

ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE

Documento di validazione della Relazione sulla performance 2021 dell’Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale

L’Organismo Indipendente di Valutazione dell’Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale, nominato con decreto n. 625 del 25/06/2020, ai sensi dell’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, ha preso in esame la Relazione sulla performance approvata con Decreto del Direttore Generale n. 1421 del 22/12/2022.

La procedura di validazione è stata svolta conformemente alle indicazioni contenute nelle Linee Guida per la Relazione annuale sulla performance n. 3/2018 della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica, che sostituiscono le precedenti delibere della CiVIT n.5/2012 e n. 6/2012.

L’OIV ha svolto la procedura di validazione sulla base di una dettagliata istruttoria finalizzata a verificare il rispetto dei criteri stabiliti dalla normativa vigente e dal paragrafo 4 delle predette Linee Guida, concludendo le attività propedeutiche alla valutazione nella seduta del 22/12/2022.

La procedura di validazione è stata descritta in un’apposita relazione di accompagnamento al presente documento di validazione.

La relazione di accompagnamento contiene le informazioni dettagliate relative al metodo seguito, nonché le evidenze a supporto dei controlli effettuati.

Tutto ciò premesso, **si valida la Relazione sulla performance 2021 dell’Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale** approvata con Decreto del Direttore Generale n. 1421 del 22/12/2022.

La validazione rientra nella terza tipologia prevista dalle Linee Guida n. 3/2018 del Dipartimento della Funzione Pubblica.

Udine, 22/12/2022

La Presidente
Silvana de Simone
Firmato

ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE

RELAZIONE

DI ACCOMPAGNAMENTO AL DOCUMENTO DI VALIDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE DELL'ANNO 2021 DELL'AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA FRIULI CENTRALE (ASUFC)

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	10
5.	RIEPILOGO DEGLI ESITI E OSSERVAZIONI CONCLUSIVE	15

1. FINALITÀ, STRUTTURA E CONTENUTI

Il presente documento ha lo scopo di descrivere le modalità di svolgimento della procedura di validazione della Relazione sulla performance dell'anno 2021 da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV).

In particolare, nei paragrafi seguenti, sono descritti:

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

2. CRITERI PER LA VALIDAZIONE DELLA RELAZIONE

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.

Si sottolinea che per le Aziende Sanitarie in ragione dell'art. 16 del D.Lgs. n. 150/2009, *((2. Le regioni, anche per quanto concerne i propri enti e le amministrazioni del Servizio sanitario nazionale, e gli enti locali adeguano i propri ordinamenti ai principi contenuti negli articoli 3,4, 5, comma 2, 7, 9 e 15, comma 1. Per l'attuazione delle restanti disposizioni di cui al presente decreto, si procede tramite accordo da sottoscrivere ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo n. 281 del 1997 in sede di Conferenza unificata.))* i tempi sono definiti dalla regione.

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.

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. 1421 del 22/12/2022 ha approvato la Relazione sulla performance per l’anno 2021 dell’ex ASUFC;

- la **SOC Gestione Risorse Umane** che, come previsto dai vigenti Sistemi 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 e dei calcoli sottesi alla misurazione della performance individuale;
- la **SOC Programmazione e Controllo di Gestione** che, come previsto dai vigenti Sistemi di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP), ha seguito il processo di misurazione e valutazione organizzativa attraverso l'istruttoria, il monitoraggio e il controllo delle schede di budget che ha poi sottoposto alla valutazione del Direttore Sanitario e Amministrativo; ha inoltre 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 tutti 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 24/1/2022 al 18/4/2022	Rilevazione e richiesta rendicontazione del consuntivo al 31 dicembre 2021 degli obiettivi, indicatori e target programmati nel Piano Attuativo 2021 e nel Budget 2021 in assenza del Piano della Performance 2019-2021	Direttore Generale (avvio della procedura) Dirigenti (Responsabili di Dipartimento/Strutture Operative Complesse/ Strutture Semplici Dipartimentali) SOC Programmazione e Controllo di Gestione (P&C)
dal 1/6/2022 al 31/8/2022	Verifica dei dati a consuntivo e delle rendicontazioni pervenute, istruttoria tecnica da parte della SOC P&C e successiva valutazione	Direzione Strategica Direttori SOA

