



REGIONE PUGLIA

Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Bari



ASL Bari

PugliaSalute

**ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE (OIV)**

---

**ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE**

**PRESIDENTE** Francesco CATANESE

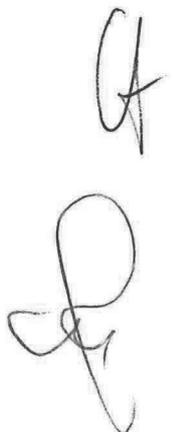
**COMPONENTE** Oriana ANTONUCCI

**COMPONENTE** Adriana TRISOLINI

**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 nell'anno 2021**

## Sommario

1. PRESENTAZIONE.....	3
2. FUNZIONAMENTO COMPLESSIVO DEL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE .....	3
2.1 Analisi delle fasi del Ciclo della Performance .....	3
2.4 Struttura Tecnica Permanente .....	8
2.5 Infrastruttura di supporto .....	9
3. INTEGRAZIONE CON IL CICLO DI BILANCIO E I SISTEMI DI CONTROLLI INTERNI.....	10
4. ATTUAZIONE DEL PTPCT E RISPETTO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE .....	10
5. DEFINIZIONE E GESTIONE DEGLI STANDARD DI QUALITÀ .....	12
6. VALUTAZIONE PARTECIPATIVA.....	14
7. RACCOMANDAZIONI PER IL MIGLIORAMENTO DEL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE.....	15



## 1. PRESENTAZIONE

L'OIV della ASL Bari nominato con DDG n. 948 del 01.06.2021, visto l'insediamento avvenuto in data 16.06.2021, redige la sua prima relazione sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli secondo quanto disposto dall'art.14, comma 4, lettera a), del D.lgs.150/2009 e smi sulla base:

- della chiusura del ciclo performance 2020 avvenuta prendendo atto di quanto realizzato dall'Azienda e di quanto valutato dal precedente OIV
- dell'osservazione del ciclo performance 2021 così come avviato dall'Azienda e monitorato dal precedente OIV fino a maggio 2021
- dell'avvio delle valutazioni relative al ciclo performance 2021

L'OIV dà atto che con deliberazione DGR. n.96 del 07/02/2022 si è provveduto alla nomina del Direttore Generale nella persona del Dott. Antonio Sanguedolce e con DDG n.239 del 16/02/2022 si è dato atto del suo insediamento.

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/Controlli e rilievi sull'amministrazione/OIV", come previsto dal D. Lgs. 33/2013 e dalle pertinenti Linee Guida ANAC, di cui alla delibera dell'Autorità n. 1310/2016.

## 2. FUNZIONAMENTO COMPLESSIVO DEL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE

### 2.1 Analisi delle fasi del Ciclo della Performance

L'OIV prende atto che il SMVP della ASL Bari è stato oggetto di complessiva rivisitazione e sistematizzazione ed è stato approvato con DDG n.285 del 05/03/2020 previo parere vincolante del precedente OIV rilasciato con verb.n.10 del 25/01/2020 e successivo verb.n.13 del 03/03/2020.

L'OIV prende inoltre atto che per il Ciclo Performance 2021 non è stato realizzato alcun aggiornamento del sistema per le motivazioni espresse dall'Azienda nella comunicazione prot.n.2627 del 14/01/2021 a cui ha fatto seguito il parere vincolante del precedente OIV rilasciato con verb.n.23 del 21/01/2021.

Le motivazioni addotte dalla Direzione Strategica sono di seguito riassunte:

- a. indisponibilità di evidenze circa l'esperienza applicativa del medesimo Sistema attesa la fisiologica mancata conclusione del ciclo della performance per l'anno 2020;
- b. superamento della quasi totalità delle criticità rilevate dal precedente OIV (cfr verbale OIV del 25/1/2020, acquisito al prot. ASL BA n. 24342/2020)
- c. pendenza del complesso procedimento di riorganizzazione aziendale avviato, nel mese di luglio 2020, con la DDG n.1005/2020;

Quali ulteriori circostanze sottese alla scelta aziendale, inoltre, si richiama:

- a. il persistere dello stato di pandemia che impone, in particolare, a questa Azienda Sanitaria di concentrare risorse umane ed attività sulle prioritarie azioni più immediatamente volte alla gestione dell'emergenza sanitaria in corso;
- b. la sottoscrizione, in data 17/12/2020, del nuovo CCNL "funzioni locali" (nel cui ambito è annoverata la dirigenza professionale, tecnica e amministrativa della ex area III), il quale, concludendo il ciclo dei rinnovi della contrattazione collettiva applicabili al personale dipendente per il triennio 2016/2018 (avviato con il CCNL 21/5/2018 del personale di qualifica non dirigenziale ed il successivo CCNL 19/12/2019 della dirigenza medica e sanitaria), introduce disposizioni innovative in tema di valutazione del personale dirigenziale, richiedendo una più approfondita valutazione delle necessarie conseguenti modifiche da apportare al SMVP, previo coinvolgimento della competente Area Gestione Risorse Umane e, ove previsto, delle OOSS;
- c. la adozione, avvenuta nel mese di dicembre 2020, delle Linee Guida sul Programma Operativo per il Lavoro Agile (POLA) e indicatori di performance, che hanno previsto l'obbligatoria approvazione, da parte delle PP.AA., del POLA, quale sezione del Piano della performance 2021/2023; circostanza, quest'ultima, che richiede ulteriore ponderazione delle interrelazioni esistenti tra disciplina del lavoro agile, contenuta nel POLA, e della misurazione e valutazione della performance oggetto del SMVP.

