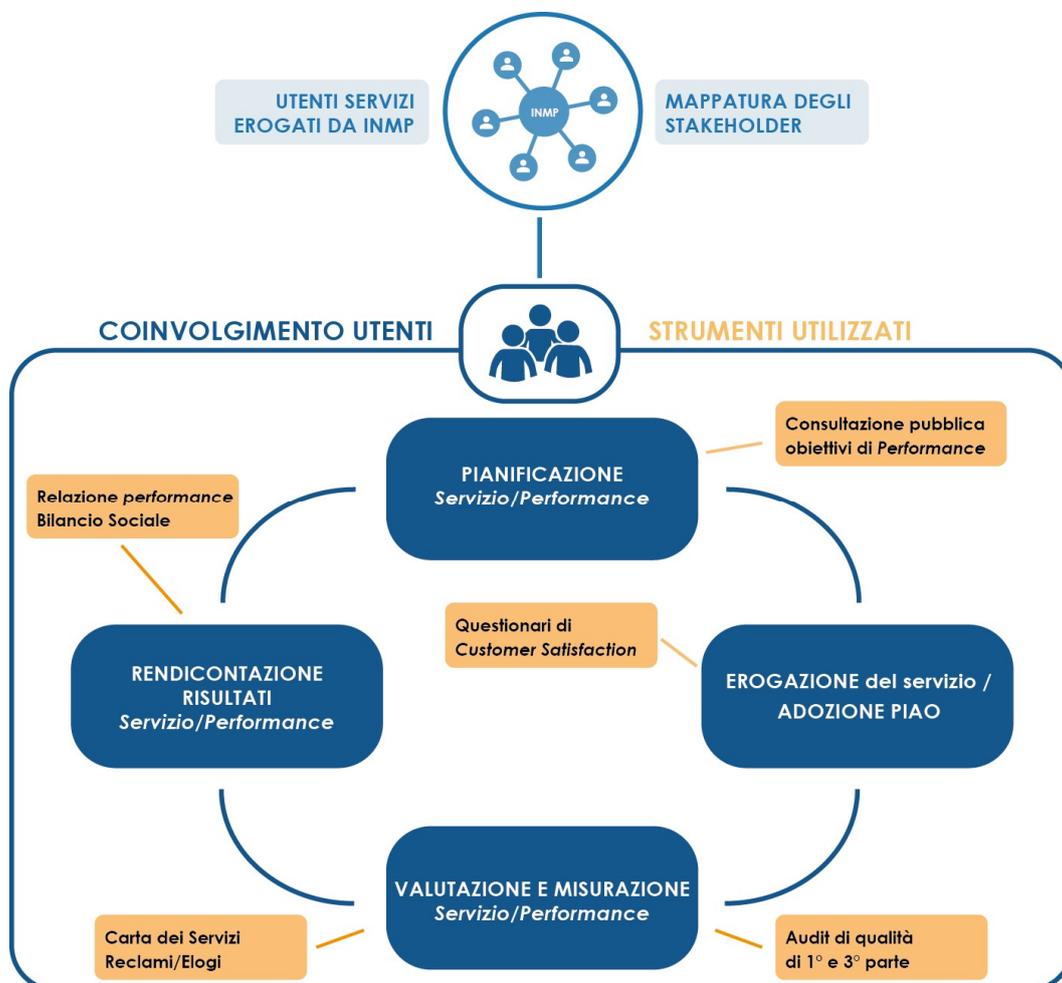
3.5.3 Il modello di valutazione partecipativa dell'INMP

Il modello di valutazione è in divenire e, in un'ottica di *evidence risked based* e miglioramento continuo, presenta delle azioni già avviate ed altre in via di definizione e sviluppo. Tale modello può essere suddiviso nelle seguenti fasi:

1. mappatura degli *stakeholders*;
2. selezione dei servizi e delle attività oggetto di valutazione e delle corrispondenti modalità e strumenti di coinvolgimento;
3. selezione e motivazione dei cittadini e/o degli utenti coinvolti nella valutazione;
4. definizione degli strumenti e dei metodi adottati;
5. definizione delle dimensioni di valutazione della *performance* e dei servizi selezionati;

6. valutazione delle attività e/o dei servizi;
7. utilizzo dei risultati ai fini della valutazione della *performance* organizzativa.

