



ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE (OIV)

Al Direttore Generale di ASUGI
Dott. Antonio Poggiana
Via Costantino Costantinides, 2
34128 - Trieste

OGGETTO: validazione da parte dell'OIV della Relazione sulla *performance* dell'anno 2021 dell'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano-Isontina (ASUGI)

Documento di validazione della Relazione sulla *performance* 2021

- A. L'Organismo Indipendente di Valutazione dell'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI), nominato con decreto del Direttore Generale n. 363 dd. 14/04/2020, ai sensi dell'art. 14, comma 4, lett. c), del D. Lgs. n. 150/2009 e s.m.i. e delle linee guida ministeriali n. 3/2018, ha preso in esame la Relazione sulla *performance* dell'anno 2021, approvata con decreto del Direttore Generale n. 893 del 20/10/2022 ed anticipata in bozza all'OIV nella seduta del 10/10/2022.
- B. L'OIV ha svolto il proprio lavoro di validazione sulla base degli accertamenti che ha ritenuto opportuno nella fattispecie, verificando la documentazione a supporto del processo di validazione, tenendo anche conto dei risultati e degli elementi emersi dall'istruttoria effettuata dalla SC Programmazione e Controllo di Gestione di ASUGI, che attualmente svolge anche le funzioni di Struttura tecnica permanente a supporto dell'OIV di ASUGI.
- C. La documentazione del processo di validazione e le motivate conclusioni raggiunte su ciascuno dei punti esaminati nel processo sono conservate agli atti dalla Struttura tecnica permanente di ASUGI, presso la SC Programmazione e Controllo di Gestione.
- D. La validazione, secondo le norme vigenti, ha preso in considerazione tre ambiti di valutazione: la **Conformità** della relazione alle disposizioni nazionali e regionali, la **Comprensibilità** per gli stakeholder, al fine di favorire il controllo sociale diffuso sulle attività ed i risultati delle Amministrazioni pubbliche e l'**Attendibilità** dei dati contenuti nella Relazione stessa. La procedura di validazione è stata descritta in un'apposita relazione di accompagnamento al presente documento di validazione e contiene informazioni dettagliate relative al metodo seguito ed ai controlli effettuati.
- E. Tutto ciò premesso, l'OIV **valida** la Relazione sulla *performance* 2021 dell'ASUGI che costituisce l'allegato del decreto del Direttore generale n. 893 dd. 20/10/2022.

Trieste, 12/12/2022

Il Presidente dell'OIV

Dott. Ubaldo Scariellato



ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE

**RELAZIONE DI ACCOMPAGNAMENTO AL
DOCUMENTO DI VALIDAZIONE DELLA
RELAZIONE SULLA PERFORMANCE
DELL'AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA
"GIULIANO-ISONTINA"**

Anno 2021

Indice

PREMESSA	3
1. FINALITÀ, STRUTTURA E CONTENUTI	3
2. CRITERI PER LA VALIDAZIONE DELLA RELAZIONE	3
3. METODI PER LA VERIFICA DEI CRITERI DI VALIDAZIONE	4
4. CONCLUSIONI RAGGIUNTE ED EVIDENZE A SUPPORTO	6
5. RIEPILOGO DEGLI ESITI E OSSERVAZIONI CONCLUSIVE	8

PREMESSA

Il presente documento redatto ai sensi dell'art.14, comma 4, lett. c), del D. Lgs. N. 150/2009 e s.m.i. e secondo le linee guida ministeriali n. 3/2018 per la Relazione annuale sulla Performance, costituisce atto formale di questo Organismo Indipendente di Valutazione, in seguito (OIV), e parte integrante del documento di validazione della relazione sulla performance per l'anno 2021 dell'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano-Isontina (ASUGI), approvata con Decreto del Direttore Generale n. 893 del 20/10/2022 e trasmessa a questo OIV in data 10/11/2022.

Detta validazione sancisce la conclusione del ciclo di gestione della performance per l'annualità 2021 e rappresenta l'atto che attribuisce efficacia alla Relazione stessa, predisposta dall'organo di indirizzo politico amministrativo dell'ente, ai sensi dell'art.15, comma 2, del D.Lgs n.150/2009.

L'art 10, comma 1, lett. b) del D.Lgs 150/2009 e s.m.i., prevede che *“le amministrazioni pubbliche redigono e pubblicano entro il 30 giugno di ciascun anno, sul proprio sito istituzionale, la Relazione annuale sulla performance, approvata dall'organo di indirizzo politico-amministrativo e validata dall'OIV”*.

