



REGIONE PUGLIA



**Azienda Sanitaria Locale della Provincia di
Bari**

ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE (OIV)

ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE

PRESIDENTE	Antonio NISIO
COMPONENTE	Pamela PALMI
COMPONENTE	Maria Rosa VALLETTI

Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del sistema
di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli
in attuazione dell' art. 14, comma 4, lettera a) del D.Lgs. n.150/2009

1. Presentazione

La presente relazione è redatta dall'OIV in conformità a quanto previsto dall'art. 6, comma 1, lettera a) della LEGGE REGIONALE 4 gennaio 2011, n. 1 "Norme in materia di ottimizzazione e valutazione della produttività del lavoro pubblico e di contenimento dei costi degli apparati amministrativi nella Regione Puglia", che individua tra i compiti dell'OIV il monitoraggio del funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli e l'elaborazione di una relazione annuale sullo stato delle stesso.

La struttura e i contenuti della relazione si rifanno a quanto previsto dalle delibere n. 4/2012 e n.23/2013 dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (di seguito ANAC), per quanto applicabili alle aziende sanitarie locali e congruenti con i principi e le indicazioni contenute nella legge regionale 1/2011.

Si rileva che la presente relazione sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli, è la seconda prodotta dall'attuale OIV, nominato nell'ASL di Bari con deliberazione del DG n.1536 del 19 agosto 2014.

La STP e l'Unità Organizzativa Controllo di Gestione hanno fornito l'assistenza tecnica necessaria in relazione alle specifiche esigenze dell'OIV.

All'OIV spetta il *"controllo di prima istanza sull'appropriatezza e l'effettività del ciclo [di gestione della performance]. Il monitoraggio dell'OIV, svolto in maniera sistematica e costante durante tutto il ciclo con la segnalazione tempestiva di eventuali criticità, ritardi e omissioni in sede di attuazione, può consentire, infatti, di promuovere azioni correttive".¹*

Nella Relazione l'OIV riferisce sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni, nell'ambito del ciclo della performance 2015, mettendone in luce gli aspetti significativi ed eventuali criticità.

Lo scopo è di evidenziare i rischi e le opportunità di questo sistema al fine di presentare proposte per svilupparlo e integrarlo ulteriormente (delibera CIVIT 4/2012).

La predisposizione della Relazione rappresenta un momento di verifica della corretta applicazione da parte delle amministrazioni delle linee guida, delle metodologie e delle indicazioni della CIVIT/ANAC, tenendo anche conto del monitoraggio svolto sul

¹ Delibera CIVIT n.23/2013 "Linee guida relative agli adempimenti di monitoraggio degli OIV e alla Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli in attuazione dell' art. 14, comma 4, lettera a) del D.Lgs. n.150/2009.

Sistema di misurazione e valutazione della performance, sul Piano della performance e sul Programma triennale per la trasparenza e l'integrità (delibera CIVIT 4/2012).

La stesura del documento è ispirata ai principi di trasparenza, attendibilità, ragionevolezza, evidenza e tracciabilità, verificabilità dei contenuti e dell'approccio utilizzato. L'operato dell'OIV è guidato dai principi d'indipendenza e imparzialità.

La presente Relazione è trasmessa all'Organo d'indirizzo politico-amministrativo e al Dipartimento della Funzione Pubblica. La Relazione è, inoltre, pubblicata in formato aperto sul sito istituzionale, nella sezione "Amministrazione Trasparente".

2 Funzionamento complessivo del sistema di misurazione e valutazione

Il ciclo della performance per il 2015 è disciplinato nell'ASL Bari dal Regolamento Aziendale – Sistema di misurazione e valutazione della Performance organizzativa e individuale, approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 80 del 30.01.2015.

Con la Deliberazione di Giunta Regionale (D.G.R.) n. 2341 del 24/10/2011, come successivamente modificata con D.G.R. n. 2467 del 27/11/2012, è stato approvato lo schema di contratto di prestazione d'opera intellettuale da stipularsi con i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali del Servizio Sanitario Regionale della Puglia.