Anche per il Ciclo Performance 2022 non è stato realizzato alcun aggiornamento del Sistema per le motivazioni espresse dall'Azienda nella comunicazione prot.n.4004 del 18/01/2022 a cui ha fatto seguito il parere vincolante rilasciato con verb.n.4 del 26/01/2022.

Le motivazioni addotte dalla Direzione Strategica sono di seguito riassunte:

- a. la scarsa disponibilità di evidenze circa l'esperienza applicativa del medesimo Sistema attesa la fisiologica conclusione del solo ciclo della performance per l'anno 2020;
- b. l'avvenuto superamento della quasi totalità delle criticità rilevate dal precedente OIV, come d'altro canto riconosciuto dall'Organismo *pro tempore*;
- c. la pendenza del complesso procedimento di riorganizzazione aziendale avviato, nel mese di luglio 2020, con la deliberazione D.G. 1005/2020, come successivamente integrata e modificata, dapprima, nel mese di febbraio 2021, con la deliberazione D.G. 246/2021 e, più di recente nel mese di dicembre u.s., con la deliberazione D.G. 2112/2021, che richiede una più ponderata valutazione circa le concrete modalità di coinvolgimento dei vertici delle nuove strutture (specie di natura dipartimentale).

Quali ulteriori circostanze sottese alla scelta aziendale, inoltre, sono stati richiamati:

- il persistere e l'acuirsi, per tutto il 2021, dello stato di pandemia che ha imposto e continua ad imporre, in particolare, all'Azienda Sanitaria di concentrare risorse umane ed attività sulle prioritarie azioni più immediatamente volte alla gestione dell'emergenza sanitaria in corso;
- la sottoscrizione, in data 17/12/2020, del nuovo CCNL "funzioni locali" (nel cui ambito è annoverata la dirigenza professionale, tecnica e amministrativa della ex area III), il quale – concludendo il ciclo dei rinnovi della contrattazione collettiva applicabili al personale dipendente per il triennio 2016/2018

(avviato con il CCNL 21/5/2018 del personale di qualifica non dirigenziale ed il successivo CCNL 19/12/2019 della dirigenza medica e sanitaria) – ha introdotto disposizioni innovative in tema di valutazione del personale dirigenziale, richiedendo alle pubbliche amministrazioni una più approfondita valutazione delle necessarie conseguenti modifiche da apportare al SMVP, previo coinvolgimento della competente Area Gestione Risorse Umane e, ove previsto, delle OOSS;

- la recente introduzione, per effetto dell'entrata in vigore dell'art. 6, d. l. 80/2021, di un nuovo ed organico strumento di programmazione per le pubbliche amministrazioni, il Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO), nel quale sono destinati a confluire – tra gli altri – il Piano della Performance, il Programma Operativo per il Lavoro Agile (POLA), il Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale ed il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza. Infatti per tale Piano è da considerare la proroga, disposta dal legislatore nazionale:
  - tanto del termine di cui al c. 5, del detto art. 6, d. l. 80/2021 (attualmente fissato al 31/3/2022), entro il quale con D.P.R. saranno “*individuati e abrogati gli adempimenti relativi ai piani assorbiti*” dal PIAO;
  - quanto il termine di cui al successivo c. 6 (attualmente ugualmente fissato al 31/3/2022), entro il quale con decreto del Ministro per la pubblica amministrazione, previa intesa in sede di Conferenza unificata, sarà adottato un Piano tipo, quale strumento di supporto alle amministrazioni tenute all'applicazione della disposizione in parola;
  - quanto, infine, il termine di cui al c. 6-bis, art. 6, d. l. 80/2021 (allo stato fissato al 30/4/2022), entro cui le pubbliche amministrazioni sono tenute all'adozione del primo PIAO.

Appare quindi ragionevole desumere che il legislatore abbia avviato uno straordinario processo di rivisitazione, riorganizzazione e semplificazione degli strumenti di programmazione applicabili alle amministrazioni pubbliche, cui consegue, *naturaliter*, l'opportunità di posporre anche l'aggiornamento del documento aziendale contenente la disciplina interna del ciclo di gestione della performance, al termine del completamento della disciplina esogena dettata dal legislatore nazionale.

Sono state, per ultimo, evidenziate le seguenti ulteriori circostanze:

- la sopraggiunta assenza del titolare della UOS Relazioni Sindacali;
- il sopraggiungere di ulteriori attività, demandate dalla Direzione Strategica ai componenti della STP (si pensi alla redazione del POLA, alla rendicontazione delle erogazioni liberali ricevute durante la pandemia ovvero all'attività di supporto al cd. gruppo NOA per la gestione della campagna vaccinale ed il contenimento del contagio).

