

ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE

RELAZIONE

**DI ACCOMPAGNAMENTO AL DOCUMENTO DI
VALIDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA
PERFORMANCE DELL'ANNO 2019**

07/08/ 2020

Indice

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	12
5. RIEPILOGO DEGLI ESITI E OSSERVAZIONI CONCLUSIVE	18

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 2019 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

Secondo quanto disposto dall'art. 10 del D.Lgs. n. 150/2009, le amministrazioni pubbliche, al fine di assicurare la qualità, comprensibilità e attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance, redigono e pubblicano sul sito istituzionale entro il 30 giugno la Relazione annuale sulla performance. La Relazione deve essere approvata dall'organo di indirizzo politico-amministrativo e, poi, validata dall'OIV, ai sensi dell'art. 14 del medesimo Decreto. La validazione della Relazione sulla performance è condizione inderogabile per l'accesso agli strumenti per premiare il merito.

La Relazione sulla performance evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati e alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti.

I criteri guida dell'attività di validazione della Relazione sulla performance da parte dell'OIV sono innanzitutto stabiliti dall'art. 14, comma 4, lett. c), del D.Lgs. n. 150/2009, come modificato dall'art. 11, comma 1, lett. c), sub 3) del D. Lgs. n. 74/2017. Tale disposizione stabilisce 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”*.

Inoltre, ai sensi del comma 4-bis dell'art. 14 del medesimo decreto legislativo, l'OIV deve tener 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”*. Tale aspetto è anche richiamato dall'art. 19-bis del medesimo decreto.

Ai sensi dell'art. 6, inoltre, eventuali *“variazioni, verificatesi durante l'esercizio, degli obiettivi e degli indicatori della performance organizzativa e individuale sono inserite nella relazione sulla performance e vengono valutate dall'OIV ai fini della validazione”*.

Ulteriori e specifiche indicazioni in merito alla procedura di validazione sono state fornite dalle *Linee Guida per la Relazione annuale sulla performance n. 3/2018* della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica, che sostituiscono, per i ministeri, le precedenti delibere della CiVIT n. 5/2012 e n. 6/2012.

Le Linee Guida evidenziano innanzitutto 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 nella Relazione. La validazione, invece, non può essere considerata una *“certificazione”* puntuale della veridicità dei dati concernenti i singoli risultati ottenuti dall'amministrazione.

Inoltre, a pagina 15 delle Linee Guida, viene precisato che la validazione è effettuata sulla base dei seguenti criteri:

- a. coerenza fra contenuti della Relazione e contenuti del Piano della performance relativo all'anno di riferimento;
- b. coerenza fra la valutazione della performance organizzativa complessiva effettuata dall'OIV e le valutazioni degli obiettivi di performance organizzativa riportate dall'amministrazione nella Relazione;
- c. presenza nella Relazione dei risultati relativi a tutti gli obiettivi (sia di performance organizzativa che individuale) inseriti nel Piano;
- d. verifica che nella misurazione e valutazione delle performance si sia tenuto conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza;
- e. verifica del corretto utilizzo del metodo di calcolo previsto per gli indicatori;
- f. 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);
- 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;
- h. adeguatezza del processo di misurazione e valutazione dei risultati descritto nella Relazione anche con riferimento agli obiettivi non inseriti nel Piano;
- i. conformità della Relazione alle disposizioni normative vigenti e alle linee guida del Dipartimento della Funzione Pubblica (di seguito DFP);
- j. sinteticità della Relazione (lunghezza complessiva, utilizzo di schemi e tabelle, ecc.);
- k. chiarezza e comprensibilità della Relazione (linguaggio, utilizzo di rappresentazioni grafiche);
- l. presenza dell'indice, di pochi rinvii ad altri documenti o a riferimenti normativi, ecc.

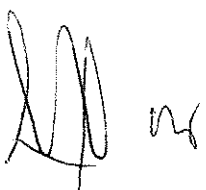
3. METODI PER LA VERIFICA DEI CRITERI DI VALIDAZIONE

Il metodo e il processo di validazione sono stati definiti coerentemente a quanto stabilito dalle Linee Guida n. 3/2018 del Dipartimento della Funzione Pubblica. Quando non sono stati trovati riferimenti metodologici specifici, sono state utilizzate, come riferimenti generali, le logiche e le metodologie tipiche dell'*auditing*.

3.1. PROCESSO DI VALIDAZIONE E SOGGETTI CONVOLTI

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

- il **Direttore Generale** che con il Decreto n. 750 del 05/08/2020 ha approvato la Relazione sulla performance per l'anno 2019,
- la **Soc Gestione Risorse Umane** che, come previsto dal vigente Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP), ha svolto il ruolo di interlocutore dell'intero processo di valutazione individuale, assicurando la trasmissione delle informazioni ai diversi utenti del sistema (valutatori), garantendo la verifica della correttezza del percorso valutativo;



