

Organismo Indipendente di Valutazione della Regione Campania

Presidente: prof. Riccardo Realfonzo
Componente: dott.ssa Genoveffa Tadonio
Componente: Avv. Francesco Stabile

**Al Sig. Presidente della Regione Campania
per il tramite del Capo di Gabinetto**
capogabinetto@regione.campania.it

Documento di Validazione della Relazione sulla Performance 2021 della Giunta Regionale della Campania

A. L' Organismo Indipendente di Valutazione della Giunta Regionale della Campania ha preso in esame la Relazione sulla performance 2021 della Giunta Regionale della Campania, approvata con DGR n. 236 del 17 maggio 2022, immediatamente esecutiva.

B. L'O.I.V., nello svolgimento delle attività di verifica di sua competenza, ha tenuto conto, in particolare, della disciplina del *Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMiVaP) del personale e dei dirigenti della Giunta Regionale della Campania*, adottato dalla Giunta con deliberazione n. 28 del 26 gennaio 2021 e delle Delibere Civit n. 5 e n. 6 del 2012, delle Linee Guida del Dipartimento Funzione Pubblica n. 3/2018 e del d.lgs. 150/2009 e ss.mm.ii.

C. L'O.I.V., tenuto conto dell'assenza di un sistema automatico di misurazione dei risultati e dell'assenza del controllo di gestione, ha ritenuto di concentrare la propria attività sulla verifica dell'attendibilità dei dati presenti nella suddetta Relazione. Tenuto conto della numerosità degli obiettivi, delle risorse e del tempo disponibili, ha preso atto delle verifiche compiute dalla competente struttura della DG 14 e di quelle compiute ai sensi e per gli effetti dell'art. 14 dello Smivap 2021 e ha effettuato:

- la verifica dell'attendibilità delle misurazioni dei target con il correlato grado di raggiungimento dell'obiettivo, in tutti i casi;
- le verifiche incrociate, in relazione alle risultanze agli atti della struttura di supporto all'O.I.V.;
- la verifica a campione riferita al 15% degli OBSA non trasversali, ossia almeno 1 OBSA (non trasversale) per ciascuna SPL e dei correlati OBO (per un massimo di 4 per ciascun OBSA);
- l'analisi dei casi di disallineamento segnalati dalla DG 14;
- la verifica dell'attendibilità degli obiettivi resi -in tutto o in parte- non valutabili;
- la verifica delle discrasie emerse per gli obiettivi trasversali, soprattutto con riferimento a quelli contabili, così come comunicati dalla DG 14.

D. Il contesto e la documentazione del processo di validazione e le motivate conclusioni raggiunte su ciascuno dei punti esaminati nel processo sono contenute nelle "carte di lavoro", conservate presso la Struttura Tecnica di Supporto all'O.I.V.

Tutto ciò premesso, l'O.I.V.

VALIDA

la Relazione sulla performance 2021 della Giunta Regionale della Campania, con le indicazioni contenute nel Rapporto per la Validazione della Relazione sulla Performance - anno 2021 - della Giunta Regionale della Campania, trasmesso all'Organo politico. Confida, altresì, che le raccomandazioni ivi indicate siano prese in considerazione tempestivamente dall'Amministrazione.

Una sintesi dei lavori di validazione e delle valutazioni emerse alla base della decisione, è riportata nella scheda allegata.

Napoli, 30 maggio 2022

Il Presidente: Prof. Riccardo Realfonzo FIRMATO

I Componenti: Dott.ssa Genoveffa Tadonio FIRMATO

Avv. Francesco Stabile FIRMATO

**SINTESI DEI LAVORI DI VALIDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 2021
DELLA GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA**

RIFERIMENTI DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE (A)	OGGETTO DI VERIFICA AI FINI DELLA VALIDAZIONE (AREE DI VERIFICA) (B)	CONCLUSIONI RAGGIUNTE (H)
	PREMESSA	Il paragrafo non è sottoposto al processo analitico di validazione in quanto ritenuto poco significativo, atteso il suo contenuto. Esso contiene la presentazione della Relazione, sono indicate le finalità del documento stesso e richiamati i riferimenti agli atti regionali con i quali sono stati adottati lo SMiVaP e il Piano della Performance, propedeutici alla redazione della relazione in esame. Anche per il quinto Ciclo della Performance, in continuità con l'innovazione introdotta nel precedente Ciclo ed al fine di assicurare una sempre maggiore oggettività alla misurazione finale della performance ai fini della Relazione, è prevista la verifica - per determinati ambiti tematici - dei dati forniti dalle Strutture a cura di Soggetti terzi interni all'Ente (Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, Direttore Generale per le Risorse finanziarie, Autorità di Gestione dei fondi SIE in raccordo con il Responsabile della Programmazione Unitaria).
1	IL CONTESTO DI RIFERIMENTO	Il paragrafo descrive, in forma sintetica, alcuni dei principali aspetti che hanno caratterizzato il contesto esterno all'Amministrazione, le cui informazioni risultano attendibili in quanto attinte dal Rapporto SVIMEZ e da quello della Banca d'Italia. In particolare, si fa riferimento alla forte contrazione del PIL nazionale, superiore alla media europea, con un impatto relativamente omogeneo a livello territoriale. La crisi è stata determinata dal crollo della domanda interna - i consumi delle famiglie sono diminuiti del 12% ca. -, con una riduzione degli investimenti che ha interessato tutto il Paese. Nel paragrafo vengono inoltre presentati i dati relativi al crollo della domanda estera, alla crisi occupazionale che ha colpito maggiormente le donne ed i giovani delle aree meridionali. Il rapporto SVIMEZ evidenzia l'accresciuto numero di persone in condizione di povertà, soprattutto nel mezzogiorno d'Italia, nonostante l'adozione di misure di contrasto (Reddito di cittadinanza). Anche il Rapporto della Banca d'Italia sulle economie regionali del novembre 2021 evidenzia come l'economia italiana abbia risentito pesantemente degli effetti della crisi da Covid-19. Dal Rapporto emerge, altresì, una inversione di tendenza determinata dall'avvio della campagna di vaccinazione, dal graduale allentamento delle restrizioni e dal rinnovato sostegno a famiglie e imprese. Infine, la maggior flessibilità nell'uso dei fondi europei, introdotta dalla Commissione in risposta alla crisi pandemica, ha accelerato la spesa delle risorse per i programmi comunitari: nel prossimo futuro le politiche di coesione saranno affiancate da quelle previste nell'ambito del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR). Il paragrafo risulta comprensibile e di facile lettura.
1.2	L'AMMINISTRAZIONE	Il paragrafo presenta un'esauritiva descrizione della composizione delle strutture ordinarie della Giunta, così come la descrizione, in forma tabellare, dell'architettura delle stesse. Le informazioni esposte risultano attendibili, in quanto scaturite da specifici atti regionali (combinato disposto dalle Deliberazioni n. 600 e 601 del 2020, e 294 del 7/07/2021), che hanno ridisegnato l'assetto organizzativo dell'Amministrazione. La consistenza numerica del personale, riferita al 31/12/2021, è pari 4458 unità; la stessa è rappresentata con la specificazione della distribuzione per "sesso", categoria e tipologia di contratto (tempo indeterminato e tempo determinato). E', altresì, rappresentata con istogramma la distribuzione per età dei dipendenti. E', inoltre, presente in forma tabellare il confronto con il dato al 31/12/2020 della consistenza numerica delle risorse umane, ripartite per categorie. Infine è riportato il "Costo del Personale", suddiviso per tipologie e categorie, riferito all'anno 2021, nonché sono riportati i link per la lettura dei dati rilevanti ai fini delle performance individuali. Sono riportati, inoltre, sotto forma grafica, alcuni dati significativi riferibili al bilancio dell'Ente. Il paragrafo risulta comprensibile e di facile lettura.