L'OIV comprende le motivazioni che hanno indotto l'Amministrazione a rimandare per due annualità il previsto aggiornamento del SMVP e raccomanda di avviare un percorso di aggiornamento annuale sulla base dell'esperienza applicativa dei cicli precedenti e sulla base dei suggerimenti dell'OIV.

L'OIV prende atto che gli obiettivi generali della ASL Bari per l'anno 2021 sono stati definiti con la DDG n.1732/2020, a cui ha fatto seguito la pubblicazione del Piano Performance 2021-2023 (di seguito Piano) con DDG n.135 del 28 gennaio 2021 che ha definito la strategia e gli obiettivi gestionali di budget 2021. Gli obiettivi gestionali di budget sono derivati dalla contrattazione tra la Direzione Generale e:

- Direttori di Dipartimento Ospedaliero,
- Direttori di Dipartimento Territoriale,
- Direttori di Distretto,
- Direttori delle Aree di Gestione
- Direttori/Dirigenti Responsabili delle Unità Operative di Staff.

e sono stati attribuiti a cascata su tutte le strutture aziendali come previsto dal Regolamento di Budget di cui alla DDG n. 2202 del 30/11/2017 successivamente confluito – senza sostanziali modifiche – nel SMVP di cui alla citata DDG n. 285/2020.

L'OIV prende pertanto atto del regolare avvio del Ciclo della Performance 2021 e della scelta aziendale di dare priorità all'individuazione di obiettivi di tipo qualitativo tesi al miglioramento dell'organizzazione e delle procedure aziendali visto il persistere della grave situazione sanitaria da COVID-19.

Visionato il par. 3.3 - Albero della Performance del Piano Performance 2021-2023, l'OIV raccomanda di procedere ad una graduale migliore rappresentazione degli obiettivi generali, specifici e operativi e dei relativi indicatori e target in coerenza all'Art. 5 del D.lgs. 150/2009 e smi in continuità con quanto già intrapreso con il precedente OIV. Raccomanda inoltre una di garantire maggiormente la correlazione tra gli obiettivi e la quantità e la qualità delle risorse disponibili (adeguatezza) e conferma il suggerimento di individuare solo obiettivi effettivamente SMART, in numero adeguato a garantire ad ognuno una pesatura congrua e finalizzata a motivare le strutture organizzative al pieno perseguimento.

Per i numerosi indicatori individuati si raccomanda, in continuità con il precedente OIV, di rapportarli, laddove possibile, a 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. Si consiglia inoltre di proseguire con la rappresentazione del valore di baseline, laddove possibile.

L'OIV constata il regolare svolgimento dell'attività di monitoraggio intermedio che ha determinato la rimodulazione di alcuni obiettivi al fine di rendere la pianificazione più coerente agli intervenuti mutamenti del contesto interno ed esterno. Con comunicazione prot. 43601 del 1/7/2021, la Direzione Strategica, con il supporto della STP e della UOC Controllo di Gestione, ha dato avvio alla rimodulazione il cui esito è contenuto nella DDG n.1805 del 22/10/2021. L'Azienda ha pertanto operato avvalendosi della facoltà riconosciuta dal legislatore all'art. 4, comma 2, lett. c), d.Lgs.150/2009 e smi e della procedura di rimodulazione descritta nel SMVP.

L'OIV apprezza l'integrazione assicurata tra la programmazione delle iniziative in materia di azioni positive ed il ciclo di gestione della performance grazie all'unificazione documentale assicurata tra il Piano delle Azioni Positive (proposto dal CUG) ed il Piano Performance.

Relativamente alla chiusura del Ciclo Performance 2020, il Direttore Generale della ASL di Bari ha adottato, con DDG n.1139 del 25 giugno 2021, la Relazione sulla Performance 2020, trasmettendola all'OIV per la validazione metodologica di competenza. In data 28/06/2021, l'OIV, prendendo atto delle risultanze della valutazione operata dal precedente OIV, ha validato la relazione e il parere è stato pubblicato nella sezione "Amministrazione trasparente/Controlli e rilievi sull'Amministrazione/OIV" del sito web aziendale.

Si rileva che nel 2020 il 67,5% delle UUOO ha ottenuto un grado di realizzazione pari al 100% e il 18,8% ha ottenuto un grado di realizzazione pari o superiore al 80%, collocandole nella Fascia di assegnazione A "Obiettivi pienamente raggiunti" e compenso da assegnare al 100% della quota predeterminata relativa alle risorse finanziarie del Fondo di Risultato (dirigenza) e dell'incentivazione alla produttività (comparto).

L'OIV raccomanda di intervenire gradualmente sul SMVP al fine di ridurre la fascia di punteggio che determina la corresponsione del premio massimo. Ciò al fine di garantire una corretta correlazione tra merito e premio.