L'art. 4 ("Obiettivi") dello schema di contratto stabilisce che il Direttore Generale è tenuto al rispetto degli obiettivi di mandato individuati dalla Giunta Regionale con l'atto di nomina e degli annuali obiettivi gestionali di carattere economico-finanziario e di salute, individuati dalla Giunta Regionale con apposito provvedimento.

Tali obiettivi determinano la definizione della strategia, dei piani e dei programmi delle aziende sanitarie locali.

Nell'ASL Bari, in mancanza anche per il 2015 del Piano della performance, la definizione degli obiettivi generali e di quelli assegnati alle strutture organizzative è disciplinata dall'annuale regolamento di budget e definizione degli obiettivi generali.

2.1 Performance organizzativa

2.1.1 Definizione di obiettivi, indicatori e target

Nell'allegato 2 del regolamento di budget e definizione degli obiettivi generali 2015² in sostanziale coerenza con quanto disposto nel Sistema di misurazione e valutazione, sono riportati gli obiettivi generali definiti come obiettivi "prioritari", cui la Direzione aziendale ha inteso dare maggiore enfasi. Essi rappresentano lo strumento di budget attraverso il quale sono concordati gli obiettivi di Dipartimento e/o Unità Operativa, coerentemente con quanto disposto nel Sistema. Nelle schede di budget sono riportati gli obiettivi di performance organizzativa assegnati alle strutture.

Il ciclo di budget del 2016 è iniziato con l'emanazione del regolamento (deliberazione del Direttore generale n. 2101 del 15 dicembre 2015) che è stato portato a conoscenza dei responsabili di struttura in una riunione plenaria in data 23 dicembre 2015. E da segnalare positivamente come il ciclo di programmazione 2016 sia iniziato in sostanziale anticipo rispetto agli anni immediatamente precedenti.

Si segnala, come già fatto nella scorsa relazione, la necessità che gli obiettivi generali abbiano un chiaro riferimento temporale, siano forniti di indicatori di outcome e output e dei relativi target, al fine migliorare la capacità di indirizzare l'azione dell'ASL.

Nel regolamento di budget per il 2016 gli obiettivi generali rispondono meglio ai requisiti metodologici definiti dall'art. 5 del D.lgs. n.150/2009: gli obiettivi sono distinti tra obiettivi di natura sanitaria e di natura amministrativa e all'interno di queste macro categorie è evidenziata la tipologia di obiettivo (di organizzazione, di processo, di qualità, di spending review).

La pertinenza degli obiettivi assegnati per il 2015 alle strutture con la missione istituzionale, con le strategie e con le priorità politiche dell'ente non può compiutamente emergere in mancanza del Piano della Performance (peraltro, non previsto dal Sistema di misurazione e valutazione della performance dell'Azienda). Come già evidenziato dallo scrivente OIV nella propria relazione dello scorso anno, vi è un proporzionato mix di obiettivi di natura amministrativo-gestionale e obiettivi clinici e d'innovazione scientifica.

Gli obiettivi selezionati sono rispondenti in parte ai requisiti metodologici definiti dall' art. 5 del D. Lgs. n.150/2009:

- Presentano un sufficiente livello rilevanza e pertinenza rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale dell'amministrazione;
- Sono specifici e misurabili in termini concreti e chiari;

²Deliberazione del Direttore Generale numero 388 del 17 marzo 2015

- Sono sufficientemente idonei a determinare un miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi.

Gli obiettivi assegnati alle singole unità organizzative hanno un chiaro riferimento temporale e sono forniti di indicatori e di target.

Per migliorare il portato informativo sarebbe opportuna la commisurazione ai valori di riferimento derivanti da standard definiti a livello regionale, nazionale e internazionale, nonché da comparazioni con amministrazioni omologhe e con le tendenze della produttività dell'Azienda.

Gli obiettivi di trasparenza sono solo indicati nel Programma triennale per la trasparenza e l'integrità, mentre non sono esplicitati tali obiettivi tra gli obiettivi generali dell'Azienda.