Fig. 1 Schema sintetico del modello di valutazione partecipativa adottato: coinvolgimento utenti e strumenti



1. La mappatura degli *stakeholders*

L'INMP si configura, al pari di molti Enti pubblici, quale organizzazione *multistakeholder*, date le caratteristiche istituzionali e l'eterogeneità delle aree di intervento. Individuare dunque i portatori di interesse è un compito complesso ma molto importante, così come la definizione delle relazioni che intercorrono tra gli *stakeholder* individuati e l'Istituto, al fine di elaborare le migliori strategie di dialogo e interazione. In chiave strategica, la mappatura degli *stakeholder* consente di indirizzare meglio l'attività volta al soddisfacimento dei bisogni socio-sanitari della popolazione, in particolare delle fasce di fragilità (*stakeholder* esterni), anche alla luce dei possibili impatti (sociali, di salute, di equità, ecc.) dei servizi, degli interventi e progetti realizzati, così come dei bisogni di crescita professionale degli operatori sanitari e socio-sanitari interessati alle tematiche di cui si occupa l'INMP, nonché dei bisogni formativi e di benessere organizzativo del personale operante nell'Istituto (*stakeholder* interni). Per l'individuazione e la mappatura viene utilizzata la metodologia della *stakeholder analysis* e il modello di gestione basato sulla definizione della matrice interesse/potere. Tra gli strumenti selezionati per rilevare e rappresentare il

profilo dello *stakeholder*: 1) schema delle proprietà significative dello *stakeholder* esterno, che modella l'insieme dei possibili profili del singolo *stakeholder*; 2) scheda per la rilevazione delle informazioni dello *stakeholder*; 3) mappa potere/interesse.

Tra le proprietà relative alla relazione tra lo *stakeholder* e l'Istituto, è stato introdotto il "ruolo ricoperto dallo *stakeholder* rispetto al processo di attuazione degli obiettivi specifici" dell'INMP, attribuito sulla base della posizione assunta nella matrice interesse/potere, quale ruolo **marginale**, **debole**, **appetibile** o **essenziale**. Per ogni tipologia di *stakeholder* viene poi definita una specifica strategia di gestione, in funzione del ruolo, effettivo o percepito, che essi assumono nel processo di attuazione delle linee di azione dell'Istituto e ottenimento dei risultati, e, nel particolare:

- *Stakeholder* essenziale → *manage closely* – curare la relazione in maniera continuativa e intensa, aggiornando costantemente e coinvolgendo lo *stakeholder* anche nella fase di progettazione / programmazione;
- *Stakeholder* appetibile → *recognize* – riconoscere l'importanza istituzionale dello *stakeholder* nel contesto organizzativo e operativo dell'INMP e valorizzare il ruolo dell'interazione, in particolare nei momenti di snodo di un progetto/attività;
- *Stakeholder* marginale → *keep informed* – tenere aggiornato lo *stakeholder* sull'andamento ordinario dei lavori, delle attività, del progetto, con un'informazione chiara e sintetica, anche in modalità *push*, ovvero non dipendente da una specifica richiesta dello *stakeholder*;
- *Stakeholder* debole → *listen actively* – raccogliere le opinioni, i suggerimenti, le osservazioni e i contributi, elaborarli e dare un *feedback* agli attori operativi, in tutte le fasi del progetto/attività.

Il censimento e il relativo posizionamento degli *stakeholders* istituzionali costituiscono attività a ciclo continuo, che dunque sottendono controlli, aggiornamenti e sviluppi ogni anno.

2. Selezione dei servizi e delle attività oggetto di valutazione e delle corrispondenti modalità e strumenti di coinvolgimento

Il processo di valutazione partecipativa si muove lungo due direttrici che si intersecano tra loro: la *performance* organizzativa istituzionale e i servizi erogati dall'INMP verso la propria utenza. Se da un lato gli obiettivi di *performance* prendono in considerazione quegli aspetti quali-quantitativi di risultato che più si legano alla capacità dell'Istituto di rispondere alla propria *mission*, dall'altro i singoli servizi erogati e i relativi sotto-processi di riferimento costituiscono la base operativa stessa della *mission* e della *performance* dell'ente. In particolare, *performance* organizzativa ed erogazione dei servizi si intrecciano in maniera stretta nelle attività di assistenza sanitaria e nell'erogazione dei corsi di formazione, ovvero negli obiettivi specifici dedicati alla capacità di assicurare l'elevata accessibilità per le fasce deboli - anche in relazione alle prestazioni di odontoiatria - e la qualità tecnico professionale dei servizi ambulatoriali e di offerta attiva, nonché quelli legati alla qualità della produzione e della divulgazione scientifica dell'Istituto. Nell'ambito degli obiettivi operativi, la sovrapposizione tra *performance* e servizi finali è ancora più evidente dal momento in cui riguarda le attività di tutte le unità operative dell'Istituto, comprese quelle che quotidianamente eroga servizi.