- la **Soc Programmazione e Controllo di Gestione** che, come previsto dal vigente Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP), ha coordinato le attività volte alla predisposizione della Relazione sulla performance, ne ha curato l'inserimento nella piattaforma Adweb per la successiva decretazione da parte del Direttore Generale e, successivamente, ha presentato all'OIV la Relazione, approvata dal Direttore Generale, da sottoporre a validazione;
- i **dirigenti** che, con riferimento alle unità organizzative di propria competenza (Responsabili di Dipartimento o di Strutture Operative Complesse o di Strutture Semplici Dipartimentali), hanno misurato la performance individuale, nonché fornito tutte le informazioni necessarie alla Soc Programmazione e Controllo di Gestione per la misurazione della performance organizzativa e per le verifiche dell'OIV ai sensi dell'art. 14, comma 4-ter del D.Lgs. n. 150/2009.
- la **Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza** che ha fornito elementi istruttori al fine di verificare quanto disposto dall'art. 1, comma 8bis, della Legge n.190/2012 (obiettivi di budget);
- l'**OIV** che ha revisionato e validato la Relazione sulla performance, sulla base della metodologia definita nel presente documento e coerentemente alle indicazioni contenute nelle Linee Guida n. 3/2018 del Dipartimento della Funzione Pubblica;
- la **Soc Programmazione e Controllo di Gestione** che ha supportato l'OIV nell'acquisizione di tutte le informazioni necessarie alla verifica (elementi probativi).

Il processo di validazione si è sviluppato attraverso le fasi di attività descritte nella Tabella 1.

Tabella 1 – Fasi, tempi e soggetti del processo di validazione

Data/Periodo	Attività	Soggetti coinvolti
dal 05/02/2019 al 17/03/2019	Rilevazione (sugli applicativi informatici dedicati) del consuntivo al 31 dicembre 2018 degli obiettivi, indicatori e target programmati nel Piano Attuativo 2019 e nel Budget 2019 in assenza del Piano della Performance 2019-2021	Commissario Straordinario (avvio della procedura) Dirigenti (Responsabili di Dipartimento/Strutture Operative Complesse/ Strutture Semplici Dipartimentali)
dal 18/03/2019 e il 04/04/2019	Verifiche sull'attendibilità dei dati di consuntivo caricati sull'applicativo informativo a supporto del ciclo della performance	OIV ex AAS3 Soc Programmazione e Controllo di Gestione
dal 01/07/2020 al 27/07/2020	Predisposizione della Relazione sulla Performance 2019	Soc Programmazione e Controllo di Gestione URP
05/08/2020	Inserimento della Relazione sulla Performance 2019 nella piattaforma di decretazione Adweb al Direttore Generale per l'approvazione	Soc Programmazione e Controllo di Gestione
05/08/2020	Approvazione della Relazione sulla Performance 2019	Direttore Generale

07/08/2020	Presentazione della Relazione sulla Performance 2019 e del Decreto di approvazione all'OIV	Soc Programmazione e Controllo di Gestione
07/08/2020	Validazione della Relazione sulla performance e predisposizione della documentazione a supporto	OIV

3.2. METODI DI VERIFICA

I metodi di verifica utilizzati ai fini della validazione della Relazione sulla performance si ispirano in quanto compatibili, e con gli opportuni adattamenti, a quelli tipici dell'auditing. In tale ambito disciplinare, si distinguono quattro metodi principali¹:

1. *analisi dei sistemi interni*, che si attua mediante l'osservazione diretta del revisore sulle attività poste in essere dagli attori coinvolti o mediante interviste dirette agli attori coinvolti o tramite la consultazione di manuali di procedure (se presenti);
2. *verifica diretta degli elementi reali*, che consiste nella verifica della "sostanza" rappresentata dagli elementi reali oggetto di revisione (nel caso di specie: i dati di performance riportati nella Relazione sulla performance) e che si attua attraverso la constatazione personale del revisore, la conferma diretta da parte di terzi o la conferma per mezzo di riscontri differiti;
3. *analisi documentali*, che si basano sulla consultazione della documentazione al fine di evidenziare eventuali errori o incongruenze;
4. *analisi comparative*, che si attuano attraverso comparazioni spaziotemporali sui dati di uno stesso documento o di documenti diversi ma collegati.

Il dettaglio dei metodi di verifica applicati per ognuno dei criteri di validazione previsti dalle

Linee Guida n. 3/2018 del Dipartimento della Funzione Pubblica sono riportati nella Tabella 2.

Tabella 2 – Criteri di valutazione e metodi utilizzati

Criteri di validazione previsti	Metodi di verifica	Oggetto della verifica
<i>a) coerenza fra contenuti della Relazione e contenuti del Piano della performance relativo all'anno di riferimento.</i>		
<i>L'AAS3 non ha prodotto il piano della Performance anno 2019-2021 ma ha fatto riferimento, come si evince anche dal sito di amministrazione Trasparente, al Piano Attuativo, che comprende il programma annuale ed il bilancio preventivo, (livello aziendale);</i>	Analisi comparative	Analisi comparativa del Piano Attuativo Locale anno 2019 con la Relazione sulla Performance 2019
<i>b) coerenza fra la valutazione della performance organizzativa complessiva effettuata dall'OIV e le valutazioni degli obiettivi di performance organizzativa riportate dall'amministrazione nella Relazione;</i>	Analisi comparative	Comparazione e analisi della coerenza dati tra il paragrafo 4.1.1. <i>Gli obiettivi annuali</i> della Relazione sulla Performance 2019 e il paragrafo 4.1.2. <i>performance organizzativa complessiva</i> e la relazione

¹ Marchi, L. (2010). Revisione aziendale e sistemi di controllo interno, Terza edizione. Milano: Giuffrè Editore.

