

Relazione di accompagnamento al documento di validazione della Relazione sulla performance

Anno 2025

Indice

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

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 2025 dell'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste, approvata con Decreto del Direttore Generale n 200 del 30/6/2026, presentata a questo OIV in data 3/07/2026, anticipata con nota mail dd 26/6/2026 e formalmente trasmessa con nota prot. N. 7909 dd 1/7/2026.

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.

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 2025, 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 2025 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. 200 del 30/6/2026, ha approvato la Relazione sulla performance dell'IRCCS Burlo Garofolo per l'anno 2025;
- 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 26/6/2026 e, analizzati gli elementi, ha validato la Relazione sulla performance formalmente approvata con DG n. 200/2026, nella seduta del 3 luglio 2026, 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 un'ulteriore verifica finale, a campione, delle relazioni di rendicontazione di alcuni obiettivi afferenti ad alcune strutture, sanitarie, amministrative e della ricerca scelte con modalità casuale, garantendo una verifica puntuale della documentazione probatoria prodotta e dei risultati raggiunti (rif. verbale OIV n. 34 del 23/6/2026).

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

- a) Decreto del DG n. 325 dd 3/12/2025 di adozione del "Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance a valere sull'anno 2025";
- b) Decreto del DG n. 30 dd 27/2/2025 di adozione del Piano Attuativo Ospedaliero (PAO) 2025
- c) Decreto DG n. 129 dd 28/5/2025 e n. 205 dd 13/8/2025 di "Assegnazione per l'anno 2025 del budget ai centri di attività e di risorsa" e decreto DG n. 342 dd 16/12/2025 relativo alla formalizzazione della rinegoziazione degli obiettivi di budget 2025 precedentemente assegnati col sopracitato decreto DG n. 205/2025;

- d) Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2025-2027 adottato con decreto del DG N. 54 del 27/03/2025 e la correlata relazione annuale 2025 del Responsabile per la prevenzione della corruzione, formalmente trasmessa all'OIV con nota prot. 1110 dd 29/1/2026 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 12.12.2025;
- e) Schede di rendicontazione dei risultati raggiunti dalle singole unità organizzative (Centri di attività);
- f) Schede di rendicontazione della performance individuale;
- g) Decreto del DG n. 141 del 30/4/2026 di Adozione del Bilancio d'esercizio e Relazione sulla Gestione 2025.

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 e del PAO relativi all'anno di riferimento:** l'analisi comparativa dei documenti di programmazione dell'ente (PAO, PIAO, obiettivi di Budget) con la Relazione sulla Performance ha fatto emergere una coerenza di contenuti. In particolare, la Relazione offre una rendicontazione puntuale della performance individuale (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:** dalla relazione sulla performance si desumono 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 2025, contenute nel Piano attuativo ospedaliero (PAO) adottato con Decreto DG n. 30 dd 27/2/2025. Rispetto ai 117 obiettivi del PAO assegnati dalla Regione, l'Istituto ha proceduto alla richiesta di stralcio di 13 obiettivi; per i restanti 104 obiettivi si è proceduto all'autovalutazione all'interno della Relazione sulla gestione di corredo al bilancio d'esercizio. Complessivamente sono stati pienamente raggiunti 95 obiettivi su 104 (pari al 91.35%); n. 9 obiettivi (pari al 8.65%) sono stati parzialmente

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). Ciò detto vi è una sostanziale coerenza tra i risultati raggiunti dalle singole strutture e quelli che l'Azienda ha raggiunto complessivamente. **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, compresi quelli relativi alla ricerca, delle quattro aree contrattuali rappresentati in appositi prospetti inseriti quali allegato alla relazione (allegato n. 1). Il percorso di valutazione della performance individuale è stato integrato anche con la parte relativa al personale del comparto della ricerca ed è stato completato al 95%, come si evince dall'allegato 2, evidenziando un notevole miglioramento rispetto all'anno precedente, che aveva registrato un valore pari al 78% e sarà oggetto di aggiornamento da parte della struttura competente, prima dell'erogazione dei corrispondenti emolumenti. **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) 2025-2027" di cui alla sezione "Rischi corruttivi e trasparenza" presente nel PIAO 2025-2027, adottato con decreto DG n. 54 del 27/03/2025, 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 (PAO) 2025, si rimanda alla Tab. "Linee di Gestione 2025: dettaglio esiti", 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 2025, adottato con decreto n. n. 141 del 30/4/2026, 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 57 pagine più due allegati, è di facile lettura, anche per i diversi *stakeholders* ed appare appropriata in considerazione degli scopi del documento. È 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.**

Sotto il profilo dell'efficienza e dell'economicità della gestione, si evidenzia che l'IRCCS ha chiuso il bilancio d'esercizio 2025 con il risultato in pareggio.

5. RIEPILOGO DEGLI ESITI E OSSERVAZIONI CONCLUSIVE

Sulla base delle verifiche svolte, il processo di validazione si conclude con la "**validazione della Relazione**" dal momento che non sono state riscontrate criticità in merito alla relazione sulla performance redatta (prima opzione prevista dalle LG n.3/2018 del Dipartimento della Funzione Pubblica).

L'OIV rileva il processo di miglioramento continuo nella valutazione della performance individuale, avvenuto anche con l'introduzione della valutazione del personale del comparto della ricerca, nonché l'adozione formale della relazione della Performance nei tempi previsti dalla normativa vigente. Resta inteso che l'Organismo invita l'IRCCS a proseguire nella formazione per i valutatori, in particolare per la dirigenza dell'area sanità, al fine di uniformare e diffondere il nuovo sistema di valutazione della performance individuale per migliorare l'efficacia applicativa delle schede.

Trieste, 3 luglio 2026

Il Presidente

a) Dott. Cesare Gallorini firmato

I componenti:

b) Dott.ssa Silvana De Simone firmato

c) Dott.ssa Valentina Lorenzutti firmato