

**DOCUMENTO DI VALIDAZIONE
DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE
ANNO 2023**

1. PREMESSA

L'art. 10 comma 1 lett. b) del D. Lgs 150/2009 come modificato dal 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 evidenza, 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.”*

Ai sensi del medesimo Decreto, 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”*.

La validazione della Relazione rappresenta dunque uno dei momenti fondamentali per la verifica del corretto funzionamento del *“Ciclo di gestione della performance”*, infatti costituisce il documento che attribuisce efficacia alla Relazione stessa e rappresenta il passaggio dal processo di misurazione, valutazione e rendicontazione dei risultati raggiunti, all’accesso agli strumenti per premiare il merito a conclusione del Ciclo della performance.

L’Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) della Asl di Taranto ha preso in esame la Relazione sulla performance 2023, approvata con delibera del Direttore Generale n. 2969 del 28.06.2024 inviata all’OIV il 01.07.2024. La Relazione, peraltro già inviata precedentemente in bozza all’OIV, risulta redatta sulla base dei criteri contenuti nelle Linee Guida predisposte dal Dipartimento della Funzione Pubblica in cui si richiama l’importanza di evidenziare i risultati organizzativi e individuali raggiunti in base agli obiettivi programmati.

Il presente *“Documento di validazione della Relazione sulla performance 2023”* viene redatto, ai sensi dell’articolo 14, comma 4, lettera c), del D. Lgs. n. 150/2009 e ss.mm.ii. e secondo le Linee Guida n.3/2018 del Dipartimento della Funzione Pubblica.

L'OIV ha svolto il proprio lavoro di validazione sulla base degli accertamenti che ha ritenuto opportuni.

La Relazione sulla Performance della Asl di Taranto consta di 107 pagine, tra cui il sommario, ed è corredata di tabelle esplicative e grafici con la rendicontazione delle attività svolte dalle Strutture nel 2023 che evidenziano per ogni obiettivo indicatori, target e rendiconto degli obiettivi al 31 dicembre 2023.

Sono inoltre riportati negli allegati alla Relazione i dati analitici degli obiettivi di ogni Struttura con i risultati raggiunti.

Il documento è chiaro e comprensibile, anche per la presenza di schemi e tabelle.

2. CRITERI DI RIFERIMENTO

La Relazione sulla performance secondo quanto espresso dalle linee guida n.3/2018 del Dipartimento della Funzione Pubblica ha come scopo principale quello di fornire una sintesi dei principali risultati raggiunti, analizzare il contesto di riferimento e le risorse disponibili, illustrare il processo di misurazione e valutazione delle performance organizzative e individuali, presentare il bilancio di genere dell'amministrazione.

Inoltre, la Relazione deve:

essere redatta in forma sintetica, chiara e immediatamente comprensibile all'utenza facendo ricorso anche a rappresentazioni grafiche e tabelle per favorire una immediata leggibilità e fruibilità delle informazioni

tener conto "delle valutazioni realizzate con il coinvolgimento dei cittadini o degli altri utenti finali per l'attività e i servizi svolti" (stakeholder)

considerare le eventuali variazioni verificatesi durante l'esercizio degli obiettivi e degli indicatori sulla performance organizzativa e individuale.

evidenziare i mutamenti del contesto esterno ed interno che hanno inciso sul grado di raggiungimento degli obiettivi (risorse umane, strumentali e finanziarie).

I criteri indicati per la redazione della Relazione e gli elementi di valutazione per la sua

validazione sono i seguenti:

1. coerenza fra i contenuti della Relazione e i contenuti del Piano della Performance relativa all'anno di riferimento
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
3. presenza nella Relazione dei risultati relativi a tutti gli obiettivi (sia della performance organizzativa che individuali) inseriti nel piano
4. verifica che nella misurazione e valutazione delle performance si sia tenuto conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza
5. verifica del corretto utilizzo del metodo di calcolo previsto per gli indicatori
6. affidabilità dei dati utilizzati per la compilazione della Relazione
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;
8. adeguatezza del processo di misurazione e valutazione dei risultati descritto nella Relazione anche con riferimento agli obiettivi non inseriti nel Piano della Performance,
9. conformità della Relazione alle disposizioni normative vigenti e alle linee guida di D.F.P. e A.N.A.C.,
10. sinteticità della Relazione (lunghezza complessiva, utilizzo di schemi e tabelle, ecc.),
11. chiarezza e comprensibilità della Relazione (linguaggio, utilizzo di rappresentazioni grafiche),
12. presenza indice, pochi rinvii ad altri documenti o riferimenti normativi.

Per ognuno dei succitati punti è fornita nell'allegato al presente documento, una tabella riassuntiva con il commento dell'OIV e il relativo impatto ai fini della validazione della Relazione, cui si rimanda per le valutazioni di merito. Nel prosieguo del presente documento si fornirà un commento sintetico sulle principali evidenze della Relazione.

3. IL PROCESSO DI VALIDAZIONE

Una prima bozza della “Relazione sulla performance 2023” è stata trasmessa all’OIV in data 25 giugno 2024 e, successivamente, discussa e approfondita a partire dalla riunione svoltasi in pari data.

L’esame documentale e dei contenuti della Relazione è stato indirizzato principalmente alla comprensione, in una visione di sintesi, del grado di raggiungimento degli obiettivi annuali previsti.

Nel corso dell’attività di verifica, non sono emerse incoerenze o elementi tali da fare dubitare sull’attendibilità dei dati e delle informazioni contenuti nei documenti predisposti dall’Ufficio Controllo di Gestione e pertanto l’OIV non ha ritenuto necessario, nel rispetto dei principi di attendibilità e ragionevolezza, procedere a ulteriori verifiche sui dati stessi.

