



REGIONE PUGLIA

AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA

CONSORZIALE POLICLINICO

Organismo Indipendente di Valutazione

**Oggetto:** provvedimento di validazione della Relazione sulla performance anno 2018 dell'A.O.U.C. "POLICLINICO- Giovanni XXIII" di Bari.

#### PREMESSA

In data 31 luglio 2019 la Direzione Generale ha emanato l'atto deliberativo n.1128 con il quale ha approvato la Relazione sulla Performance relativa all'anno di gestione 2018.

Il documento è stato anticipato in forma di bozza all'OIV in data 9.07.2019 dal Responsabile UOC Controllo di Gestione, dietro direttiva della Direzione Strategica.

L'OIV, nelle sedute del 09.07.2019, del 22.07.2019, del 29.07.2019 e in quella odierna, ha esaminato la relazione predisposta dagli Uffici e ha proceduto alla verifica della forma e dei contenuti in essa espressi, procedendo alla validazione nelle modalità e nelle forme di cui alle "linee guida n.3 novembre 2018 del Dipartimento della Funzione Pubblica - ufficio per la valutazione della performance.

\*\*\*\*\*

L'Organismo Indipendente di Valutazione della performance (di seguito OIV) dell'A.O.U. "POLICLINICO- Giovanni XXIII" di Bari, ai sensi dell'art. 14, comma 4, lettera c) del D.lgs. n. 150/2009, come modificato dal D. lgs. 25 maggio 2017, n. 74, nonché le richiamate linee guida del DFP, ha esaminato i contenuti della Relazione sulla Performance 2018, da ora "Relazione".

La validazione della "Relazione" chiude il ciclo di gestione annuale della performance anno 2018 e, di conseguenza, libera la facoltà della Direzione Strategica di erogare la quota stipendiale legata al risultato.

L'OIV ha eseguito la procedura di validazione sulla base degli accertamenti che ha ritenuto opportuni nella fattispecie e dei seguenti criteri di cui alle citate Linee Guida n. 3/2018:

**a) Coerenza tra contenuti della Relazione e contenuti del Piano della performance**

I contenuti della relazione annuale 2018 sulla Performance appaiono moderatamente coerenti con le previsioni del Piano triennale 2018/2020. Vi è un sostanziale allineamento degli obiettivi programmati rispetto a quelli raggiunti, seppur appaia evidente che gli spunti di miglioramento per quanto accertabili siano da considerarsi esigui (V. Riduzione dei ricoveri).

Tuttavia, nettamente migliorata è la coerenza del Ciclo della Performance 2018 rispetto ai tempi di programmazione-attuazione che risultano ormai sostanzialmente in linea.

Non si evidenzia nella relazione la fase relativa alla negoziazione delle risorse necessarie per il perseguimento degli obiettivi "di sviluppo" dal momento che la relazione annuale esplicita a chiare lettere che per l'area di riferimento è stata data preminenza all'assegnazione degli obiettivi con il metodo "TOP-DOWN" "AD INVARIANZA DI RISORSE ECONOMICHE DISPONIBILI", dunque configurando obiettivi di mantenimento.

**b) Coerenza tra valutazione della performance organizzativa complessiva effettuata dall'OIV e la valutazione degli obiettivi di performance organizzativa riportate dall'Amministrazione nella Relazione**

Ad oggi, possiamo affermare che l'OIV ha espresso la propria valutazione sul sistema di misurazione e valutazione della Performance e ciò in perfetta coerenza con quelli che appaiono essere i metodi ed i meccanismi di misurazione e valutazione degli obiettivi di performance organizzativi espressi dall'Amministrazione. Tuttavia, va rilevato come l'attuale sistema non consente al Collegio di effettuare le debite misurazioni e valutazioni degli obiettivi organizzativi complessivi, né individuali rispetto ai dirigenti apicali. Pertanto, risulta assolutamente urgente provvedere ad implementare il sistema soddisfacendo tali aspetti migliorativi.

**c) Presenza nella Relazione dei risultati relativi a tutti gli obiettivi inseriti nel Piano**

Si attesta che nella relazione sono presenti tutti i risultati relativi agli obiettivi inseriti nel Piano, sia riguardo a quelli organizzativi che a quelli individuali.