		<p>sanitaria a corredo del Bilancio consuntivo 2019 (decreto 515, dd 29.05.2020)</p>
<p>c) presenza nella Relazione dei risultati relativi a tutti gli obiettivi inseriti nel Piano</p>	<p>Analisi comparative</p>	<p>Comparazione e analisi della coerenza dei dati tra il Piano Attuativo Locale 2019 la Relazione sulla Performance 2019 attraverso il richiamo alla relazione Sanitaria a corredo del Bilancio Consuntivo con link diretto al portale della Performance</p>
<p>d) verifica che nella misurazione e valutazione delle performance si sia tenuto conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza;</p>	<p>Verifica diretta degli elementi reali</p>	<p>Verifica del livello di presenza degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza nella Relazione sulla Performance (visione documentazione) Conferma diretta da parte di terzi (audizione RPCT OIV ex AAS3 nella seduta del 20.12.2019)</p>
<p>e) verifica del corretto utilizzo del metodo di calcolo previsto per gli indicatori</p>	<p>Analisi dei sistemi interni</p>	<p>Verifica delle funzionalità di calcolo dell'applicativo informatico a supporto del ciclo della performance mediante visualizzazione diretta dal sistema</p>
<p>f) 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);</p>	<p>Verifica diretta degli elementi reali</p>	<p>L'iter di valutazione degli obiettivi si è articolato in un percorso metodologico, replicato sia a fine anno per gli obiettivi già conclusi nel mese di dicembre, sia nei primi mesi del 2020, così definito:</p> <ul style="list-style-type: none"> - richiesta alle strutture di rendicontare la propria scheda per quanto di competenza e di salvare le evidenze nelle cartelline predisposte nel repository aziendale dedicato al budget; - per quegli obiettivi che contengono esclusivamente dati, predisposizione di report che evidenziano il dato ottenuto da ogni centro di responsabilità; il dato è stato successivamente trasformato, a cura della Programmazione e Controllo di Gestione, in base all'algoritmo presente in scheda, in una percentuale che evidenzia il grado di raggiungimento dell'obiettivo;

	<p>- per quegli obiettivi che prevedevano la valutazione da parte di altri servizi (personale, RSPP, Qualità, Farmacia,...) inserimento del dato sulla scheda della Struttura e applicazione dell'algoritmo. Durante l'inserimento degli esiti, in caso di valori anomali, si è provveduto a sentire direttamente le strutture per le opportune verifiche o per chiedere integrazioni. Questo ha reso possibile un meccanismo di "feedback" per la struttura sui risultati conseguiti e l'eventuale ritaratura dei comportamenti in essere.</p> <p>Laddove il monitoraggio della struttura riportava delle motivazioni per il mancato raggiungimento degli obiettivi, non verificabili tramite i dati a sistema, la SOC Programmazione e controllo, in assenza di un Comitato di Budget ex AAS3 che potesse dirimere le questioni, ha chiesto una valutazione di merito al superiore gerarchico.</p> <p>Al termine di questo processo, il 4 giugno 2020 la SOC Programmazione e controllo ha inviato una comunicazione in cui si invitavano i Direttori a prendere atto degli esiti delle valutazioni complessive, per poter avviare poi la stesura della Relazione sulla performance.</p>
<p><i>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;</i></p>	<p>Analisi documentale</p> <p>I principali obiettivi del PAL che prevedono un indicatore di output o di outcome sono riportati nella relazione della performance, con un loro andamento triennale, con lo standard di riferimento definito dalla programmazione regionale, nonché con un benchmark definito dal dato medio regionale.</p> <p>Gli scostamenti sono analizzati anche nella relazione al bilancio che con link è parte integrante della Relazione.</p>

<p><i>h) adeguatezza del processo di misurazione e valutazione dei risultati descritto nella Relazione anche con riferimento agli obiettivi non inseriti nel Piano;</i></p>	<p>Analisi documentale</p>	<p>L'AAS3 ha inserito nel ciclo della performance attraverso il percorso di budget anche obiettivi non presenti nel Piano attuativo locale 2019, ma che misurano o il mantenimento dell'operatività per garantire i livelli di assistenza o percorsi di miglioramento interno. Tutti gli obiettivi sono stati misurati e valutati.</p>
<p><i>i) conformità della Relazione alle disposizioni normative vigenti e alle linee guida del DFP;</i></p>	<p>Analisi documentale</p>	<p>Analisi della Relazione sulla performance e verifica diretta della conformità alle disposizioni normative e alle linee guida del DFP</p>
<p><i>j) sinteticità della Relazione (lunghezza complessiva, utilizzo di schemi e tabelle, ecc.);</i></p>	<p>Analisi documentale</p>	<p>Analisi della Relazione sulla performance e verifica diretta del livello di sinteticità</p>
<p><i>k) chiarezza e comprensibilità della Relazione (linguaggio, utilizzo di rappresentazioni grafiche, presenza indice, ecc.)</i></p>	<p>Analisi documentale</p>	<p>Analisi della Relazione sulla performance e verifica diretta del grado di chiarezza e comprensibilità</p>

3.3. MODALITÀ DI SELEZIONE DEGLI ITEM DA SOTTOPORRE A VERIFICA

La verifica ha riguardato la totalità degli oggetti (documenti, sezioni di documenti, informazioni o dati) per tutti i criteri descritti della tabella 2, ad eccezione del punto h) per il quale la verifica è stata effettuata su un campione di schede di budget, sia in considerazione della elevata numerosità degli stessi, sia per poter consentire un esame maggiormente approfondito².

