



Regione Puglia
POLICLINICO RIUNITI
Azienda Ospedaliero – Universitaria
FOGGIA

POLICLINICO RIUNITI

Azienda Ospedaliero - Universitaria

**ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE
DELLE PERFORMANCE**

VALIDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 2021

12 SETTEMBRE 2022



Sommario

Premessa	
1. L'Oggetto ed il Processo di Validazione	
1.1 L'Oggetto	
1.2 Il Processo di Validazione	
2. Aree di Verifica ai fini della Validazione	
2.1 Presentazione ed Indice	
2.2 Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli altri stakeholder esterni	
2.2.1 Il contesto esterno di riferimento	
2.2.2 L'amministrazione	
2.2.3 I risultati raggiunti	
2.2.4 Le criticità e le opportunità	
2.3 Obiettivi: Risultati Raggiunti e Scostamenti	
2.3.1 Albero della performance	
2.3.2 Obiettivi strategici	
2.3.3 Obiettivi individuali	
2.4 Risorse, efficienza ed economicità	
2.5 Opportunità e Bilancio di Genere	
2.6 Punti di forza e di debolezza del ciclo di gestione della performance	
3. Considerazioni conclusive	



Premessa

Il presente documento redatto ai sensi dell'art. 14, comma 4, lett. c), del D. Lgs. n° 150/2009 e successive delibere ANAC (già CIVIT) costituisce atto formale di codesto Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) quale parte integrante del documento di validazione della Relazione sulla performance per l'anno 2021 della Azienda Ospedaliero Universitaria di Foggia approvata con Deliberazione del Commissario Straordinario n° 421 del 31/08/2022 e, nella medesima data, trasmesso a questo OIV.

La validazione da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) della Relazione sulla performance sancisce la conclusione dell'intero ciclo di gestione della performance. La stessa delibera n° 6/2012 (*Aggiornata al 04/07/2013*) dell'Autorità nazionale anticorruzione individua la validazione della Relazione come uno degli elementi fondamentali per la verifica del corretto funzionamento del ciclo di gestione della performance e rappresenta l'atto che attribuisce efficacia alla Relazione, predisposta dall'organo di indirizzo politico amministrativo, ai sensi dell'art. 15 comma 2, lett. b) del D. Lgs. n° 150/09. Nel novembre 2018 vengono emanate dal DFP con delibera n. 3/2018 le linee guida per la Relazione annuale sulla performance. Le sopra menzionate linee guida sostituiscono, per i ministeri, le seguenti Delibere CIVIT/ANAC: delibera n. 5/2012 e delibera n. 6/2012 (validazione)

L'OIV ha svolto il proprio lavoro di validazione sulla verifica dei risultati delle strutture, dei risultati emersi dai dati di attività rilevati dal Controllo di Gestione, utilizzando la metodologia definita dalle citate Delibere CIVIT.

L'art. 10 comma 1 lett. b) del D. Lgs, 74/2017 prevede che "entro il 30 giugno la Relazione annuale sulla Performance è approvata dall'organo di indirizzo politico-amministrativo e validata dall'Organismo di validazione ai sensi dell'art. 14 ed evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi ed individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti, ed il bilancio di genere realizzato."

L'art. 10 comma 5 dello stesso decreto prevede che "in caso di ritardo nell'adozione del Piano della performance o della Relazione sulla performance, l'Amministrazione comunica tempestivamente le ragioni del mancato rispetto dei termini al Dipartimento della Funzione Pubblica".

Ai sensi del D Lgs.74/20017, art.14 comma 4 lett.c), l'OIV "valida la Relazione sulla Performance di cui all'art. 10 a condizione che la stessa sia redatta in forma sintetica, chiara e di immediata comprensione ai cittadini e agli utenti finali e ne assicura la visibilità attraverso la pubblicazione su sito istituzionale dell'Amministrazione".

Ai sensi della lettera d) del medesimo Decreto " *l'OIV garantisce la correttezza dei processi di misurazione e valutazione con particolare riferimento alla significativa differenziazione dei giudizi di cui all'art.9 comma 1 lett. d) nonché dell'utilizzo dei premi secondo quanto previsto dal D. Lgs. 150/2009, dai contratti collettivi nazionali, dai contratti integrativi, dai regolamenti interni, nel rispetto del principio di valorizzazione del merito e della professionalità*".