Il regolamento di budget stabilisce che gli obiettivi specifici devono essere assegnati nel rispetto delle dotazioni di risorse umane e strumentali e alla disponibilità di risorse economico finanziarie. La più volte citata assenza del Piano della performance non rende esplicitata la relazione tra gli obiettivi e la quantità e la qualità delle risorse disponibili (adeguatezza).

Nelle schede obiettivo 2015 è stata evidenziata la relazione esistente tra obiettivi generali e obiettivi operativi. Tuttavia si ribadisce che per rendere più esplicito il contributo degli obiettivi operativi al reale conseguimento degli obiettivi strategici sia opportuna l'esplicitazione delle relazioni (*cascading*) che esistono tra gli obiettivi assegnati dalla Giunta Regionale, gli obiettivi generali (meglio strategici) e gli obiettivi operativi. L'OIV da atto che, come dallo stesso organismo suggerito nella propria precedente relazione e in incontri con la Direzione Generale, l'ASL di Bari nel regolamento di budget 2016 ha inteso rendere palesi tali relazioni attraverso lo strumento della balance scorecards.

Gli indicatori associati agli obiettivi operativi sono adeguati a misurare le finalità che s'intendono perseguire. Per ogni struttura è stato previsto un set di circa 10 obiettivi, raggruppati in tre categorie:

- Obiettivi di performance (meglio efficacia) ed efficienza;
- Obiettivi di qualità (risk management e soddisfazione dell'utenza);
- Obiettivi correlati agli obblighi informativi.

Nelle schede obiettivo 2015 la maggior parte degli indicatori sono quantitativi, ma vi sono ancora indicatori che si limitano solo alla verifica della realizzazione di

un'attività (predisposizione di documenti, redazione di piani e realizzazione di atti amministrativi).

Si raccomanda maggiore attenzione agli indicatori di soddisfazione dei clienti a oggi limitati a uno (rispetto degli standard relativi all'accoglienza del cittadino), dicotomico (si/no), la cui misurazione è basata sulla valutazione effettuata dal Coordinatore Infermieristico.

Il processo di assegnazione degli obiettivi alle UO è avvenuto previo confronto dialettico tra la Direzione generale con i responsabili delle stesse e la formale accettazione da parte degli stessi responsabili.

Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance prevede una fase di monitoraggio intermedia al fine di verificare lo stato di realizzazione/realizzabilità degli obiettivi. Anche la delibera ANAC n.6/2013 auspica che le amministrazioni effettuino, almeno con cadenza semestrale, i monitoraggi sullo stato di avanzamento degli obiettivi, al fine di intraprendere tempestivamente eventuali azioni correttive durante il corso dell'anno. Nonostante l'OIV nella precedente relazione abbia auspicato tali monitoraggi, di fatto nel 2015 non sono stati effettuati, anche in conseguenza della tardiva assegnazione degli obiettivi (luglio 2015).

Il grado di condivisione della metodologia è adeguato. Il sistema di misurazione e valutazione della performance prima dell'adozione formale è portato a conoscenza delle organizzazioni sindacali, del Comitato Unico di Garanzia e degli altri *stakeholder*.

Il sistema e il regolamento di budget e di definizione degli obiettivi generali non sono pubblicati nel sito istituzionale dell'ente, sezione Amministrazione Trasparente, sottosezione performance, pur essendo stata la relativa delibera inserita nell'albo pretorio.

2.1.2 Misurazione e valutazione della performance organizzativa

Alla data di pubblicazione della presente Relazione il processo di misurazione e valutazione degli obiettivi organizzativi per il 2015 è ancora terminato, in linea con la tempistica prevista dalle norme e dai regolamenti. Nel 2015 si è realizzata la valutazione degli obiettivi 2014.

La misurazione e valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi generali 2014 dell'ASL nel suo complesso (che si sarebbe dovuta effettuare da parte del vertice dell'azienda nella Relazione della performance entro il 30 giugno 2015) non è avvenuta.

Per l'anno 2015 (scadenza entro il 30 giugno 2016) l'OIV auspica la predetta misurazione.