Il campionamento dei dati è una modalità consolidata nell'ambito dell'*auditing* ed è impiegato per ottenere delle evidenze oggettive e una base ragionevole per trarre conclusioni. Poiché le Linee Guida n.3/2018 suggeriscono che i dati elaborati a partire da fonti interne o fonti autodichiarate siano potenzialmente meno affidabili, si è optato per una tecnica di campionamento ragionato che consentisse di concentrare l'attenzione sui dati elaborati a partire da fonti interne/auto-dichiarate.

La tabella seguente (tabella 3) dettaglia le caratteristiche del campione selezionato per la valutazione, pari al 23%.

² In ogni caso, è opportuno sottolineare che, come stabilito nelle Linee Guida n.3/2018 del Dipartimento della Funzione Pubblica, la validazione "non può essere considerata una 'certificazione' puntuale della veridicità dei dati concernenti i singoli risultati ottenuti dall'amministrazione medesima".

Tabella 3 – Campionamento

Dipartimento o Area	Strutture Operative	nr. Obiettivi presenti	nr. Obiettivi verificati	% Ob. Valutati OIV ex AAS3 e OIV ASU FC
Coordinamento Distrettuale	4	105	44	42%
Coordinamento Socio Sanitario	4	52	6	12%
Dipartimento Chirurgico	7	133	16	12%
Dipartimento Emergenza e Percorsi Operatori	4	60	7	12%
Dipartimento di Prevenzione	6	95	13	14%
Dipartimento Salute Mentale	3	49	-	
Dipartimento Medico	6	92	10	11%
Dipartimento Emergenza e Materno-infantile	4	66	16	24%
Dip. della Programmazione Economica e Finanziaria	4	31	13	42%
Dipartimento Tecnico Giuridico	3	31	23	74%
Direzione Generale	2	23	10	43%
Direzione Medica Ospedaliera	1	19	7	37%
Direzione Sanitaria	4	33	21	64%
Area delle Dipendenze	1	14	-	
TOTALE	55	803	186	23%

	Obiettivi progettuali	Obiettivi progettuali valutati	% Obiettivi valutati OIV ex AAS3 e OIV ASU FC
Totale AAS3	63	29	46%

3.4. TRACCIABILITÀ DELLE EVIDENZE

In coerenza con quanto previsto dalle Linee Guida n. 3/2018 del Dipartimento della Funzione Pubblica e dai comuni standard professionali dell'attività di *auditing*, viene garantita la piena tracciabilità delle evidenze del processo di verifica e validazione della Relazione sulla performance.

In particolare, oltre alle evidenze contenute nel presente documento, tutta la documentazione reperita e utilizzata nell'ambito del processo è stata opportunamente organizzata e depositata presso un apposito archivio virtuale a cura della Soc Programmazione e Controllo di Gestione ex AAS3. L'Azienda infatti ha organizzato uno spazio informatico (cartellina dedicata) ad accesso riservato alla Programmazione e al Responsabile della struttura (in scrittura) e alla Direzione e ai Direttori di Dipartimento (in sola lettura). Il percorso è il seguente: T:\Comunicazioni Controllo di Gestione\BUDGET 2019. In ciascuna cartella è presente la scheda negoziata e poi oggetto di decreto, la scheda eventualmente modificata dopo il monitoraggio di ottobre e tutte le evidenze specifiche della scheda di budget che documentano l'attuazione degli obiettivi specifici. Mentre presso l'archivio della Programmazione e controllo ci sono le schede di sintesi degli obiettivi comuni a più strutture.

Sono altresì reperibili nel predetto archivio informatico:

- i documenti elencati nel seguente paragrafo 3.5;
- tutti i verbali del comitato di budget, che hanno applicato i criteri di valutazione agli obiettivi rendicontati o li hanno integrati, qualora l'applicazione dell'algoritmo presente nelle schede budget non fosse adeguato al fenomeno misurato;
- il Decreto di approvazione della Relazione sulla Performance 2019;
- la presentazione all'OIV della Relazione sulla Performance 2019;
- il documento di validazione della Relazione sulla performance, nonché il presente documento di accompagnamento.

3.5. DOCUMENTI CONSULTATI E ULTERIORI SUPPORTI ANALIZZATI

Nel corso dell'attività sono stati consultati i seguenti documenti:

- a) Decreto del Direttore Generale n. 351 dd 02.11.2016 "Il sistema di misurazione e valutazione della performance";
- b) DGR n. 2514 del 28 dicembre 2018 la Giunta Regionale del F.V.G. Approvazione in via provvisoria le Linee annuali per la gestione del SSR - anno 2019
- c) DGR n. 448 del 22 marzo 2019 la Giunta Regionale del F.V.G. Approvazione in via definitiva le Linee annuali per la gestione del SSR - anno 2019;
- d) DGR n. 1012 del 21 giugno 2019 "Approvazione del patto per l'anno 2019 con i Commissari straordinari/Direttori generali degli Enti del Servizio Sanitario Regionale" i cui obiettivi vanno ad integrare quelli definiti dalla programmazione annuale aziendale;
- e) Decreto del Commissario straordinario n. 65 del 29/3/2019 approvazione del Piano Attuativo 2019 adozione del programma e della programmazione economica;
- f) Decreto del Direttore Generale n.189 del 21/08/2019 di approvazione del budget 2019 e collegamento al sistema premiante;
- g) Decreto del Commissario straordinario n. 259 dd. 31.10.2019 di modifiche del budget 2019;
- h) Decreto del Direttore generale n. 515 del 29.05.2020 di approvazione del Bilancio di esercizio 2019;
- i) Decreto del Commissario straordinario n. 16 del 29.01.2019 "Piano Triennale di prevenzione della corruzione, trasparenza e integrità 2019-2021 e la correlata relazione annuale del Responsabile per la prevenzione della corruzione;

