



REGIONE PUGLIA
AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA
CONSORZIALE POLICLINICO

Organismo Indipendente di Valutazione

Oggetto: provvedimento di validazione della Relazione sulla performance anno 2019 dell'A.O.U.C. "POLICLINICO- Giovanni XXIII" di Bari.

PREMESSA

In data 07 ottobre 2020 la Direzione Generale ha emanato l'atto deliberativo n.1229 con il quale ha approvato la Relazione sulla Performance relativa all'anno di gestione 2019.

Il documento è stato anticipato in forma di bozza all'OIV in data 16.09.2020 dal Responsabile UOC Controllo di Gestione, dietro direttiva della Direzione Strategica.

L'OIV, nelle sedute del 28.09.2020, del 05.10.2020 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.C. Policlinico di Bari, ai sensi 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, ed con specifico riferimento alle richiamate linee guida n° 3/2018 del DFP, ha analizzato e verificato i contenuti della Relazione sulla Performance 2019 . Tale atto chiude il ciclo di gestione annuale della Performance per l'anno 2019 e di conseguenza, legittima la Direzione Strategica a procedere alla liquidazione della quota stipendiale relativa al raggiungimento degli obiettivi di risultato.

Gli accertamenti eseguiti hanno tenuto conto di audit con l'identificazione delle aree di indagine, la raccolta e l'analisi delle informazioni con la verifica della congruenza tra gli obiettivi definiti in sede

di negoziazione e quelli raggiunti in sede di rendicontazione (verifica delle schede di valutazione di un campione significativo), nonché con l'accertamento del rispetto dei parametri di comprensibilità, conformità, attendibilità dei dati e delle informazioni contenute nella Relazione, così da rendere trasparente il passaggio dal processo di misurazione, valutazione e rendicontazione dei risultati raggiunti a quello di accesso dei sistemi premianti.

Cosicché oggetto di verifica e parametrizzazione è stato anche il Piano Triennale della Performance in vigore, il sistema di misurazione e valutazione interno; i documenti presenti sul portale della Trasparenza con l'ulteriore acquisizione di tutti gli elementi conoscitivi acquisiti negli incontri con il Direttore Amministrativo ed il Responsabile U.O. Controllo di Gestione.

Pertanto, nel rispetto delle Linee Guida più volte richiamate, emerge quanto segue:

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

I contenuti della Relazione Annuale 2019 sulla Performance appaiono sostanzialmente in linea con le previsioni del Piano Triennale della Performance 2019/2021. Gli obiettivi appaiono allineati con i tempi del dettato normativo con un evidente miglioramento dei tempi di programmazione-attuazione. Ciò evidentemente è anche dovuto alla circostanza per cui tra le azioni adottate nel processo di budget del 2019, la Direzione Strategica con senso di forte responsabilizzazione ha rivisto in parte la metodologia di assegnazione degli obiettivi passando da un metodo di puro TOP-DOWN, ad un maggior coinvolgimento dei soggetti responsabili coinvolti nel processo di negoziazione degli stessi, così da rendere maggiormente congruo l'arco temporale dell'intero processo. I tendenziali positivi scendono da un leggero incremento complessivo dell'organico in forza al Policlinico, sia ospedaliero che universitario pari a 31 unità; per passare ad un vistoso incremento dei casi trattati in regime ordinario (+499) e un decremento altrettanto considerevole di quelli trattati in day hospital (-742) grazie anche, in questo caso, della casistica trattata con il setting assistenziale del day service (+6.035). Da non sottovalutare il leggero decremento della degenza media dei ricoveri ordinari (-0,2 gg). Sotto il profilo economico, lo stesso dato del totale ricavi presenta un incremento netto dal 2018 al 2019 pari a €/mgl 23.160 (+5%).