Relativamente alla chiusura dei Cicli Performance, l'OIV raccomanda di includere nella Relazione Performance gli esiti, anche in forma grafica e nel rispetto della privacy, di tutte le valutazioni della performance organizzativa e di tutte le valutazioni della performance individuale essendo la validazione metodologica ai sensi dell'Art. 14, c.4, lett. c condizione inderogabile per l'accesso ai premi.

Relativamente alla distinzione tra performance organizzativa e performance individuale, l'OIV rileva che per i Dirigenti e per le Posizioni Organizzative la valutazione della performance individuale è collegata a indicatori di performance relativi all'ambito organizzativo di diretta responsabilità e al raggiungimento di specifici obiettivi individuali presenti nella medesima scheda con un'unica valutazione finale. La Scheda di Valutazione individuale per il personale dirigente prevede infatti due sezioni:

- la Sezione 1 relativa alla valutazione di competenze/comportamenti
- la Sezione 2 relativa alla valutazione del grado di conseguimento degli obiettivi ( intesa come Performance organizzativa-manageriale per i Responsabili di Struttura e apporto individuale per i dirigenti Professionali).

L'OIV raccomanda di procedere, attraverso gradualità aggiornamenti del SMVP, verso una più netta distinzione della performance organizzativa e della performance individuale.

Per il personale non dirigente, l'OIV rileva che il Dirigente Responsabile predispone annualmente un "PIANO OPERATIVO" quale atto dirigenziale di programmazione e che tale documento è sottoscritto da tutto il personale (dirigenza e comparto). La realizzazione di tale piano, sebbene appaia non concorrere direttamente alla determinazione del premio del personale non dirigente, consente, tuttavia, di illustrare, ripartire ed assegnare gli obiettivi di lavoro a tutto il personale della Unità Operativa, sia della dirigenza che del comparto, il cui perseguimento ha riflessi sulla relativa valutazione individuale.

La Scheda di Valutazione individuale per il personale non dirigente prevede infatti:

- otto *items* predefiniti per il personale non dirigente di Cat. da B a DS
- cinque *items* predefiniti per il personale non dirigente di Cat. A.

L'OIV raccomanda di avviare un progressivo aggiornamento del SMVP finalizzato a collegare in maniera più chiara la performance individuale del personale dirigente a tutte le dimensioni individuate dall'Art. 9, c.1 del D.lgs. 150/2009 e smi:

- indicatori di performance organizzativa (peso prevalente)
- obiettivi individuali,
- qualità del contributo assicurato alla performance generale della struttura,
- competenze manageriali/comportamenti organizzativi
- capacità di valutare i collaboratori tramite una significativa differenziazione dei giudizi

e del personale non dirigente alle dimensioni individuate dall'Art. 9, c.2 del D.lgs. 150/2009 e smi:

- obiettivi di gruppo e/o individuali,
- qualità del contributo assicurato alla performance dell'unità organizzativa di appartenenza
- comportamenti professionali/organizzativi.

L'OIV raccomanda inoltre di avviare un percorso di aggiornamento del SMVP che consenta di esprimere in 100esimi la performance individuale del personale sia dirigente che non dirigente ciò al fine di consentire all'Azienda di uniformarsi alla maggior parte delle Pubbliche Amministrazioni e garantire un proficuo *benchmarking*.

Nel complesso, l'OIV rileva il generale rispetto delle fasi e dei tempi previsti dal Sistema e auspica che l'Amministrazione riesca gradualmente a comprimere i tempi per la chiusura delle valutazioni individuali e la corresponsione dei premi.

#### 2.4 Struttura Tecnica Permanente

Alla data attuale la Struttura Tecnica Permanente della ASL Bari, a seguito dell'approvazione della DDG n. 524 del 25/3/2022, risulta così composta:

Profilo prof.le	U.O.	Funzione STP
Direttore Medico	U.O. Controllo di Gestione	Coordinatore
Dirigente Analista	U.O. Controllo di Gestione	Componente
Dirigente Amministrativo	U.O. Affari Generali	Componente
C.P.S. Tecnico Ambiente	Dip. Prevenzione - SPESAL	Componente
C.P.S. Tecnico Ambiente	Dip. Prevenzione - SIAV B	Componente
Dirigente Analista	Area Gestione Risorse Umane	Componente
Collaboratore Amm.vo	U.O. Controllo di Gestione	Componente
Collaboratore Amm.vo	Area Gestione Risorse Umane	Componente

L'OIV esprime grande apprezzamento per il lavoro svolto dalla Struttura Tecnica Permanente che opera per un'Azienda di oltre 9000 dipendenti con una struttura organizzativa dislocata sul territorio e chiede che la stessa venga rafforzata quali-quantitativamente, mediante la previsione di una struttura "dedicata" dotata delle necessarie risorse umane, ritenendo la fase di misurazione assolutamente essenziale per garantire un buon processo valutativo a tutti i livelli gerarchici.