4. CONCLUSIONI RAGGIUNTE ED EVIDENZE A SUPPORTO

4.1. COERENZA FRA CONTENUTI DELLA RELAZIONE E CONTENUTI DEL PIANO DELLA PERFORMANCE RELATIVO ALL'ANNO DI RIFERIMENTO

L'analisi comparativa del Piano Attuativo e la Relazione 2019 ha fatto emergere una piena coerenza di contenuti.

In particolare, la Relazione offre una rendicontazione puntuale dei n. 28 obiettivi contenuti nel PAL, individuati tra quelli che riportano un indicatore di output o di outcome, mentre vi è un rinvio complessivo a tutto il PAL attraverso l'indicazione del link.

Anche le sezioni descrittive (analisi del contesto interno ed esterno) appaiono coerenti.

4.2. COERENZA FRA LA VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA COMPLESSIVA EFFETTUATA DALL'OIV E LE VALUTAZIONI DEGLI OBIETTIVI DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA RIPORTATE DALL'AMMINISTRAZIONE NELLA RELAZIONE

L'OIV ha valutato la performance organizzativa attraverso un indice sintetico e ulteriori valutazioni di tipo qualitativo.

L'indice sintetico è costituito come media ponderata del grado di realizzazione dei target degli indicatori associati agli obiettivi specifici, ed è pari a 88,3%. Vi è quindi una piena coerenza tra le valutazioni degli obiettivi di performance organizzativa riportate dall'amministrazione e la valutazione effettuata dall'OIV.

Con riferimento alle valutazioni di tipo qualitativo effettuate dall'OIV riferito alla integrazione tra Piano della Performance e Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e di promozione della Trasparenza, essa è coerente a quanto riportato dall'Amministrazione nella sezione II (analisi del contesto di riferimento).

Mancando la costituzione del CUG, non sono presenti riferimenti relativi al benessere organizzativo, né alle pari opportunità di genere. Inoltre, la sezione sulla soddisfazione dell'utenza è presente, ma non esaustiva, in rapporto a quanto richiesto dalle Linee guida.

4.3. PRESENZA NELLA RELAZIONE DEI RISULTATI RELATIVI A TUTTI GLI OBIETTIVI (SLA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA CHE INDIVIDUALE) INSERITI NEL PIANO

Il testo della Relazione sulla performance contiene la rendicontazione puntuale dei n. 28 obiettivi contenuti nel PAL, individuati tra quelli che riportano un indicatore di output o di outcome, mentre vi è un rimando complessivo a tutto il PAL attraverso l'indicazione del link. La performance organizzativa e la performance individuale sono rappresentate tramite sinottici che confrontano le principali macroaree.

4.4. VERIFICA CHE NELLA MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE SI TENUTO CONTO DEGLI OBIETTIVI CONNESSI ALL'ANTICORRUZIONE A ALLA TRASPARENZA

Un'analisi dettagliata delle schede di rendicontazione degli obiettivi allegate alla Relazione ha consentito di individuare nel complesso n. 3 obiettivi connessi all'anticorruzione ed alla trasparenza, inserite in 13 diverse unità organizzative (Responsabili di Dipartimento/Strutture Operative Complesse/ Strutture Semplici Dipartimentali, Responsabili di Centri di Attività), tra cui n 1 obiettivi di miglioramento e n 2 obiettivi operativi annuali.

4.5. VERIFICA DEL CORRETTO UTILIZZO DEL METODO DI CALCOLO PREVISTO PER GLI INDICATORI

Il calcolo degli indicatori secondo la formula stabilita in fase di programmazione avviene, per tutti gli obiettivi numerici, in maniera automatizzata attraverso il foglio excel specifico per ciascuna struttura.

Come già evidenziato nella Tabella 2, paragrafo 3.2, è stata condotta una verifica sulla funzionalità di calcolo dell'applicativo informatico a supporto del ciclo della performance mediante test diretti condotti a campione. Il campionamento eseguito è quello descritto nel paragrafo 3.3.

L'esito dei test è stato positivo.

4.6. *AFFIDABILITÀ DEI DATI UTILIZZATI PER LA COMPILAZIONE DELLA RELAZIONE (CON PREFERENZA PER FONTI ESTERNE CERTIFICATE O FONTI INTERNE NON AUTO-DICHLARATE, PRIME TRA TUTTE IL CONTROLLO DI GESTIONE)*

I dati utilizzati per la compilazione della Relazione sulla performance sono gestiti attraverso elaborazioni interne da dati provenienti dal SISSR (Sistema informativo sociosanitario regionale), elaborati con il Business Object, data warehouse regionale, e registrate con le modalità descritte al punto 3.5. In considerazione della natura degli obiettivi (soprattutto quelli operativi) e degli indicatori ad essi associati, molto spesso i dati sono elaborati a partire da fonti interne. Gli indicatori (28) inseriti nella Relazione fanno riferimento a indicatori presenti nella Griglia di garanzia (LEA), nel sistema Agenas PNE (Piano Nazionale Esiti) o nel sistema Sant'Anna di Pisa "Bersaglio".