A livello operativo, la partecipazione viene espressa in modo sistematico e organico attraverso, ad esempio, le indagini di *customer satisfaction* volte a rilevare il grado di soddisfazione degli utenti in relazione ai servizi erogati; e in modo diffuso e aperto, tramite la consultazione *online* degli *stakeholder* rilevanti sugli obiettivi di *performance* organizzativa.

3. Selezione e motivazione dei cittadini e/o degli utenti coinvolti nella valutazione

Nella scelta dei servizi oggetti di valutazione concorrono come criteri, oltre alla rilevanza e alla rispondenza rispetto alla *mission* istituzionale, anche fattori quali la possibile alta conflittualità con l'utenza (reclami, contenziosi, ecc.) e l'elevata importanza che quei servizi hanno per gli utenti e per la collettività. Servizi erogati oggetto di valutazione e utenza di riferimento sono, di conseguenza, strettamente correlati. Questo non comporta immediato coinvolgimento da parte degli utenti nei processi di valutazione dei servizi stessi. È per questo che l'INMP attua una serie di facilitazioni volte a garantirne la partecipazione, sia semplificandone le modalità (vedi punto 4) sia a livello comunicativo, specie per superare le barriere linguistiche che frenano, ad esempio, gran parte dell'utenza straniera del poliambulatorio. Da questo punto di vista, oltre all'utilizzo di informative e questionari in lingua, fondamentale risulta l'operato del mediatore transculturale che affianca e aiuta il migrante nella presa in carico dei suoi bisogni, durante l'erogazione del servizio ma anche nel coinvolgerlo all'interno del sistema di valutazione del servizio usufruito.

Il sistema di gestione, monitoraggio e valutazione delle attività formative si inquadra nel più generale ciclo della *performance* e del sistema di programmazione e verifica adottato dall'Istituto ed è basato sul costante monitoraggio degli indicatori di risultato e di processo, mirati al raggiungimento degli obiettivi prefissati e all'adozione di eventuali azioni correttive, qualora si rendessero necessarie. All'interno di questo processo assume grande rilevanza il sistema di rilevazione della qualità della formazione erogata, ECM e non. L'attività di somministrazione del questionario di qualità viene inserita come parte integrante del corso e a compilarlo sono i discenti che hanno partecipato all'evento formativo. A stimolare la risposta e a ricordarne l'importanza ci sono, ad ogni corso erogato, i tutor d'aula, i responsabili scientifici e i docenti del corso stesso. Nel caso dei corsi con accreditamento ECM, la compilazione del questionario di qualità - reso in modalità anonimizzata - diviene elemento fondante per poter accedere al test di verifica finale.

In relazione alla consultazione pubblica sulla *performance* organizzativa, c'è una doppia linea di target da raggiungere e di relativo coinvolgimento degli *stakeholder*. La consultazione è aperta, tutti gli utenti istituzionali che entrano nel portale INMP, durante il periodo della consultazione, possono fornire un loro suggerimento e/o modifica delle schede di *performance*. Allo stesso tempo, per meglio stimolare la risposta e rendere più efficace ed efficiente lo strumento della consultazione web, l'INMP ha attivato *focus group* di risposta, attraverso l'individuazione di specifici *stakeholders* da invitare in maniera diretta e con modalità personalizzate alla suddetta consultazione. Tale selezione viene effettuata dall'interrogazione dello schedario informativo istituzionale degli *stakeholders* e, in particolare, dal possesso da parte dei portatori di interesse di determinate caratteristiche che li rendono appetibili all'interno della mappa Potere-Interesse (vedi paragrafo mappatura). Il contatto diretto con gli *stakeholders* è una delle iniziative messe in atto per aumentarne il coinvolgimento. Tali consultazioni vedranno, nei prossimi anni, una serie di accorgimenti, tecnici e informativi, per cercare di renderle più semplici, costruttive e dirette e saranno accompagnate da iniziative di comunicazione e di formazione/informazione volte a chiarirne i fini, i tempi e le modalità nonché a motivare i portatori di interesse alla partecipazione.

4. Definizione degli strumenti e dei metodi adottati

L'Istituto applica diversi metodi e strumenti al fine di coinvolgere l'utente nel processo di valutazione partecipativa. Verranno trattate di seguito le valutazioni dei servizi assistenziali, quelli formativi e, per ultimo, il metodo scelto per la consultazione pubblica inerente la *performance* organizzativa.