La relazione presenta, rispetto a 667 obiettivi operativi organizzativi assegnati, il risultato percentuale di conseguimento delle performance organizzativa dei 100 Centri di Responsabilità aziendali mentre la valutazione individuale della Dirigenza è rinviata al SMVP;

Osserviamo la necessità di revisione nei prossimi mesi del SMVP, vista la presenza di alcune

criticità nello stesso anche riscontrabili nei documenti predisposti dall'Organismo nel 2018, come ad esempio:

- ✓ la carenza del sistema di valutazione individuale delle figure apicali,
- ✓ la mancata condivisione con le sigle sindacali universitarie del SMVP,
- ✓ l'assenza di un modello di funzionamento che disciplini in un solo documento la performance organizzativa, quella individuale e anche l'attività dell'OIV,
- ✓ le procedure di conciliazione a garanzia dei valutati;
- ✓ le criticità sulla valutazione organizzativa degli uffici di staff.

**d) verifica che nella misurazione e valutazione delle performance si sia tenuto conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza;**

Il Piano Nazionale Anticorruzione e gli obiettivi della Prevenzione della Corruzione si sono sviluppati in alcuni obiettivi di performance aziendali, nello specifico il piano delle Performance e la successiva declinazione degli obiettivi operativi si è focalizzato sugli obblighi di pubblicazione, punto d) degli obiettivi del PTPC 2018-2020.

**e) verifica del corretto utilizzo del metodo di calcolo previsto per gli indicatori;**

I metodi di calcolo previsti per gli indicatori, rispetto ai 667 obiettivi operativi programmati per il budget 2018, sono stati analizzati su un campione significativo di 96 obiettivi riferiti a 16 Centri di Responsabilità pari al 15% degli obiettivi previsti.

**f) affidabilità dei dati utilizzati per la compilazione della relazione (con preferenza per fonti esterne certificate o fonti interne non autodichiarate, prime tra tutte il controllo di gestione);**

Per l'affidabilità dei dati rispetto ai 667 obiettivi operativi osserviamo che:

- ✓ il 47,4% dei dati vengono estrapolati dal sistema informativo sanitario della regione Puglia (EDOTTO) che gestisce e certifica tutti i dati sanitari prodotti,
- ✓ il 46,6% dei dati, che provengono dai sistemi informativi interni Aziendali, terzi rispetto ai Centri di Responsabilità assegnatari degli obiettivi,
- ✓ il restante 6,0% viene relazionato dai Centri di Responsabilità.
- ✓ I dati su esposti evidenziano la "preferenza" richiesta nei criteri definiti sulle Linee Guida DFP.

**g) effettiva evidenziazione, per tutti gli obiettivi e rispettivi indicatori, degli eventuali scostamenti riscontrati fra risultati programmati e risultati effettivamente conseguiti, con indicazione della relativa motivazione;**

Tutte le 100 schede di Budget con i 667 obiettivi operativi evidenziano gli scostamenti riscontrati fra risultati programmati e risultati effettivamente conseguiti; i responsabili dei Centri di Responsabilità hanno relazionato e motivato tutti gli obiettivi parzialmente raggiunti o non raggiunti.



3

**h) adeguatezza del processo di misurazione e valutazione dei risultati descritti nella Relazione anche con riferimento agli obiettivi non inseriti nel Piano;**

Premesso che non sussistono obiettivi non inseriti nel piano, l'adeguatezza del processo di misurazione e valutazione dei risultati descritti nella relazione è limitata, tenuto conto delle carenze sopra evidenziate con particolare riferimento al compito precipuo dell'OIV che, in base all'attuale sistema, appare ridotto e che, dunque, all'esito di una rivisitazione del sistema medesimo dovrà essere adeguato.

**i) conformità della Relazione alle disposizioni normative vigenti e alle linee guida del DFP;**

E' conforme

**j) sinteticità della Relazione (lunghezza complessiva, utilizzo di schemi e tabelle, ecc.);**

E' sintetica

**k) chiarezza e comprensibilità della Relazione (linguaggio, utilizzo di rappresentazioni grafiche, presenza indice, pochi rinvii ad altri documenti o a riferimenti normativi, ecc.).**

La chiarezza e la comprensibilità della relazione non appare del tutto esaustiva essendo carente una rappresentazione dei risultati conseguiti sotto l'aspetto della qualità ed intelligibilità nei confronti dell'utenza.

La documentazione del processo di validazione è conservata agli atti dell'amministrazione e dell'OIV.

Tutto ciò premesso l'OIV, per quanto abbia registrato alcune criticità, che tuttavia, non reputa tali da inficiare il processo di validazione, ma che meritano comunque d'essere segnalate al fine di porre in essere i giusti correttivi in occasione del successivo ciclo della performance, valida la Relazione sulla Performance per l'anno 2018.

Bari, 01 agosto 2019

I Componenti dell'Organismo Indipendente di Valutazione

Dott. Giovanni Palasciano (Presidente)

Avv. Michele Coromazzi (Componente)

Dott. Lorenzo Caldarola (Componente)