

Relazione di accompagnamento al documento di validazione della Relazione sulla performance

Anno 2018

Indice

PREMESSA	3
1. FINALITÀ, STRUTTURA E CONTENUTI	4
2. CRITERI PER LA VALIDAZIONE DELLA RELAZIONE	4
3. METODI PER LA VERIFICA DEI CRITERI DI VALIDAZIONE.....	6
4. CONCLUSIONI RAGGIUNTE ED EVIDENZE A SUPPORTO.....	7
5. RIEPILOGO DEGLI ESITI E OSSERVAZIONI CONCLUSIVE	11

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 2018 dell'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste, approvata con Decreto del Commissario Straordinario n.98 del 5/08/2019 e trasmesso a questo OIV in data 13/08/2019.

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 per una serie di motivazioni cogenti, derivanti dal rapido alternarsi dei vertici aziendali, dal recente insediamento del nuovo OIV (avvenuto solo il 14/6/19) e dalla indisponibilità di alcuni dati necessari per la misurazione e valutazione di taluni obiettivi, che non risultavano ancora certificati dalla Regione e che sono stati trasmessi nel corso del mese di luglio 2019. Tali fattori hanno pertanto impedito all'Istituto di poter procedere alla chiusura del ciclo della performance 2018 ed alla formalizzazione della relazione nei termini di legge.

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 2018, 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, riguardanti i compiti dell'OIV, stabilisce che l'Organismo possa validare 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”*.

La Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica ha prodotto specifiche indicazioni in merito alla procedura di validazione emanando le 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 che devono essere oggetto di analisi 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. Essa non può, quindi, essere considerata una “certificazione” puntuale della veridicità dei dati concernenti i singoli risultati ottenuti dall'amministrazione.

In particolare le linee guida individuano i seguenti criteri, che devono essere oggetto di analisi ai fini della validazione dell'OIV:

- 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 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 2018 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 (linee guida per la Relazione annuale sulla Performance relative alla struttura e alla modalità di redazione del documento);
- 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 articolato **PROCESSO DI VALIDAZIONE** che ha coinvolto diversi **SOGGETTI** ed, in particolare:

- i dirigenti, con riferimento alle unità organizzative di propria competenza (Centri di responsabilità), 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, attraverso appositi report, agli atti dell'ufficio di supporto;
- la SSD Programmazione e Controllo ha coordinato le attività volte alla predisposizione della Relazione sulla performance e, tempestivamente, ha trasmesso ai componenti dell'OIV la bozza di Relazione, via posta elettronica, in data 25/7/2019;
- l'OIV, coadiuvato dalla struttura di supporto, ha esaminato la bozza di relazione sulla performance ed ha effettuato ulteriori analisi e verifiche nelle sedute di data 29-30 luglio e 28 agosto 2019. La Struttura Tecnica Permanente 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 presente relazione;
- il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza ha fornito elementi valutativi al fine di verificare quanto disposto dall'art. 1, comma 8-bis, della Legge n.190/2012, attraverso un confronto diretto avvenuto nella riunione di insediamento del 14 giugno 2019;
- il Commissario Straordinario ha approvato la Relazione sulla performance per l'anno 2018 dell'IRCCS con proprio decreto n. 98 del 05/08/2019;
- l'OIV ha ricevuto tramite mail, con nota prot. n. 7308 del 13/08/2019, il decreto del C.S. n. 98/2019 unitamente all'allegata Relazione e, analizzati gli elementi, ha validato la Relazione sulla performance nella riunione del 29 agosto 2019, sulla base della metodologia definita nel presente documento e coerentemente alle indicazioni contenute nelle Linee Guida n. 3/2018 del Dipartimento della Funzione Pubblica.

Per quanto attiene ai **METODI DI VERIFICA** utilizzati ai fini della validazione della Relazione sulla performance si è proceduto, attraverso:

- verifica diretta degli elementi reali, che consiste nell'accertamento della "sostanza" rappresentata dagli elementi reali oggetto di revisione (nel caso di specie: i dati di performance riportati nella Relazione sulla performance, peraltro già oggetto di analisi in sede di valutazione delle performance organizzative), e che si attua attraverso la constatazione personale del componente OIV, la conferma diretta da parte di terzi o la conferma per mezzo di riscontri differiti;
- analisi documentali, che si basano sulla consultazione della documentazione al fine di evidenziare eventuali errori o incongruenze;
- analisi comparative, che si attuano attraverso comparazioni spazio-temporali sui dati di uno stesso documento o di documenti diversi ma collegati.
- 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, scelte con modalità casuale, garantendo una verifica puntuale della documentazione probatoria prodotta e dei risultati raggiunti.