2.1.3 Metodologia per la misurazione e valutazione della performance organizzativa

La misurazione e la valutazione degli obiettivi organizzativi assegnati alle diverse strutture sono avvenute secondo le seguenti fasi:

1. I direttori delle unità operative e i dirigenti di unità operativa semplice a valenza dipartimentale hanno prodotto le relazioni sul grado di raggiungimento degli obiettivi di budget;
2. Il controllo di gestione ha fornito i referti della sua attività e unitamente alla struttura tecnica permanente hanno svolto per l'OIV un'attività istruttoria fornendo le misure del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget;
3. L'OIV ha provveduto alla valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget.

La misurazione e la valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi delle strutture organizzative hanno fornito risultati adeguatamente differenziati.

Anche quest'anno si segnala l'utilità di prevedere occasioni di formazione e comunicazione specifica del ciclo della performance, al fine di aumentare l'effettiva conoscenza e condivisione dello stesso da parte del personale dirigente e di comparto e degli stakeholder. Tanto potrà avvenire organizzando specifici eventi formativi per il personale e la Giornata della Trasparenza, come previsto dal piano triennale e dalla delibera ANAC.

2.2 Performance individuale

La valutazione della performance individuale per il 2015 prevede una distinta metodologia per i dirigenti e per il personale del comparto.

Il sistema prevede che, assegnati gli obiettivi alle unità organizzative, il Dirigente Responsabile dell'unità organizzativa ripartisce e assegna gli obiettivi di lavoro **a tutto il personale della Struttura (dirigenza e comparto)**, predisponendo il "PIANO OPERATIVO", quale atto dirigenziale di programmazione annuale. Tale documento è sottoscritto da tutto il personale (dirigenza e comparto).

I piani operativi devono essere trasmessi alla Direzione Strategica e per essa al “Servizio Controllo Interno di Valutazione”, articolazione della Struttura Complessa Controllo di Gestione, e all’Organismo Indipendente di Valutazione per la valutazione preventiva di coerenza agli indirizzi dell’ASL, oltre che per l’attivazione delle procedure di valutazione dei risultati conclusivi.

Per il 2015 non sono stati trasmessi all’OIV i piani operativi predisposti. L’OIV, al fine di verificare che il processo si sia comunque svolto, ha chiesto alla STP chiarimenti in merito. La STP con propria nota prot. 79727/1 del 21 aprile 2016 (pervenuto allo scrivente Organismo il 26 aprile 2016) ha segnalato che “giusta previsione di cui all’articolo 6 del Regolamento di Budget anno 2016 approvato con deliberazione DG n.2101/2015, i piani operativi per il raggiungimento degli obiettivi come redatti dalle UUOCC, in questa fase di crescita culturale, non sono rinvenibili nelle loro forma statutaria di documento ufficiale, ma piuttosto di pratica informale (es. riunioni di UOC non verbalizzate, declinazione nelle disposizioni di servizio, etc.)”

Per il ciclo 2016 l’OIV richiede la tempestiva trasmissione dei Piani Operativi al fine di permettere all’OIV di valutare lo svolgimento del processo, l’adeguatezza delle modalità di assegnazione degli obiettivi e la coerenza con le disposizioni del Sistema.

Il sistema prevede, inoltre, la verifica formale intermedia - indispensabile a rinforzare l’attività valutativa e la stessa valutazione finale e per porre in essere gli strumenti necessari a “correggere” eventualmente l’andamento della performance per il pieno conseguimento dei risultati prefissati. Tale verifica, come riportato nello stesso Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance, risulta indispensabile in quanto consente al Valutatore di attuare, se necessario, azioni di supporto e sviluppo individuale (formazione, sostegno al ruolo, etc.) che possano migliorare in prospettiva la prestazione individuale e collettiva.