L'assistenza sanitaria e socio-sanitaria. I questionari di *customer satisfaction* legati all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria riguardano ogni tipologia di servizio erogato dal personale INMP, dall'accoglienza all'assistenza

polispecialistica, e vengono somministrati tramite un doppio canale. In diverse aree dell'ambulatorio vengono pubblicizzate, con poster e informative *ad hoc*, le modalità di accesso ai questionari *online* proposti da INMP. L'accesso è libero e può avvenire digitando sul proprio browser l'indirizzo web relativo alla *form* che l'utente desidera compilare o attraverso l'inquadramento, con il proprio dispositivo mobile, del *Qr-code* di interesse. Inoltre, per efficientare il servizio di restituzione di *feedback* da parte dell'utenza, l'INMP effettua interviste telefoniche per raccogliere le loro opinioni. A livello pratico, si effettuano le seguenti azioni: settimanalmente viene estratto, in maniera automatica e randomizzata, dal *database* sanitario istituzionale, un elenco di pazienti che hanno fruito dei servizi dell'ambulatorio INMP nella settimana precedente. Per ogni paziente è riportato solo il numero di telefono e l'area d'afferenza del servizio da lui fruito; l'operatore del servizio di *call center* intervista telefonicamente il paziente e riporta i giudizi su una *form online* dedicata.

La formazione ECM e non. Come previsto dalla normativa in materia di Educazione Continua in Medicina, in tutti i corsi vengono somministrati i questionari di rilevazione della qualità della formazione erogata. Allo stesso modo, anche per i corsi non ECM l'Istituto provvede a somministrare questionari di qualità. I questionari sono in formato digitale e vengono compilati dai discenti sulla piattaforma *e-learning/FAD* dell'Istituto.

Le consultazioni per la performance organizzativa. I metodi che distinguono la libera consultazione - aperta a tutti gli utenti - e quella specifica dedicata ai *focus group*, individuati all'interno dello schedario istituzionale degli *stakeholders*, sono stati già trattati nel punto precedente. Vengono invece utilizzati come strumenti per la consultazione: il sito web istituzionale, dove viene altresì realizzata una pagina di presentazione relativa all'oggetto e alle modalità di realizzazione della consultazione stessa; la posta elettronica e/o la piattaforma FAD istituzionale dove far arrivare i commenti e le proposte degli utenti sugli obiettivi e le schede di *performance* organizzativa.

5. Definizione delle dimensioni di valutazione della performance e dei servizi selezionati

L'assistenza sanitaria e socio-sanitaria. Come già descritto, i questionari di *customer satisfaction* prendono in esame ogni tipologia di servizio assistenziale e socio-sanitario erogato dal personale INMP e, nel particolare: polispecialistica, salute mentale, odontoiatria sociale e mediazione transculturale. Il questionario prevede domande: di categoria anagrafica (sesso, nazionalità, età; non sono presenti dati identificativi); sulla qualità della prestazione sanitaria o socio-sanitaria ricevuta; sull'eventuale presenza del mediatore nel *setting* e sulla qualità del servizio di mediazione transculturale. Circa, invece, l'oggetto dei questionari, per ogni servizio fruito, viene chiesto di esprimere anonimamente un grado di soddisfazione su una scala da 1 (Per nulla soddisfacente) a 5 (Pienamente soddisfacente), in merito a tre dimensioni d'indagine: efficacia del servizio ricevuto; chiarezza delle informazioni; accoglienza e disponibilità all'ascolto.

Formazione ECM e non. Per quanto riguarda la formazione verso l'esterno, l'obiettivo principale è quello di accrescere le conoscenze e competenze degli operatori sanitari e socio-sanitari nell'ambito delle materie di competenza dell'Istituto, garantendo un'offerta formativa di qualità, innovativa, aggiornata e accessibile agli *stakeholders* di riferimento. Indicatore di monitoraggio, in questo senso, oltre il numero di eventi svolti su quelli programmati, è un duplice sistema di rilevazione della qualità della formazione erogata. Rispetto agli indicatori di qualità, al termine dei singoli corsi viene valutata dal discente la qualità educativa del programma formativo e la rilevanza degli argomenti trattati rispetto al tema principale dell'offerta formativa proposta. Oltre alla rilevazione della qualità percepita dai discenti (per la quale è fissato un valore atteso minimo di 3,5/5), è stata introdotta una sperimentazione sugli "esiti" della formazione. Viene condotta un'indagine qualitativa a mesi di distanza sui discenti di 2 corsi (uno ECM e uno non ECM), attraverso la somministrazione di un questionario, al fine di registrare l'utilità complessiva percepita di quanto appreso nel corso rispetto all'attività lavorativa. Tale indagine può essere

sistematizzata e i risultati raggiunti saranno poi pubblicati nei documenti di rendicontazione, così come già avviene per i punteggi di qualità raggiunti nei corsi formativi.