La validazione della Relazione è l'atto conclusivo del Ciclo della Performance, solo a seguito del quale è possibile per l'Amministrazione autorizzare gli adempimenti conseguenti e procedere all'erogazione della premialità. Il comma 6 dell'art. 14 del D.Lgs. 74/2017 infatti prevede che "*la validazione della Relazione sulla Performance di cui al comma 4 lettera c) è condizione inderogabile per l'accesso agli strumenti premiali*".

Tutta la documentazione sulla quale l'OIV ha effettuato le verifiche, è archiviata tra le carte di lavoro dell'Organismo tenute presso la struttura Controllo di gestione - Processi valutativi.



1. *L'Oggetto ed il Processo di Validazione*

1.1 *L'Oggetto*

L'oggetto della Validazione della Relazione sulla Performance 2020 ha riguardato i seguenti ambiti, come previsto dalle Linee Guida del *Dipartimento della Funzione Pubblica (DFP) n. 3/2018*:

1. **coerenza** fra contenuti della Relazione e contenuti del Piano della *performance* relativo all'anno di riferimento;
2. **coerenza** fra la valutazione della *performance* organizzativa complessiva effettuata dall'OIV e le valutazioni degli obiettivi di *performance* organizzativa riportate dall'amministrazione nella Relazione;
3. **presenza** nella Relazione dei risultati relativi a tutti gli obiettivi (sia di *performance* organizzativa che individuale) inseriti nel Piano;
4. **verifica** che nella misurazione e valutazione delle *performance* si sia tenuto conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza;
5. **verifica** del corretto utilizzo del metodo di calcolo previsto per gli indicatori;
6. **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);
7. **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;
8. **adeguatezza** del processo di misurazione e valutazione dei risultati descritto nella Relazione anche con riferimento agli obiettivi non inseriti nel Piano;
9. **conformità** della Relazione alle disposizioni normative vigenti e alle linee guida del DFP;
10. **sinteticità** della Relazione (lunghezza complessiva, utilizzo di schemi e tabelle, ecc.);
11. **chiarezza** e comprensibilità della Relazione (linguaggio, utilizzo di rappresentazioni grafiche, presenza indice, pochi rinvii ad altri documenti o a riferimenti normativi, ecc.).

Per la Validazione l'OIV ha seguito due momenti salienti:

- il primo riguarda il processo attraverso il quale sono stati verificati la struttura e i contenuti della Relazione.
- il secondo momento è consistito nella formulazione del giudizio di sintesi, espresso in termini di "validato o non validato", basato sulle evidenze e conclusioni raggiunte nelle carte di lavoro, che viene elaborato, e quindi formalizzato, nel documento di validazione.

1.2 *Il Processo di Validazione*

Il processo di validazione della Relazione sulla Performance 2020 dell'Azienda Ospedaliero Universitaria è stato condotto secondo quanto indicato dalla Linee Guida del *Dipartimento della Funzione Pubblica (DFP) n. 3/2018* e ispirato ai principi di **indipendenza** e **imparzialità**.



Il processo di validazione è stato condotto con l'ausilio dell'U.O. "Controllo di Gestione" la quale ha fornito la documentazione a supporto che è contenuta negli atti di questo Organismo.

Nel dettaglio le **fasi** del **processo** possono così essere schematizzate:

- l'OIV ha acquisito, la documentazione prodotta dal Controllo di Gestione relativa all'assegnazione degli obiettivi di struttura ed individuali, esaminando a campione schede performance organizzativa, come risultante dai verbali agli atti;
- l'OIV ha ricevuto per via formale la relazione dall'Amministrazione in data 12/08/2022;
- l'OIV ha confermato la metodologia per la verifica della struttura e dei contenuti della Relazione; per la successiva validazione della Relazione sulla performance ha altresì confermato il modus operandi ed individuato le fasi ed i soggetti coinvolti;
- l'OIV ha acquisito, con il Supporto del Controllo di Gestione e degli Affari Generali, il Piano triennale della Performance, il Programma Triennale della Trasparenza e il Piano aziendale Triennale Anticorruzione;
- in separata sede ciascun componente dell'OIV ha proceduto alla lettura critica della Relazione in funzione della verifica della sua conformità alle disposizioni contenute nel decreto e alle indicazioni contenute Linee Guida del *Dipartimento della Funzione Pubblica (DFP) n. 3/2018*;
- l'OIV si è interfacciato con l'Amministrazione per l'acquisizione di informazioni aggiuntive per verificare, eventuali discordanze nella Relazione;
- Il processo si è concluso con la stesura del documento di validazione e con il monitoraggio degli adempimenti di pubblicazione a carico dell'Amministrazione.