L'OIV evidenzia inoltre il fondamentale contributo che la Struttura Tecnica Permanente, costituita da specialisti della materia, può fornire per favorire la diffusione, a tutti i livelli gerarchici, della cultura della gestione per obiettivi, della misurazione e valutazione delle performance e dell'*accountability* ai cittadini e agli *stakeholder* tutti.

## 2.5 Infrastruttura di supporto

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.

L'OIV ha verificato che la Struttura Tecnica Permanente, costituita in gran parte da dipendenti afferenti alla UOC Controllo di Gestione, dispone, nella fase di budgeting e nella fase di reporting, dei seguenti sistemi di misurazione:

- contabilità analitica,
- contabilità generale,
- contabilità di magazzino,
- sistema di gestione del personale dipendente
- sistema informativo regionale EDOTTO per i dati di attività sanitaria
- sistema direzionale sanitario regionale Di.Sa.R. di EDOTTO
- sistema informativo regionale per la gestione delle attività di sorveglianza epidemiologica
- protocollo informatico
- sistema informativo del CUP
- SISTRA (Sistema Informativo dei Servizi Trasfusionali)

In particolare nella fase di *reporting*, i sistemi informativi aziendali e regionali consentono di ottenere:

- dati strutturali (personale e posti-letto),
- dati di attività (attività di ricovero, ambulatoriale e prestazioni intermedie)
- dati economici di costi e ricavi, completa di alcuni indicatori di qualità, che consentono a tutti i dirigenti di orientare le proprie scelte al fine di perseguire gli obiettivi aziendali.

La numerosità dei sistemi da interrogare, la diversità dei dati resi disponibili dai diversi sistemi, la non comunicabilità tra molti dei sistemi esistenti rendono estremamente complesso e dispendioso in termini di ore/uomo il lavoro della Struttura Tecnica Permanente che invece dovrebbe disporre di strumenti tali da fornire informazioni immediatamente fruibili e tali da determinare azioni correttive tempestive nei casi in cui emergano delle criticità.

### 3. INTEGRAZIONE CON IL CICLO DI BILANCIO E I SISTEMI DI CONTROLLI INTERNI

Dalla lettura di documenti di programmazione economico finanziaria è possibile estrapolare le relazioni di sistema esistenti tra le risorse economiche stanziare e gli obiettivi definiti. Parimenti in sede di rendicontazione è possibile individuare i legami tra i risultati raggiunti e le risorse utilizzate.

Le soluzioni organizzative effettivamente adottate dall'amministrazione, in termini di integrazione e coordinamento tra il ciclo della performance, il controllo di regolarità contabile e amministrativa e il controllo di gestione appaiono sufficientemente adeguate. Detta integrazione è visibile anche attraverso la disamina temporale della definizione degli obiettivi generali di budget di cui DDG n. 1732 del 15/12/2020 e quella del Bilancio di previsione di cui alla DDG n. 1902 del 31/12/2020. Tale integrazione è resa evidente anche dalla reportistica per il monitoraggio degli indicatori utilizzati per la valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi. A tal fine sono utilizzati dati forniti sia da sistemi informativi economico-finanziari dell'Area Gestione Risorse Finanziarie, dell'Area del Patrimonio e dell'Area del Personale sia da dati provenienti da sistemi informativi destinati alla rilevazione delle prestazioni sanitarie erogate dalle diverse unità operative.

### 4. ATTUAZIONE DEL PTPCT E RISPETTO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

La ASL di Bari ha regolarmente adempiuto agli obblighi fissati dalle norme in tema di anticorruzione e trasparenza (legge delega n. 190/2012 e decreto delegato in tema di trasparenza n. 33/2013, come aggiornato con d. lgs. 97/2016), e, in ottemperanza alle citate norme, ha individuato gli obiettivi da perseguire. Infatti, con deliberazione n. 512 del 31 marzo 2021 (come da proroga del termine di cui all'art. 1, c. 8, l. 190/2012, disposta dal Presidente ANAC con il comunicato del 7/12/2020, in ragione del persistere dell'emergenza pandemica), su proposta dell'RPCT, come previsto dalla legge, il Direttore Generale ha adottato il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (PTPCT), che include – come esplicitamente previsto a seguito delle modifiche introdotte nel 2016, apposita sezione "Trasparenza", in relazione al triennio 2021/2023.

In particolare, l'anzidetto PTPCT introduce una cesura rispetto ai precedenti Piani:

1. per la necessità di adeguamento sia alle modifiche normative introdotte dal d. lgs. 97/2016 in materia di trasparenza sia alle indicazioni e novità metodologiche introdotte dal PNA 2019 (ed, ancor prima, agli approfondimenti specificamente indirizzati al Servizio Sanitario Nazionale dall'Aggiornamento 2015 al PNA 2013 e dal PNA 2016, non ancora compiutamente recepiti nei

precedenti Piani, anche in ragione degli avvicendamenti nel ruolo di RPCT che si sono succeduti a decorrere dal 2018 e fino all'attuale designazione effettuata con decorrenza dall'anno 2020<sup>1</sup>);

2. per l'esigenza di adeguamento dell'assetto e della ripartizione di attività di prevenzione e delle connesse responsabilità, delineati dal precedente Piano, approvato con deliberazione del Direttore Generale (DDG) n. 76/2020, alla mutata macro-organizzazione aziendale, avviata per effetto dell'adozione della DDG n. 1005/2020, integrata con successiva DDG 246/2021 e tutt'ora in corso di perfezionamento alla data dell'adozione del PTPCT.

