

# Relazione di accompagnamento al documento di validazione della Relazione sulla performance

Anno 2022

# Indice

<b>PREMESSA .....</b>	<b>3</b>
<b>1. FINALITÀ, STRUTTURA E CONTENUTI .....</b>	<b>4</b>
<b>2. CRITERI PER LA VALIDAZIONE DELLA RELAZIONE .....</b>	<b>4</b>
<b>3. METODI PER LA VERIFICA DEI CRITERI DI VALIDAZIONE.....</b>	<b>5</b>
<b>4. CONCLUSIONI RAGGIUNTE ED EVIDENZE A SUPPORTO.....</b>	<b>7</b>
<b>5. RIEPILOGO DEGLI ESITI E OSSERVAZIONI CONCLUSIVE .....</b>	<b>10</b>

## 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 2022 dell'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste, approvata con Decreto del Direttore Generale n 218 del 22/08/2023, presentata a questo OIV in data 22/08/2023 e anticipata con nota mail dd 18/8/2023.

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

Sebbene l'art 10, comma 1, lett. b) del D.Lgs 150/2009, come modificato dal D.Lgs 74/2017, 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'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste non ha potuto rispettare detti termini in quanto, l'adozione del bilancio d'esercizio 2022, contenente la sintesi dei risultati aziendali raggiunti, è stata effettuata con decreto DG n. 129 dd 28/4/2023, successivamente integrato con decreto DG n.162 dd 12/6/2023, e pertanto la valutazione degli obiettivi di struttura ha subito un fisiologico differimento.

# 1. FINALITÀ, STRUTTURA E CONTENUTI

Il presente documento ha lo scopo di descrivere le modalità, i criteri di svolgimento e le risultanze della procedura di validazione della Relazione sulla performance dell'anno 2022, effettuata 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

La relazione sulla performance è l'atto conclusivo del ciclo della performance definito dall'art. 10 comma 1, lett. b) del D.Lgs. n. 150/2009, il quale prevede che entro il 30 giugno sia redatta e pubblicata la Relazione annuale sulla performance, approvata dall'organo di indirizzo politico-amministrativo e validata dall'OIV, che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti, e il bilancio di genere realizzato. Più specificamente l'art. 14, comma 4 e comma 4-bis, del D.Lgs. n. 150/2009, stabilisce che l'Organismo 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 svolti”*.

La Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica ha prodotto specifiche indicazioni in merito alla procedura di validazione emanando apposite Linee Guida per la Relazione annuale sulla performance n. 3/2018 che sostituiscono, per i ministeri, le precedenti delibere della CiVIT n. 5/2012 e n. 6/2012, ivi comprese le modalità procedurali di validazione.

Le predette Linee Guida individuano precisi criteri ai fini della validazione della Relazione, la quale è intesa come “validazione” dell'intero processo di misurazione e valutazione attraverso il quale sono stati rendicontati i risultati organizzativi e individuali riportati nella Relazione e non come una “certificazione” puntuale della veridicità dei dati concernenti i singoli risultati ottenuti dall'amministrazione.

I criteri oggetto di analisi ai fini della validazione dell'OIV sono i seguenti:

- a) coerenza fra contenuti della Relazione e contenuti del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 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 DFP;
- j) sinteticità della Relazione (lunghezza complessiva, utilizzo di schemi e tabelle, ecc.);
- k) 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'OIV, ai fini della validazione della relazione della performance 2022 dell'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste, ha proceduto in stretto riferimento ai suddetti criteri, tenendo conto dei principi di indipendenza ed imparzialità, delle buone prassi e del principio di economicità nello sviluppo dell'attività di controllo.

La validazione della relazione sulla performance ha riguardato sostanzialmente tre ambiti:

- 1) **Conformità** (*compliance*) della relazione alle disposizioni richiamate dalla norma di riferimento;
- 2) **Attendibilità** dei dati e delle informazioni contenuti nella Relazione;
- 3) **Comprensibilità** della Relazione stessa secondo quanto richiamato dall'art.10, comma 1, del D.Lgs 150/2009, anche per i cittadini e le imprese, per favorire il controllo sociale sulle attività e i risultati dell'amministrazione.

