



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

AZIENDA SANITARIA POTENZA U.C. GESTIONE DEL PERSONALE
17 MAR. 2020
Prot. N. 28849 CLASS h-0413-1352

ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE

(O.I.V.)

Nominato con Deliberazione del Direttore Generale n. 248 del 01/04/2019

DOCUMENTO DI VALIDAZIONE Relazione sulla performance 2018

PREMESSA

L'Organismo Indipendente di Valutazione dell'ASP Potenza, nominato con Deliberazione del Direttore Generale n.248 del 01.04.2019, si è insediato nella sua attuale composizione il 9 maggio 2019.

L'OIV ai sensi dell'art. 14, comma 4, lettera c) del d.lgs. n. 150/2009, così come modificato dal d.lgs. 74/2017, e successive delibere CIVIT n. 4/2012, n.5/2012, n.6/2012, e delle Linee Guida n.3 - novembre 2018 Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri, ha preso in esame la Relazione sulla Performance anno 2018 (di cui all'art. 10 comma 1 lettera b) del d.lgs. n. 150/2009, aggiornato dal d.lgs. 74/2017), approvata con deliberazione del Direttore Generale n. 540 del 6 agosto 2019; acquisita dall'OIV il 30 ottobre 2019 (verbale di seduta n. 99, rif. nota prot. n. 84418 del 12.08.2019).

L'OIV ha preso, altresì, in esame il documento: "Relazione annuale sulla performance anno 2018 approvata con DDG n. 540 del 06.08.2019: appendice"; approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 125 del 09.03.2020, inviato all'Organismo Indipendente di Valutazione, a mezzo mail, il 10.03.2020.

L'art. 10 comma 1 lett. b) del d.lgs., 74/2017 prevede che "entro il 30 giugno la Relazione annuale sulla Performance è approvata dall'organo di indirizzo politico-amministrativo e validata dall'Organismo di validazione ai sensi dell'art. 14 ed evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi ed individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti, ed il bilancio di genere realizzato."

L'art. 10 comma 5 dello stesso decreto prevede che "in caso di ritardo nell'adozione del Piano della performance o della Relazione sulla performance, l'Amministrazione comunica tempestivamente le ragioni del mancato rispetto dei termini al Dipartimento della funzione pubblica".

Ai sensi del d.lgs.74/20017, art.14 comma 4 lettera c), l'OIV "valida la Relazione sulla Performance di cui all'art. 10 a condizione che la stessa sia redatta in forma sintetica, chiara e di immediata comprensione ai cittadini e agli utenti finali e ne assicura la visibilità attraverso la pubblicazione su sito istituzionale dell'Amministrazione".

Ai sensi della lettera d) del medesimo Decreto" l'OIV garantisce la correttezza dei processi di misurazione e valutazione con particolare riferimento alla significativa differenziazione dei giudizi di cui all'art.9 comma 1 lett. d) nonché dell'utilizzo dei premi secondo quanto previsto dal d.lgs. 150/2009, dai contratti collettivi nazionali, dai contratti integrativi, dai regolamenti interni, nel rispetto del principio di valorizzazione del merito e della professionalità".

Tutta la documentazione sulla quale l'OIV ha effettuato le verifiche, è archiviata tra le carte di lavoro dell'Organismo.

MOTIVAZIONI ALLA VALIDAZIONE DA PARTE DELL'OIV DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 2018

Per quanto in premessa l'OIV richiama la comunicazione (nota prot. n. 66673 del 24.06.2019) inviata dall'Azienda al Dipartimento della Funzione Pubblica, avente ad "oggetto: comunicazione relativa al termine per l'adozione relazione sulla performance anno 2018".

Le attività propedeutiche alla validazione dei contenuti della Relazione sulla Performance 2018 si sono svolte mediante l'analisi della documentazione trasmessa dall'Ufficio Controllo di Gestione (comprensiva delle schede di budget delle singole strutture con l'indicazione degli obiettivi assegnati ed il grado di raggiungimento degli stessi) e dall'Ufficio del Personale, che ha trasmesso i risultati delle valutazioni delle performance individuali sia della dirigenza che del comparto, nonché dal confronto diretto con l'Azienda per i chiarimenti e le informazioni aggiuntive che si sono resi necessari; da ultimo nelle date 02 e 04 marzo 2020 si sono tenuti incontri/confronti in Azienda con personale dell'Ufficio Controllo di Gestione. Ciascun componente dell'OIV ha proceduto all'esame della Relazione e alla verifica della coerenza del suo contenuto con le prescrizioni normative di riferimento; i componenti, completate le attività individuali e quelle propedeutiche sopra indicate, redigono collegialmente il presente documento, che espone il risultato dell'attività a cui l'OIV è pervenuto.