RIFERIMENTI DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE (A)	OGGETTO DI VERIFICA AI FINI DELLA VALIDAZIONE (AREE DI VERIFICA) (B)	CONCLUSIONI RAGGIUNTE (H)
2	IL CICLO DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA	<p>Il paragrafo illustra gli indirizzi strategici per il triennio 21-23 rispetto ai quali il Piano rappresenta lo strumento di sviluppo e di esplicitazione gestionale. Evidenzia, inoltre, gli obiettivi strategici triennali in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza individuati dal Presidente della Giunta. Il paragrafo 2.2 mette in risalto le principali caratteristiche del Piano per le annualità 2021- 2023, come disciplinato dalla normativa e dallo SMiVaP (DGR n28 del 26/01/21). Evidenzia, il consolidamento dell'integrazione tra i diversi strumenti di programmazione, con particolare riferimento al DEFR 2021-2023, la connessione con il PTPCT, il supporto assicurato ai processi decisionali dell'Amministrazione. Mette, altresì, in luce la sinergia tra le diverse Strutture organizzative dell'Amministrazione coinvolte ratione materiae nella redazione del Piano. In risalto è la costituzione di un Comitato Tecnico di coordinamento finalizzato al presidio del processo di definizione del Piano della Performance 2021-2023 e alla relativa semplificazione, composto dai Responsabili delle Strutture di primo livello. Il numero di obiettivi (strategici annuali ed operativi) individuati per ciascuna SPL, pari complessivamente a n. 1099 (256 OBSA e 843 OBO). Il paragrafo 2.3 descrive gli interventi di monitoraggio effettuati con sintetiche informazioni in ordine al numero degli obiettivi oggetto di variazione. L'OIV ritiene necessario procedere ad una ulteriore semplificazione del processo, attraverso la ulteriore riduzione degli obiettivi ed un diverso collegamento tra OBSA ed OBO. Il paragrafo risulta comprensibile e di facile lettura. All'esito della fase di monitoraggio, sono risultati consuntivati 253 OBSA ed 853 OBO, pari complessivamente a 1106 obiettivi.</p>
3	IL PROCESSO DI CONSUNTIVAZIONE PER L'ANNUALITA' 2021	<p>Il paragrafo fornisce notizie sul processo di acquisizione delle rendicontazioni dalle Strutture, con il consolidamento dell'utilizzo della piattaforma informatica Gzoom e la conseguente ottimizzazione della gestione del processo in tutte le sue fasi: consuntivazione, verifica coerenza formale, successive elaborazioni. I dati consuntivati, specificati nella relazione prodotta -dal Responsabile della Struttura di primo livello per gli OBSA, dal Responsabile della SSL per gli OBO, sono stati sottoposti alla verifica formale dell'Ufficio competente e, ove necessario, sono state richieste agli Uffici interessati rettifiche in ordine ai consuntivi forniti. Per determinate tipologie di obiettivi, come previsto dall'aggiornamento 2021 dello SMiVaP, i dati consuntivati sono stati sottoposti a verifica da soggetti interni all'Ente (Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, Direttore Generale per le Risorse finanziarie, Autorità di Gestione dei fondi SIE). La verifica successiva dell'OIV ha, comunque, evidenziato la presenza, anche se in minima parte, di risultati incoerenti rispetto ai dati misurati, nonché la presenza di indicatori/target non sempre coerenti. Va segnalata che l'assenza di una misurazione oggettiva degli obiettivi, in parte scaturente dalla mancanza di un sistema di controllo di gestione, pone in evidenza la necessità di soffermarsi sull'attendibilità dei risultati dichiarati e sulla necessità di controllo degli stessi. L'OIV ritiene necessario che tutte le strutture continuino ad assicurare l'immediata disponibilità della documentazione attestante i risultati raggiunti, anche nell'ottica di accelerare il processo. Il paragrafo risulta comprensibile e di facile lettura.</p>

RIFERIMENTI DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE (A)	OGGETTO DI VERIFICA AI FINI DELLA VALIDAZIONE (AREE DI VERIFICA) (B)	CONCLUSIONI RAGGIUNTE (H)
4	I RISULTATI DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA CONSEGUITI	<p>Il paragrafo descrive, ai sensi dell'aggiornamento 2021 dello SMiVaP, le modalità di determinazione della performance organizzativa delle Strutture di Primo Livello, delle Strutture di Secondo Livello, nonché quella complessiva dell'Ente. Sono riportati in forma tabellare i risultati di performance organizzativa conseguiti da ciascuna Struttura di Primo Livello e dalle collegate Strutture di Secondo Livello. E' esposto il risultato dell'Ente, pari a 97,86. Sono, inoltre, presenti tabelle contenenti i dati relativi ai risultati conseguiti da ciascuna Struttura di primo livello per gli obiettivi trasversali.</p> <p>I risultati dei controlli effettuati a campione sono positivi, atteso che in un solo caso è stata richiesta la neutralizzazione dell'obiettivo. Per nessun obiettivo, tra quelli sottoposti a campionamento, è stato necessario procedere ad una rettifica della misurazione. Le rettifiche hanno riguardano i disallineamenti segnalati dalla DG. 14. Il miglioramento della Performance passa anche attraverso il miglioramento della qualità degli obiettivi, da realizzarsi assicurando la coerenza interna degli stessi, il carattere di sfida tipico degli obiettivi e la loro realizzazione in fase successiva all'assegnazione degli stessi. Il paragrafo risulta comprensibile e di facile lettura.</p>
5	CRITICITA' E PROSPETTIVE DI SVILUPPO	<p>Nel paragrafo vengono poste in evidenza sia alcune criticità che hanno caratterizzato il Ciclo della Performance per l'annualità 2021, sia gli evidenti progressi registrati grazie anche ad una maggiore dimestichezza delle Strutture sia con lo strumento informatico (piattaforma dedicata) che con la consuntivazione stessa, ciò anche alla luce dei rilievi formulati nei cicli precedenti.</p> <p>Sulla complessità del processo di rendicontazione ha inevitabilmente inciso l'elevato numero di obiettivi, oltre all'assenza di un sistema informativo integrato che consenta l'acquisizione diretta, dei dati degli applicativi informatici in uso nell'Ente, ai fini della misurazione automatica dei risultati.</p> <p>Il paragrafo evidenzia, inoltre, un ulteriore, sensibile miglioramento nella individuazione degli obiettivi e dei relativi indicatori e target, seppur in presenza di alcune carenze di tipo formale-metodologico. Infine, segnalato, il ruolo assunto dal Comitato Tecnico di coordinamento per il presidio anche del processo rendicontazione, con riferimento particolare agli obiettivi trasversali.</p> <p>L'OIV ribadisce la necessità della semplificazione del processo, di correlazioni più stringenti, soprattutto in tema di obiettivi trasversali, tra OBSA ed OBO, con sempre maggior riguardo alla specificità operativa delle Strutture, evitando di incorrere in una mera trasposizione degli obiettivi strategici in quelli operativi. L'Organismo ribadisce, altresì, la necessità di limitare l'uso della non valutabilità degli obiettivi, dovendo rappresentare solo una eccezione. Il paragrafo risulta comprensibile e di facile lettura.</p>
Allegato b	REPORT STRUTTURE DI PRIMO E SECONDO LIVELLO	<p>Vengono allegate le schede relative agli obiettivi delle strutture di primo livello. L'allegato risulta comprensibile e di facile lettura, nonostante la numerosità degli obiettivi. La presenza di una relazione per ciascun obiettivo e di una relazione esplicativa per struttura fornisce le informazioni utili per la comprensione dei dati. Spesso, però, le relazioni sono troppo tecniche e con effetti sulla comprensibilità all'esterno. Dall'analisi complessiva del report allegato, nonostante i passi in avanti compiuti, emerge la necessità di migliorare ulteriormente la qualità degli obiettivi e dei relativi indicatori e soprattutto la necessità di un processo di razionalizzazione che limiti gli obiettivi alle reali priorità dell'Amministrazione.</p>

Napoli, 30 maggio 2022

L'Organismo Indipendente di Valutazione

Il Presidente

Prof. Riccardo Realfonzo FIRMATO

I Componenti:

dott.ssa Genoveffa Tadonio FIRMATO

Avv. Francesco Stabile FIRMATO

Organismo Indipendente di Valutazione della Giunta Regionale della Campania

Presidente: Prof. Riccardo Realfonzo

Componente: Dott.ssa Genoveffa Tadonio

Componente: Avv. Francesco Stabile

RAPPORTO PER LA VALIDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE - ANNO 2021 - DELLA GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA

30 maggio 2022

INDICE

1. PREMESSA.....	3
2. CONTESTO DI RIFERIMENTO	3
3. METODOLOGIA UTILIZZATA	4
4. CRITICITÀ.....	7
5. CONCLUSIONI.....	9

Rapporto per la validazione della Relazione sulla Performance - anno 2021 - della Giunta Regionale della Campania

1. PREMESSA

L'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) della Giunta Regionale della Campania ha esaminato, ai fini della validazione, ai sensi dell'art. 14, comma 4, lett. c), del D. Lgs. n. 150/2009, la Relazione sulla performance 2021, elaborata dalla Struttura competente ed approvata dalla Giunta Regionale con DGR n. 236 del 17 maggio 2022.