	dei risultati da parte dei valutatori di 1^ e 2^ istanza	SOC Programmazione e Controllo di Gestione OIV
dal 2/9/2022 al 19/12/2022	Raccolta dati, analisi e predisposizione della Relazione sulla Performance 2021	SOC Programmazione e Controllo di Gestione SOC Gestione Risorse Umane
20/12/2022	Inserimento della Relazione sulla Performance 2021 nella piattaforma di decretazione Adweb al Direttore Generale per l'approvazione	SOC Programmazione e Controllo di Gestione
22/12/2022	Approvazione della Relazione sulla Performance 2021	Direttore Generale
22/12/2022	Presentazione del Decreto di approvazione della versione definitiva della Relazione all'OIV, già trasmessa in bozza in data 7/12/2022	SOC Programmazione e Controllo di Gestione
22/12/2022	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>	Analisi comparative	Analisi comparativa del Piano Attuativo Locale anno 2021 e del documento di approvazione del

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

<p><i>L'ASUFC non ha prodotto il piano della Performance anno 2021, ma ha fatto riferimento, come si evince anche dal sito di amministrazione Trasparente, a due documenti:</i></p> <p><i>1) Piano Attuativo, che comprende il programma annuale ed il bilancio preventivo, (livello aziendale);</i></p> <p><i>2) Documento annuale di budget con cui l'azienda suddivide in dettaglio i propri obiettivi, assegnando ai Centri di Responsabilità obiettivi misurabili e controllabili, allocando contestualmente le risorse necessarie al loro raggiungimento (livello di articolazione organizzativa).</i></p>		<p>Piano obiettivi operativi anno 2021 con la Relazione sulla Performance 2021</p>
<p><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></p>	<p>Analisi comparative</p>	<p>Comparazione e analisi della coerenza dati tra il paragrafo 3 della Relazione sulla Performance 2021 e quanto riscontrato direttamente dall'OIV nella seduta del 1/9/2022</p>
<p><i>c) presenza nella Relazione dei risultati relativi a tutti gli obiettivi inseriti nel Piano</i></p>	<p>Analisi comparative</p>	<p>Comparazione e analisi della coerenza dei dati tra il Piano Attuativo Locale 2021 e il documento di approvazione del Piano obiettivi operativi anno 2021 e la Relazione sulla Performance 2021, anche attraverso il richiamo alla relazione Sanitaria a corredo del Bilancio d'esercizio 2021 con link diretto al portale della Performance</p>
<p><i>d) verifica che nella misurazione e valutazione delle performance si sia tenuto conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza;</i></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)</p>
<p><i>e) verifica del corretto utilizzo del metodo di calcolo previsto per gli indicatori</i></p>	<p>Analisi dei sistemi interni</p>	<p>Verifica delle funzionalità di calcolo a supporto del ciclo della performance mediante visualizzazione diretta del sistema</p>
<p><i>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);</i></p>	<p>Verifica diretta degli elementi reali</p>	<p>L'iter di valutazione degli obiettivi si è articolato in un percorso metodologico così definito:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la SOC P&C ha inviato a ogni Centro di responsabilità la scheda precompilata con i risultati presenti nei sistemi informativi aziendali, con richiesta di: - verificare i risultati rilevati, - integrare la scheda ove necessario con la rendicontazione al 31.12.2021,