2 *Aree di Verifica ai fini della Validazione*

Vengono di seguito riportate le motivate conclusioni cui questo OIV è giunto su ciascuno dei punti esaminati, ai fini della Validazione della Relazione sulla performance della Azienda Ospedaliero Universitaria di Foggia approvata con con Deliberazione del Commissario Straordinario n° 421 del 31/08/2022.

2.1 Presentazione ed Indice

Sono presenti, oltre alla iniziale Premessa sia la Presentazione sia un accurato Indice. Questo, è per lo più coerente e **conforme** con quanto richiesto Linee Guida del DFP n. 3/2018. Il testo della presentazione è **chiaro** e le informazioni sono facilmente **reperibili**.

2.2 Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli altri stakeholder esterni

2.2.1 Il contesto esterno di riferimento

Sono descritti in modo sintetico tanto il contesto esterno inteso come condizioni e criticità con le quali l'Amministrazione si è dovuta confrontare anche nel corso del 2021 a causa dell'emergenza da Covid-19, tanto l'insieme degli altri "attori" con competenze ed interessi connessi e collegati al sistema Sanità.

Con provvedimento regionale del 16 marzo 2020 "Piano ospedaliero Coronavirus della Regione Puglia", il Policlino Riuniti è stato individuato Ospedale Covid e tuttora è punto nodale nella rete degli ospedali Covid 19 per acuzie così come definita dal "Piano Sanitario Coronavirus della Regione Puglia Legge n.



77/2020". A dicembre è stata completata la riorganizzazione del piano aziendale dell'emergenza Covid-19 del Policlinico di Foggia al VI livello di allerta con la realizzazione di una struttura da campo, allestita in due settimane, contenente ulteriori 20 posti letto di terapia sub-intensiva portando così a 46 il numero dei posti letto dotati di apparecchiature da terapia intensiva, monitor multidisciplinari e adeguati sistemi di ventilazione.

Infine, l'emergenza Covid ha fatto scattare un ambizioso progetto di rilancio strutturale: la trasformazione del plesso D'Avanzo in Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico, di rilevanza nazionale, per la cura delle malattie infettive e pneumologiche.

2.2.2 L'amministrazione

In questo paragrafo l'Amministrazione risulta descritta in termini di organizzazione dipartimentale, che rappresenta il modello organizzativo con il quale l'Azienda eroga assistenza. Il modello organizzativo con il quale l'Azienda eroga assistenza prevede un'articolazione dipartimentale, basato sui Dipartimenti strutturali ad Attività Integrata- D.A.I.

L'organizzazione dipartimentale, quale organizzazione integrata di unità operative omogenee, affini e complementari, ciascuna con obiettivi specifici ma tutte concorrenti al perseguimento di comuni obiettivi di salute, è stata rivista e integrata più volte (con successive deliberazioni del DG ed in particolare, in ordine di tempo, le Delibere n. 384 e n. 591 del 2019, le Delibere del DG n. 133, n. 134 e n. 149 del 2020, la n. 447 sempre del 2020 e la DDG n. 20 del 15.01.2021), adeguandola agli sviluppi delle reti assistenziali regionali e/o alle esigenze e funzionalità interne.

Oggi l'Azienda si articola in 12 Dipartimenti Assistenziali Integrati, n. 43 strutture complesse di area clinica di cui n. 20 a direzione ospedaliera e n. 23 a direzione universitaria e n. 10 strutture complesse di area amministrativa e/o di supporto/staff alla direzione strategica. A queste si aggiungono n. 32 strutture Semplici a Valenza Dipartimentale di area clinica e n. 10 strutture Semplici a Valenza Dipartimentale di area amministrativa e/o di supporto/staff alla direzione strategica. Nel novero delle Strutture Complesse è compresa la centrale operativa del Servizio 118 ubicata in sede.

I Dipartimenti ad Attività Integrata assicurano l'esercizio integrato delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca attraverso una composizione coerente tra attività e settori scientifico- disciplinari. In particolare, la strutturazione dipartimentale di una Azienda sanitaria favorisce il coordinamento del percorso di cura e lo sviluppo di comportamenti clinico-assistenziali basati sull'evidenza, costituendo per tal guisa l'assetto nell'ambito del quale debbono contestualizzarsi le attività di governo clinico nelle sue principali estensioni, ovvero la misurazione degli esiti, la gestione e la promozione della sicurezza del paziente, l'adozione di linee guida e protocolli diagnostico- terapeutici, la formazione continua, il coinvolgimento del paziente e l'informazione corretta e trasparente.