L'OIV preliminarmente, tenuto conto delle sopracitate delibere CIVIT, ha proceduto ad una prima analisi della relazione dalla quale ricava le seguenti considerazioni:

- La Relazione rispetta sostanzialmente le indicazioni contenute nelle delibere CIVIT e contiene la maggior parte delle informazioni richieste, come si evince dalla premessa e dall'indice della stessa. La relazione è stata redatta in modo conforme a quanto disposto dal d.lgs. n. 150/09 e tiene conto delle indicazioni di cui alle Linee Guida n.3 - novembre 2018 Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri.
- La relazione, nel suo insieme, contiene una descrizione sintetica dell'articolazione strutturale dell'Amministrazione e una presentazione delle principali informazioni e dei risultati. L'OIV, al fine di favorire la partecipazione degli stakeholder, ravvisa l'utilità di sviluppare i canali di comunicazione, la qualità della informazione e la verifica dei risultati ottenuti in termini quantitativi e qualitativi.
- La descrizione del contesto esterno di riferimento, in cui opera l'Azienda Sanitaria Locale, appare completa e corredata di specifiche e pertinenti analisi statistiche, con particolare riferimento agli andamenti demografici e di flusso migratorio della popolazione assistita.

Sono descritti tanto il contesto esterno, inteso come condizioni e criticità con le quali l'Amministrazione si è dovuta confrontare, tanto l'insieme degli altri "attori" con competenze ed interessi connessi e collegati al sistema Sanità. Sarebbe utile, al fine di migliorare la comprensibilità, che il testo fosse strutturato in modo da rivolgersi in modo chiaro ai cittadini e agli utenti, ponendo in particolare evidenza gli eventi di contesto esterno più rilevanti, intervenuti nel corso dell'anno, e i relativi effetti sull'azione dell'amministrazione.

- La descrizione della struttura organizzativa, delle funzioni e delle risorse umane operanti nell'ASP per l'esercizio delle sue funzioni è completa.

L'Amministrazione risulta descritta in termini di organizzazione dipartimentale, che rappresenta il modello organizzativo con il quale l'Azienda eroga assistenza. L'organizzazione dipartimentale, quale organizzazione integrata di unità operative omogenee, affini e complementari, ciascuna con obiettivi specifici ma tutte concorrenti al perseguimento di comuni obiettivi di salute, ai sensi dell'art. 17-bis del d.lgs. n. 502/1992 e s.m.i., rappresenta il modello di gestione operativa di tutte le attività delle Aziende Sanitarie.

- La parte descrittiva dei risultati raggiunti e i report informativi relativi ai singoli Dipartimenti Aziendali forniscono un quadro apprezzabile delle attività svolte nel corso dell'anno 2018, corredate da informazioni su specifici progetti attivati nel 2018 e finalizzati al potenziamento delle attività di prevenzione, di assistenza territoriale nel post-acuto, cure domiciliari e di sollievo al dolore, abbattimento delle liste d'attesa ed altro.

La Relazione propone ad un livello descrittivo i principali risultati raggiunti dall'Azienda nell'esercizio delle sue funzioni. Tra i contenuti vengono illustrati i risultati della produzione aziendale in termini economici, puntualmente indicati in relazione alla fonte, ai provvedimenti autorizzativi, alle sedi, alle U.O. di destinazione, alla quantità, all'importo e alla descrizione delle attrezzature.

Come già evidenziato in precedenza, anche in questo caso si auspica che il criterio di sintesi delle informazioni possa essere maggiormente basato sulla selezione di informazioni utili ai cittadini e agli altri stakeholder esterni, al fine di produrre una rappresentazione più immediata dei risultati raggiunti.

- La principale criticità riferita in relazione (a pag.119) riguarda la dotazione *"dall'01.01.2018 di un nuovo sistema gestionale contabile che, in fase di avvio, ha palesato significative criticità ritardando tempi di predisposizione e approvazione del bilancio d'esercizio 2018"*. Ciò non ha consentito di completare il ciclo della performance entro il 30.06.2019. Il processo di valutazione relativo al 2018 ha scontato ritardi nell'esecuzione in conseguenza della criticità sopra evidenziata.