La Relazione sulla performance è stata redatta ai sensi dell'art. 14 dello SMiVaP (ex DGRC n. 28 del 26 gennaio 2021), che ha disciplinato – per il 2021 – il ciclo della performance per il personale e i dirigenti della Giunta della Regione Campania, definendo i soggetti, le attività, i tempi e le fasi di attuazione del processo.

La Relazione sulla performance in Regione Campania, prevista dall'art. 10 c. 1 lett. b) del D.lgs. 150/09, dà evidenza, a consuntivo, dei risultati organizzativi raggiunti dalle SPL e dalle SSL rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse stanziare, con rilevazione degli eventuali scostamenti. La delibera Civit 5/2012 e le linee Guida per la Relazione annuale sulla performance del Dipartimento della Funzione Pubblica, n.3/2018 (tra l'altro non obbligatorie per l'Ente), forniscono delle indicazioni sulla struttura e sulla forma del documento. In ogni caso, esso deve risultare snello e comprensibile, accompagnato, ove necessario, da una serie di allegati che raccolgano le informazioni di maggior dettaglio; esso, inoltre, deve tener conto delle caratteristiche specifiche dell'Amministrazione e, soprattutto, essere improntato ai principi di trasparenza, immediata intelligibilità, veridicità e verificabilità dei contenuti, partecipazione e coerenza interna ed esterna.

La validazione della Relazione, per sua natura, completa il Ciclo della Performance dell'anno di riferimento: essa rappresenta un passaggio sia formale che sostanziale del processo di misurazione e valutazione che consente, tra l'altro, l'accesso ai sistemi premianti previsti, sia per il personale dirigente che per quello del comparto. Il riconoscimento delle premialità terrà, comunque, conto, degli obiettivi individuali assegnati ai dipendenti e della valutazione espressa dal valutatore di riferimento nei tempi e nei modi previsti dallo SMiVaP (nonché dai CCNL e da quelli decentrati).

Quale documento finale di un processo complesso, **la validazione rappresenta anche uno strumento utile per segnalare le criticità emerse nel ciclo concluso e favorire un processo di miglioramento di quelli futuri**, a partire da quello in corso. L'O.I.V. della Regione Campania, a tal fine, sulla scia di quanto già avvenuto nel passato, fornirà all'Ente prescrizioni e raccomandazioni, con l'auspicio che si consolidi e si rafforzi nel tempo il percorso avviato nel 2017, nonostante le inevitabili difficoltà e i necessari adeguamenti organizzativi dovuti all'emergenza epidemiologica.

2. CONTESTO DI RIFERIMENTO

Prima di entrare nel merito dell'analisi del documento, è opportuno evidenziare che il 2021 rappresenta, per la Regione Campania, il quinto anno di applicazione delle norme previste dalla riforma Brunetta (d.lgs. 150/2009, così come integrato dalla riforma Madia – d.lgs. 74 e 75/2017). Come già segnalato nel passato, il percorso virtuoso avviato nel 2017 ha portato – non senza difficoltà e resistenze – ad un adeguamento organizzativo e ad un approccio diverso e sempre più maturo degli attori alle tematiche in esame. La ciclicità del processo comporta che le criticità registrate vadano lette in un'ottica propositiva e prospettica, quale occasione per apportare correttivi ai cicli degli anni successivi ed alle regole presenti nello SMiVaP. Tutte le strutture regionali che – a diverso titolo - partecipano al processo devono assicurare tempestività nelle diverse fasi del processo il rispetto dei tempi assegnati assume, infatti, nell'economia generale dei singoli cicli, un'importanza fondamentale. Per semplificare e accelerare le attività di rendicontazione è necessario che il sistema assicuri: a) la scelta di obiettivi e/o indicatori di facile misurazione; b) l'oggettività dei dati misurati, con certezza della fonte di riferimento (attenuando l'autoreferenzialità del sistema); c) la riduzione degli obiettivi nel loro complesso; d) una maggiore interrelazione tra obiettivi delle strutture di primo e secondo livello; e) l'archiviazione tempestiva e la disponibilità della documentazione a supporto dei risultati raggiunti, tale da garantire una verifica ed un controllo sia degli organi interni che, eventualmente, di quelli esterni.

In generale, come si preciserà in seguito, è necessario porre la giusta attenzione, sia nella fase di predisposizione del Piano che nel suo monitoraggio:

- alla qualità degli obiettivi
- alla loro coerenza con gli strumenti di programmazione dell'Ente;
- alla loro coerenza interna (coerenza tra obiettivo, indicatore e target).

Anche per il 2021 è stato utilizzato un sistema informativo che, inevitabilmente, agevola la gestione del processo. L'ulteriore step di crescita è legato alla **disponibilità di un sistema integrato** che consenta, ad esempio, di **reperire i dati di misurazione in automatico** da altri sistemi informativi in uso. È evidente, però, che la sola integrazione informatica non è di per sé sufficiente a raggiungere il risultato auspicato se non accompagnata, come sopra segnalato, dalla previsione di obiettivi i cui indicatori e target consentano una facile ed automatica misurazione.

3. METODOLOGIA UTILIZZATA

L'O.I.V. ha fornito, in continuità rispetto al passato, alla Struttura tecnica di supporto (di seguito, per brevità, "Struttura") le indicazioni in merito all'approccio metodologico da seguire, ai fini della Validazione della Relazione sulla Performance 2021. Nel corso dei diversi incontri avuti sul tema, l'Organismo ha – più volte – ribadito la necessità di assicurare la tempestiva chiusura del processo. In ogni caso solo con la conclusione del processo di rendicontazione da parte di tutte le strutture e con l'approvazione della Relazione del 17 maggio u.s., l'O.I.V. ha effettuato un'organica e complessiva analisi dei dati, allo scopo di assicurare coerenza e imparzialità nelle decisioni assunte.

L'avvio in anticipo delle attività di analisi ed il costante confronto con il competente ufficio della DG 14 Risorse Umane, ha consentito di assicurare tempestività nella chiusura del processo e garantire la giusta profondità dei controlli. L'analisi di competenza, soprattutto quella a campione, è finalizzata ad evidenziare la qualità della rendicontazione nel suo complesso, in ragione della numerosità dei disallineamenti eventualmente riscontrati. L'incisività dei controlli, nell'impossibilità di un controllo totalitario, in ragione dei tempi assegnati e della numerosità degli obiettivi, è condizione inderogabile per verificare l'attendibilità dei dati misurati nella Relazione. I tempi di risposta delle strutture, rispetto al passato, sono stati coerenti con la finalità della rendicontazione. Il diverso e più collaborativo approccio delle strutture ha consentito di avere la disponibilità dei dati e della documentazione a supporto dei risultati registrati con tempestività.

L'O.I.V., anche per la validazione in esame, ha confermato la necessità di assicurare profondità ed esaustività ai controlli, che possono essere così sintetizzati:

- verificare l'attendibilità delle misurazioni dei target con il correlato grado di raggiungimento dell'obiettivo, in tutti i casi;
- prendere atto delle attività svolte dalle strutture regionali ai sensi dell'art. 14 commi 4, 5 e 6 dello SMiVaP 2021;
- effettuare delle verifiche incrociate, in relazione alle risultanze agli atti della struttura di supporto all'O.I.V.;
- effettuare una verifica a campione riferita al 15% degli OBSA non trasversali, ossia almeno 1 OBSA (non trasversale) per ciascuna SPL e dei correlati OBO (per un massimo di 4 per ciascun OBSA);
- effettuare l'analisi dei casi di disallineamento segnalati dalla DG 14;
- verificare l'attendibilità degli obiettivi resi -in tutto o in parte- non valutabili;
- verificare le discrasie emerse per gli obiettivi trasversali, soprattutto con riferimento a quelli contabili, così come comunicati dalla DG 14;

In considerazione delle decisioni assunte dall'Organismo, su richiesta della Struttura, la DG 14 per le Risorse Umane ha trasmesso i dati definitivi (in quanto già oggetto di verifica da parte della stessa DG ai sensi dell'art. 15 c.7 dello SMiVaP 2021), rendicontati dalle SPL, i casi misurati come non valutabili, nonché i casi di disallineamenti registrati (cfr. nota prot. n. 250065 del 12.05.2022).