		<p>allegando eventuale documentazione,</p> <ul style="list-style-type: none"> -evidenziare eventuali osservazioni e commenti in particolare in caso di performance non conforme. - la SOC P&C ha effettuato l'istruttoria tecnica dei risultati delle schede obiettivo, a seguito della verifica della rendicontazione pervenuta dai CdA e di eventuali ulteriori integrazioni; - i direttori di SOA hanno effettuato la valutazione di 1[^] istanza; - la Direzione Generale, le Direzioni di Area Amministrativa, Sanitaria e Socio sanitaria hanno effettuato la valutazione di 2[^] istanza; per le strutture alle stesse direttamente afferenti la valutazione di 1[^] e 2[^] istanza coincidono. <p>La verifica si è effettuata con campionamento delle schede di consuntivo (effettuata nella seduta OIV del 1/9/2022)</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>	Analisi documentale	Analisi della Relazione sulla performance e verifica diretta della presenza dell'eventuale scostamento e della motivazione (cfr Relazione pag. 17-18, paragrafo 3.2)
<i>h) adeguatezza del processo di misurazione e valutazione dei risultati descritto nella Relazione anche con riferimento agli obiettivi non inseriti nel Piano;</i>	Analisi documentale	L'Azienda ha inserito nel ciclo della performance attraverso il percorso di assegnazione degli obiettivi operativi anche obiettivi non presenti nel Piano attuativo locale 2021, 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.
<i>i) conformità della Relazione alle disposizioni normative vigenti e alle linee guida del DFP;</i>	Analisi documentale	Analisi della Relazione sulla performance e verifica diretta della conformità alle disposizioni normative e alle linee guida del DFP
<i>j) sinteticità della Relazione (lunghezza complessiva, utilizzo di schemi e tabelle, ecc.);</i>	Analisi documentale	Analisi della Relazione sulla performance e verifica diretta del livello di sinteticità

k) chiarezza e comprensibilità della Relazione (linguaggio, utilizzo di rappresentazioni grafiche, presenza indice, ecc.)	Analisi documentale	Analisi della Relazione sulla performance e verifica diretta del grado di chiarezza e comprensibilità
---	---------------------	---

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 dei punti e), f) e g) per il quale la verifica è stata effettuata su un campione di schede obiettivi, sia in considerazione della elevata numerosità degli item complessivi, sia per poter consentire un esame maggiormente approfondito.

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.

Sono state effettuate le verifiche campionarie di n. 10 schede obiettivi rappresentative di tutte le aree aziendali:

- SOC Veterinaria - Area A
- Distretto di Cividale e Tarcento
- SOC Sviluppo e Manutenzione Edile Impiantistica B
- SOC Gestione Risorse Finanziarie
- SOC Gestione Risorse Umane
- SOC Direzione medica ospedaliera Latisana - Palmanova
- SOC Chirurgia Maxillo-Facciale SMM
- SOC Fisica Sanitaria -SMM
- SOC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza SMM
- SOC Nefrologia e Dialisi Ospedale di San Daniele e Tolmezzo
- SOSD Gastroenterologia ed endoscopia digestiva Ospedale di Palmanova

che corrispondono al 6% del totale delle strutture valutate ed è stata rilevata la coerenza tra quanto esplicitato nella relazione e la documentazione visionata e conservata agli atti della SOC Programmazione e Controllo.

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 a cura della SOC Programmazione e Controllo di Gestione.

Sono tra l'altro reperibili nel predetto archivio:

- tutti i documenti elencati nel seguente paragrafo 3.5;
- la documentazione utilizzata per il campionamento di cui al paragrafo precedente;
- la documentazione relativa alla verifica del livello di presenza degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza nella Relazione sulla Performance;
- il Decreto di approvazione della Relazione sulla Performance 2021;