L'articolazione organizzativa aziendale, nell'anno 2021, prevede 12 dipartimenti assistenziali integrati.



In una seconda tabella vengono descritti l'articolazione di 1 Dipartimento delle Strutture dei Servizi di Supporto e di Staff alla Direzione Sanitaria e n. 2 Dipartimenti amministrativi di aree e/o strutture funzionali e gestionali, istituiti con DDG n. 341 del 2015 e ridefinito con DDG n. 571 di luglio 2018.

2.2.3 I risultati raggiunti

La Relazione propone ad un livello descrittivo i principali risultati raggiunti dall'Azienda nell'esercizio delle sue funzioni, specificando che nel corso dell'anno 2020 si è aggiunta la necessità, a seguito della dichiarazione dello stato di emergenza, di rivedere l'offerta e l'organizzazione dei servizi per contrastare la pandemia da COVID 19, sulla base delle indicazioni date a livello nazionale e regionale. L'escalation dell'emergenza legata alla pandemia COVID-19 ha fin da subito coinvolto l'Azienda ospedaliero universitaria di Foggia Policlinico Riuniti, che ha svolto la propria funzione di presidio ospedaliero e di primo avamposto contro il propagarsi del contagio nella popolazione attuando una serie di percorsi nuovi ed emergenziali che hanno interessato interamente l'Azienda in ogni sua componente. La risposta ospedaliera alla crisi pandemica, ancora in atto, è stata celere ed adeguata, ed ha funzionato attraverso una serie di direttive emanate dalla Direzione strategica, di concerto con la Task Force Aziendale istituita il 23.03.2020.

Tra i contenuti della relazione vengono illustrati gli esiti dell'attività di ricerca e produzione scientifica, gli investimenti realizzati e le attività progettuali di alcuni reparti avviati nel corso dell'ultimo triennio molte delle quali già implementate ed altre che vedranno il loro completamento e relativo start-up nel corso del 2021.

Inoltre vengono riportati i risultati della produzione aziendale in termini economici, riferiti ai principali indici di misurazione, da dove si evince chiaramente come la pandemia da Covid-19 abbia inevitabilmente influenzato il risultato degli esercizi 2020 e 2021.

2.3 Obiettivi: Risultati Raggiunti e Scostamenti

Nel paragrafo vengono evidenziate in modo adeguato le criticità che hanno impedito, totalmente o parzialmente, di conseguire i risultati programmati nel Piano delle Performance 2021 quale declinazione dei più importanti obiettivi strategici triennali. Vengono riportati gli obiettivi strategici, gli indicatori e i valori raggiunti nell'anno 2020 confrontati, sulla base dei dati disponibili, con l'anno precedente.

Sono state evidenziate le attività intraprese per superare le criticità rilevate nel corso del 2020 per effetto della pandemia da COVID-19, specificando che pur procedendo con la verifica sul raggiungimento dei singoli obiettivi assegnati, si è reso necessario procedere preliminarmente ad una analisi finalizzata ad individuare obiettivi da considerarsi "Irraggiungibili" a causa dell'Emergenza COVID.

Pertanto, a fronte di obiettivi "irraggiungibili" per effetto della pandemia, si è voluto tener conto delle difficoltà che hanno riscontrato le U.O. nel corso del 2020 e del 2021 e l'impegno profuso al



contrasto della Pandemia, che di fatto hanno stravolto l'ordinaria organizzazione con effetti anche sul raggiungimento dei restanti obiettivi.

A tal fine, la Direzione Strategica, anche su richiesta delle OO.SS che hanno invitato l'azienda a tener conto comunque della particolarità che ha caratterizzato l'anno 2021, ha inteso operare riconoscendo alle strutture direttamente impegnate nella gestione dell'emergenza COVID, un punteggio base di raggiungimento delle performance organizzative, che tenesse conto dell'impegno effettivo di ciascuna struttura.