La Struttura ha provveduto, inoltre, a sorteggiare 1 OBSA per ciascuna SPL e i correlati OBO, per un massimo di 4 per ciascun OBSA (come da richiesta OIV - cfr. verbale O.I.V. del 30 marzo 2022).

Per tutti i casi sopra indicati, sulla base delle indicazioni fornite dallo scrivente Organismo, la Struttura ha avviato l'analisi preliminare – anche mediante interlocuzione diretta con i referenti delle

SPL interessate – volta ad acquisire, laddove necessario, la documentazione attestante il raggiungimento dei risultati descritti nonché le ulteriori precisazioni e/o integrazioni ritenute necessarie per chiarire al meglio la rendicontazione effettuata. La verifica ha riguardato sia gli obiettivi strategici che quelli operativi.

Tutta la documentazione consegnata è agli atti della Struttura, anche al fine di verificare la veridicità dei dati in termini di replicabilità del processo ed è stata costantemente aggiornata e messa a disposizione dell'Organismo per le valutazioni di competenza.

La validazione dell'O.I.V., per sua natura, non è una certificazione sulla veridicità dei dati presenti nella relazione, ma una verifica sul funzionamento e sull'affidabilità del sistema nel suo complesso. Essa conclude il Ciclo della Performance 2021; attesa la sua rilevanza, necessita di tempi di analisi coerenti con l'importanza dell'atto stesso. Le azioni attuate, a tal fine, nonostante le difficoltà operative riscontrate ed illustrate, hanno consentito all'O.I.V. di poter **esprimere un proprio giudizio positivo sull'attendibilità dei dati presenti nella relazione.**

L'assenza di fonti di dati esterni che alimentano in automatico il sistema informativo in uso, l'intervento manuale di caricamento dei dati di misurazione nonché la necessità di superare un sistema autoreferenziale, in assenza di un controllo di gestione e di una reale integrazione tra i sistemi, impone la massima attenzione sulla tematica, per garantire la qualità dell'intero processo. Per tale motivo l'O.I.V. ha ritenuto di dover procedere alla verifica campionaria dell'attendibilità dei dati, propedeutica alla validazione.

Inoltre, la disponibilità dei dati, in formato aperto ed elaborabile, dei risultati conseguiti, relativi a tutti gli obiettivi strategici ed operativi (ivi compresi quelli relativi alla loro misurazione ed al grado di raggiungimento del risultato rispetto al target), ha consentito una verifica puntuale dei dati rendicontati. In particolare, è stata verificata l'attendibilità della misurazione formale di tutti gli obiettivi, senza registrare alcuna discrasia.

Come già accennato, l'esperienza della verifica della Relazione 2021 ha fatto registrare, rispetto ai cicli precedenti, una maggiore propensione alla collaborazione delle strutture nel fornire – tempestivamente - la documentazione giustificativa. È questa una conferma di un approccio diverso, e per certi versi più maturo, delle strutture alla tematica *de qua*, con tempi di trasmissione del materiale per la rilevazione dell'avvenuto raggiungimento dei risultati coerenti con quelli del procedimento in questione

Per gli Obiettivi estratti (cfr. allegato n. 1), complessivamente pari a 133, di cui 30 OBSA non trasversali e 103 OBO, è stato stabilito di effettuare un controllo articolato nelle seguenti fasi:

- 1) verifica della coerenza della specifica relazione predisposta dal responsabile della struttura (associata al singolo obiettivo nella Relazione sulla Performance), rispetto all'obiettivo, all'indicatore e alla relativa misurazione;
- 2) acquisizione documenti ritenuti necessari per la dimostrazione dei risultati;
- 3) esiti del controllo documentale.

Le “carte di lavoro”, consistenti nella documentazione – su supporto informatico – consegnata dalle strutture, nonché le schede di sintesi contenenti, per ciascuna SPL/SSL, i dati della Relazione e le verifiche svolte per ciascun obiettivo, con una breve analisi delle eventuali criticità riscontrate, sono conservate presso la Struttura.

L'O.I.V. ha provveduto all'analisi delle carte di lavoro, come sopra descritte, con riferimento ai seguenti ambiti:

- la conformità (*compliance*) della Relazione, in termini di struttura e contenuto, alle disposizioni vigenti;
- la comprensibilità, da valutare in particolare nella prospettiva di cittadini e portatori di interesse, per favorire il controllo diffuso su attività e risultati dell'Amministrazione;
- l'attendibilità, in termini di tracciabilità e replicabilità, dei dati contenuti nella Relazione che, per quanto sopra detto, tiene conto dell'analisi a campione svolta.

Già prima dell'approvazione della Relazione, come già accennato, la DG per le Risorse Umane (DG 14) ha sottoposto all'attenzione dell'O.I.V. tre problematiche di carattere generale: a) un elenco di disallineamenti tra risultati e relazioni presentate; b) un elenco di obiettivi ritenuti non valutabili dalle strutture; c) un ulteriore elenco di disallineamenti legati alle verifiche ex art. 14 dello SMiVaP.

I dati trasmessi sono stati oggetto prima di un confronto interno tra la Struttura e la DG 14 – Risorse Umane – finalizzato alla condivisione delle problematiche sorte, cui ha fatto seguito un

confronto con le SPL interessate. La metodologia collaborativa adottata, avviata in anticipo rispetto al passato, ha consentito di chiarire i dubbi sorti dall'analisi delle rendicontazioni effettuate.

Come più volte auspicato dall'O.I.V. nel passato, le segnalazioni effettuate, con puntualità e precisione dalla competente struttura, sono state accompagnate dall'esito delle analisi effettuate. La necessità di non disperdere le informazioni, anche critiche, emerse, oltre ad accelerare il processo, evidenziano e danno atto – ancora di più – della professionalità e della profondità del lavoro compiuto. Il confronto preventivo e collaborativo migliora il processo anche in relazione ai tempi per la sua conclusione, ferma la responsabilità di ciascun attore per le fasi di rispettiva competenza, così come descritte dallo SMiVaP.

In merito alle tre problematiche poste dalla DG 14, l'O.I.V. evidenzia:

a) **Elenco dei disallineamenti.** La DG 14, in sede di verifica di competenza, ha rilevato e comunicato all'Organismo 65 casi di disallineamenti riguardanti 20 SPL. L'attività svolta dalla DG 14, ai sensi dell'art 15 c. 7 dello SMiVaP, ha evidenziato la presenza di incoerenze con i risultati rendicontati. La Direzione del Personale, pertanto, persistendo le indicate incoerenze nella consuntivazione, giacché i chiarimenti in alcuni casi richiesti e forniti dalle SPL interessate alla problematica non risultavano adeguati, ha trasmesso l'elenco che è stato oggetto di comune analisi con la Struttura. Il lavoro congiunto svolto ha consentito di svolgere i dovuti approfondimenti e risolvere in anticipo la maggior parte dei disallineamenti rappresentati. L'O.I.V. ha analizzato tutti i rilievi posti (compresi quelli oggetto di risoluzione preventiva). L'istruttoria compiuta sulla base della relazione inviata dalla DG 14, così come integrata dalla Struttura, nonché delle relazioni dirigenziali presenti nella DGR n. 236 del 17 maggio 2022 di approvazione della Relazione sulla Performance e dei confronti avuti con i controller delle strutture interessate, è agli atti della Struttura. Nell'allegato n. 2 "Analisi disallineamenti segnalati dalla DG 14" sono presenti i casi per i quali l'O.I.V. ritiene di dover procedere a una rettifica della misurazione. La decisione dell'O.I.V. **rappresenta una prescrizione.**

b) **Elenco di obiettivi ritenuti non valutabili dalle strutture.** Sono stati analizzati gli obiettivi - in tutto o in parte - misurati come "non valutabili". Alla luce dell'elevato numero dei casi di neutralizzazione presenti, l'O.I.V. conferma la necessità di ridurre il ricorso alla "non valutabilità" degli obiettivi che, in considerazione del numero registrato, non rappresenta più un'eccezione. La fattispecie oggetto della presente analisi, infatti, afferisce a 19 SPL e 44 SSL per un totale di **70 obiettivi ritenuti non valutabili di cui 37 in materia contabile e 18 relativi al tema della trasparenza e dell'anticorruzione.** Benché la non valutabilità degli obiettivi rappresenti un'oggettiva impossibilità per le Strutture di raggiungere i target prefissati, un ricorso massivo alla neutralizzazione denota una scarsa attenzione alla fase di attribuzione e di monitoraggio degli obiettivi stessi. I tanti obiettivi neutralizzati in materia contabile e/o di trasparenza e anticorruzione, in particolare, potevano essere – almeno nella fase del monitoraggio del Piano della Performance – analizzati al meglio e, all'occorrenza, opportunamente rimodulati sulla base delle evidenze emerse.