L'analisi delle criticità andrebbe ulteriormente arricchita con l'evidenziazione di quelle che hanno impedito, totalmente o parzialmente, di conseguire i risultati programmati nel Piano delle Performance.

Risulta evidenziata (in relazione a pag. 119) l'importanza, *"per la realizzazione di attività di eccellenza"* di *"significativi momenti di condivisione, quali l'interazione con le strutture e gli stakeholder nella definizione degli obiettivi"* e a tal fine sarebbe opportuno evidenziare:

- le eventuali attività intraprese o da intraprendere per il superamento delle criticità rilevate;
- le modalità di coinvolgimento degli stakeholder (interni ed esterni) e il grado di condivisione dei risultati.

- Gli obiettivi e i risultati raggiunti sono declinati in termini assoluti o relativi, con evidenziazione del target, l'indicatore scelto per la valutazione, lo scostamento tra risultato e target e le eventuali argomentazioni per definire le cause dello scostamento stesso.
- La relazione riferisce (pag.120) dell'applicazione nella programmazione dello schema ad albero, riportato nel Piano della performance approvato con DDG n. 56 del 30.01.2018 (da pag. 61 a pag. 84), e che *"lo schema ad albero trova la sua sintesi nella "Tabella su Outcome-Obiettivi-Indicatori-Target Piano triennale della performance 2016-2018- Aggiornamento ed Integrazione Giugno 2018 (DDG n. 479 del 02/07/2018) allegato al documento di Piano dove sono riassunti tutti gli obiettivi strategici aziendali inseriti nella programmazione triennale distinti per: area strategica, sub-area, outcome, indicatori, fonte degli indicatori, modalità di calcolo degli indicatori, serie storica dei risultati conseguiti nel triennio precedente"*.
- Con DGR n.190 del 09.03.2018 sono stati aggiornati per il 2018 gli obiettivi di salute e programmazione economico finanziaria definiti dalla Regione Basilicata per l'ASP attraverso il "Sistema di Valutazione 2018-2020", attuato secondo una metodologia condivisa con AGENAS e con il Laboratorio Management e Sanità (MeS) della Scuola Superiore Sant'Anna, che individua 4 principali aree strategiche di risultato: tutela della salute, performance organizzative e cliniche aziendali, gestione economico finanziaria e conseguimento di obiettivi strategici regionali. La relazione presenta in apposite tabelle i livelli di performance conseguiti dall'ASP nel 2018 e per confronto quelli conseguiti nell'annualità precedente.
- Gli obiettivi delle 4 aree strategiche risultano articolati in 17 obiettivi misurati da 54 indicatori. La relazione riporta i livelli di conseguimento 2018 per ciascun indicatore di misurazione di tali obiettivi e lo scostamento con il livello registrato nella precedente annualità, rappresentando in tal modo i risultati complessivamente conseguiti dall'Azienda Sanitaria. La rendicontazione dei risultati, per le aree strategiche di Mission aziendale, che discende da uno schema ad albero rappresentato nel piano della performance, trova la sua sintesi nella **"Tabella su Outcome-obiettivi-indicatori-target-piano triennale della performance 2016 - 2018 - anno 2018 -"** che pone a confronto i risultati 2018 con quelli del biennio precedente. Si auspicano comunque miglioramenti nel quadro di rappresentazione dei collegamenti della pianificazione strategica con la programmazione operativa delle Strutture aziendali e conseguente rappresentazione annuale dei relativi risultati, in modo da rendere più omogeneo il livello di rappresentazione anche per gli ulteriori risultati di performance organizzativa traggurdati a fronte di attività/programmi/progetti/interventi gestiti ed attuati dall'azienda fuori dal piano triennale della performance.
- La relazione evidenzia che per l'anno 2018 gli obiettivi individuali dei dirigenti coincidono con gli obiettivi di performance organizzativa della struttura, di cui gli stessi sono responsabili in relazione al ruolo ricoperto. In relazione l'Azienda ha dato atto che risultava in corso il processo di valutazione della performance organizzativa ed individuale per cui l'azienda ha operato rinvio ad atto

successivo con il quale approvarne le risultanze della valutazione finale. L'atto integrativo della relazione sulla performance 2018 è stato approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 125 del 09.03.2020.

Gli obiettivi individuali del personale dipendente sono assegnati sulla base del Sistema di misurazione e valutazione attualmente in uso in Azienda.