Le consultazioni per la performance organizzativa. Sulla base delle priorità politiche fissate dall'Atto di indirizzo e delle conseguenti aree strategiche, vengono individuati gli obiettivi specifici, assegnati alle U.O.C. Gli obiettivi specifici vengono poi articolati in obiettivi operativi da essi derivanti. L'amministrazione provvede a realizzare per ogni anno, delle schede sintetiche inerenti gli obiettivi (specifici e operativi), dove vengono inseriti uno o più indicatori; a ogni indicatore è attribuito un valore di partenza e un target (valore atteso). La consultazione pubblica intende offrire a tutti gli *stakeholder* la possibilità di formulare osservazioni e proposte in merito agli obiettivi di *performance* organizzativa, specifici e operativi, dell'INMP per l'anno successivo. Il periodo di consultazione prescelto sono i mesi di novembre e dicembre in modo che i risultati possano poi essere utilizzati ed essere operativi nelle scelte di programmazione da inserire all'interno del PIAO. La consultazione avviene attraverso la predisposizione di uno spazio *web* sul portale istituzionale dove, attraverso un'email dedicata o l'utilizzo della piattaforma FAD dell'INMP, possano essere raccolti i commenti degli utenti circa la rilevanza, la pertinenza e la chiarezza degli obiettivi, l'adeguatezza di indicatori e valori target e, più in generale, il contributo potenziale alla creazione di valore pubblico. Gli *stakeholder* possono anche proporre nuovi obiettivi o una diversa formulazione di quelli proposti o indicare possibili modalità efficaci di implementazione degli obiettivi. Gli esiti della partecipazione sono raccolti e sistematizzati all'interno di relazioni *ad hoc*, nella Relazione annuale sulla *performance* e nel Bilancio Sociale INMP.

La consultazione prevede degli *step* di sviluppo successivi che porteranno, nel breve periodo, alla realizzazione di questionari *online* semplificati e dedicati ad un coinvolgimento proattivo degli utenti non solo sugli obiettivi specifici ed operativi istituzionali, ma anche sui risultati raggiunti in fase di rendicontazione.

6. Valutazione delle attività e/o dei servizi

Vedi sotto-paragrafo "Verificabilità".

7. Utilizzo dei risultati ai fini della valutazione della performance organizzativa

Vedi sotto-paragrafo "Effetti della valutazione partecipativa sulla performance organizzativa e sui servizi erogati".

3.5.4 Effetti della valutazione partecipativa sulla performance organizzativa e sui servizi erogati

Come abbiamo visto, l'approccio partecipativo è inteso nella maniera più ampia possibile e ha come finalità principale l'aumento della qualità dei servizi, delle strategie pianificate e attuate dall'INMP e, per tale tramite, la creazione di valore pubblico.

Qualora la valutazione legata alla consultazione pubblica sulla *performance* organizzativa abbia fatto emergere potenziali margini di miglioramento degli obiettivi inizialmente formulati, si attuano una o più delle seguenti azioni:

- introduzione di nuovi e diversi obiettivi rispetto a quelli inizialmente formulati;
- migliore definizione e maggiore chiarezza nella formulazione degli obiettivi inizialmente previsti;
- eventuale ridefinizione degli indicatori o dei valori target degli indicatori.

Laddove presenti possibilità di miglioramento, la valutazione partecipativa legata all'erogazione dei servizi può comportare le seguenti azioni:

- modifica, aggiornamento o totale rivisitazione del processo che porta all'erogazione di un dato servizio, in termini di flusso procedurale, catena di responsabilità, ridefinizione di uno specifico sotto-processo e/o della relativa documentazione di riferimento;
- eventuale reingegnerizzazione dei processi o delle modalità di svolgimento delle attività;
- eventuale modifica/ridefinizione del programma e/o degli obiettivi formativi del corso, nel caso in cui lo stesso venga riproposto nell'annualità successiva.

Gli esiti della valutazione partecipativa sui risultati saranno invece utilizzati dall'amministrazione ai fini di migliorare l'efficienza e l'efficacia dell'azione e considerati ai fini dell'impostazione del seguente ciclo della *performance*.

3.5.5 Verificabilità

Tutti i dati e le informazioni prodotte nell'ambito della valutazione partecipativa vengono messe a disposizione affinché possano essere oggetto di verifica e monitoraggio continuo. Nei processi di misurazione, verificabilità e valutazione in merito alla qualità dei servizi erogati entrano in gioco una serie di strumenti già da anni in uso presso l'amministrazione, ovvero: la Carta dei Servizi, gli strumenti di monitoraggio relativi alla qualità percepita dagli utenti, la procedura dei reclami e degli elogi (previste nel macro-processo dell'assistenza sanitaria), nonché gli *audit* interni e di terza parte per la conformità degli standard di qualità ISO 9001:2015.