In altri termini, sin dalla loro definizione gli obiettivi potevano (*rectius* dovevano) essere calibrati sulle specifiche caratteristiche della struttura. L'O.I.V., pertanto, auspica che nel futuro si presti la massima attenzione alla tematica, per assicurare sempre la definizione di obiettivi di struttura relativi alla trasparenza e all'anticorruzione specifici e calati nella singola realtà. **La giusta attenzione alla definizione degli obiettivi, in capo all'Organo politico e ai Dirigenti, inoltre, incide sulla valutazione dei comportamenti organizzativi dei dirigenti, atteso il ruolo da questi ultimi svolto nel processo.**

c) **Elenco di disallineamenti contabili legati alle verifiche ex art. 14 dello SMiVaP.** La DG 13 - Risorse Finanziarie, ai sensi dell'art. 14, c. 6 dello SMiVaP, per le sole SPL, ha proceduto a verificare gli indicatori che componevano l'obiettivo contabile, segnalando le misurazioni difformi da quelle effettuate dagli uffici. A seguito di tale controllo, non tutte le strutture regionali hanno ritenuto opportuno adeguarsi alle indicazioni fornite dalla DG 13. L'O.I.V. ha analizzato i dati trasmessi (67 casi). La verifica approfondita sui singoli casi ha avuto riguardo alle relazioni presentate dalle strutture, alle eventuali integrazioni inviate dalle stesse e alle interlocuzioni avvenute con la struttura di supporto. In particolare, dei 67 casi trasmessi:

- 17 sono riferibili a casi per i quali le strutture non si sono adeguate alla rettifica effettuata dalla DG13;
- 44 casi sono riferibili a fattispecie per le quali le strutture si sono adeguate alle rettifiche della DG 13;
- 6 casi, infine, sono stati neutralizzati.

I risultati del complesso e delicato lavoro sono riassunti negli allegati al presente rapporto, dove sono precisate le decisioni dell'O.I.V. in merito.

In un'ottica di supporto al miglioramento del processo l'O.I.V., in considerazione di quanto emerso dalla lettura dei dati, sottolinea che:

- PRU: è necessario che l'Ente adotti le metodologie ritenute più efficaci per risolvere definitivamente la delicata tematica dei provvisori di uscita legato a pignoramenti. Già il pignoramento in sé rappresenta, infatti, una patologia del sistema. La mancata regolarizzazione rappresenta un ulteriore tassello di inefficienza a cui va posto rimedio. Già in occasione del monitoraggio del Piano della Performance 2022 – 2024, pertanto, è necessario che siano adottate le misure opportune per garantire la lavorazione degli arretrati. L'Avvocatura regionale e la DG Risorse Finanziarie sono chiamate a svolgere un ruolo di coordinamento finalizzato al supporto delle Direzioni generali nella predisposizione corretta degli atti necessari per il riconoscimento del debito e la regolarizzazione dei PRU, che abbia quale punto di partenza la determinazione, in maniera inequivocabile, delle strutture responsabili.
- Stock delle fatture impagate. L'O.I.V. invita la DG Risorse Finanziarie a continuare nell'attività di supporto alle altre Direzioni per la sistemazione degli archivi, attese le difficoltà evidenziate in alcune delle relazioni dei dirigenti. Invita, altresì, tutte le SPL interessate a utilizzare gli strumenti disponibili (RUF e PCC) per procedere alla sistemazione degli archivi. Anche in questo caso, per conseguire adeguatamente l'obiettivo in questione, l'O.I.V. segnala la necessità di un diverso approccio organizzativo alla tematica, volto a una più funzionale ricognizione e sistemazione dei casi ancora pendenti.
- Codice Ipa non più attivi: è necessario che, a seguito della soppressione delle strutture ordinali, sia prevista l'automatica cancellazione del codice Ipa, onde evitare difficoltà gestionali legate al mancato presidio delle fatture che eventualmente dovessero pervenire.
- Grado di realizzazione degli investimenti. La verifica non può non tenere conto delle difficoltà di cassa che l'Ente dovesse temporaneamente registrare.

4. CRITICITÀ

L'esame della Relazione sulla Performance 2021 e l'osservazione dell'intero Ciclo della Performance, pur facendo registrare un sensibile miglioramento e un approccio più maturo alla complessiva gestione del procedimento *de quo*, hanno confermato la presenza di alcune criticità operative nell'applicazione delle regole previste dal regolamento interno regionale. In uno spirito propositivo e in continuità con il passato, al fine di efficientare il Ciclo della Performance e – di conseguenza – la macchina amministrativa regionale, si evidenziano le seguenti osservazioni:

- a) **Approccio al Ciclo della Performance.** È ancora presente, anche se in forma più latente rispetto al passato, la più volte segnalata resistenza al cambiamento. Alcune strutture regionali, in particolare, confermano un approccio adempimentale. Si ribadisce che il successo del processo passa, inevitabilmente, attraverso la condivisione del progetto da parte di tutti gli attori. Si ritiene necessario, inoltre, che sia superato l'approccio "difensivo", volto in taluni casi a sottostimare obiettivi e target. Come più volte segnalato, il successo del percorso passa dalla previsione di obiettivi realizzabili e al tempo stesso sfidanti per i quali, cioè, è richiesto uno sforzo da parte delle strutture. La previsione di OBSA ed OBO uguali, ad esempio, così come la realizzazione delle attività in prossimità dell'approvazione del Piano, rappresentano delle criticità da superare, anche attraverso l'eventuale modifica delle regole dello SMiVaP. Sono stati registrati e, necessariamente non valorizzati, diversi obiettivi, con un'unica azione/indicatore, per

i quali l'attività è stata completata nel corso del primo bimestre dell'anno di riferimento. In questi casi, la presenza di più azioni/indicatori che diano atto delle diverse fasi delle attività da svolgere, potrebbe aiutare le strutture a programmare le attività di maggior interesse per tutto l'arco temporale di riferimento.