Sono stati altresì esaminate, sempre a campione, le relazioni di rendicontazione delle progettualità specifiche collegate alle Risorse Aggiuntive Regionali e delle progettualità collegate alla produttività strategica (rif. verbali OIV delle riunioni del 30 luglio e 28 agosto).

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

- a) Decreto del DG n. 32 dd 5/4/2016 di approvazione del "Regolamento aziendale del processo di programmazione e budget dell'IRCCS Burlo Garofolo"
- b) Decreto del DG n. 16 dd 1/3/2018 "Programmazione preliminare 2018 IRCCS Burlo Garofolo"
- c) Decreto del DG n. 34 dd 30/3/2018 di "Adozione del Piano Attuativo Ospedaliero (PAO) 2018"
- d) Decreto del DG n. 45 dd 16/4/2018 di "Assegnazione del budget 2018 ai centri di attività aziendali e del budget di risorsa 2018", successivamente integrato dal Decreto del DG n. 121 del 12/10/2018
- e) Decreto del DG n. 74 del 19/6/18 di Approvazione dei progetti oggetto di incentivazione a valere sulle risorse aggiuntive regionali (RAR) per l'anno 2018
- f) Piano Triennale di prevenzione della corruzione, trasparenza e integrità 2018-2020 e la correlata relazione annuale del Responsabile per la prevenzione della corruzione
- g) Schede di rendicontazione dei risultati raggiunti dalle singole unità organizzative (Centri di attività)
- h) Decreto del C.S. n. 50 del 30/4/19 di "Approvazione del Bilancio d'esercizio e della Relazione sulla Gestione per l'anno 2018"
- i) Regolamenti per la valutazione della performance individuale del personale del comparto e della dirigenza medica, sanitaria e dei ruoli PTA.

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 Piano della performance relativo all'anno di riferimento:** l'analisi comparativa dei documenti di programmazione dell'ente (PAO, obiettivi di Budget, Progettualità RAR e progettualità collegate alla produttività strategica) con la Relazione sulla Performance ha fatto emergere una coerenza di contenuti. In particolare, la Relazione offre una rendicontazione puntuale degli obiettivi di Patto del Direttore Generale, delle progettualità specifiche correlate alle RAR, degli obiettivi individuali collegati alla produttività strategica e degli obiettivi operativi declinati all'interno delle schede di budget. 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 annuali assegnati all'Istituto dalle Linee per la gestione del Servizio Sanitario e Sociosanitario per l'anno 2018, contenuti nel Piano attuativo ospedaliero (PAO) adottato con Decreto DG n. 34 dd 30/3/2018. Rispetto a tali obiettivi si evidenzia che quasi tutti (89%) sono stati perseguiti con percentuali del 100%, ad esclusione di n. 4 obiettivi (pari al 3%) che non hanno raggiunto la percentuale massima e n. 9 obiettivi (8%) che risultano per l'azienda "da stralciare" per cause indipendenti dall'operato dell'ente. Con riferimento alle valutazioni di tipo qualitativo effettuate dall'OIV (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 specifici RAR delle tre aree contrattuali ed degli obiettivi di PATTO del DG, rappresentate in 3 prospetti inseriti nel testo della relazione. **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) 2018-2020 adottato con decreto DG n. 7/2018" con precisi indicatori di misurazione. Tali indicatori sono stati puntualmente rendicontati e sono state attuate tutte le misure previste dal piano. Si segnala che il PTPCT 2018-2020 dell'Istituto ha attribuito particolare attenzione alle attività di monitoraggio e prevenzione di potenziali fenomeni di mala-amministrazione, coerentemente con le linee guida dell'ANAC. Particolarmente apprezzata è la redazione del registro dei rischi 2018, predisposto in base alle risultanze delle attività di audit effettuate, ponderando criteri e modalità utilizzate. Tale iniziativa si colloca nell'alveo di un'accresciuta attenzione dell'IRCCS sulla prevenzione della cattiva amministrazione avviata negli ultimi anni mediante azioni formative e di sensibilizzazioni rivolte a tutti i dipendenti. **Esito della verifica positivo.**
- e) **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 gli obiettivi numerici, in maniera automatizzata e, 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, Dati amministrativi/flussi ministeriali attività ambulatoriale e di ricovero, Report monitoraggio tempi d'attesa, 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 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:** la Tabella n. 11 (pp. 35-36) della Relazione sulla performance 2018 riepiloga il **“Livello di raggiungimento degli obiettivi operativi annuali collegati alla retribuzione di risultato ed alla produttività collettiva”**. 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 2018, si rimanda alla **Tab. 6 “Sintesi raggiungimento degli obiettivi regionali per linea progettuale”** 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 2018, adottati con decreto n. 50 del 30/4/2019, ancora in fase di valutazione e consolidamento da parte della Direzione Centrale Salute. L'OIV esprime un giudizio complessivamente positivo, pur invitando l'ente a dare maggiore evidenza delle motivazioni sottostanti agli eventuali scostamenti riscontrati tra risultati conseguiti e programmati.