- Quanto riportato in relazione fornisce informazioni adeguate sull'andamento della gestione dell'Azienda Sanitaria Locale in riferimento a risorse, efficienza ed economicità.

Nello specifico paragrafo (2.3) sono evidenziate le informazioni generali di carattere economico del Bilancio 2018 e il confronto con gli anni precedenti nonché in particolare gli scostamenti tra il Budget 2018 e il Bilancio Consuntivo. Si auspica che per il futuro venga rappresentato il bilancio consuntivo con il relativo piano degli indicatori, e i risultati attesi di bilancio, al fine di rendere comprensibili le informazioni di carattere economico-finanziario anche a soggetti portatori di interesse ma privi di specifiche competenze in materia.

- La relazione evidenzia l'avvenuta istituzione, in base alla vigente normativa, del Comitato Unico di Garanzia (CUG) riferendo circa le attività poste in essere dallo stesso per il 2018. La relazione da atto che nell'anno 2018 non sono pervenute al CUG segnalazioni di disagio lavorativo.

Sono elencate tutte le iniziative specifiche da parte del CUG, più le informazioni generali idonee a fotografare la presenza femminile all'interno dei diversi dipartimenti e i rapporti all'interno delle diverse categorie. Sono riportati indicatori di analisi di Benessere organizzativo (Fonte UOC Gestione del Personale pag. 201). Ai fini della rilevazione lo strumento utilizzato nelle migliori prassi risulta essere quello della somministrazione di appositi questionari.

- Viene descritto il processo seguito per la redazione della Relazione sulla Performance anno 2018.
- Sono indicati le fasi, i tempi e gli atti aziendali adottati. La relazione rimanda al Manuale delle procedure operative della Pianificazione Programmazione e controllo strategico, direzionale e operativo approvato dall'ASP con Delibera n. 775 del 27/12/2013, nel quale relativamente al ciclo di gestione della performance sono riportate le fasi operative, la tempistica e i soggetti coinvolti e le modalità di elaborazione.
- Sono indicati i punti di debolezza e le minacce al cambiamento del Ciclo della Performance ma anche le opportunità che si possono cogliere.

Nello stesso paragrafo è sottolineato (pag.206) che *"il ciclo di gestione della performance necessita di essere pienamente integrato con gli strumenti e i processi relativi alla qualità dei servizi, alla trasparenza, all'integrità e in generale alla prevenzione della anticorruzione"*.

L'attività di validazione, è stata svolta esaminando i dati contenuti nella Relazione e nel Piano della Performance anno 2018, e ha verificato il rispetto dei seguenti ambiti di validazione:

- 1 **Conformità (compliance)** della Relazione alle disposizioni del decreto e alle indicazioni contenute nelle Delibere CIVIT e Linee Guida di riferimento
La struttura della relazione predisposta dall'Azienda, con riferimento a fasi, soggetti coinvolti e responsabilità, risulta coerente con i principi delineati dal d.lgs. 150/2009, con l'autonoma regolazione dell'Azienda e con le norme e prassi adottate nel comparto sanitario, nonché di evidente utilità per migliorare la trasparenza dell'amministrazione;
- 2 **Attendibilità** dei dati contenuti nella relazione. Nella documentazione esaminata compaiono i riferimenti alle fonti utili a verificare la correttezza e la veridicità dei dati esposti. Laddove le stesse non risultano espressamente indicate, riguardano elaborazioni, effettuate dal controllo di gestione, di dati e informazioni rivenienti dalle relazioni dei responsabili dei flussi (DDG n. 175 del 16.03.2018 avente ad oggetto: "Flussi informativi ASP – Nomina Responsabili dei procedimenti – Presa d'atto nota regionale relativa ad obblighi informativi delle aziende del SSR - anno 2018");
- 3 **Comprensibilità** della Relazione da parte di cittadini e portatori di interesse e con l'obiettivo di favorire il controllo sociale diffuso sulle attività e i risultati dell'amministrazione. È riscontrato l'uso di un linguaggio di facile intendimento anche da parte dei cittadini/utenti, la Relazione rappresenta la complessiva attività dell'amministrazione, con ciò consentendo il controllo sociale diffuso sulle attività e i risultati delle attività aziendali.
La struttura complessiva della relazione utilizza numerose tabelle esplicative, le stesse potrebbero costituire un allegato della medesima relazione, in maniera da agevolare la lettura, rimandando agli allegati per gli approfondimenti.