- b) Ulteriore semplificazione del processo di rendicontazione.** Tale risultato potrà essere raggiunto attraverso la previsione di obiettivi chiari e facilmente misurabili, con l'indicazione della fonte del dato della misurazione registrata e dei criteri metodologici utilizzati. L'assenza del controllo di gestione, inoltre, più volte segnalata, non facilita tale processo che deve mirare a superare del tutto la logica dell'autoreferenzialità, ancora presente. Per semplificare il processo, l'O.I.V. auspica, altresì, scelte metodologiche finalizzate alla semplificazione anche degli obiettivi trasversali e la previsione di automatismi tra OBSA ed OBO.
- c) Tempi di attuazione.** Anche l'esame della Relazione sulla Performance 2021 ha fatto registrare un cospicuo numero di casi di obiettivi rendicontati in maniera incoerente con le previsioni di cui all'art.4 c. 1 lett. d) dello SMiVaP 2021, e quindi realizzati in tempi antecedenti all'approvazione del Piano della Performance 2021-2023; anche per tale fattispecie, eccezion fatta per i casi di documentazione - già in possesso della SPL - comprovante l'avvenuta assegnazione dell'obiettivo in questione da parte del competente Organo in una data antecedente, l'Organismo ritiene di considerarne gli effetti in sede di valutazione delle capacità manageriali dei Dirigenti.
- d) Sistema Informativo.** Anche il processo di rendicontazione 2021 è stato gestito con la piattaforma Gzoom. Questo passaggio è fondamentale per la crescita organizzativa, attese le modalità seguite nei primi anni. L'ulteriore passo da compiere è rappresentato dalla utilizzazione di un sistema informativo integrato, coadiuvato da un sistema di controllo di gestione adeguato e allo stato mancante, che consentirebbe una misurazione oggettiva dei risultati raggiunti.
- e) Qualità degli obiettivi.** Come già riferito nei rapporti di validazione degli anni precedenti, continuano a sussistere diverse criticità in merito alla "qualità" degli obiettivi e dei relativi indicatori. La tensione verso la qualità, nel rispetto della sostenibilità delle azioni assegnate, deve rappresentare un costante punto di riferimento sia per i Dirigenti che per l'Organo Politico. Vanno evitati obiettivi che prevedono mere trasposizioni di attività di competenza di ciascuna Struttura. È noto, infatti, che gli obiettivi (ai sensi dell'art. 5 del d.lgs. 150/2009) devono essere "*rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività*" e in quanto tali devono tendere al "*miglioramento della qualità dei servizi e degli interventi*". Elemento di criticità rilevato nell'attuazione del Ciclo che si avvia a conclusione è la presenza di OBSA ed OBO definiti senza una specifica tipizzazione, ossia come semplice trasposizione di quello strategico in obiettivo operativo. Con riferimento al campione di obiettivi estratto dall'O.I.V. per una verifica (30 OBSA e 103 OBO), sono stati riscontrati 7 casi di OBSA trasposti in OBO, con una incidenza significativa. Anche in questo caso l'Organismo, nell'ottica del sempre maggiore efficientamento dell'azione amministrativa e di responsabilizzazione dei Dirigenti ritiene opportuno che i valutatori considerino gli effetti in sede di valutazione delle capacità manageriali dei Dirigenti.
- f) Non valutabilità degli obiettivi.** È evidente che il mancato raggiungimento di un obiettivo, così come risultante dalla misurazione effettuata, rappresenta un primo e importante step per la valutazione dei risultati raggiunti. In caso di mancato raggiungimento degli obiettivi, è necessario analizzare le cause che hanno determinato il risultato negativo. Ciò è importante, in primo luogo, per apportare i necessari accorgimenti organizzativi ed evitare il ripetersi del fenomeno già nel ciclo immediatamente successivo. In realtà, anche in sede di monitoraggio degli obiettivi, tale analisi non deve mai mancare, rappresentando un momento importante per adeguare il Piano alle nuove e diverse esigenze emerse. In secondo luogo, va valutata l'*imputabilità* del mancato raggiungimento dei risultati alla struttura. Vanno, pertanto, analizzati i nuovi eventi, la presenza di cause esogene e successive anche al processo di monitoraggio che hanno influenzato il raggiungimento del risultato. Come segnalato nel paragrafo n. 3, però, il numero di casi non valutabili è apparso eccessivo ed è frutto, probabilmente, di una non corretta valutazione dello scenario di riferimento al momento della definizione degli obiettivi. L'O.I.V., pertanto, invita i Dirigenti e l'Organo politico a porre la massima attenzione alla definizione degli obiettivi, atteso che l'impossibilità di raggiungere i risultati deve emergere successivamente alla definizione degli stessi e rappresentare una limitata eccezione. Molti obiettivi contabili e/o in materia di trasparenza e anticorruzione sono stati misurati come "*non*

valutabili”, per cause probabilmente già conosciute o conoscibili al momento della definizione o del monitoraggio del Piano.

5. CONCLUSIONI

Con la validazione della Relazione sulla Performance – anno 2021 - formalmente si chiude il quinto Ciclo della Performance della Regione Campania, strutturato seguendo le regole di cui al D.lgs. 150/2009. Come è emerso nel corso dell’analisi svolta nei precedenti paragrafi, il processo di cambiamento avviato ha confermato i passi in avanti già registrati nel passato. Il perfezionamento del processo richiede un ulteriore sforzo, condiviso e coordinato tra tutte le strutture regionali, per far sì che non si disperdano i risultati raggiunti e che si perseveri sulla strada di utilizzare il Ciclo della Performance quale leva per il miglioramento organizzativo dell’Ente.

La relazione approvata si fonda, in linea di massima, sullo schema previsto dalla Delibera Civit 5/2012 e tiene conto, in quanto compatibili, delle Linee Guida per la Relazione annuale della Performance n. 3/2018 del Dipartimento funzione pubblica (schema, comunque, non obbligatorio per le Regioni). Tuttavia, come già segnalato nel passato, si rileva che manca il riferimento al Bilancio di Genere, quale documento per la rappresentazione degli obiettivi, delle risorse utilizzate e dei risultati conseguiti per perseguire le pari opportunità. Quest’ultimo documento – richiamato nel D.lgs. 150/2009 come uno degli atti che le Amministrazioni devono produrre contestualmente alla Relazione sulla performance (art. 10 comma 1 lett. b e art. 8) – consentirebbe di rilevare/valutare il fattore pari opportunità come una delle dimensioni della performance, per cui se ne raccomanda, in futuro, l’adozione.

Il D.lgs. 74/2017 prevede, inoltre, un’ulteriore condizione ostativa alla validazione della Relazione sulla performance, che potrà avvenire *“a condizione che la stessa sia redatta in forma sintetica, chiara e di immediata comprensione ai cittadini e agli altri utenti finali”*. La rappresentazione dei risultati è senza dubbio schematica e di immediata lettura. Per garantire una maggiore chiarezza e intellegibilità al documento, è stato previsto uno specifico report riepilogativo, indicante i risultati per ciascuna struttura. Sempre in relazione all’immediata comprensione per i cittadini, si segnala che persiste la criticità già segnalata nel passato, in ordine alla presenza in diverse relazioni di tecnicismi e di una quantità di informazioni superflue.

Si raccomanda, inoltre, di continuare nel processo di semplificazione volto a fornire agli *stakeholder*, ai quali la Relazione andrebbe presentata e illustrata, ai sensi dell’art. 11, c. 6, del D.lgs. 150/2009, le informazioni più rilevanti. Sarebbe utile, ad esempio, predisporre sintetici *“abstract”* dei dati contenuti nella Relazione, in maniera tale da garantire l’effettiva conoscenza dei risultati rendicontati, con un linguaggio meno tecnico, più chiaro e semplificato, in coerenza con le previsioni di cui all’art. 3 comma 2 dello SMiVaP. Ciò anche al fine di dare piena attuazione alle previsioni di cui all’art. 19 *bis* del d.lgs. 150/21009 in materia di partecipazione di cittadini e utenti finali al processo di misurazione della performance organizzativa. In tale ottica, l’O.I.V. rinnova l’invito a rafforzare le procedure di partecipazione dei cittadini e degli *stakeholder*, in tutte le fasi del Ciclo. Tale esigenza è ancora più evidente in considerazione della maggiore maturità raggiunta dall’organizzazione sul tema.

I controlli effettuati dalla Struttura, la cui metodologia è stata analiticamente descritta al paragrafo 3, hanno fatto emergere criticità specifiche, ovvero ulteriori, rispetto al sistema nel suo complesso, e riconducibili ai singoli obiettivi, indicatori e target, anche con riferimento alla coerenza tra le relazioni riepilogative e il valore consuntivo. Le suddette problematiche hanno investito trasversalmente obiettivi strategici ed operativi. In particolare, si segnalano casi di:

- mancato raggiungimento dell’obiettivo, vale a dire risultati attesi non conseguiti, con conseguente rettifica del risultato;
- mancato raggiungimento a fronte di eventi non imputabili alla struttura, così come illustrato nella relazione descrittiva. In tali casi è stata prescritta la rettifica del grado di raggiungimento, trasformandolo in *“non valutabile”*;
- raggiungimento parziale dell’obiettivo, cioè a fronte di risultati consuntivati al 100% il grado di conseguimento rilevato e documentato è inferiore. Anche in questo caso si è chiesto di procedere alle rettifiche.

In chiave di sintesi delle attività effettuate sono allegati al presente documento:

- Elenco degli obiettivi estratti ed oggetto di controllo a campione (cfr. allegato n 1);

- Analisi dei disallineamenti segnalati dalla DG 14 (cfr. allegato n. 2)
- Verifiche obiettivi contabili ex art. 14 SMiVaP (cfr. allegato n. 3)
- Rettifiche per OBSA ed OBO estratti (cfr. allegato n. 4)

Rispetto alle criticità, riportate dettagliatamente negli allegati citati, l'O.I.V. ne prescrive la rettifica, in uno alla considerazione fatta relativa alla non misurabilità degli obiettivi di cui al punto C) del paragrafo 3. Per garantire, anche nella fase di rettifica delle misurazioni, una tempistica che non vanifichi gli sforzi compiuti per la conclusione del processo di validazione (avvenuta in anticipo rispetto ai 30 gg. previsti dal regolamento), in considerazione della pregressa corrispondenza con le strutture regionali interessate e in un'ottica di efficientamento del sistema, si ritiene necessario che gli adempimenti prescritti volti ad adeguare le misurazioni così come sopra riportati, potranno essere compiuti direttamente dalla DG 14. A tal fine, la DG per le Risorse Umane procederà alle rettifiche previste. Alle SPL interessate sarà fornita informativa delle decisioni assunte, subito dopo la comunicazione di richiesta di rettifica alla DG 14.