Per quanto concerne i *Criteri e le Metodologie di valutazione*, è stato applicato il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance adottato con DDG n. 59 del 01/02/2022, riassunto nella seguente tabella:

A		B	
Nei casi in cui l'adempimento consista in un atto da compiersi (ad es., produzione di una relazione; convocazioni da effettuarsi, etc.)		Nei casi di obiettivo con specifici indicatori di verifica (ad es. avanzamento di indici di performance in cui generalmente è indicato il miglioramento atteso rispetto a quello conseguito nella precedente annualità)	
AZIONE	ASSEGNAZIONE PUNTEGGIO	AZIONE	ASSEGNAZIONE PUNTEGGIO
Atto non compiuto	NO	Obiettivo non raggiunto*	NO
Atto compiuto	SI	Obiettivo centrato	SI

*L'obiettivo è ritenuto non raggiunto qualora il dato registrato per la misurazione dello stesso sia di valore inferiore al 50% di quello atteso

In sede di verifica e valutazione finale da parte dell'OIV, in presenza di "Obiettivo non Raggiunto" graderà, per l'obiettivo interessato la percentuale di scostamento attribuendo il sotto elencato coefficiente al punteggio inizialmente previsto in sede di condivisione degli obiettivi di performance organizzativa:

SCOSTAMENTO	PUNTEGGIO
Fino al 10% dello scostamento	Punteggio pieno
Dall'11% al 30% dello scostamento	- 25% del punteggio
Dall'31% al 49% dello scostamento	- 50% del punteggio
Dal 50% dello scostamento	Punteggio non acquisito

La somma dei punteggi dei singoli obiettivi assegnati dalla Direzione Strategica sarà graduata secondo la seguente tabella:



Punteggio ottenuto	Performance Organizzativa di struttura
0 - 50	0%
51 - 59	60%
60 - 69	70%
70 - 79	80%
80 - 89	90%
90 - 100	100%

Si precisa che, per un mero errore di trascrizione, nella tabella riepilogativa del punteggio ottenuto dalle strutture aziendali (pag. 43,44 della Relazione sulla Performance) non è stata riportata la struttura di FISICA SANITARIA afferente al dipartimento Area delle strutture e dei servizi di supporto e di staff, ma la stessa è stata regolarmente valutata ed inserita nella tabella precedentemente inviata alle SS.LL.

2.3.1 Albero della performance

Al par 3.1.1 vi sono informazioni riguardanti la rappresentazione dell'albero della performance, sviluppato sulla base degli indirizzi regionali e che evidenzia gli obiettivi strategici che coinvolgono trasversalmente tutte le strutture aziendali, articolati in Macro-aree obiettivo.

2.3.2 Obiettivi strategici

In questo paragrafo sono riportati i risultati ottenuti (*outcome*) per ciascuno degli obiettivi strategici indicati nel Piano delle Performance.

Per ciascun obiettivo sono state riportate le informazioni riguardanti: la descrizione dell'obiettivo con l'eventuale peso, gli indicatori, il target, le risorse (umane e finanziarie), le strutture di riferimento e i responsabili. A consuntivo i dati dovranno essere integrati con le variazioni intervenute in corso d'anno, il grado di raggiungimento dell'obiettivo, lo scostamento tra risultato atteso e conseguito, le cause dello scostamento.

Nella Relazione vengono riportati gli obiettivi strategici, gli indicatori e i valori raggiunti nell'anno 2021 confrontati, sulla base dei dati disponibili, con l'anno precedente.

Come descritto nella relazione già da diversi anni è in uso in ambito aziendale il "processo di budgeting", nell'ambito del più generale sistema di programmazione e controllo di gestione.

Nel corso dell'anno 2020 tale processo non si è potuto svolgere a causa del sopraggiungere della pandemia scaturita dal Covid -19, che, come noto, ha comportato un mutamento di scenario epocale in campo sanitario, economico e sociale e che ha pertanto reso necessario rimodulare in corso d'anno il Piano delle Performance, adottato con delibera del D.G. n. 64 come per legge entro il mese di gennaio 2020.

L'impatto della straordinaria emergenza Covid che si è venuta a creare e le condizioni mutevoli del contesto operativo sia interno che esterno hanno costituito e costituiscono uno stress test importante e continuativo ed hanno, come noto, impattato in maniera determinante sulla strategia aziendale.