L'Azienda non ha potuto rispettare detti termini poiché nell'anno in corso, gli Accordi con le OOSS hanno subito una serie di rallentamenti al fine di trovare l'intesa sull'erogazione delle risorse reperite sui vari fondi e quindi il ciclo della performance si è concluso appena al 10 ottobre 2022.

Tali fattori hanno impedito di poter chiudere il ciclo della performance e di formalizzare la relazione nei termini stringenti di legge.

1. FINALITÀ, STRUTTURA E CONTENUTI

Il presente documento ha lo scopo di descrivere le modalità di svolgimento della procedura di validazione della Relazione sulla performance dell'anno 2021 da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV). In particolare, nei paragrafi seguenti, sono descritti:

- a) i criteri utilizzati per la validazione della Relazione sulla performance,
- b) il metodo utilizzato per la verifica dei suddetti criteri,
- c) le conclusioni raggiunte per ognuno dei criteri, nonché le evidenze a supporto delle conclusioni raggiunte.

2. CRITERI PER LA VALIDAZIONE DELLA RELAZIONE

I criteri guida dell'attività di validazione della Relazione sulla performance da parte dell'OIV sono stabiliti, innanzitutto, dall'art. 14, comma 4, lett. c), del D.Lgs. n. 150/2009 il quale dispone che l'OIV valida la Relazione sulla performance *“a condizione che la stessa sia redatta in forma sintetica, chiara e di immediata comprensione ai cittadini e agli altri utenti finali”*, tenendo conto, ove presenti, delle risultanze *“delle valutazioni realizzate con il coinvolgimento dei cittadini o degli altri utenti finali per le attività e i servizi rivolti”*.

Il Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri ha prodotto specifiche indicazioni in merito alla procedura di validazione emanando le Linee Guida per la Relazione annuale sulla performance n. 3/2018, precisando che la validazione della Relazione deve essere intesa come “validazione” del processo di misurazione e valutazione attraverso il quale sono stati rendicontati i risultati organizzativi e individuali riportati nel documento e non come una “certificazione” puntuale della veridicità dei dati sui risultati ottenuti dall’amministrazione.

Tali linee guida individuano i seguenti criteri, che sono stati utilizzati ai fini della validazione dell’OIV:

- 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 auto-dichiarate, 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 dell’indice, di pochi rinvii ad altri documenti o a riferimenti normativi, ecc).

L’Organismo ha proceduto in stretto riferimento ai suddetti criteri, tenendo conto delle buone prassi e dei principi di indipendenza, imparzialità ed economicità nello sviluppo dell’attività di controllo. Il processo di validazione è stato condotto con l’ausilio della SC Programmazione e Controllo di Gestione che assolve alle funzioni ed ai compiti della Struttura Tecnica Permanente, la quale ha fornito i dati, le informazioni e le evidenze documentali a supporto, conservate agli atti dell’Amministrazione stessa.

3. METODI PER LA VERIFICA DEI CRITERI DI VALIDAZIONE

La validazione della Relazione è il risultato di un articolato processo che ha coinvolto diversi **soggetti** ed, in particolare:

- il **Direttore Generale** che, con proprio Decreto n. 893 del 20/10/2022 ha approvato la Relazione sulla performance per l'anno 2021;
- la **SC Programmazione e Controllo di Gestione** che ha coordinato le attività volte alla stesura del documento e ha svolto le funzioni di Struttura Tecnica Permanente supportando l'OIV nell'acquisizione di tutte le informazioni necessarie alla verifica (elementi probativi);
- i **dirigenti responsabili** che, con riferimento alle unità organizzative di propria competenza (Direttori di SC/SSD, Responsabili di progetto, coordinatori e referenti), hanno misurato la performance, nonché fornito tutti i dati per le verifiche dell'OIV ai sensi dell'art. 14, comma 4-ter del D.Lgs. n. 150/2009;
- il **Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza** che ha fornito elementi valutativi al fine di verificare quanto disposto dall'art. 1, comma 8-bis, della Legge n.190/2012 e per la misurazione del livello di raggiungimento degli obiettivi correlati agli obblighi in materia in trasparenza ed anticorruzione, declinati nelle schede di budget;
- l'**OIV** che ha esaminato la bozza di relazione anticipata dalla SC Programmazione e Controllo di Gestione, nella seduta dell'Organismo in data 10/10/2022 e, analizzati gli elementi, ha validato la Relazione sulla performance nella seduta del 11 novembre 2022, sulla base della metodologia definita nel presente documento, coerentemente alle indicazioni contenute nelle Linee Guida n. 3/2018.