Per quanto sopra, pur apprezzando lo sforzo compiuto e confermando i progressi ottenuti nel quinto ciclo della Performance, l'O.I.V. invita l'Amministrazione a tenere conto delle raccomandazioni, sopra illustrate in maniera dettagliata, in quanto riferibili alla relazione in esame ed alle problematiche di carattere generale del Ciclo della Performance. Con riferimento al paragrafo 3 lettera c), l'OIV invita l'Amministrazione a valutare, non solo in un'ottica prospettica, le criticità riscontrate da diverse strutture in relazione al raggiungimento degli obiettivi in esame nell'anno 2021. La diffusa evidenza nelle relazioni presentate dalle SPL di difficoltà nella realizzazione di quanto atteso suggerisce una problematicità nella definizione originaria di tali obiettivi e pone la questione di un'eventuale ed ulteriore analisi, anche ai fini di una diversa definizione della modalità più opportuna per il loro futuro conseguimento.

Tutto ciò premesso, pur in presenza delle criticità rilevate, questo O.I.V., per quanto di sua competenza, ritenendo sufficientemente attendibile il sistema, a seguito delle verifiche compiute, **valida**, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 del D.lgs. 150/2009 e ss.mm.ii., la Relazione sulla Performance 2021, approvata con DGR n. 236 del 17 maggio 2022, confidando che le raccomandazioni indicate siano prese in considerazione tempestivamente dall'Amministrazione.

La validazione è, comunque, condizionata all'effettuazione delle rettifiche riportate negli allegati da 2 a 4.

L'Ente avrà cura di trasmettere all'O.I.V. la versione finale del documento approvato dall'Organo di vertice, integrato con le prescrizioni di cui sopra.

Napoli, 30 maggio 2022

L'Organismo Indipendente di Valutazione

Il Presidente: Prof Riccardo Realfonzo *firmato*

I Componenti:

Dott.ssa Genoveffa Tadonio *firmato*

Avv. Francesco Stabile *firmato*

**Attività propedeutiche alla Validazione della Relazione sulla performance 2021
ALLEGATO AL VERBALE DI ESTRAZIONE CAMPIONE DEL 11/04/2022**

Elenco OBSA estratti		
N. progr.	Spl	Codice obsa
1	5001	2021OBSA500100.04
2	5002	2021OBSA500200.07
3	500393	2021OBSA500393.06
4	5003	2021OBSA500300.06
5	5004	2021OBSA500400.10
6	5005	2021OBSA500500.06
7	5006	2021OBSA500600.08
8	5007	2021OBSA500700.07
9	5008	2021OBSA500800.04
10	5009	2021OBSA500900.12
11	5010	2021OBSA501000.12
12	5011	2021OBSA501100.08
13	5012	2021OBSA501200.06
14	5013	2021OBSA501300.05
15	5014	2021OBSA501400.06
16	501481	2021OBSA501481.08
17	501483	2021OBSA501483.05
18	501494	2021OBSA501494.06
19	5015	2021OBSA501500.09
20	5017	2021OBSA501700.07
21	5018	2021OBSA501800.11
22	6001	2021OBSA600100.06
23	6005	2021OBSA600600.08
24	6009	2021OBSA600900.12
25	6010	2021OBSA601000.06
26	7005	2021OBSA700500.08

Elenco OBO estratti								
N. progr.	Spl	Codice obo	N. progr.	Spl	Codice obo	N. progr.	Spl	Codice obo
1	5001	2021OBO500191.04.01	33	5009	2021OBO500901.12.01	65	5017	2021OBO501703.07.02
2	5001	2021OBO500104.05.02	34	5009	2021OBO500901.12.01	66	5017	2021OBO501703.07.03
3	5001	2021OBO500192.07.01	35	5009	2021OBO500906.12.01	67	5018	2021OBO501891.11.01
4	5001	2021OBO500191.24.12	36	5009	2021OBO500994.04.01	68	5018	2021OBO501808.11.03
5	5002	2021OBO500294.07.01	37	5010	2021OBO501001.12.01	69	5018	2021OBO501804.11.01
6	5002	2021OBO500201.08.01	38	5010	2021OBO501001.12.02	70	5018	2021OBO501805.11.01
7	5002	2021OBO500204.08.01	39	5010	2021OBO501001.12.04	71	6001	2021OBO600111.06.01
8	5002	2021OBO500201.24.04	40	5010	2021OBO501002.16.01	72	6001	2021OBO600112.06.01
9	5003	2021OBO500304.06.01	41	5011	2021OBO501109.10.01	73	6001	2021OBO600113.06.01
10	5003	2021OBO500304.06.02	42	5011	2021OBO501109.10.02	74	6001	2021OBO600114.06.01
11	5003	2021OBO500305.06.01	43	5011	2021OBO501104.08.01	75	6005	2021OBO600604.08.01
12	5003	2021OBO500306.24.02	44	5011	2021OBO501104.08.02	76	6005	2021OBO600691.07.01
13	5004	2021OBO500413.07.01	45	5012	2021OBO501203.05.01	77	6005	2021OBO600601.24.02
14	5004	2021OBO500415.07.01	46	5012	2021OBO501291.05.01	78	6005	2021OBO600602.24.03
15	5004	2021OBO500401.06.01	47	5012	2021OBO501291.05.02	79	6009	2021OBO600906.12.01
16	5004	2021OBO500401.06.02	48	5012	2021OBO501201.05.01	80	6009	2021OBO600906.12.01
17	5005	2021OBO500501.11.02	49	5013	2021OBO501316.05.01	81	6009	2021OBO600906.12.01
18	5005	2021OBO500501.11.01	50	5013	2021OBO501396.05.01	82	6009	2021OBO600992.12.01
19	5005	2021OBO500501.11.01	51	5013	2021OBO501395.05.01	83	6010	2021OBO601001.05.01
20	5005	2021OBO500591.09.01	52	5013	2021OBO501315.05.01	84	6010	2021OBO601091.05.01
21	5006	2021OBO500604.08.01	53	5014	2021OBO501405.06.01	85	6010	2021OBO601091.05.02
22	5006	2021OBO500605.08.02	54	5014	2021OBO501492.06.01	86	6010	2021OBO601091.24.01
23	5006	2021OBO500608.08.01	55	5014	2021OBO501404.05.01	87	7005	2021OBO700501.08.01
24	5006	2021OBO500604.24.02	56	5014	2021OBO501493.05.03	88	7005	2021OBO700502.08.01
25	5007	2021OBO500704.07.04	57	501481	2021OBO501482.08.01	89	7005	2021OBO700501.24.03
26	5007	2021OBO500704.07.04	58	501481	2021OBO501482.24.01	90	7005	2021OBO700505.09.01
27	5007	2021OBO500704.07.04	59	5015	2021OBO501502.09.01			
28	5007	2021OBO500704.07.01	60	5015	2021OBO501503.10.01			
29	5008	2021OBO500807.04.01	61	5015	2021OBO501501.07.01			
30	5008	2021OBO500808.04.01	62	5015	2021OBO501501.07.01			
31	5008	2021OBO500894.04.01	63	5017	2021OBO501704.07.01			
32	5008	2021OBO500804.24.03	64	5017	2021OBO501703.07.01			