La *Carta dei Servizi* è il documento con il quale l'INMP: elenca e descrive i propri servizi; assume i suoi impegni nei confronti dell'utenza riguardo le loro modalità di erogazione e gli standard di qualità; informa sulle azioni di tutela previste. È un documento dinamico, soggetto a continui aggiornamenti, verifiche, miglioramenti e integrazioni.

Standard di qualità. L'INMP, così come riportato all'interno della Carta dei servizi, adotta - e mantiene nel tempo - determinati standard di qualità nell'erogazione dei propri servizi, nonché strumenti di verifica atti a monitorare il rispetto degli impegni presi e a migliorare il servizio reso (come la realizzazione di audit di qualità).

Reclami. L'INMP garantisce la funzione di tutela nei confronti del cittadino/utente anche attraverso la possibilità, per quest'ultimo, di sporgere reclamo a seguito di disservizio, atto o comportamento che abbiano negato o limitato la fruibilità delle prestazioni, nonché di presentare elogi e segnalazioni. Tale attività è gestita dall'URP (Ufficio per le Relazioni con il Pubblico) e le modalità di presentazione e gestione di un reclamo vengono riportate all'interno della Carta dei Servizi e sul sito web istituzionale. I reclami, le soluzioni adottate e l'eventuale soddisfazione dell'utente sulle azioni intraprese sono oggetto di verifica durante gli audit.

Audit e conformità agli standard di qualità. L'Istituto ha conseguito, a partire dal 2010, la certificazione di qualità attualmente conforme allo standard ISO 9001:2015, rilasciata da Bureau Veritas, per l'«Erogazione delle attività di assistenza sanitaria e socio-assistenziale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà attraverso l'approccio transculturale. Elaborazione di piani di ricerca e modelli anche sperimentali di gestione dei servizi sanitari specificamente orientati alle problematiche assistenziali emergenti nell'ambito delle malattie della povertà. Gestione del ciclo di progetto con riferimento agli ambiti istituzionali di attività. Elaborazione ed attuazione di programmi di formazione anche ECM, informazione, educazione e comunicazione sanitaria con riferimento agli ambiti istituzionali di attività». La certificazione riguarda quindi tutti i servizi forniti dall'Istituto alla propria utenza nonché le attività che stanno alla base della *mission* istituzionale e quindi della propria *performance* organizzativa. Il mantenimento della certificazione comporta un continuo monitoraggio dei singoli processi, i rischi e le opportunità ad esso collegati e i relativi indicatori di processo. Il controllo avviene annualmente attraverso audit di prima parte, condotti dal *Referente per la conformità degli standard di qualità* dell'INMP, e audit di terza, realizzati da *team auditor* dell'ente certificatore. Oltre alla verifica

degli aspetti che stanno dietro a un dato processo e/o servizio (pianificazione e controlli operativi, studio dei requisiti, progettazione e sviluppo, rilascio, produzione ed erogazione, controllo degli output non conformi), gli audit monitorano e controllano quei processi che più si legano alla valutazione partecipativa: la comunicazione con l'utente, la percezione della qualità dei servizi resi, le modalità di valutazione delle prestazioni e i piani di miglioramento.

3.5.6 Tempi di realizzazione (annualità)

La valutazione partecipativa viene effettuata a ciclo continuo, lungo tutto l'anno solare. I questionari di *customer satisfaction* relativi ai servizi sanitari e socio-assistenziali, così come quelli relativi ai corsi di formazione erogati, vengono somministrati ininterrottamente. L'esito generale dei risultati viene comunicato ogni anno all'interno dei documenti di rendicontazione. Sempre a cadenza annuale, viene poi realizzata la consultazione sulla *performance* organizzativa. In questo ambito si prevede un aumento dei momenti di coinvolgimento degli stakeholder, con l'aggiunta, durante il periodo di rendicontazione, di questionari *ad hoc* sui risultati di *performance* raggiunti.

3.5.7 Supporto digitale

L'Istituto si avvale, al fine di portare avanti il processo di valutazione partecipativa e le attività ad essa connesse, dei seguenti supporti digitali:

- una base informativa per la produzione di mappe strategiche potere/interesse e la costituzione di una banca dati dei propri stakeholder
- il portale web;
- la piattaforma *e-learning*/FAD.

3.5.8 Privacy e sicurezza

I modelli utilizzati per il processo di valutazione partecipativa garantiscono il rispetto della *privacy* e della sicurezza per tutti i partecipanti e valutatori. Laddove il coinvolgimento degli *stakeholder* comporti il trattamento di dati personali vengono adottate idonee misure tecniche e organizzative al fine di rispettarne la protezione, conformemente al regolamento europeo (art. 24 GDPR).