Il sistema stabilisce che:

- il Valutatore di prima istanza e il Valutato/i dovranno effettuare almeno un incontro di verifica dell’andamento delle prestazioni, da svolgersi entro il primo semestre del periodo di riferimento, al fine di individuare le eventuali azioni correttive;
- degli incontri deve essere redatto un verbale che rimarrà agli atti della Struttura Organizzativa e potrà essere utilizzato nel caso d’insorgenza di controversie relative al giudizio finale espresso dal Valutatore.

Relativamente a questo aspetto la STP riferisce con la citata nota che “ non

risultano ufficialmente trasmessi verbali di verifiche intermedie, per quanto in alcune macrostrutture aziendali (es. Dipartimento di Prevenzione), internamente è operata la verifica intermedia al 30.06 sull'andamento degli obiettivi assegnati".

Per il 2016 l'OIV rimarca la necessità dello svolgimento di tale monitoraggio intermedio.

La raccolta dei dati ai fini della misurazione della performance individuale avviene attraverso la predisposizione di Schede di Valutazione individuale:

- per il personale dirigenziale le schede sono suddivise in due sezioni: la sezione 1 è relativa alla valutazione delle performance (rectius competenze/comportamenti), la sezione 2 è relativa al conseguimento degli obiettivi (Performance organizzativa-manageriale per i Responsabili di Struttura /apporto individuale per i dirigenti Professionali);

- per il personale di comparto dei profili professionali Cat. da "B" a "DS" è composta di otto *items* predefiniti;

- per il personale di comparto dei profili professionali Cat. "A" a "DS" è composta di cinque *items* predefiniti.

Il sistema prevede che al termine del periodo di riferimento, il Responsabile della Struttura Organizzativa, che riveste le funzioni di Valutatore di prima istanza, deve predisporre una Relazione annuale conclusiva che includa la valutazione delle prestazioni individuali del dirigente e dell'apporto partecipativo di tutto il personale di comparto. Le schede sono trasmesse al Servizio di Controllo Interno di Valutazione.

La valutazione delle prestazioni individuali per l'anno 2015 è ancora in itinere. Al momento i valutatori di primo livello hanno effettuato la loro valutazione e le relative schede sono in fase di raccolta presso il Servizio di Controllo Interno di Valutazione per gli adempimenti di competenza. Stanno pervenendo all'amministrazione ricorsi contro le valutazioni di primo livello in percentuale minima rispetto al totale delle valutazioni. Nel 2015 si sono concluse le valutazioni individuali 2014. Esse hanno presentato una sufficiente differenziazione.

2.3 Processo di attuazione del ciclo della performance

L'OIV valuta l'effettivo funzionamento del processo di misurazione e valutazione,

con specifico riferimento a fasi, tempi e soggetti coinvolti sostanzialmente in linea con quanto previsto dal sistema, fatte salve le osservazioni su riportate.

L'OIV ritiene pertinente e adeguata l'interpretazione del ruolo, e delle funzioni conseguenti delle Direzioni Generale, Amministrativa e Sanitaria. Lo stesso OIV da atto della equilibrata composizione della STP.

L'OIV in particolare nel corso dell'ultimo anno ha avuto modo di apprezzare il significativo contributo dato al processo dal responsabile dell'UO controllo di gestione dott. Antonio Delvino e dal suo staff.

Si rimarca il contributo dei dirigenti responsabili delle strutture organizzative nella fase di definizione degli obiettivi e dei relativi target e della misurazione del grado di raggiungimento degli stessi. Si sottolinea, ancora una volta, come si ritenga necessario supportare a ogni livello l'attività di diffusione della cultura della gestione per obiettivi, della misurazione e valutazione delle prestazioni, della efficienza, dell'efficacia e della qualità, svolta dalla UO controllo di gestione.

Costante è stato anche il contributo critico e propositivo del Comitato Unico di Garanzia.

2.4 Infrastruttura di supporto

Il sistema informativo a supporto della gestione riveste un ruolo strategico per poter efficacemente misurare e valutare le performance e consentire ai diversi attori nella ASL di prendere decisioni consapevoli. L'estrema complessità organizzativa (elevato numero ed eterogeneità dei servizi erogati, estensione territoriale e numerosità della popolazione servita, pluralità di strutture diffuse sul territorio) e le caratteristiche dell'ambiente in cui l'ASL Bari opera (elevato grado di variabilità e velocità di variazione e basso grado di prevedibilità) rendono necessario disporre di strumenti di governo che possano fare affidamento sulla tempestiva e adeguata disponibilità di informazioni utili.