ALLEGATO 2

CODICE SPL	CODICE OBSA/OBO	MOTIVAZIONI	ESITO	INTERVENTO	AZIONE
501700	2021OBO501706.10.01	La realizzazione dell'obiettivo viola l'art. 4 c. 1 lett. D) dello Smivap	OFF	OFF	Azione (unica):Adeguamento, ai sensi art. 10 comma 3 del decreto Ministero dell'ambiente e della Tutela del territorio e del mare n. 58 del 6.03.2017, delle tariffe istruttorie e delle tariffe relativi ai controlli per le installazioni AIA
501700	2021OBO501707.10.01	La realizzazione dell'obiettivo viola l'art. 4 c. 1 lett. D) dello Smivap	OFF	OFF	Azione (unica): Adeguamento, ai sensi art. 10 comma 3 del decreto Ministero
501700	2021OBO501709.10.01	La realizzazione dell'obiettivo viola l'art. 4 c. 1 lett. D) dello Smivap	OFF	OFF	Azione (unica): Valutazioni ed autorizzazioni ambientali - sanzioni amministrative in
500900	2021OBO500903.06.01	La realizzazione dell'obiettivo viola l'art. 4 c. 1 lett. D) dello Smivap. Il decreto successivo trasmesso proroga i	OFF	OFF	Azione (unica): Incentivare iniziative e attività di promozione della cultura e della qualità
500500	2021OBO500591.27.01	La struttura deve chiarire che il target assegnato, come da comunicazioni inviate alla struttura e che rispetto allo stesso è stato raggiunto al 100%	ok, con modifica della Relazione	Inserire Relazione presente nel prospetto inviato alla 5005 (mail 1/06/2022)	Inserimento dati relativi a riconciliazione SIC-SAP e SURF
500500	2021OBOMOD500505.27.01	La struttura deve chiarire che il target assegnato, come da comunicazioni inviate alla struttura e che rispetto allo stesso è stato raggiunto al 100%	ok, con modifica della Relazione	Inserire Relazione presente nel prospetto inviato alla 5005 (mail 1/06/2022)	Inserimento dati relativi a riconciliazione SIC-SAP e SURF
500200	2021OBO500204.24.04	La relazione evidenzia la NV dell'obiettivo in esame	NV	NV	Azione 2: Misura 2.2 Codice di comportamento - Piano Triennale anticorruzione
500700	2021OBO500702.04.02	Con riferimento all'indicatore relativo alla produzione del Report, la relazione evidenzia i ritardi - non	OFF	OFF	Azione 2: Monitoraggio delle azioni dirette ed indirette previste dal programma di
500700	2021OBO500703.05.01	La relazione evidenzia la NV dell'obiettivo in esame	NV	NV	Azione 1: Adozione delle disposizioni attuative della tip.int. A REGIA 16.7.1-azione B
500700	2021OBO500705.04.01	Come si evince dalla relazione il previsto report è stato realizzato da soggetti terzi	OFF	OFF	Azione (unica): Implementazione della rete AKIS pesca ed acquacoltura nell'ambito dell'accordo approvato con DDR n. 242/2019, adottato in attuazione della Mis. 2.49 (e 2.56) del PO FEAMP 2014/2020.
500700	2021OBO500706.04.06	La relazione evidenzia la NV dell'obiettivo in esame	NV	NV	Azione 1: Redazione di un programma di marketing territoriale
500700	2021OBO500709.05.01	La relazione evidenzia la NV dell'obiettivo in esame- az 1	NV	NV	Azione 1: Adozione del provvedimento di liquidazione della quota regionale del PSR Campania 2014/2020 ad Agea
501100	2021OBO501104.25.01	Assenza di Pru assegnati direttamente alla SSL	NV	NV	Azione 2: Tempestività delle sistemazioni contabili della struttura
501800	2021OBO501891.24.02	dalla relazione integrativa trasmessa si evince che l'attività è stata svolta successivamente alla richiesta di integrazione - INDICATORE PRODUZIONE REPORT	OFF	OFF	Azione 1: Verifica della coerenza tra le tipologie di procedimento ex art. 35 D.Lgs. 33/2013, i processi mappati nel PTPCT e quelli eventualmente mappati per il controllo di gestione
501100	2021OBO501101.25.02	Assenza di Pru assegnati direttamente alla SSL	NV	NV	Azione 2: Tempestività delle sistemazioni contabili della struttura
501800	2021OBO501891.08.01	La relazione evidenzia la NV dell'obiettivo in esame	NV	NV	Azione 1: Pubblicare il bando per studi di livello 3
501700	2021OBO501705.10.01	La realizzazione dell'obiettivo viola l'art. 4 c. 1 lett. D) dello Smivap	OFF	OFF	Azione (unica): Adeguamento, ai sensi art. 10 comma 3 del decreto Ministero

Con riferimento alla prima azione si relaziona nel senso che non sono pervenute richieste relative a codici SURF da verificare per i progetti di competenza della struttura e pertanto ne è stata richiesta la neutralizzazione. Per l'azione "Concorso alla copertura, da parte della SPL, del deficit di certificazione della spesa attraverso l'attuazione delle relative azioni" ed il relativo indicatore "Gap recuperato rispetto alle azioni di competenza per la copertura del deficit / Gap da recuperare per le azioni di competenza", si rappresenta che la SSL ha concorso per le azioni di competenza al raggiungimento e superamento del target prefissato per la Direzione Generale. In particolare il concorso della Struttura di S.L ha riguardato la misura/azione "Progetti di cui all'avviso pubblico Bonus disabili POR FSE 2014-2020" attribuita allo Staff 91 con disposizione organizzativa del Direttore Generale del 03/08/2021 prot. 404614, in relazione alla quale è stata conseguita una certificazione nell'anno 2021 pari ad € 12.700.200,00 a fronte del gap di certificazione assegnato pari ad € 5.346.240 con conseguimento appieno dell'obiettivo.

Con riferimento all'OBO "Supporto alla SPL nel raggiungere i target relativi all'obiettivo di riconciliazione e recupero fondi di sviluppo 2014-2020" e all'azione "Inserimento dati relativi a riconciliazione SIC-SAP e SURF" si relaziona nel merito dell'indicatore "N. dati forniti per la riconciliazione / n. dati relativi ad azioni di competenza" evidenziando che la SSL ha concorso, sulle azioni di competenza, al raggiungimento e superamento del target da parte della Direzione Generale. Nello specifico, la SSL ha verificato 107 record nel file trasmesso dalla DG. Per l'azione "Concorso alla copertura, da parte della SPL, del deficit di certificazione della spesa anche attraverso lo svolgimento dell'attività di controllo della spesa" ed il relativo indicatore "Gap recuperato rispetto alle azioni di competenza per la copertura del deficit / Gap da recuperare per le azioni di competenza", si rappresenta che la UOD ha concorso per le azioni di competenza al raggiungimento e superamento del target prefissato per la Direzione Generale. In particolare il concorso della Struttura di S.L ha riguardato la misura/azione "Progetti impianti sportivi POC Campania 2014/2020 completamenti ex Delibera CIPE 12/2016" attribuita alla UOD 05 con disposizione organizzativa del Direttore Generale del 03/08/2021 prot. 404614, in relazione alla quale è stata conseguita una certificazione nell'anno 2021 pari ad € 388.298,50 a fronte del gap di certificazione assegnato pari ad € 191.604,30 con conseguimento appieno dell'obiettivo.

**PROSPETTO RETTIFICHE OBIETTIVI CONTABILI ALL'ESITO DELLE VERIFICHE
DELLA DG RISORSE FINANZIARIE EX ART. 14, CO. 6, SMIVAP 2021**

SPL	Codice ob	Indicatore da rettificare	misurazione	risultato	motivazioni
500100	2021OBSA500100.25	Tempestività dei pagamenti attraverso la liquidazione delle fatture	92,85714286	97,7443609	Le motivazioni addotte per il ritardo nel pagamento di 2 delle 28 fatture non sono condivisibili attesa la finalità dell'obiettivo in esame
501100	2021OBSA501100.25	tempestività sistemazioni contabili	confermato il valore già presente in applicativo gzoom	0	Le motivazioni addotte nella relazione presentata non sono sufficienti a giustificare la richiesta di non valutabilità dell'azione, atteso che la finalità della sistemazione contabile non è stata raggiunta, in assenza del preventivo riconoscimento del debito
501100	2021OBSA501100.25	Riduzione dello stock di fatture impagate	confermato il valore già presente in applicativo gzoom	0	Le motivazioni addotte nella relazione presentata non sono sufficienti a giustificare la richiesta di non valutabilità dell'azione, atteso che la finalità della riduzione dello stock delle fatture andava effettuata utilizzando gli applicativi gestionali in uso

Rettifiche per OBSA ed OBO estratti

CODICE OBIETTIVO OPERATIVO ANNUALE	MOTIVAZIONI	ESITO
2021OBO500201.24.04	La relazione e le successive integrazioni evidenziano la NV dell'obiettivo in esame- azione report mappatura ex art. 35	NV
2021OBO500604.24.02	La relazione e le successive integrazioni evidenziano la NV dell'obiettivo in esame - Azione: Verifica del rispetto dei termini di invio delle relazioni all'Avvocatura su un campione del 20%	NV
2021OBO501482.24.01	La relazione e le successive integrazioni evidenziano la NV dell'obiettivo in esame-. Az: Istanze di accesso	NV
2021OBO600602.24.03	La relazione e le successive integrazioni evidenziano la NV dell'obiettivo in esame -istanze di accesso	NV