L'OIV ha ritenuto pertanto solida sia la metodologia di calcolo, sia la fonte dei dati, poiché è la medesima dei flussi ministeriali.

In ogni caso, è opportuno sottolineare che, come stabilito nelle Linee Guida n.3/2018 del Dipartimento della Funzione Pubblica, la validazione "*non può essere considerata una 'certificazione' puntuale della veridicità dei dati concernenti i singoli risultati ottenuti dall'amministrazione medesima*".

La metodologia e il campionamento sono stati descritti nei precedenti paragrafi 3.2, 3.3 e 3.4, a cui si rinvia. In sintesi, la procedura di verifica è stata la seguente:

- invio a ciascun CdR di una richiesta di documentazione a supporto e riscontro dei dati caricati sul sistema attraverso la Soc Programmazione e Controllo di Gestione;
- esame da parte della Soc Programmazione e Controllo di Gestione della documentazione fornita dai CdR;
- eventuali approfondimenti effettuati anche attraverso attività auditing, incontri, specifici approfondimenti, nonché attraverso le diverse forme di accesso agli atti e ai sistemi informativi previste dall'art. 14, comma 4-ter del D.lgs. 150/2009 effettuate attraverso la Programmazione e Controllo che assicura le attività quale Struttura Tecnica Permanente di Supporto.

In totale, sono stati sottoposti a verifica 186 item (indicatori e/o fasi di attività).

Nel complesso, a seguito della verifica effettuata sui dati presenti nel repository aziendale dedicato al budget, si può affermare che sussiste una ragionevole garanzia di affidabilità dei dati.

4.7. *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*

Le Tabelle del *paragrafo 4.1.1. Gli obiettivi annuali dell'AAS3* (da pp. 13-19 della relazione) riepilogano i principali obiettivi del PAL che prevedono un indicatore di output o di outcome, con un loro andamento triennale, con lo standard di riferimento definito dalla programmazione regionale, nonché con un benchmark definito dal dato medio regionale. Visivamente, il valore è di colore verde quando è a target, arancio quando vi è un leggero scostamento, rosso quando non è a target.

Gli scostamenti sono analizzati anche nella relazione al bilancio che con link è parte integrante della Relazione.

4.8. ADEGUATEZZA DEL PROCESSO DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DEI RISULTATI DESCRITTO NELLA RELAZIONE ANCHE CON RIFERIMENTO AGLI OBIETTIVI NON INSERITI NEL PLANO

L'AAS3 ha inserito nel ciclo della performance 2019 attraverso il percorso di budget anche obiettivi non presenti nel Piano attuativo locale 2019, ma che misurano o il mantenimento dell'operatività per garantire i livelli di assistenza o percorsi di miglioramento interno. Tutti gli obiettivi sono stati misurati e valutati.

4.9. CONFORMITÀ DELLA RELAZIONE ALLE DISPOSIZIONI NORMATIVE VIGENTI E ALLE LINEE GUIDA DEL DFP

Gli esiti dell'analisi di conformità della Relazione alle disposizioni normative vigenti sono riportati nella seguente Tabella 6.

Tabella 6 – Esiti analisi conformità alla normativa vigente (D.Lgs.150/2009)

Riferimento normativo (D.Lgs. 150/2009)	Evidenze dell'analisi	Esito
Art. 16, comma 1 <i>Le variazioni, verificatesi durante l'esercizio, degli obiettivi e degli indicatori della performance organizzativa e individuale sono inserite nella relazione sulla performance e vengono valutate dall'OIV ai fini della validazione di cui all'articolo 14, comma 4, lettera c</i>	<ul style="list-style-type: none"> sono intervenute variazioni degli obiettivi durante l'anno e sono state inserite nella Relazione. 	Pienamente conforme
Art. 10, comma 1, lettera b) <i>La Relazione deve evidenziare "a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevanza degli eventuali scostamenti, e il bilancio di genere realizzato".</i>	<ul style="list-style-type: none"> Presenza dei risultati di consuntivo per tutti gli obiettivi nel corpo del testo o negli allegati Presenza del raccordo con le risorse (paragrafo 3.4 della Relazione sulla performance e rinvio tramite link alla relazione al Bilancio) Non è presente alcun riferimento al Bilancio di genere 	Parzialmente conforme
Art. 14, comma 4, lettera c) <i>La Relazione deve essere "redatta in forma sintetica, chiara e di immediata comprensione ai cittadini e agli altri utenti finali".</i>	<ul style="list-style-type: none"> Il corpo principale della Relazione ha una dimensione complessiva di 25 pagine. Sono presenti numerosi box (n. 3), grafici (n 13) e tabelle (n 10), oltre alle 28 tabelle relative agli indicatori, che facilitano la immediata comprensione dei concetti. Il linguaggio è appropriato in considerazione dei principali stakeholder della Azienda 	Pienamente conforme