La gestione del sistema informativo per le decisioni della ASL Bari è affidata alla Unità organizzative Controllo di Gestione (UCG).

Ha il compito prioritario di raccogliere le informazioni relative alla produzione interna (DRGs, prestazioni ambulatoriali e prestazioni intermedie) ed esterna (strutture convenzionate/accreditate e prestazioni in mobilità passiva) e i relativi dati di costo (costi del personale, dei beni di consumo, quote di ammortamento dei beni a lento ciclo

di utilizzo e costi delle prestazioni erogate da esterni a favore dei cittadini residenti) per poter elaborare report integrati che consentano a tutti i dirigenti di orientare le proprie scelte al fine di perseguire gli obiettivi aziendali (*dal dato all'informazione*).

L'UCG nel 2015 ha in relazione al sistema informativo per le decisioni:

- supportato la Direzione Aziendale per la gestione del budget (predisposizione dell'aggiornamento annuale del regolamento di budget, predisposizione della bozza di obiettivi annuali di azienda, predisposizione di un set di obiettivi per ogni U.O., monitoraggio degli indicatori relativi agli obiettivi concordati, consulenza continua a favore dei responsabili di U.O.)

- ha concluso l'aggiornamento il Piano dei Centri di Costo
- elaborato dati di costo e di produzione, per giungere alla elaborazione delle informazioni utili per indirizzare le scelte operative

- predisposto reportistica "personalizzata" per i diversi livelli dirigenziali

L'UCG ha individuato un set di un centinaio indicatori che coniugano la produzione con i costi dei principali fattori produttivi; tali indicatori costituiscono la base per la contrattazione di budget e per l'elaborazione della reportistica. È stato effettuato un benchmarking interno che ha permesso di individuare le buone pratiche e, di converso, i comportamenti critici.

La contabilità analitica è alimentata e gestita da un'articolazione interna dell'Area Gestione Risorse Economico-Finanziarie che trasferisce i dati all'UCG; il feed-back operato dall'UCG ha permesso, nel tempo, di correggere alcune debolezze e migliorare l'affidabilità dei dati di costo.

3 Integrazione con il ciclo di bilancio e i sistemi di controlli interni

3.1 Integrazione con il ciclo di bilancio

L'attuale stato di evoluzione del sistema di misurazione e valutazione della performance non permette un'esplicitazione del grado di integrazione e coordinamento con il ciclo della programmazione economico-finanziaria e quello di bilancio.

3.2 Integrazione con gli altri sistemi di controllo

Adeguate sono le soluzioni organizzative effettivamente adottate dall'amministrazione, in termini di integrazione e coordinamento con il controllo di gestione

4. Il Programma Triennale per la trasparenza e l'integrità e il rispetto degli obblighi di pubblicazione

L'emanazione del decreto legislativo n. 33/2013 in tema di obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni ha comportato una globale riconsiderazione della materia, aprendo per l'Amministrazione, rispetto ai criteri guida contenuti nel Programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2016-2018 [Deliberazione del Direttore generale n. 163 del 29.01.2016], nuovi spunti di analisi e revisione con riguardo ai contenuti delle informazioni da pubblicare, agli aspetti formali del sito della ASL di Bari [considerando altresì che tutte le Asl Pugliesi confluiscono nel portale regionale della salute]. Conseguentemente, si è dovuto procedere a una rivisitazione del sito stesso, al fine di adeguarlo - nelle caratteristiche formali - ai requisiti richiesti dalla normativa.

Il Responsabile della trasparenza ha attivato iniziative volte a rendere fruibili le informazioni disponibili sulla sezione web dedicata del sito della ASL, avviando interventi per affrontare le problematiche connesse alla pubblicazione dei dati secondo le nuove modalità previste.