Per quanto attiene ai **metodi di verifica** utilizzati si è proceduto, attraverso:

- verifiche dirette degli elementi reali;
- analisi documentali;
- analisi comparative spazio-temporali sui dati economici e di attività;
- confronto diretto (colloquio) con i funzionari dell'ente.

L'OIV ha preso atto del percorso istruttorio e valutativo svolto dall'azienda ed ha proceduto con la verifica, a campione, delle relazioni di rendicontazione di alcuni obiettivi di budget afferenti ad alcune strutture, sanitarie ed amministrative, scelte con modalità casuale, garantendo una verifica puntuale della documentazione probatoria prodotta e dei risultati raggiunti, con particolare riguardo agli obiettivi che, dopo la valutazione di prima istanza, risultavano "non raggiunti e/o parzialmente raggiunti".

Sono stati altresì esaminate, sempre a campione, le relazioni di rendicontazione delle progettualità specifiche finanziate con le Risorse Aggiuntive Regionali (RAR) e delle progettualità collegate alla produttività strategica nonché le istanze di ricorso sottoposte alla valutazione di II istanza da parte dello stesso Organismo (rif. verbali OIV delle riunioni del 06/06/2022, 20/06/2022, 29/06/2022, 01/08/2022, 10/10/2022), pubblicati sul sito aziendale nell'apposita sotto-sezione dell'Amministrazione trasparente al seguente link:

4. CONCLUSIONI RAGGIUNTE ED EVIDENZE A SUPPORTO

Vengono di seguito riportate le conclusioni raggiunte con riferimento ai criteri adottati dall'OIV nell'ambito della procedura di validazione della Relazione sulla performance dell'ente.

- 1) **Coerenza fra contenuti della Relazione e contenuti del Piano della performance relativo all'anno di riferimento:** l'analisi comparativa dei due documenti (Piano - inteso come complesso del PAL, del Progetto Complessivo Aziendale contenente gli obiettivi di Struttura e dei progetti finanziati con le Risorse Aggiuntive Regionali - e Relazione) ha fatto emergere una piena coerenza di contenuti. In particolare, la Relazione offre una rendicontazione puntuale dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi operativi annuali assegnati ai Centri di responsabilità, agli obiettivi specifici a valenza regionale finanziati con le Risorse Aggiuntive Regionali (RAR) ed alle progettualità strategiche di rilevanza aziendale finanziati con la quota del fondo accessorio riservata al Direttore Generale. Anche le sezioni descrittive "analisi del contesto interno ed esterno" appaiono coerenti. **Esito della verifica: positivo.**
- 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:** vi è una piena coerenza tra le valutazioni degli obiettivi di performance organizzativa riportate dall'amministrazione e la valutazione effettuata dall'OIV sui risultati complessivi dell'Azienda. **Esito della verifica: positivo.**
- 3) **Presenza nella Relazione dei risultati relativi a tutti gli obiettivi (sia di performance organizzativa che individuale) inseriti nel Piano:** il testo della Relazione contiene una rendicontazione complessiva dei risultati raggiunti collegati agli obiettivi di performance organizzativa ed individuale assegnati a livello di Centro di responsabilità, degli obiettivi specifici RAR delle tre aree contrattuali (dirigenza area sanità, dirigenza dei ruoli professionale-tecnico-amministrativo e personale del comparto) e degli obiettivi strategici a valenza aziendale, rappresentati in prospetti distinti, allegati al testo della relazione (allegati n. 1-2-6-7).
Esito della verifica positivo.
- 4) **Verifica che nella misurazione e valutazione delle performance si sia tenuto conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza:** nelle schede di budget 2021 sono stati inseriti obiettivi collegati alla prevenzione della corruzione, assegnati alle strutture con aree a rischio individuate specificamente dal PTPCT 2021-2023, adottato con Decreto DG n. 246 dd 31.03.2020 e obiettivi connessi al "Costante e tempestivo aggiornamento dei dati pubblicati sul sito internet aziendale" ed al "Rispetto delle tempistiche e degli obblighi di pubblicazione ex D.Lgs. 33/2013". Tanto ha permesso il fattivo adempimento degli obblighi previsti dalla normativa vigente ed un monitoraggio puntuale del processo di attuazione del PTPCT 2021 attraverso la scansione della totalità degli obblighi e l'indicazione degli scostamenti dal piano definito. **Esito della verifica positivo.**
- 5) **Verifica del corretto utilizzo del metodo di calcolo previsto per gli indicatori:** per tutti gli obiettivi numerici, è stato definito, in fase di budgeting, il criterio di calcolo degli indicatori di risultato mentre per gli obiettivi di tipo qualitativo/documentale la valutazione è avvenuta

attraverso l'esame della documentazione probatoria fornita dalle Strutture o reperita da fonti informative ufficiali (documenti pubblicati). **Esito della verifica positivo.**