<p>Art. 14, comma 4-bis e Art. 19-bis Occorre tener conto delle "valutazioni realizzate con il coinvolgimento dei cittadini o degli altri utenti finali"</p>	<ul style="list-style-type: none"> Nella Relazione sulle performance si osserva che ad oggi non sono state messe in essere misure atte ad implementare un organico e affidabile sistema di rilevazione del grado di soddisfazione degli utenti e dei cittadini. Per il 2019, non sono disponibili - e pertanto valutabili - dati sul grado di soddisfazione degli utenti e dei cittadini, né sono pervenute, in merito, comunicazioni degli utenti inviate direttamente all'OIV". 	<p>Non conforme</p>
<p>Art. 15, comma 2, lettera b) La Relazione sulla performance è definita dall'organo di indirizzo politico-amministrativo di ciascuna amministrazione "in collaborazione con i vertici dell'amministrazione"</p>	<ul style="list-style-type: none"> La Relazione è stata approvata con Decreto del Direttore generale su proposta della Soc Programmazione e Controllo di Gestione che ha svolto un'azione di coordinamento nei confronti delle strutture interne per la predisposizione della Relazione e delle singole valutazioni degli obiettivi. 	<p>Pienamente conforme</p>

In conclusione, l'analisi di conformità della relazione alle disposizioni normative vigenti ha dato esito positivo con riferimento a 5 punti su 6.

Con riferimento alla criticità riscontrata, si ritiene che la medesima, in considerazione della intervenuta cessazione dell'Azienda, si possa considerare irrilevante:

Benché il coinvolgimento dei cittadini e delle parti sociali costituisca un metodo di lavoro stabilmente adottato nelle attività della Azienda in fase di consultazione pubblica realizzata per la predisposizione del PAL attraverso la conferenza dei Sindaci, nel corso del 2019, non risulta essere stata realizzata una sistematica valutazione delle attività e dei servizi ai sensi di quanto disposto dal comma 4-bis dell'art. 14 e dall'art. 19-bis del D.Lgs. n. 150/2009.

E' evidente altresì, che nella rendicontazione manca il contributo tipicamente apportato dal Comitato Unico di Garanzia (CUG) relativamente al benessere organizzativo e alle parità di genere. In AAS3, infatti, il Comitato nel corso del 2018 e inizio 2019 non si è riuscito a costituire poiché mancava l'indicazione dei componenti di parte sindacale. La prevista cessazione dell'Azienda con il 31.12.2019 ha spinto la Direzione nella condivisibile decisione di non attivare il CUG, rimandando tale adempimento alla nuova Azienda.

Gli esiti dell'analisi di conformità della Relazione alla Linee Guida n. 3/2018 del Dipartimento della Funzione Pubblica sono riportati nella seguente Tabella 7.

Tabella 7 – Esiti analisi conformità alla normativa vigente (D.Lgs. 150/2009)

Contenuti richiesti nelle LG n.3/2018	Evidenze dell'analisi	Esito
I principali risultati raggiunti	<ul style="list-style-type: none"> È presente una sezione della Relazione sulla performance con tale denominazione. I contenuti sono conformi a quanto indicato nelle Linee Guida 	<p>Pienamente conforme</p>
Analisi del contesto e delle risorse	<ul style="list-style-type: none"> È presente una sezione della Relazione sulla performance con tale denominazione. I contenuti sono conformi a quanto indicato nelle Linee Guida 	<p>Pienamente conforme</p>
Obiettivi annuali	<ul style="list-style-type: none"> È presente un paragrafo della Relazione sulla performance con tale denominazione. I contenuti sono conformi a quanto indicato nelle Linee Guida. In particolare, la Tabella 6 della 	<p>Pienamente conforme</p>

3

	Relazione riporta sostanzialmente i campi previsti dalla tabella presente nelle LG. Manca la fonte dei dati utilizzata	
Obiettivi specifici (triennali) Non applicati la programmazione è stata annuale, anche in ragione della Riforma in atto	<ul style="list-style-type: none"> Nel 2019 l'AAAS3 non ha aggiornato la propria programmazione triennale, data la prospettiva di cessazione nel 2020. 	Non applicabile perché Azienda destinata a cessare
Performance organizzativa complessiva	<ul style="list-style-type: none"> È presente un paragrafo della Relazione sulla performance con tale denominazione. 	Pienamente conforme
Misurazione e valutazione degli obiettivi individuali	<ul style="list-style-type: none"> È presente un paragrafo della Relazione sulla performance con tale denominazione. 	Pienamente conforme
Il processo di misurazione e valutazione	<ul style="list-style-type: none"> È presente un paragrafo della Relazione sulla performance con tale denominazione. I contenuti sono conformi a quanto indicato nelle Linee Guida 	Pienamente conforme

In conclusione, l'analisi di conformità della Relazione ai contenuti delle Linee Guida n. 3/2018 del Dipartimento della Funzione Pubblica ha dato esito pienamente positivo.

4.10. SINTETICITÀ DELLA RELAZIONE (LUNGHEZZA COMPLESSIVA, UTILIZZO DI SCHEMI E TABELLE, ECC.)

Il corpo principale della Relazione ha una dimensione complessiva di 25 pagine, che appare appropriata in considerazione degli scopi del documento.

Per non appesantire il documento sono stati inseriti link già presenti nel portale della trasparenza.