La rispondenza della programmazione assicurata dall'Azienda con il Piano relativo al triennio 2021-2023, rispetto alle indicazioni fornite dall'ANAC con i PNA succedutisi nel tempo, trova una prima conferma nella valutazione indipendente del Piano stesso, la quale ha evidenziato – nel più ampio contesto del Forum per l'Integrità in Sanità, organizzato da Transparency Italia ed a cui la ASL ha aderito sin dal 2020 – risultati superiori alla media di aziende/enti del S.S.R. (comunicazione del 16/7/2021 - prot. 94437/2021).

Anche a livello di obiettivi operativi di *budget* per l'anno 2021, approvati unitamente al Piano della Performance con DDG n. 135 del 28/1/2021, si conferma la previsione specifica di un obiettivo trasversale in tema di prevenzione della corruzione e trasparenza (n. 42), idoneo a garantire il necessario raccordo con il ciclo di gestione della *performance*.

L'anzidetto obiettivo trasversale è stato ulteriormente suddiviso, all'atto della declinazione in "Piani Operativi" contenenti indicazione anche della *equipe* coinvolta per ciascuna articolazione aziendale nelle attività programmate, in due azioni con le quali le Macrostrutture aziendali vengono chiamate a garantire:

- a. sia l'attuazione delle misure di contenimento del rischio di corruzione, così come previste ed assegnate dal PTPCT per l'anno 2021 ed oggetto di elencazione puntuale alla tabella delle misure anticorruzione, allegata *sub 1*) al PTPCT;
- b. sia il corretto rispetto degli obblighi di trasparenza di cui tanto al d. lgs. 33/2013 quanto agli ulteriori provvedimenti normativi che abbiano introdotto obblighi di pubblicazione, secondo quanto previsto dal PTPCT e di cui alla tabella ivi *sub 2*).

Si segnala che, a partire dall'anno 2021, oltre alla bipartizione anzidetta tra obiettivo anticorruzione e obiettivo trasparenza:

1. viene estesa la platea dei Direttori/Responsabili destinatari degli obiettivi in materia di integrità, a seguito dell'aggiornamento delle attività esposte a rischio corruttivo, secondo quanto previsto dal PNA 2019 e del completamento della valutazione e trattamento dei rischi specifici per le Amministrazioni sanitarie, oggetto dell'Aggiornamento 2015 PNA e del PNA 2016<sup>2</sup>, oltre che a

---

<sup>1</sup> A partire dalla seconda metà del 2018 e fino al 1/1/2020, infatti, si sono avvicendati nel ruolo di RPCT l'avv. Luigi Fruscio, la dott.ssa Maria Pia Trisorio Luizzi, il dott. Giuseppe Volpe e, a decorrere dal 2020, la dott.ssa Romana Giovanna Piscitelli, tuttora in carica.

<sup>2</sup> Per la prima volta, a titolo meramente esemplificativo, divengono destinatari di specifici obiettivi in tema di anticorruzione e *performance* anche la Struttura Burocratico Legale e il Responsabile Unico delle Liste di Attesa - RULA.

seguito della previsione di una puntuale misura trasversale relativa ai rapporti con la società *in-house* Sanitaservice ASL BA;

2. talune misure di trattamento del rischio corruttivo vengono previste anche quali obiettivi di *budget*, così da rafforzare la responsabilizzazione dei Dirigenti alla loro attuazione.

Nel 2021, inoltre, è proseguita – tramite l’RPCT in carica – l’attività di supporto conoscitivo ed informativo al Network RPCT di enti/aziende SSR, istituito con D.G.R. n. 145/2018, in particolare, in materia di misure di prevenzione della corruzione afferenti alla composizione delle Commissioni Invalidità Civile (CIC), rientranti nelle attività istituzionali di competenza del Dipartimento di Prevenzione, già oggetto di approfondimento nell’anno 2020, nonché in tema di rotazione ordinaria del personale e presidi anticorruzione per l’emergenza pandemica (reclutamento e approvvigionamento).

In adesione alle richieste dell’Autorità Nazionale Anticorruzione (A.N.AC.), l’OIV ha svolto attività di audit e attestazione sull’assolvimento da parte dell’Amministrazione degli adempimenti in materia di trasparenza, *rectius* degli obblighi di pubblicazione obbligatoria, previsti dal citato d. lgs. 33/2013, come ulteriormente precisati organicamente dalla stessa Autorità con propria deliberazione n. 1310/2016. Gli esiti dell’attività di verifica ed attestazione svolta dall’OIV sono stati tempestivamente pubblicati sulla sezione “Amministrazione Trasparente/Controlli e rilievi sull’amministrazione/OIV”, del sito web aziendale, e riportano il conseguimento di risultati largamente positivi.