Quanto di seguito presentato è sviluppato con riferimento alle linee guida sulla relazione della performance (Linee Guida DPF n.3 Novembre 2018).

Seguendo le specifiche indicazioni in merito alla procedura di validazione, contenute nelle Linee Guida per la Relazione annuale sulla performance n. 3/2018¹, a cui, per il 2018, l'Azienda Sanitaria di Potenza ha ritenuto utile ed opportuno fare riferimento sia in sede di predisposizione che di validazione della relazione stessa, di seguito, per ciascuno dei criteri di validazione indicati al punto 4. delle Linee Guida DFP n. 3/2018, si riportano gli esiti delle conclusioni raggiunte al termine dell'attività svolta.

¹ Nelle Linee Guida n.3 Novembre 2018 è precisato che la validazione della Relazione deve essere 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 che la validazione, in tal senso, non può essere considerata una "certificazione" puntuale della veridicità dei dati concernenti i singoli risultati ottenuti dall'amministrazione.

VERIFICA SUI CRITERI DI VALIDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE (Linee Guida DPF n. 3 del novembre 2018, P.4).

1 Coerenza fra contenuti della Relazione e contenuti del Piano della performance relativo all'anno di riferimento

La relazione riporta contenuti coerentemente correlati a quelli del Piano delle Performance 2016-2018 – Aggiornamento 2018. (rif. pagg. 129-133 della Relazione). I due documenti Piano della Performance e Relazione sulla performance relativi al 2018 messi a confronto risultano coerentemente correlati quanto a pianificazione / programmazione e rendicontazione / rappresentazione dei risultati.

In relazione al punto 1. vengono illustrati i principali risultati raggiunti nell'anno 2018. Con riferimento alla misurazione e valutazione della performance organizzativa, punto 3.; obiettivi annuali punto 3.2; Obiettivi specifici, punto 3.3.; Performance organizzativa complessiva aziendale, punto 3.4.

Esito verifica positivo

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 a completamento della sua attività di valutazione della performance organizzativa complessiva ha presentato con nota prot. 16906 del 12.02.2020 la "Relazione sui dati di attività delle strutture 2018".

I risultati ivi riportati risultano coerenti con i risultati riportati nella relazione sulla performance approvata con DDG n. 540 del 06/08/2019 come integrata con deliberazione del Direttore Generale n. 125 del 09.03.2020.

Esito verifica positivo

3 Presenza nella Relazione dei risultati relativi a tutti gli obiettivi (sia di performance organizzativa che individuale) inseriti nel Piano

Tutti gli obiettivi sia di performance organizzativa che individuale inseriti nel piano (DDG n. 56 del 30.01.2018 integrata e modificata con aggiornamento con DDG n. 479 del 02.07.2018) sono presenti nella relazione sulla performance approvata con DDG n. 540 del 06/08/2019 (da pag. 121 a pag. 194) e integrata con deliberazione del Direttore Generale n. 125 del 09.03.2020 relativamente a:

1.1. Performance organizzativa risultati di sintesi aggregati per strutture;

1.2 risultanze della misurazione e valutazione della performance individuale;

1.2.1 progetti incentivanti del personale del comparto – quota strategica.

Il processo è stato validato dall'OIV, rif. nota prot. 16906 del 12.02.2020: "Relazione sui dati di attività delle strutture 2018"; rif. nota prot. 16909 del 12.02.2020: "Relazione di validazione sulla valutazione della Performance Individuale - Dirigenza e Comparto - anno 2018".

Esito verifica positivo

4 Verifica che nella misurazione e valutazione delle performance si sia tenuto conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza

Gli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza di cui all'allegato 1 del Piano della Performance (DDG 56 del 30.01.2018 integrata e modificata con aggiornamento DDG 479 del 02.07.2018) sono presenti nella relazione a pag. 193 e 194 (obiettivi 55, 56 e 57). Pertanto, nella misurazione e valutazione delle performance, l'ASP ha tenuto conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza.

Esito verifica positivo

5 Verifica del corretto utilizzo del metodo di calcolo previsto per gli indicatori

Nella relazione al paragrafo schede/indicatori/obiettivi annuali con metodologia di calcolo (da pag. 135 a pag. 170) è indicato il metodo di calcolo utilizzato, il valore assunto dall'indicatore. Il metodo di calcolo è stato correttamente utilizzato.

Esito verifica positivo

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)

Nella documentazione esaminata compaiono i riferimenti alle fonti utili a verificare la correttezza e la veridicità dei dati utilizzati. Laddove le fonti non risultano indicate, i dati e le informazioni riguardano elaborazioni, effettuate dal controllo di gestione.