Si è reso, pertanto, necessario per l'anno 2020 e per l'anno 2021 un profondo ripensamento delle modalità di misurazione e valutazione della performance, a cui ogni Ente è tenuto, con riferimento all'amministrazione nel suo complesso e alle unità organizzative in cui si articola per il miglioramento della qualità dei servizi offerti, per la crescita delle competenze professionali, attraverso la valorizzazione del merito e l'erogazione dei premi per i risultati perseguiti dai singoli e dalle unità organizzative in un quadro di trasparenza dei risultati delle amministrazioni pubbliche e delle risorse impiegate per il loro perseguimento. L'Organismo Indipendente di Valutazione, riunitosi sull'argomento in data 09 novembre u.s., ha effettuato il monitoraggio delle attività principali procedendo ad una sostanziale rimodulazione del Piano triennale della Performance per la parte relativa all'anno 2021.

Si ritiene che i livelli di conformità, attendibilità e comprensibilità della relazione siano sufficienti ai fini della validazione.

2.3.3 Obiettivi individuali

Gli obiettivi individuali del personale dipendente sono assegnati sulla base del Sistema di misurazione e valutazione attualmente in uso in Azienda.

La valutazione della performance individuale relativa all'anno 2021 è stata effettuata nei confronti di tutto il personale dipendente sia appartenente all'Area di Comparto, sia all'Area della dirigenza, ivi compreso il personale universitario conferito all'assistenza, secondo il "Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance nell'Azienda Ospedaliero – Universitaria degli Ospedali Riuniti di Foggia", approvato con DDG n. 325 del 19/06/2019, nonché sulla base del regolamento aziendale allegato al Contratto Integrativo del personale dell'Area di Comparto 2016/18 sottoscritto il 27/10/2020. Anche per l'anno 2021 è stato utilizzato un sistema web-based implementato grazie al supporto di una società esterna ed utilizzato dall'Area Gestione Risorse Umane per la valutazione della performance individuale dei dipendenti, che avviene tramite una specifica procedura informatizzata.

La valutazione della Performance individuale è strettamente connessa alla Performance organizzativa, in quanto incide sull'apporto del singolo al raggiungimento degli obiettivi della Struttura. In particolare, con riferimento alla dirigenza viene valutato l'insieme dei comportamenti organizzativi, cioè delle capacità, delle conoscenze e delle esperienze che i dirigenti pongono in essere per il raggiungimento degli obiettivi affidati e per gestire le risorse ed il personale assegnato. La valutazione è effettuata, quindi, sia in relazione al grado di raggiungimento degli obiettivi, sia in relazione alle capacità e competenze espresse nel periodo di riferimento.

Nel paragrafo sono rappresentati in forma sintetica le tabelle riepilogative dei risultati raggiunti e il grado di differenziazione dei giudizi, attraverso grafici e schede.

La valutazione di prima istanza del personale dirigenziale è effettuata dal superiore gerarchico e sono previste le schede per la valutazione di I istanza sulla base del seguente punteggio:

- 1) Per i Direttori e Dirigenti di Struttura semplice, è pari a 160, così suddiviso:
- Area manageriale punti 80 max;



- Area gestionale punti 80 max;

2) Per i Dirigenti (art. 27, co. 1, lett. C e D del CCNL 8/6/2000) è pari a 80 punti max.

La valutazione di seconda istanza per il personale appartenente all'Area della dirigenza è effettuata dall'O.I.V., ed è stata utilizzata la stessa procedura informatizzata.

Partecipano al Sistema incentivante solo i dipendenti che hanno ottenuto una percentuale dall'80 al 100%.

L'Azienda ha adottato una logica a "cascata" per gestire la performance organizzativa e quella individuale. Relativamente alla prima, ferma restando la valutazione degli obiettivi assegnati, si è previsto che il risultato finale della performance organizzativa della struttura, annualmente, incida secondo la misura e il grado di raggiungimento dei risultati di gestione,

La somma dei punteggi dei singoli obiettivi assegnati dalla Direzione strategica sarà graduata secondo la seguente tabella:		
punteggio ottenuto	Performance Organizzativa di struttura	Riduzione percentuale Fondo di struttura
punti 0 - 50	0%	0%
punti 51 - 59	60%	Riduzione del 15%
punti 60 - 69	70%	Riduzione del 10%
punti 70 - 79	80%	Riduzione del 5%
punti 80 - 89	90%	Nessuna riduzione
punti 90 - 100	100%	

Per il comparto dirigenziale

Categorie	N° Dipendenti
DIRIGENTI CON INCARICO $\alpha 1$, $\alpha 2$, β	648
DIRIGENTI CON INCARICO A, α , B1, B2	132
TOTALE	780