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

L'OIV ha espresso la propria valutazione sul sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa con particolare preminenza degli aspetti di metodo e nel pieno rispetto del sistema e meccanismi di misurazione e valutazione espressi anche dall'Amministrazione. Rimane valido e pregnante il rilievo già espresso nella precedente attestazione di validazione, per cui l'attuale sistema

di valutazione non consente all'OIV di effettuare le debite misurazioni e valutazioni degli obiettivi organizzativi complessivi, né individuali rispetto ai dirigenti apicali. Per cui, resta urgente la rivisitazione del sistema in tal senso. Ad onore del vero la questione è stata già affrontata sia con la Direzione Strategica che con il Controllo di Gestione, la vicenda COVID 19 ha involontariamente rallentato i tempi di rivisitazione.

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 di performance organizzativa inseriti nel Piano in quanto declinazione di quelli operativi ivi esplicitati e derivanti dagli obiettivi strategici aziendali assegnati.

Il dato percentuale presente compendia la sintesi di risultato complessivo per ogni DAI e per ogni Centro di Responsabilità del conseguimento degli obiettivi organizzativi.

Aggiungiamo al riguardo che la media di risultato calcolata su tutti i Dipartimenti complessivamente considerati raggiunge la misura del 72,25% che può essere considerata soddisfacente. Resta intesa la necessità di revisionare il SMVP, considerata la presenza di alcune criticità come già evidenziate l'anno scorso, come ad esempio:

- ✓ La carenza nell'attuale sistema della valutazione individuale delle figure apicali;
- ✓ La mancata condivisione con le sigle sindacali universitarie del SMVP;
- ✓ La procedura di conciliazione a garanzia dei valutati;
- ✓ La 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 Anti Corruzione e gli obiettivi della Prevenzione della Corruzione come fatti oggetto del PTPCT 2019-2021 sono stati declinati in due obiettivi di performance aziendale assegnati alle aree facenti capo alla Direzione Amministrativa.

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

Per l'affidabilità dei dati rispetto ai 736 obiettivi operativi

I metodi di calcolo previsti per gli indicatori, degli obiettivi operativi programmati per il budget 2019, sono stati analizzati su un campione significativo di 167 obiettivi riferiti a 30 Centri di Responsabilità pari al 23% 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 736 obiettivi operativi osserviamo che:

- ✓ il 27 % dei dati vengono estrapolati dal sistema informativo sanitario della Regione Puglia o altre fonti esterne all'Azienda come: PNE o MES
- ✓ il 53% dei dati, che provengono dai sistemi informativi interni Aziendali, terzi rispetto ai Centri di Responsabilità assegnatari degli obiettivi,
- ✓ il restante 20% 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;

Dall'analisi dei report periodici e finali esaminati a campione dal presente Collegio si evince una difficoltà di corretta interpretazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi assegnati dettata da un'eccessiva libertà di interpretazione degli elementi informativi richiesti nella scheda report da parte dei responsabili dei Centri di Responsabilità.

Infatti, nella maggioranza dei casi, alla dichiarazione di scostamento, non segue la corrispondente motivazione; per tale motivazione si invita la Direzione Strategica ad impostare schema di rilevazione che limiti la soggettività interpretativa nella rendicontazione dei Centri di Responsabilità

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, come già sottolineato nella precedente relazione di Validazione della Performance 2018 si ribadisce che 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.).

Come già sottolineato nella precedente relazione di Validazione della Performance 2018 anche in

questa circostanza la chiarezza e la comprensibilità della relazione non appare del tutto esaustiva essendo carente una rappresentazione dei risultati conseguiti sotto l'aspetto della qualità, intellegibilità e grado di soddisfazione in rapporto all'utenza.

Gli atti e i documenti esaminati dal presente Collegio al fine di conseguire/completare il processo di validazione son conservati presso la segreteria dell'Organismo:

Tutto ciò premesso l'OIV pur riscontrando alcuna criticità, nuove e preesistenti non le reputa tali da inficiare il positivo processo di validazione. Purtuttavia le stesse criticità meritano d'essere segnalate al fine di porre in essere gli opportuni correttivi da attuare nel successivo Ciclo della Performance. Pertanto si valida la relazione sulla Performance 2019 (allegata alla presente)

Bari, 09 ottobre 2020

I Componenti dell'Organismo Indipendente di Valutazione

F.to Dott. Giovanni Palasciano (Presidente)

F.to Avv. Michele Cocomazzi (Componente)

F.to Dott. Lorenzo Caldarola (Componente)