## 5. DEFINIZIONE E GESTIONE DEGLI STANDARD DI QUALITÀ

Relativamente alla definizione e gestione degli standard di qualità, l’OIV raccomanda di avviare un percorso di definizione degli standard di qualità dei servizi erogati, ossia di definizione del livello di qualità che l’Azienda si impegna a mantenere. Vanno pertanto individuati degli indicatori di qualità e dei valori programmati, che rappresentano il livello di qualità da rispettare ogni volta che il servizio viene erogato. Per la definizione del valore programmato è necessario verificare preliminarmente sia le previsioni di termini fissati da leggi o regolamenti che gli standard di qualità già determinati all’interno della Carta dei Servizi o in altri provvedimenti adottati in materia.

Gli standard della qualità dei servizi devono essere agevolmente accessibili agli utenti e devono pertanto essere pubblicati sul sito istituzionale affinché gli utenti possano verificarne il rispetto in relazione al servizio ricevuto o richiesto. Analoga trasparenza deve essere garantita anche per le azioni di miglioramento che l’amministrazione ha attuato o intende attuare per aumentare il livello di qualità dei servizi erogati.

In riferimento alla qualità dei servizi erogati è da rilevare che la ASL gestisce da qualche anno una pagina Facebook che consente di comprendere il livello di soddisfazione e i bisogni/desideri del paziente-utente attraverso il numero e le tipologie di interazioni. A partire dal 2020 risultano attivi anche i profili Twitter e Instagram. Nel corso del 2021, l’Azienda comunica di aver rilevato le seguenti attività sui profili attivi:

Pagina Facebook

- 33.813 Like totali
- 34.809 Followers
- 1.097 Post pubblicati

- 1.996 Messaggi

Profilo Twitter

- 197 Tweets
- 56 Followings
- 137 Followers

Profilo Instagram

- 787 Post totali
- 3.478 Followers
- 137 Profili seguiti

Relativamente alle visualizzazioni ed agli accessi al sito istituzionale per l'anno 2021 sono state registrate:

- n° 12.026.417 Visualizzazioni di pagina
- n° 8.262.961 Visualizzazioni di pagine uniche
- n° 3.122.004 Accessi

L'OIV suggerisce di utilizzare il più possibile i canali *social* per l'informazione agli utenti/pazienti e per la divulgazione degli standard di qualità.

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'K' at the top and a large, flowing 'S' or 'P' shape below it, with a small mark at the bottom right.

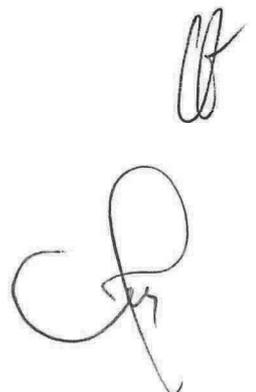
## 6. VALUTAZIONE PARTECIPATIVA

Benché disciplinata per la prima volta con il nuovo SMVP approvato nel 2020 e pur consapevoli delle difficoltà legate alla situazione sanitaria esplosa fin dai primi mesi del 2020 e continuata nel 2021, l'OIV conferma la necessità che maggiore attenzione venga assicurata agli indicatori di soddisfazione degli utenti anche in linea con le indicazioni del d.lgs. 74/2017 pur dovendosi evidenziare l'avvio di una più stratta interlocuzione con l'utenza di cui si dirà più diffusamente nel prosieguo della presente relazione.

Al termine del ciclo di gestione della performance, benché il ribaltamento degli obiettivi regionali, attraverso atti, deliberazioni e direttive aziendali, non garantisca piena realizzazione dei principi di *accountability e transparency*, si segnala che l'Azienda dimostra effettivo impegno nella comunicazione all'esterno dei dati conseguiti e nella valutazione e discussione degli stessi con gli *stakeholder* interni ed esterni, anche al fine della definizione delle modifiche opportune in sede di programmazione degli obiettivi relativi al triennio successivo. Nel 2021, attesa l'impossibilità di organizzare nuovamente una apposita giornata "in presenza", quale la Conferenza dei servizi tenutasi in data 08/07/2019 nel corso della quale la Direzione Strategica e i Direttori di Macrostruttura hanno presentato al pubblico, e discusso, lo stato dell'arte dei servizi sanitari e socio-sanitari assicurati, la Direzione Generale ha – comunque – garantito nel rispetto delle misure di contenimento del contagio informazione circa i risultati conseguiti e l'andamento delle attività aziendali, mediante un più incisivo aggiornamento delle informazioni e dei dati pubblicati in evidenza sul sito web aziendale, oltre che attivando numerosi profili social aziendali costantemente aggiornati.

L'OIV auspica che gli esiti di tali indagini e, comunque, i dati desumibili dalle segnalazioni degli utenti, possano essere considerati nelle fasi di programmazione e rendicontazione della performance e che si possano attivare meccanismi virtuosi anche in tale ambito in coerenza con le previsioni del D.M. 2/2019.