- 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) i vigenti tre Sistemi di misurazione e valutazione della performance (ex ASUIUD, ex AAS2, ex AAS3);
- b) DGR n. 144 del 4 febbraio 2021 Approvazione in via preliminare delle Linee annuali per la gestione del SSR - anno 2021;
- c) con DGR n. 189 del 12 febbraio 2021 Approvazione in via definitiva delle Linee annuali per la gestione del SSR - anno 2021;
- d) decreto del Direttore Generale n. 408 del 16 aprile 2021 di approvazione, in via preliminare nelle more dei pareri della Conferenza dei Sindaci, dell'Università e del collegio Sindacale, del Piano Attuativo 2021 - adozione del programma e della programmazione economica;
- e) decreto del Direttore Generale n. 905 del 20 agosto 2021 di approvazione definitiva del Piano Attuativo 2021 - adozione del programma e della programmazione economica;
- f) decreto n. 1263 del 26 novembre 2021 di approvazione delle schede obiettivo 2021 e collegamento al sistema premiante;
- g) decreto del Direttore Generale n. 607 del 31.5.2022 di approvazione del Bilancio di esercizio 2021, che contiene come parte integrante la Relazione sulla gestione 2021 del Direttore generale, e il successivo decreto n. n. 906 del 19/8/2022 di riadozione, con modifiche richieste dalla Direzione Centrale Salute, del Bilancio d'esercizio 2021;
- h) decreto del Direttore Generale n. 328 del 30 marzo 2021 di approvazione del "Piano Triennale di prevenzione della corruzione, trasparenza e integrità 2021-2023 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 2021 ha fatto emergere una piena coerenza di contenuti.

In particolare, la Relazione offre una rendicontazione dei 329 obiettivi contenuti nel PAL, attraverso l'indicazione del link, e dei 1200 indicatori annuali.

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 campionamento delle schede valutate e attraverso ulteriori valutazioni di tipo qualitativo.

Il grado di realizzazione dei target degli indicatori associati agli obiettivi specifici delle strutture campionate è coerente alla sintesi di tutte le valutazioni riportata nella Relazione. Vi è quindi una piena coerenza tra le valutazioni degli obiettivi di performance organizzativa riportate dall'amministrazione e la valutazione effettuata dall'OIV.

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

La Relazione sulla performance contiene una rendicontazione dei 329 obiettivi contenuti nel PAL, attraverso l'indicazione del link alla relazione sulla gestione 2021, e dei 1200 indicatori annuali delle strutture operative. La performance organizzativa e la performance individuale sono rappresentate tramite sinottici (cfr tabelle pag. 16, 17, 30, 31 e 32 della Relazione).

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

Un'analisi dettagliata delle schede di rendicontazione degli obiettivi ha consentito di individuare obiettivi connessi all'anticorruzione ed alla trasparenza, inseriti in diverse unità organizzative (Responsabili di Dipartimento/Strutture Operative Complesse/ Strutture Semplici Dipartimentali, Responsabili di Centri di Attività).

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 sul foglio excel specifico per ciascuna struttura.

Come già evidenziato nella Tabella 2, paragrafo 3.2, è stata condotta una verifica sulla funzionalità di calcolo 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-DICHIARATE, 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 SISR (Sistema informativo sociosanitario regionale), elaborati con il Business Object, datawarehouse regionale, derivati dalla documentazione fornita dai CdR alla SOC Programmazione e Controllo di Gestione e dai documenti descritti nel precedente paragrafo 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.

L'OIV ha ritenuto pertanto attendibile 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 SOC Programmazione e Controllo, che assicura le attività della Struttura Tecnica Permanente di Supporto, allo stato tuttavia non ancora costituita secondo le norme vigenti che prevedono la necessaria autonomia tecnico funzionale della stessa struttura per garantire la terzietà dell’OIV.

Nel complesso, a seguito della verifica effettuata sui dati presenti nel repository aziendale, 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 RICONTRATI FRA RISULTATI PROGRAMMATI E RISULTATI EFFETTIVAMENTE CONSEGUITI, CON INDICAZIONE DELLA RELATIVA MOTIVAZIONE

Il Piano Attuativo 2021 e gli obiettivi operativi 2021 esplicitano, per ogni obiettivo, i valori a consuntivo dei rispettivi indicatori, il grado di realizzazione in rapporto al valore target prefissato (da cui si può dedurre immediatamente un eventuale scostamento rispetto a quanto programmato).