Il processo di validazione è stato condotto con l'ausilio della SSD Programmazione e Controllo 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 **PROCESSO DI VALIDAZIONE** che ha coinvolto diversi **SOGGETTI** ed in particolare:

- il Direttore Generale che, con proprio Decreto n. 218 del 22/08/2023 ha approvato la Relazione sulla performance dell'IRCCS Burlo Garofolo per l'anno 2022;
- i dirigenti responsabili che, con riferimento alle unità organizzative di propria competenza, 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;
- la SSD Programmazione e Controllo che ha coordinato le attività volte alla stesura della Relazione e ha supportato l'OIV nell'acquisizione di tutte le informazioni necessarie alla verifica (elementi probativi);
- l'OIV che ha esaminato la bozza di relazione anticipata dalla SSD Programmazione e Controllo, via posta elettronica, in data 18/08/2023 e, analizzati gli elementi, ha validato la Relazione sulla performance nella seduta del 22 agosto 2023, 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 ai fini della validazione della Relazione 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.

Si precisa che l'OIV ha preso atto del percorso istruttorio e valutativo svolto dall'istituto e ha proceduto con la verifica, a campione, delle relazioni di rendicontazione di alcuni obiettivi afferenti ad alcune strutture, sanitarie ed amministrative, scelte con modalità casuale, garantendo una verifica puntuale della documentazione probatoria prodotta e dei risultati raggiunti (rif. verbale OIV n. 11 del 17/8/2023).

Sono state altresì esaminate, sempre a campione, le relazioni di rendicontazione delle progettualità specifiche collegate alle Risorse Aggiuntive Regionali (rif. verbale OIV n. 8 del 19/5/2023).

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

- a) Decreto del DG n. 224 dd 30/12/2022 di adozione del "Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance a valere sull'anno 2022";
- b) Decreto del DG n. 49 dd 6/4/2022 di adozione del Piano Attuativo Ospedaliero (PAO) 2022
- c) Decreto del DG n. 175 dd 19/10/2022 di adozione del Piano integrato di attività e organizzazione 2022-2024 (PIAO),
- d) Decreto DG n. 104 dd 27/6/2022 di "Assegnazione per l'anno 2022 del budget ai centri di attività e di risorsa" e decreto DG n. 207 dd 6/12/2022 relativo alla formalizzazione della rinegoziazione degli obiettivi di budget 2022 precedentemente assegnati col sopracitato decreto DG n. 104/2022;
- e) Approvazione dei progetti oggetto di incentivazione a valere sulle risorse aggiuntive regionali (RAR) per l'anno 2022 (decreto DG n. 214 dd 28/12/2022 per la dirigenza dell'area sanità e pta e decreto DG n. 201 dd 30/11/2022 per l'area del comparto);
- f) Piano Triennale di prevenzione della corruzione, trasparenza e integrità 2022-2024 adottato con decreto del DG n. 61 del 29/4/2022, successivamente confluito nella sezione Anticorruzione e Trasparenza del

PIAO e la correlata relazione annuale 2022 del Responsabile per la prevenzione della corruzione trasmessa all'OIV in data 16/1/2023 e debitamente pubblicata nella sezione "Amministrazione trasparente – altri contenuti – Prevenzione della corruzione", ai sensi dell'art. 1, comma 14 della L. 190/2012 e nel rispetto delle indicazioni fornite ANAC del 30.11.2022;

- g) Schede di rendicontazione dei risultati raggiunti dalle singole unità organizzative (Centri di attività);
- h) Schede di rendicontazione della performance individuale;
- i) Decreto del DG n. 129 del 28/4/2022 di "Adozione del "Bilancio d'esercizio e Relazione sulla Gestione 2022" e decreto DG n. 162 del 12/6/2023 di riadozione del Bilancio d'esercizio 2022.