A tal fine, il coordinatore del processo di valutazione partecipata coinvolge il Responsabile della Protezione dei Dati (RPD). Laddove necessaria, ai soggetti partecipanti alle consultazioni è fornita un'adeguata informativa sul trattamento dei dati personali che contenga tutti gli elementi previsti dall'art. 13 del GDPR.

Sulla rilevazione telefonica del livello di soddisfazione percepito dagli utenti che si rivolgono al Poliambulatorio, l'attività è svolta nel rispetto della normativa in materia di trattamento dei dati personali e nell'ottica del principio di minimizzazione. L'operatore, che ad ogni modo risponde a una società nominata Responsabile del trattamento, non conosce l'identità della persona intervistata, né questa è associata ai risultati. Il progetto è stato sottoposto e approvato dal Responsabile per la protezione dei dati dell'INMP.

3.5.9 Trasparenza

La valutazione partecipativa è un processo trasparente. L'INMP, a tal fine, garantisce:

- la massima pubblicità rispetto alle modalità di partecipazione, utilizzando al massimo grado i propri canali comunicativi, siano essi *web* o *social*,

- la pubblicazione degli esiti del processo di valutazione, attraverso i canali sopra-descritti e i documenti di rendicontazione prodotti a cadenza annuale, ovvero la *Relazione annuale sulla performance* e il *Bilancio Sociale*.

4. PROCEDURA DI CONCILIAZIONE

In caso di disaccordo sul giudizio finale di valutazione, il valutato potrà chiedere che siano prese in considerazione le sue ragioni ricorrendo a una procedura di garanzia.

Entro il mese di marzo, è trasmessa al valutato la valutazione di cui al Manuale operativo del Sistema di valutazione delle prestazioni del personale.

Entro 10 giorni, il valutato può presentare formale richiesta di valutazione di seconda istanza al proprio valutatore, inserendo per conoscenza il Direttore Amministrativo o il Direttore Sanitario o il Direttore Generale (sulla base dell'afferenza della struttura di appartenenza del valutato all'una o all'altra area), corredata da adeguata motivazione, tramite posta elettronica; trascorso tale termine, la valutazione si intende accettata.

Il valutatore, entro 15 giorni, può confermare la precedente valutazione o modificarla con motivazione inviando apposita email all'istante, inserendo per conoscenza il Direttore Amministrativo o il Direttore Sanitario o il Direttore Generale (sulla base dell'afferenza della struttura di appartenenza del valutato all'una o all'altra area). Trascorso il termine di 10 giorni dalla valutazione di seconda istanza, la valutazione si intende accettata. L'istante, ove non concordi con la valutazione di seconda istanza, entro 10 giorni dalla ricezione dell'email di valutazione di seconda istanza deve presentare apposita richiesta al Direttore Generale di nomina di una Commissione di conciliazione

Il Direttore Generale, nel nominare, in maniera tempestiva rispetto all'istanza ricevuta, una Commissione di conciliazione, deve avere cura che essa sia composta da un Direttore/dirigente in qualità di Presidente e da due unità appartenenti, ove possibile, al personale con qualifica e/o incarico almeno pari a quello del valutato, appartenenti a strutture differenti da quella di appartenenza del valutato e del valutatore. La Commissione così nominata, acquisite tutte le opportune informazioni ed effettuata una nuova istruttoria, esprime entro 15 giorni dalla nomina un "parere obbligatorio ma non vincolante" sulla valutazione, che deve essere accettato e firmato da entrambi per concludere il processo di valutazione.

A seguito di tali fasi, ove infruttuose, il valutato, assistito da un rappresentante sindacale, può attivare la procedura di conciliazione, secondo le modalità definite dall'art. 31 della legge n. 183/2010.

5. MODALITÀ DI RACCORDO E INTEGRAZIONE CON I SISTEMI INFORMATIVI E DI CONTROLLO ESISTENTI

L'implementazione del Sistema necessita di fonti informative dislocate in diverse banche dati presenti in Istituto. Per massimizzare i risultati ottenibili, così come richiesto nella delibera CiVIT n. 104/2010, l'amministrazione intende procedere utilizzando il patrimonio informativo disponibile, nonché sviluppando ulteriormente il sistema di controllo di gestione in uso.

I sistemi informativi coinvolti sono:

- Sistema amministrativo-contabile *Consis* (JSIAC per la gestione del ciclo passivo, JSIPE per la gestione amministrativa del personale, incluso il trattamento economico del personale dipendente e assimilato, JSIDIC per il controllo direzionale),

- Sistema per la gestione delle presenze e per i dati relativi alle ore lavorate,
- Sistema informativo per la ricerca scientifica INMP,
- Informazioni dal sistema RECUP e POS regionali,
- Sistema SAS per elaborazione statistica,
- Informazioni dagli archivi della Direzione sanitaria,
- Informazioni dagli archivi della Direzione amministrativa.