h) **Adeguatezza del processo di misurazione e valutazione dei risultati descritto nella Relazione anche con riferimento agli obiettivi non inseriti nel Piano:** premesso che il Piano della Performance dell'IRCCS è costituito da diversi documenti programmatici, in linea con la normativa di riferimento regionale (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.

Gli esiti dell’analisi di conformità della Relazione alle disposizioni normative vigenti sono riportati nella seguente Tabella:

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 con decreto DG n. 121/2018 e sono state inserite nella Relazione. 	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 rilevazione degli eventuali scostamenti, e il bilancio di genere realizzato”.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Tutti i risultati raggiunti sono stati adeguatamente rendicontati, sia quelli organizzativi relativi alle diverse strutture sia quelli di performance individuale del personale dirigente e del comparto. Tutto ciò in conformità al SMVP vigente. Gli scostamenti relativi al grado di raggiungimento degli obiettivi operativi sono stati tutti documentati. Presenza del prospetto relativo al bilancio di genere (relazione performance paragrafo 2.3) 	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"> • La relazione ha una dimensione complessiva di 44 pagine (la lettura si effettua facilmente in una 40ina di minuti). Sono presenti numerosi box e tabelle di sintesi. Il linguaggio è appropriato e comprensibile. 	Conforme
Art. 14, comma 4-bis e Art. 19-bis <i>Occorre tener conto delle “valutazioni realizzate con il coinvolgimento dei cittadini o degli altri utenti finali”</i>	<ul style="list-style-type: none"> • L’IRCCS ha effettuato analisi di Qualità percepita dagli utenti attraverso report di analisi delle segnalazioni ricevute, anche in rapporto agli anni precedenti. I risultati della indagine sono riportati 	Conforme

	nella Relazione.	
Art. 15, comma 2, lettera b) La Relazione sulla performance è definita dall'organo di indirizzo politico-amministrativo di ciascuna amministrazione <i>“in collaborazione con i vertici dell'amministrazione”</i>	•La Relazione è stata approvata con Decreto del Commissario Straordinario n. 98 del 5/08/2019, su proposta della SSD Programmazione e Controllo che ha svolto un'azione di coordinamento nei confronti dei vertici dell'Amministrazione.	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 positivo**.

- j) **Sinteticità della Relazione (lunghezza complessiva, utilizzo di schemi e tabelle, ecc.):** la relazione è complessivamente di 44 pagine e di facile lettura, attuabile in circa 40 minuti 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 sintetica, chiara e comprensibile, redatta mediante un uso appropriato di rappresentazioni grafiche e numerose tavole e prospetti di sintesi dei risultati, che facilitano la immediata comprensione dei concetti. Il linguaggio è appropriato in considerazione dei possibili lettori di riferimento. L'indice è presente. I rinvii a riferimenti normativi o ad 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 2018 con un risultato economico positivo, garantendo il rispetto dei vincoli operativi regionali, come si evince dalla relativa tabella riportata a pag. 23 della Relazione.

Infine, in merito a quanto previsto dall'art. 36 comma 5 quater del D.Lgs. n. 165/2001 e smi sulle tipologie di lavoro flessibile utilizzate, si rileva che l'IRCCS, attuando una politica di valutazione ponderata costi/benefici, nel corso del 2018 ha impiegato n. 8 unità di personale somministrato del ruolo amministrativo ed ha stabilizzato n. 5 profili professionali della dirigenza medica e n. 23 unità del comparto, in applicazione alle disposizioni di cui all'art. 20 comma 1 del D.Lgs. 75/2017.

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).