## 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'istituto.

- a) **Coerenza fra contenuti della Relazione e contenuti del PIAO relativo all'anno di riferimento:** l'analisi comparativa dei documenti di programmazione dell'ente (PAO, PIAO, obiettivi di Budget, Progettualità RAR) con la Relazione sulla Performance ha fatto emergere una coerenza di contenuti. In particolare, la Relazione offre una rendicontazione puntuale delle progettualità specifiche correlate alle RAR (allegato n. 2 del documento) e degli obiettivi operativi declinati all'interno delle schede di budget (allegato n. 1). Anche le sezioni descrittive (analisi del contesto interno ed esterno) appaiono coerenti e ben articolate. **Esito della verifica 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:** premesso che il sistema di misurazione e valutazione della performance dell'IRCCS non prevede l'individuazione della "performance organizzativa dell'amministrazione nel suo complesso", dalla relazione sulla performance si desumono tuttavia gli elementi di valutazione della performance complessiva dell'ente con riferimento agli obiettivi regionali derivanti dalle Linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario e Sociosanitario per l'anno 2022, contenute nel Piano attuativo ospedaliero (PAO) adottato con Decreto DG n. 49 dd 6/4/2022. Rispetto ai 136 obiettivi del PAO assegnati dalla Regione, l'Istituto ha valutato 8 obiettivi non di competenza e per 10 si è proceduto alla richiesta di stralcio; per i restanti 118 obiettivi si è proceduto all'autovalutazione in sede di redazione del bilancio d'esercizio. Complessivamente sono stati raggiunti 114 obiettivi su 118 (pari al 96,6%); n. 2 obiettivi (pari al 1,7%) sono stati parzialmente raggiunti e n. 2 obiettivi (pari al 1,7% sul totale) non sono stati raggiunti. Con riferimento alle valutazioni di tipo qualitativo (benessere organizzativo, pari opportunità di genere, valutazione del grado di soddisfazione degli utenti e destinatari dei servizi), esse risultano coerenti a quanto riportato dall'Amministrazione nella sezione n. 2 (analisi del contesto di riferimento e delle risorse). **Esito della verifica positivo.**

- c) **Presenza nella Relazione dei risultati relativi a tutti gli obiettivi (sia di performance organizzativa che individuale) inseriti nel Piano:** il testo della Relazione sulla performance contiene una rendicontazione complessiva dei risultati raggiunti collegati agli obiettivi operativi annuali a livello di Centro di responsabilità, degli obiettivi RAR delle tre aree contrattuali rappresentate in 2 prospetti inseriti quali allegato alla relazione; è inoltre presente la rendicontazione degli obiettivi di Patto del DG e le risultanze del processo di valutazione individuale. **Esito della verifica positivo.**
- d) **Verifica che nella misurazione e valutazione delle performance si sia tenuto conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza:** l'Amministrazione ha previsto l'assegnazione, ad ogni struttura, di uno specifico obiettivo operativo denominato "Garantire gli adempimenti previsti nel Piano Anticorruzione e Trasparenza (PTPCT) 2022-2024 adottato con decreto DG. n. 62/2022" con precisi indicatori di misurazione che sono stati puntualmente rendicontati attuando le misure previste dal piano. **Esito della verifica positivo.**
- e) **Verifica del corretto utilizzo del metodo di calcolo previsto per gli indicatori:** il calcolo degli indicatori di risultato afferenti agli obiettivi numerici avviene in maniera automatizzata mentre per gli obiettivi di tipo qualitativo/documentale, in maniera diretta, attraverso la trasmissione della documentazione probatoria alla SSD Programmazione e Controllo, che effettua le necessarie verifiche, chiedendo eventuali riscontri agli uffici che dispongono dei dati o delle informazioni dirette. **Esito della verifica 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):** gli indicatori associati agli obiettivi operativi hanno, in generale, un buon livello di affidabilità dei dati perché sono gestiti attraverso una serie di applicativi che rilevano i flussi informativi, interni ed esterni, riferiti ai diversi tipi di dati raccolti e che si basano, sostanzialmente, su:
- a) fonti informative ufficiali regionali o aziendali, ove disponibili (es. Indicatori LEA/NSG, Dati amministrativi/flussi ministeriali attività ambulatoriale e di ricovero, dati regionali forniti tramite il sistema Qlick regionale, Report valutazione indicatori rischio clinico, ecc.);
  - b) relazioni a consuntivo prodotte dai responsabili (rapporti, documenti, atti, ecc)
  - c) evidenze documentali prodotte o pubblicate sul portale aziendale
  - d) analisi delle segnalazioni ricevute (depositate agli atti dell'ufficio URP)
  - e) dati raccolti sulla base di strumenti informatici (contatti del sito, tempi di pagamento, tempi di risposta medi, ecc.)
- La SSD Programmazione e Controllo ha riscontrato gli indicatori relativi a tutti gli obiettivi in sede di valutazione della performance organizzativa. **Esito della verifica 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:** l'allegato n. 1 della Relazione sulla performance riepiloga il **livello di raggiungimento degli obiettivi operativi annuali collegati alla performance organizzativa.** La