Nel contempo, è stato avviato un complesso di azioni funzionali all'applicazione delle misure anticorruzione connesse al tema della legalità, trasparenza e cultura dell'integrità (svolgimento di corsi di formazione mirati nell'area a rischio del personale, svolgimento di corsi di formazione mirati e generali sul codice di comportamento dei dipendenti pubblici, mappatura degli eventi rischiosi e avvio della valutazione degli eventi di rischio presso i medesimi uffici -si veda l'audit eseguito presso il Dipartimento di Prevenzione-).

In adesione alle richieste dell'Autorità Nazionale Anticorruzione e per la valutazione e la trasparenza delle Amministrazioni pubbliche (A.N.AC.), l'OIV ha svolto attività di audit e attestazione sull'assolvimento da parte dell'Amministrazione di alcuni adempimenti risultanti dalla normativa sulla trasparenza.

Relativamente ai sistemi informativi e informatici si evidenzia che l'attuale situazione vede operanti nell'Amministrazione una pluralità di sistemi, la cui condivisione è ancora limitata. La razionalizzazione dei sistemi informatici e dei relativi flussi informativi è infatti influenzata da taluni fattori caratterizzanti, quali la spiccata

eterogeneità delle funzioni svolte, la mole delle informazioni gestite che richiedono anche complesse elaborazioni e, non da ultimo, le esigenze peculiari connesse all'attività di un'Azienda Sanitaria, i cui dati per la loro specificità e "sensibilità" implicano l'adozione di attente misure che garantiscano la necessaria riservatezza.

Tale complessa situazione fa sì che esistano una pluralità di banche dati, con caratteristiche e dimensioni diverse, cui accedono, per lo più, solo gli operatori di settore.

Da ultimo è importante evidenziare la partecipazione della ASL di Bari al progetto Curiamo la Corruzione le cui informazioni sono tutte raccolte in apposita pagina web (<https://www.curiamolacorruzione.it/>); progetto che porterà benefici sui temi della trasparenza e dall'anticorruzione.

4. Definizione e gestione degli standard di qualità

L'ASL Bari ha mappato i servizi erogati e ha pubblicato sul sito istituzionale una guida agli stessi servizi.

L'OIV nella precedente relazione ha evidenziato che l'ARES Puglia con delibera n. 49 del 9 aprile 2015 ha approvato la bozza delle Linee guida per la redazione della Carta dei Servizi delle aziende sanitari. La bozza è stata trasmessa all'Area delle Politiche per la Promozione della Salute, delle Persone e delle Pari Opportunità e all'Ufficio Sistemi Informativi e Flussi Informativi dell'Assessorato al Welfare della Regione Puglia per il seguito di competenza a mente della D.G.R. 2686/2014.

A oggi non vi sono state evoluzioni nel percorso di adozione delle Linee guida per la redazione della Carta dei Servizi delle aziende sanitarie. È, pertanto, necessario che nelle more dell'emanazione delle linee guida regionali l'ASL Bari adotti una propria carta dei servizi in linea con le migliori prassi esistenti.

L'ASL Bari ha attivato una pluralità di modalità attraverso le quali i cittadini possono segnalare eventuali disservizi o muovere reclami. Questi sono:

- presentazione scritta su apposito modello
- lettera libera
- invio di email
- telefonata ai Numeri Verdi e altri numeri dell'URP
- direttamente agli sportelli URP.

Nell'anno 2015 i reclami, le segnalazioni e le richieste di informazione sono stati complessivamente **n. 11.543** con un incremento del 10% rispetto all'anno precedente, confermando il trend di incremento degli accessi all'Ufficio Relazioni con il Pubblico (anno 2014 + 2,8% rispetto all'anno precedente).

Gli operatori dell'URP nel caso di reclami o segnalazioni telefoniche, ove possibile, cercano di fornire soluzioni immediate.

L'Urp riclassifica analiticamente i reclami e le segnalazioni per oggetto e per struttura e segnala il tutto alla Direzione Generale al fine di consentire di avviare processi di miglioramento...

5. PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

L'ASL Bari ha definito e implementato un Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance che ha avviato l'azienda su un percorso di miglioramento continuo nella risposta ai bisogni della collettività servita e nell'uso efficiente, efficace ed economico delle risorse. Tale percorso è stato intrapreso in chiave di miglioramento continuo e di progressiva diffusione della cultura manageriale. Vi sono, comunque, spazi di ulteriore miglioramento, di seguito evidenziati.

In generale si evidenzia che l'attuale sistema di misurazione e valutazione della performance non recepisce in pieno le indicazioni del decreto 150/2009 e s.m.i., delle delibere Civit/Anac e delle migliori prassi. Infatti, lo stesso sistema non prevede la redazione dei documenti della performance (Piano e Relazione della performance) necessari a definire:

- ex ante in maniera chiara e integrata gli obiettivi strategici e operativi, i relativi indicatori e target, in linea con la strategia aziendale che si intende perseguire;
- ex post il livello di performance realizzato, raffrontato con quanto preventivato.

L'attuale sistema è sbilanciato nella misurazione della performance individuale a scapito della performance organizzativa.

Si è invitata, pertanto l'Amministrazione, a voler provvedere a una profonda revisione dello stesso sistema, pur consci che si è in attesa del regolamento di disciplina delle funzioni del dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei ministri in materia di misurazione e valutazione della performance delle pubbliche

amministrazioni, che andrà a definire il ciclo della performance in maniere meno gravosa per le pubbliche amministrazioni.

Nello specifico si formulano le seguenti proposte per un progressivo miglioramento del ciclo di gestione della performance.

Performance organizzativa

✓ Definire per gli obiettivi strategici (*obiettivi generali* nel regolamento di budget) la prospettiva temporale e gli indicatori di outcome e in via residuale di output, come già previsto dal SMVP;

✓ Migliorare la qualità e significatività degli indicatori utilizzati, riducendo il più possibile il ricorso a variabili dicotomiche (SI/NO) e a indicatori il cui output è la predisposizione di documenti, piani, relazioni;

✓ Migliorare l'individuazione dei target derivandoli da standard definiti a livello nazionale o internazionale, da comparazioni con amministrazioni omologhe, dalle migliori pratiche tra le UO della ASL.

✓ Migliorare e rendere maggiormente palese l'integrazione tra il ciclo della performance e la programmazione finanziaria e di bilancio, in modo da rendere evidente l'assegnazione delle risorse agli obiettivi e la correlazione alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili;

Performance individuale.

L'OIV segnala che è di significativa importanza che il processo di misurazione e valutazione della performance non sia vissuto dai valutatori come un ulteriore aggravio di adempimenti e dai valutati come un giudizio personale, espresso sui singoli o esclusivamente come strumento per arrivare a percepire la retribuzione di risultato. Perciò si sottolinea la necessità di:

- una capillare diffusione della cultura della gestione per obiettivi supportata da azioni proattive da parte del vertice strategico, dell'OIV, del Controllo Strategico di Gestione, della Gestione del Personale;

- una congrua dialettica nella fissazione degli obiettivi e nella assegnazione delle risorse, nel monitoraggio in itinere dello stato di perseguimento delle performance, nella valutazione (misurazione del grado di raggiungimento e analisi delle relative cause) del grado di perseguimento degli obiettivi.

Ulteriori indicazioni:

- ampliare la valutazione della qualità dei servizi ;
- effettuare monitoraggi periodici, sia della performance organizzativa, sia di quella individuale, onde attivare le azioni correttive necessarie al conseguimento degli obiettivi stabiliti, o, alternativamente procedere alla loro motivata modifica;
- realizzare azioni di comunicazione interna, formazione e maggior coinvolgimento dei diversi attori, affinché da un lato sia promossa un'effettiva cultura della programmazione e della valutazione, a tutti i livelli e, dall'altro, la valutazione della performance serva effettivamente a orientare le decisioni chiave assunte in particolare dagli organi di governo dell'azienda e delle UO che compongono la sua organizzazione.