Questa soluzione sembra garantire un buon bilanciamento tra l'esigenza di sintesi e la necessità di garantire la massima trasparenza sui dati e le informazioni. L'esito della verifica è pertanto positivo.

4.11. CHIAREZZA E COMPrensIBILITÀ DELLA RELAZIONE (LINGUAGGIO, UTILIZZO DI RAPPRESENTAZIONI GRAFICHE)

Sono presenti numerosi box (n. 3), figure e grafici (n. 13) e tabelle (n. 38) che facilitano la immediata comprensione dei concetti.

Il linguaggio è appropriato in considerazione dei principali stakeholder del Ministero. L'esito della verifica è pertanto positivo.

4.12. PRESENZA DELL'INDICE, POCHI RINVII AD ALTRI DOCUMENTI O A RIFERIMENTI NORMATIVI, ECC.

L'indice è presente. I rinvii a riferimenti normativi sono molto limitati.

Il rinvio ad altri documenti è limitato agli allegati.

L'esito della verifica è pertanto positivo.

5. RIEPILOGO DEGLI ESITI E OSSERVAZIONI CONCLUSIVE

Il riepilogo degli esiti dell'analisi è riportato nella seguente Tabella 8.

Tabella 8 – Riepilogo degli esiti delle verifiche attuate per ogni criterio di validazione

Criteri di validazione previsti	Esito
a) coerenza fra contenuti della Relazione e contenuti del Piano della performance relativo all'anno di riferimento;	Positivo
b) coerenza fra la valutazione della performance organizzativa complessiva effettuata dall'OIV e le valutazioni degli obiettivi di performance organizzativa riportate dall'amministrazione nella Relazione;	Positivo
c) presenza nella Relazione dei risultati relativi a tutti gli obiettivi (sia di performance organizzativa che individuale) inseriti nel Piano	Positivo
d) verifica che nella misurazione e valutazione delle performance si sia tenuto conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza;	Positivo
e) verifica del corretto utilizzo del metodo di calcolo previsto per gli indicatori	Positivo
f) 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);	Positivo
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;	Positivo
h) adeguatezza del processo di misurazione e valutazione dei risultati descritto nella Relazione anche con riferimento agli obiettivi non inseriti nel Piano;	Positivo
i) conformità della Relazione alle disposizioni normative vigenti e alle linee guida del DFP;	Positivo, con osservazioni
j) sinteticità della Relazione (lunghezza complessiva, utilizzo di schemi e tabelle, ecc.);	Positivo
k) chiarezza e comprensibilità della Relazione (linguaggio, utilizzo di rappresentazioni grafiche,	Positivo
l) presenza indice, pochi rinvii ad altri documenti o a riferimenti normativi, ecc.).	Positivo

Preso atto degli esiti di tutte le verifiche ed anche in considerazione del fatto che l'Azienda è cessata l'unica criticità riscontrata risulta irrilevante, l'OIV valida la Relazione sulla performance 2019 dell'PAAS3, approvata con decreto n. 750 del 5 agosto 2020.

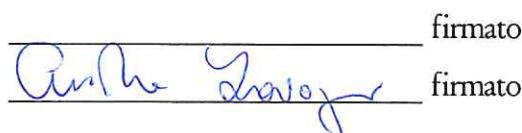
Il Presidente

- dott.ssa Silvana De Simone

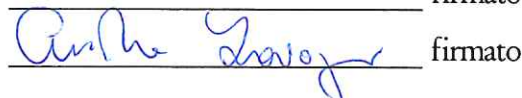
 firmato

I componenti:

- dott. Francesco Taiti

 firmato

- dott.ssa Cristina Zavagno

 firmato

b) coerenza fra la valutazione della performance organizzativa complessiva effettuata dall'OIV e le valutazioni degli obiettivi di performance organizzativa riportate dall'amministrazione nella Relazione;	Positivo
c) presenza nella Relazione dei risultati relativi a tutti gli obiettivi (sia di performance organizzativa che individuale) inseriti nel Piano	Positivo
d) verifica che nella misurazione e valutazione delle performance si sia tenuto conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza;	Positivo
e) verifica del corretto utilizzo del metodo di calcolo previsto per gli indicatori	Positivo
f) 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);	Positivo
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;	Positivo
h) adeguatezza del processo di misurazione e valutazione dei risultati descritto nella Relazione anche con riferimento agli obiettivi non inseriti nel Piano;	Positivo
i) conformità della Relazione alle disposizioni normative vigenti e alle linee guida del DFP;	Positivo, con osservazioni
j) sinteticità della Relazione (lunghezza complessiva, utilizzo di schemi e tabelle, ecc.);	Positivo
k) chiarezza e comprensibilità della Relazione (linguaggio, utilizzo di rappresentazioni grafiche,	Positivo
l) presenza indice, pochi rinvii ad altri documenti o a riferimenti normativi, ecc.).	Positivo

Preso atto degli esiti di tutte le verifiche ed anche in considerazione del fatto che l'Azienda è cessata l'unica criticità riscontrata risulta irrilevante, l'OIV valida la Relazione sulla performance 2019 dell'AAS3, approvata con decreto n. 750 del 5 agosto 2020.

Il Presidente

- dott.ssa Silvana De Simone

_____ firmato

I componenti:

- dott. Francesco Taiti

 _____ firmato

- dott.ssa Cristina Zavagno

_____ firmato