tabella esplicita, per ogni struttura, il grado di realizzazione a consuntivo di tutti gli obiettivi operativi e rispettivi indicatori assegnati alle singole unità organizzative, in rapporto al valore target prefissato da cui si può dedurre immediatamente 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 SSD Programmazione e Controllo che ha coordinato il percorso di misurazione e valutazione della performance.

Relativamente, invece, ai risultati raggiunti rispetto agli obiettivi annuali regionali contenuti nel Piano attuativo ospedaliero 2022, si rimanda alla **Tab. “Sintesi raggiungimento degli obiettivi regionali per linea progettuale”**, della Relazione ed a quanto già scritto nel punto b) con la precisazione che la rendicontazione dei risultati raggiunti su queste progettualità è stata trasmessa alla Regione contestualmente al Bilancio d’esercizio ed alla Relazione sulla Gestione 2022, adottati con decreto n. 129 del 28/4/2023 e decreto n. 162 del 12/6/2023, ancora in fase di valutazione e consolidamento da parte della Direzione Centrale Salute. **Esito della verifica positivo**

- h) **Adeguatezza del processo di misurazione e valutazione dei risultati descritto nella Relazione anche con riferimento agli obiettivi non inseriti nel Piano:** premesso che la programmazione dell’IRCCS è costituita da diversi documenti programmatici, in linea con la normativa di riferimento nazionale e regionale (PIAO, PAO, obiettivi di budget e progetti specifici a valere sulle risorse aggiuntive regionali), l’IRCCS Burlo ha optato per un approccio “non selettivo” per gli obiettivi inseriti in tali documenti (v. Linee Guida n. 1/2017 del Dipartimento della Funzione Pubblica). In altri termini, tutti gli obiettivi sono stati inseriti nel Piano/Relazione o nei documenti allegati/correlati. Non essendoci dunque “obiettivi non inseriti nel piano”, il criterio in esame non è applicabile. Si segnala, tuttavia, che alcune attività non sono state oggetto di formulazione di obiettivi ma sono state comunque svolte e rendicontate correttamente nel rispetto delle tempistiche istituzionali (in particolare nell’ambito dell’attività del CUG e del benessere organizzativo). **Esito positivo.**
- i) **Conformità della Relazione alle disposizioni normative vigenti e alle linee guida del DFP:** la relazione risulta conforme alle disposizioni normative vigenti e alle Linee Guida n. 3/2018 per la relazione annuale sulla Performance, emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica. **Esito positivo.**
- j) **Sinteticità della Relazione (lunghezza complessiva, utilizzo di schemi e tabelle, ecc.):** la relazione è composta complessivamente da 53 pagine più tre allegati, è di facile lettura ed appare appropriata in considerazione degli scopi del documento. E’ corredata di numerosi grafici e tabelle che ne sintetizzano adeguatamente i contenuti. **L’esito della verifica è pertanto positivo.**
- k) **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 chiara e comprensibile, redatta mediante un uso appropriato di rappresentazioni grafiche e numerosi prospetti di sintesi dei risultati, che facilitano l’immediata comprensione dei contenuti. Il linguaggio è appropriato in considerazione dei possibili lettori di riferimento. L’indice è presente. I rinvii a riferimenti normativi o altri documenti sono molto limitati. **L’esito della verifica è pertanto positivo.**