Esito verifica positivo

3.7 Effettiva evidenziazione, per tutti gli obiettivi e rispettivi indicatori, degli eventuali scostamenti riscontrati fra risultati programmati e risultati effettivamente conseguiti, con indicazione della relativa motivazione

Gli obiettivi e i rispettivi indicatori sono evidenziati, gli scostamenti sono rilevati, i risultati effettivamente conseguiti vengono indicati.

Per gli obiettivi non conseguiti o conseguiti in modo parziale è riportata la motivazione.

Paragrafo 3.3 obiettivi specifici (da pag. 171 a pag. 194)

Esito verifica positivo

3.8 Adeguatezza del processo di misurazione e valutazione dei risultati descritto nella Relazione anche con riferimento agli obiettivi non inseriti nel Piano

La relazione, oltre quelli previsti nel piano, comprende progetti di interesse per il SSR per la realizzazione dei quali non sono previste premialità; gli stessi vengono riportati in relazione, sommariamente descritti, e con indicazione degli obiettivi perseguiti.

Con deliberazione del Direttore Generale n. 125 del 09.03.2020 di integrazione della DDG n. 540 del 06/08/2019, tra le risultanze della misurazione e valutazione della performance individuale, risultano inseriti al punto 1.2.1 i "progetti incentivanti del personale di comparto - quota strategica".

Con riferimento agli stessi il processo di misurazione e valutazione è stato validato dall'OIV con relazione prot. 16909 del 12/02/2020.

Esito verifica positivo

3.9 Conformità della Relazione alle disposizioni normative vigenti e alle linee guida del DFP

La Relazione, redatta seguendo lo schema delle Linee Guida DPF, è sostanzialmente conforme ai principi d.lgs. 150/2009 ed ai regolamenti aziendali interni.

La struttura della relazione predisposta dall'Azienda, con riferimento a fasi, soggetti coinvolti e responsabilità, risulta coerente con i principi delineati dal d.lgs. 150/2009, con l'autonoma regolazione dell'Azienda e con le norme e prassi adottate nel comparto sanitario, nonché di evidente utilità per migliorare la trasparenza dell'amministrazione;

Esito verifica positivo

3.10 Sinteticità della Relazione (lunghezza complessiva, utilizzo di schemi e tabelle, ecc.)

Il documento risulta ricco di contenuti correttamente presentati ed articolati attraverso l'appropriato utilizzo di rappresentazioni tabellari e grafiche.

La struttura complessiva della relazione utilizza numerose tabelle esplicative, le stesse potrebbero costituire un allegato della medesima relazione in maniera da agevolarne la lettura rimandando agli allegati per gli approfondimenti.

Esito verifica positivo

3.11 Chiarezza e comprensibilità della Relazione (linguaggio, utilizzo di rappresentazioni grafiche, presenza dell'indice, di pochi rinvii ad altri documenti o a riferimenti normativi, ecc)

E' riscontrato l'uso di un linguaggio di facile intendimento anche da parte dei cittadini/utenti, la Relazione rappresenta la complessiva attività dell'amministrazione, con ciò facilitando il controllo sociale diffuso sulle attività e i risultati delle attività aziendali.

La relazione comprende anche rappresentazioni grafiche, l'indice è presente, sono contenuti rinvii esplicativi a documenti e a riferimenti normativi che non appesantiscono la lettura e la comprensione.

Esito verifica positivo

Riepilogo degli esiti e osservazioni conclusive

L'Organismo Indipendente di Valutazione, preso atto degli esiti di tutte le verifiche condotte, Valida la Relazione sulla Performance 2018 dell'Azienda Sanitaria di Potenza.

L'Organismo Indipendente di Valutazione, poiché la Relazione sulla Performance e l'atto integrativo costituito dal documento: "Relazione annuale sulla performance anno 2018 approvata con DCG n. 540 del 06.08.2019: appendice" (approvato con con deliberazione del Direttore Generale n. 125 del 09.03.2020), risultano già pubblicati sul sito, dispone che il presente documento, sia pubblicato unitamente agli stessi, sul sito istituzionale dell'Ente, in conformità alla vigente normativa.

Data lì 16.03.2020

Organismo Indipendente di Valutazione

Presidente dr. Antonio Summa



Componente dr.ssa. Costantina Nardella



Componente dr. Antonio Accettura