L'OIV raccomanda di migliorare il meccanismo della Valutazione partecipativa di cui all'Art. 8, c.1 lett. c) ed e) e Art. 19bis del D.lgs. 150/2009 e s.m.i. e alle Linee Guida n. 4 del Dipartimento Funzione Pubblica attraverso l'individuazione dei tempi per effettuare la mappatura degli stakeholder, l'individuazione dei servizi da sottoporre a valutazione partecipativa e la costruzione del modello.



## 7. RACCOMANDAZIONI PER IL MIGLIORAMENTO DEL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

L'OIV raccomanda in linea generale l'avvio di un percorso di semplificazione dei documenti di pianificazione e di *accountability* e di maggiore armonizzazione tra le discipline regionali specifiche per le Aziende sanitarie e il dettato normativo del D.lgs. 150/2009 e smi. In questo percorso l'OIV sarà al fianco dell'Amministrazione in un'ottica di collaborazione e di miglioramento continuo al fine anche di rendere immediatamente intelligibile la strategia annuale dell'Azienda nel suo complesso.

Più nello specifico, l'OIV raccomanda:

1. di avviare un percorso di aggiornamento del SMVP che consenta all'OIV di svolgere appieno quanto definito dall'Art. 7 c.2, lett. a) del D.lgs. 150/2009 e smi e ovvero:
  - valutare la performance organizzativa della struttura amministrativa nel suo complesso
  - proporre la valutazione annuale dei dirigenti di vertice così come richiamato anche all'Art. 14, c.4 lett. e.
2. di aggiornare il SMVP con frequenza annuale sulla base dell'esperienza applicativa dei cicli precedenti e sulla base dei suggerimenti dell'OIV
3. di procedere ad una graduale migliore rappresentazione degli obiettivi generali, specifici e operativi e dei relativi indicatori e target in coerenza all'Art. 5 del D.lgs. 150/2009 e smi in continuità con quanto già intrapreso con il precedente OIV
4. di garantire maggiormente la correlazione tra gli obiettivi e la quantità e la qualità delle risorse disponibili (adeguatezza)
5. di ridurre la fascia di punteggio che determina la corresponsione del premio massimo. Ciò al fine di garantire una corretta correlazione tra merito e premio
6. di includere nella Relazione Performance gli esiti, anche in forma grafica e nel rispetto della privacy, di tutte le valutazioni della performance organizzativa e di tutte le valutazioni della performance individuale essendo la validazione metodologica ai sensi dell'Art. 14, c.4, lett. c condizione inderogabile per l'accesso ai premi
7. di procedere verso una più netta distinzione della performance organizzativa e della performance individuale
8. di avviare un progressivo aggiornamento del SMVP finalizzato a collegare in maniera più chiara la performance individuale del personale dirigente e del personale non a tutte le dimensioni individuate rispettivamente dall'Art. 9, c.1 e dall'Art. 9 c.2 del D.lgs. 150/2009 e smi
9. un percorso di aggiornamento del SMVP che consenta di esprimere in 100esimi la performance individuale del personale sia dirigente che non dirigente ciò al fine di consentire all'Azienda di uniformarsi alla maggior parte delle Pubbliche Amministrazioni e garantire un proficuo benchmarking.
10. il rafforzamento, in termini di numero di risorse umane ed, ancor più, di natura "dedicata", della Struttura Tecnica Permanente e dei sistemi informativi per la misurazione delle prestazioni erogate e dei livelli di performance raggiunti

- d. di migliorare il meccanismo della Valutazione partecipativa di cui all'Art. 8, c.1 lett. c) ed e) e Art. 19bis del D.lgs. 150/2009 e smi e alle Linee Guida n. 4 del Dipartimento Funzione Pubblica attraverso l'individuazione dei tempi per effettuare la mappatura degli stakeholder, l'individuazione dei servizi da sottoporre a valutazione partecipativa e la costruzione del modello.

L'OIV esprime infine grande apprezzamento per il percorso intrapreso dall'Azienda e per l'attenzione mostrata al tema della misurazione e valutazione della performance. Invita l'Azienda a proseguire in tale direzione anche al fine di tradurre l'approccio al ciclo della performance da tipo adempimentale ad approccio orientato al risultato nell'ottica di un processo di miglioramento continuo. Si conferma la necessità di implementare i momenti di formazione e informazione sul Sistema e sul ciclo della performance in generale, percorso che l'OIV auspica possa essere sempre più strutturato al fine di aumentare l'effettiva conoscenza e condivisione dello stesso da parte del personale dirigente e di comparto e degli *stakeholder*.

<sup>OIV</sup>  
Bari, maggio 2022

L' OIV della ASL BARI

Presidente

Dott. Francesco Catanese

Componente

Dott.ssa Oriana Antonucci

Componente

Dott.ssa Adriana Trisolini

Firmato digitalmente da: TRISOLINI ADRIANA  
Data: 04/05/2022 14:55:34