Inoltre, poiché l'Istituto dispone di altri sistemi informativi per la gestione delle proprie attività (a esempio, sistemi specifici di supporto alle diagnosi, piattaforma di *e-learning*, cartelle condivise, *repository* di ambulatorio per specialità), si potranno individuare indicatori utili al monitoraggio della *performance*, ricorrendo a estrazioni automatiche di dati anche a partire da questi *repository*.

6. MODALITÀ DI RACCORDO E INTEGRAZIONE CON I DOCUMENTI DI BILANCIO

Nel quadro normativo generale delineato dal combinato disposto della legge n. 196/2009 di riforma del bilancio e del d.lgs. n. 150/2009 e s.m.i., il ciclo della *performance* descritto dal presente Sistema si interseca con quello di bilancio (art. 5 della legge n. 502/1992).

La formulazione del Budget generale avviene secondo la tempistica definita dal citato Disciplinare del processo di *budgeting* entro il 31 ottobre di ogni anno. La stessa scadenza è prevista dal Regolamento per l'adozione del Bilancio di previsione, di cui il Budget generale costituisce essenziale premessa.

Come statuito dal Regolamento dell'Istituto, l'INMP adotta la contabilità economico-patrimoniale.

I contenuti dei documenti di bilancio devono necessariamente raccordarsi e integrarsi con il processo per la misurazione e la valutazione della *performance*.

A tale scopo, i tempi per la redazione del Piano della *performance* per l'anno successivo sono stati anticipati e i contenuti della Relazione del Direttore generale al Bilancio di previsione sono i medesimi del Piano.

Come sopra specificato, la fase ascendente del processo di pianificazione strategica e operativa con la proposta da parte dei Direttori di obiettivi specifici, operativi, indicatori, livelli di partenza e *target*, viene conclusa il 30 settembre. Contestualmente, è necessario effettuare una prima complessiva previsione delle risorse necessarie alla realizzazione, sia degli obiettivi specifici/operativi, che di quelli legati all'attività ricorrente.

Ciò avviene con l'adozione del Budget generale, che quantifica e assegna le risorse ai centri di responsabilità, e del Bilancio preventivo entro il 31 ottobre di ogni anno.

7. MODALITÀ DI RACCORDO CON IL PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E PER LA TRASPARENZA (PTPCT)

Il collegamento tra Piano della *performance* e il Piano per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza (PTPCT) è ritenuto fondamentale.

Quale obiettivo specifico trasversale, uguale per tutte le strutture coinvolte nel processo di prevenzione della corruzione e per la trasparenza, si individua quello di *"Garantire la trasparenza dell'azione amministrativa e la prevenzione della corruzione, assicurando l'assolvimento tempestivo degli obblighi di competenza previsti dal PTPCT"*, il cui raggiungimento è misurato da specifici indicatori.

Ciò nella considerazione che il tema della promozione della trasparenza, così come quello della lotta alla corruzione, non possono che essere trasversali a tutte le attività dell'Istituto e, in questo ambito, occorre prevedere la massima

integrazione tra le diverse strutture interessate e l'accessibilità totale da parte dei portatori d'interesse, anche alla luce degli ultimi interventi normativi in materia, di cui alle disposizioni del d.lgs. n. 33/2013, come modificato dal d.lgs. 97/2016, del Piano Nazionale Anticorruzione (P.N.A.) 2016, delle Linee guida approvate dal Consiglio dell'A.N.AC. con delibera n. 1310 del 28 dicembre 2016.

Inoltre, a decorrere dal 2022, l'integrazione tra i due Piani sarà garantita dall'entrata in vigore del Piano integrato di attività e di organizzazione, che prevede una specifica sezione, denominata "VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE", nel quale si prevede una costante e reciproca integrazione tra i relativi contenuti dei previgenti Piano della performance e Piano per la trasparenza e la prevenzione della corruzione.

Ulteriore strumento per applicare il principio della trasparenza è la Carta dei servizi sanitari e socio-sanitari, deliberata nel 2014 e costantemente revisionata (l'ultimo aggiornamento è relativo al mese di luglio 2023), pubblicata sia sul sito istituzionale sia a mezzo stampa, in una versione agile esaustiva e di facile lettura, con una sintesi redatta in sette lingue con riferimento alla specificità dell'utenza dell'Istituto.

ALLEGATO 1 - MANUALE OPERATIVO DEL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI DEL PERSONALE