- 6) Affidabilità dei dati utilizzati per la compilazione della relazione (con preferenza per fonti esterne certificate o fonti interne non auto-dichiarate, prime tra tutte il controllo di gestione): i dati utilizzati per la compilazione della Relazione sulla performance derivano principalmente da flussi informativi ufficiali (aziendali o regionali) ed, in parte, da report costruiti tramite rilevazioni manuali e strumenti di elaborazione standardizzati. Tuttavia si osserva che la prevalenza di obiettivi di tipo qualitativo osservata comporta un rischio di auto referenzialità del sistema che è sicuramente comprimibile nei prossimi Piani. Nel complesso si può affermare che sussiste una ragionevole garanzia di affidabilità dei dati. Esito della verifica positivo.
- 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: l'allegato n. 1 della Relazione sulla performance 2021 riepiloga, in valori percentuali, i "Risultati conseguiti dalle strutture rispetto agli obiettivi di budget – anno 2021", da cui si deduce un eventuale scostamento rispetto alla performance organizzativa attesa. Il dettaglio dei valori a consuntivo rilevati per ciascun obiettivo e dei rispettivi indicatori è disponibile agli atti della SC Programmazione e Controllo di Gestione che ha coordinato il percorso di misurazione e valutazione della performance organizzativa delle singole unità organizzative. Nelle Tabelle di cui all'allegato n. 2 e degli allegati n. 6 e 7 del documento, vengono riepilogati, rispettivamente, gli obiettivi specifici (RAR) e le progettualità strategiche aziendali con i relativi risultati conseguiti, specificando lo scostamento dal target atteso, nei casi di mancato o parziale raggiungimento. Esito della verifica positivo.
- 8) Adeguatezza del processo di misurazione e valutazione dei risultati descritto nella Relazione anche con riferimento agli obiettivi non inseriti nel Piano: il processo di misurazione e valutazione dei risultati è coerente al Sistema di misurazione e valutazione delle performance definito dall'Azienda, a valere per l'anno 2021. Esito positivo.
- 9) Conformità della Relazione alle disposizioni normative vigenti e alle linee guida del DFP: la relazione risulta redatta in modo conforme alle disposizioni normative vigenti ed alle citate Linee Guida ministeriali n. 3/2018. Esito positivo.
- 10) Sinteticità della Relazione (lunghezza complessiva, utilizzo di schemi e tabelle, ecc.): il corpo principale della relazione è di 35 pagine ed appare appropriato in considerazione degli scopi del documento. E' corredata di tabelle che ne sintetizzano adeguatamente i contenuti e l'attività dell'anno di riferimento. Per non appesantire il documento sono stati inseriti n. 7 allegati, che contengono tutte le informazioni ed i dati di dettaglio. L'esito della verifica è pertanto positivo.
- 11) Chiarezza e comprensibilità della Relazione (linguaggio, utilizzo di rappresentazioni grafiche, presenza dell'indice, di pochi rinvii ad altri documenti o a riferimenti normativi, ecc): la relazione risulta sintetica e chiara, tuttavia il linguaggio tecnico amministrativo della relazione condiziona la fruibilità delle informazioni "ai cittadini e agli altri utenti finali" che sono i principali destinatari della Relazione sulle performance, come sancito dall'art. 14, comma 4, lett. c), del D.Lgs. n. 150/2009. Se si escludono gli organigrammi, la relazione non presenta infografiche capaci di condensare la valutazione dei risultati raggiunti attraverso confronti e correlazioni.

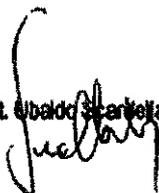
L'indice è presente. I rinvii a riferimenti normativi o ad altri documenti sono limitati. L'esito della verifica è comunque nel complesso positivo.

5. RIEPILOGO DEGLI ESITI E OSSERVAZIONI CONCLUSIVE

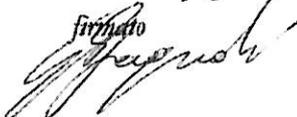
Preso atto degli esiti delle verifiche svolte, il processo di validazione si conclude con la “**validazione della Relazione**” (prima opzione prevista dalle LG n.3/2018 del Dipartimento della Funzione Pubblica) dal momento che non sono state riscontrate criticità in merito al documento redatto.

Trieste, 12/12/2022

dott. Ubaldo Scardellato
(presidente)
firmato

Dott. Ubaldo Scardellato


dott. Gianbattista Spagnoli

firmato


dott. Giampaolo GRIPPA

firmato