Gli scostamenti sono inoltre analizzati anche nella relazione al bilancio di esercizio 2021 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 PIANO

L’Azienda ha inserito nelle schede obiettivo 2021 anche obiettivi non presenti nel Piano attuativo locale 2021, 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>	- Non sono intervenute variazioni degli obiettivi durante l'anno	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 rilevazione degli eventuali scostamenti, e il bilancio di genere realizzato".</i>	- Presenza dei risultati di consuntivo per tutti gli obiettivi nel corpo del testo - Presenza del raccordo con le risorse (paragrafo 2.6 della Relazione sulla performance e rinvio tramite link alla relazione al Bilancio di esercizio 2021)	Pienamente 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>	- Il corpo principale della Relazione ha una dimensione complessiva di 32 pagine (esclusi allegati). - Sono presenti tabelle che facilitano la immediata comprensione dei concetti. Il linguaggio è appropriato in considerazione dei principali stakeholder della Azienda	Pienamente 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>	- 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 2021, 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".	Non conforme
Art. 15, comma 2, lettera b) <i>La Relazione sulla performance è definita dall'organo di indirizzo politico-amministrativo di ciascuna amministrazione "in collaborazione con i vertici dell'amministrazione".</i>	- La Relazione è stata approvata con Decreto del Direttore Generale n. 1421 del 22/12/2022 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.	Pienamente conforme

L'analisi di conformità della relazione alle disposizioni normative vigenti ha dato esito positivo con riferimento a 4 punti su 5.

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 2021, 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.

Si prende atto che la progressiva attuazione dell'atto aziendale prevederà una riorganizzazione della funzione di comunicazione di coinvolgimento degli utenti e dei cittadini.

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 	Pienamente conforme
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 	Pienamente conforme
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. 	Pienamente conforme
Obiettivi specifici (triennali) Non applicati la programmazione è stata annuale, anche in ragione della Riforma in atto	<ul style="list-style-type: none"> Non applicabile, perché vige ancora la programmazione annuale dalla Regione Friuli Venezia Giulia 	Non applicabile
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 32 pagine (esclusi gli allegati), 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 COMPRESIBILITÀ DELLA RELAZIONE (LINGUAGGIO, UTILIZZO DI RAPPRESENTAZIONI GRAFICHE)

Sono presenti tabelle che facilitano la immediata comprensione dei concetti. Il linguaggio è appropriato in considerazione dei principali stakeholder. 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.
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
<i>a) coerenza fra contenuti della Relazione e contenuti del Piano della performance relativo all'anno di riferimento;</i>	Positivo
<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>	Positivo
<i>c) presenza nella Relazione dei risultati relativi a tutti gli obiettivi (sia di performance organizzativa che individuale) inseriti nel Piano</i>	Positivo
<i>d) verifica che nella misurazione e valutazione delle performance si sia tenuto conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza;</i>	Positivo
<i>e) verifica del corretto utilizzo del metodo di calcolo previsto per gli indicatori</i>	Positivo
<i>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);</i>	Positivo
<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>	Positivo
<i>h) adeguatezza del processo di misurazione e valutazione dei risultati descritto nella Relazione anche con riferimento agli obiettivi non inseriti nel Piano;</i>	Positivo
<i>i) conformità della Relazione alle disposizioni normative vigenti e alle linee guida del DFP;</i>	Positivo
<i>j) sinteticità della Relazione (lunghezza complessiva, utilizzo di schemi e tabelle, ecc.);</i>	Positivo
<i>k) chiarezza e comprensibilità della Relazione (linguaggio, utilizzo di rappresentazioni grafiche,</i>	Positivo
<i>l) presenza indice, pochi rinvii ad altri documenti o a riferimenti normativi, ecc.).</i>	Positivo

Preso atto degli esiti di tutte le verifiche, l'OIV **valida la Relazione sulla performance 2021 dell'ASUFC**, approvata con decreto n. 1421 del 22/12/2022.

La Presidente - dott.ssa Silvana De Simone

Firmato

Il componente - dott. Francesco Taiti

Firmato