Alla data di rilevazione (17/08/2022) della Relazione della Performance si evincono i seguenti risultati:

LARGAMENTE AL DI SOPRA DELL'ATTESA: da 140 a 160	(87%)
SUPERIORE ALL'ATTESA: da 118 a 139	(2%)
ADEGUATO IN LINEA CON L'ATTESA: da 96 a 117	(1%)
INFERIORE ALL'ATTESA: da 74 a 95	(0%)
LARGAMENTE AL DI SOTTO DELL'ATTESA: da 0 a 73	(1%)
NON VALIDATO	(9%)

L'OIV ritiene, pertanto, come già evidenziato nel corso del 2020, che il Sistema, alla luce di tale metodologia applicata dall'Azienda, dovrebbe garantire una graduazione delle valutazioni che poi porti a una maggiore diversificazione nell'assegnazione dei premi, onde evitare un appiattimento nei punteggi verso il massimo risultato, si auspica, pertanto, la modifica del Sistema con l'inserimento degli adeguamenti già richiesti nel 2020.

2.4 Risorse, efficienza ed economicità

Nel paragrafo sono evidenziate le informazioni generali di carattere economico sul Bilancio 2021; in particolare vengono riportate in una tabella comparativa le risorse assegnate all'Azienda per l'anno 2021 poste a confronto con quelle assegnate per l'anno 2020, una sintesi delle voci di bilancio e il risultato economico 2021, che, come avvenuto nel 2020 presenta una perdita.

2.5 Opportunità e Bilancio di Genere

Al par. 4 vi sono le informazioni fornite sul bilancio di genere, descrivendo gli impegni dell'Azienda nel condurre il suo agire verso il rispetto delle pari opportunità.

In particolare si pone l'attenzione sul progetto regionale che ha previsto per tutti i Pronto soccorso della Regione le cosiddette **"Stanze Rosa"** con annessi pannelli informativi ambientali, come contemplato nelle Linee guida Hospitality. L'azienda nel 2021 ha migliorato le proprie performance su questi aspetti come evidenziato dai grafici riportati nella relazione.

Infine, si ritiene dare evidenza all'esistenza del **Comitato Unico di Garanzia** per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (CUG).

Già costituito nel 2018 il CUG, ha le finalità di garantire un ambiente di lavoro improntato al benessere organizzativo, contrastare ed eliminare ogni forma di violenza morale o psichica, realizzare la migliore utilizzazione delle risorse umane, assicurare la formazione e lo sviluppo professionale dei dipendenti, garantire pari opportunità alle lavoratrici e ai lavoratori e contrastare ogni forma di discriminazione diretta e indiretta. Oltre a compiti propositivi, consultivi e di verifica, il CUG ha il compito di preparare il Piano di azioni positive, ovvero misure che mirano a rimuovere gli ostacoli alla piena ed effettiva parità di opportunità tra donne e uomini.



2.6 *Punti di forza e di debolezza del ciclo di gestione della performance*

Si ritiene l'esposizione chiara, comprensibile e conforme.

3. *Considerazioni Conclusive*

L'analisi dei risultati sopra esposti, nonché le criticità rilevate, dettate soprattutto dall'emergenza da Covid-19, consentono a questo OIV di validare la Relazione sulla performance per l'anno 2021, presentata dall'Azienda Ospedaliera Universitaria.

La documentazione del processo di validazione e la sintesi delle conclusioni raggiunte su ciascuno dei punti esaminati nel processo sono contenute in apposite sezioni delle carte di lavoro conservate presso lo stesso OIV.

Si raccomanda infine, come già ribadito nel corso del 2021:

- di adeguare il Sistema di Misurazione e valutazione della Performance.
- Tenuto conto che dal 15/07/2022 è diventato operativo il piano integrato di attività e organizzazione (Piao) che integra in un solo documento gli strumenti di programmazione, si suggerisce di adottare quanto prima tale strumento per garantire maggiore efficienza, efficacia, produttività ed una migliore misurazione della performance.

Foggia, 12 settembre 2022.

L'Organismo Indipendente di Valutazione

II PRESIDENTE

f.to dott. Alberto Russi

II COMPONENTE

f.to dott.ssa Rosangela Francesca Fiorentino

II COMPONENTE

f.to prof. Corrado Crocetta