Gli esiti positivi dell’attività di verifica sulla comprensibilità e attendibilità dei dati e delle informazioni contenuti nella Relazione, hanno evidenziato una complessiva buona attuazione del Piano della performance e la positività del percorso intrapreso per favorire il processo di miglioramento continuo delle prestazioni finalizzato ad assicurare sempre più alti standard qualitativi ed economici dei servizi resi.

4. STRUTTURA DELLA RELAZIONE

La Relazione è articolata in una Presentazione, sei sezioni più una sezione finale di riflessioni sul Ciclo di Programmazione 2023/2025. Sono forniti inoltre, nei due allegati alla Relazione, le rendicontazioni degli obiettivi organizzativi (all.1) e le U.O. che hanno concorso al raggiungimento degli obiettivi organizzativi (all.2)

La premessa è dedicata alla presentazione del documento e ai riferimenti legislativi, normativi e di contesto. Le altre sezioni delineano le aree di rappresentazione del contesto di riferimento e della performance complessiva registrata dalle strutture della Asl di Taranto nell’anno 2023, come segue.

- **IL CONTESTO DI RIFERIMENTO:** viene rappresentato l’ambito territoriale della Asl di Taranto sia in termini di superficie che di popolazione con evidenza dell’impatto che l’invecchiamento della popolazione produce sull’incremento delle prestazioni sanitarie



legate alla cronicità e alla non autosufficienza.

- **L'AMMINISTRAZIONE:** viene rappresentata attraverso un organigramma il modello organizzativo adottato su base Dipartimentale con aggregazione di Strutture Complesse e semplici. I Dipartimenti hanno autonomia tecnico professionale e gestionale nei limiti degli obiettivi e delle risorse assegnate. L'Attività dell'Azienda si realizza attraverso 5 Dipartimenti, 6 Distretti sociosanitari e 4 presidi ospedalieri.

Risorse Umane: la dotazione organica risultante al 31/12/2023 pari a 5.766 unità (nel 2022 ammontava a 5.900 unità) viene rappresentata nell'aspetto quali-quantitativo in tabelle e grafici in base alla tipologia di contratto, al profilo professionale, al genere e all'età.

Risorse strumentali: la Asl Taranto ha in dotazione 43 grandi apparecchiature elettromedicali (4 in più rispetto al 2022)

Risorse finanziarie: Il Bilancio 2023 ha chiuso con un utile di esercizio pari ad € 8.618 - la gestione caratteristica presenta un risultato positivo di € 16.519.576.

Risorse intangibili: sono riportati i dati del Bilancio di genere, della conciliazione vita/lavoro, il piano delle azioni positive.

Il Bilancio di genere: evidenzia che il management aziendale è composto al 100% da uomini; pur essendovi all'interno dell'azienda una maggioranza di presenza femminile questa ha una maggiore concentrazione nell'Area del comparto.

Conciliazione vita/lavoro: l'85% del part-time è richiesto dalle donne con evidenti effetti sul reddito, sulla prospettiva di carriera e sul livello pensionistico. Anche per lo smart working le donne costituiscono il 77% del totale del lavoro agile. I benefici delle leggi riguardanti la cura familiare (congedi parentali, permessi L. 104/92) sono fruiti quasi esclusivamente dalle donne con percentuali che si aggirano intorno al 90%.

- **I DIPARTIMENTI TERRITORIALI**

Dipartimento di prevenzione

Servizio di igiene e sanità pubblica (SISP) si occupa di prevenzione primaria delle malattie infettive, l'igiene e la sicurezza degli ambienti di vita e la medicina legale; di Screening oncologici; di attività del Servizio Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro (SPESAL); del Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN); del Servizio di Igiene e Assistenza Veterinaria.

Dipartimento dipendenze patologiche:

si occupa di attività di programmazione, coordinamento, gestione delle risorse, realizzazione e valutazione degli interventi dell'area Dipendenze. Opera nel campo della prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle dipendenze da sostanze legali, illegali e da comportamenti patologici. Il Dipartimento ha assicurato il raggiungimento dei LEA nel corso del 2023. Ha inoltre svolto progetti mirati alla sensibilizzazione e informazione rivolte a giovani e minori: Progetto "Plan B" A.S. 2022-2023 e 2023-2024 - Progetto "INSIEME PER LA SICUREZZA" A.S. 2022-2023 - Progetto "UNPLUGGED - Progetto "Riparare ne vale la pena" in collaborazione con UEPE e Cooperativa "San Giuseppe" – Ser.D. di Martina Franca (TA) - Progetto di Alternanza Scuola-Lavoro "Dal Fare al Dire-Progetto "No crash.

Dipartimento medicina fisica e riabilitazione:

ha competenza sul governo clinico della disabilità; è organizzato in un sistema di rete costituito da servizi sanitari e sociosanitari pubblici ed accreditati. La struttura Dipartimentale si integra nella rete complessiva dell'assistenza ospedaliera-territoriale attraverso nodi di strutture e di servizi di ricovero ed extraospedaliero e di assistenza ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale sanitaria e sociosanitaria e dell'integrazione scolastica. Le attività del Dipartimento si sviluppano sul territorio, nei reparti di degenza e presso il reparto di Recupero e Riabilitazione Funzionale (RRF).

Dipartimento di salute mentale:

attraverso le diverse Unità Operative che afferiscono al Dipartimenti, assicura tutti i servizi e le attività necessarie alla tutela e alla promozione della salute mentale nei confronti della popolazione residente nell'ambito territoriale di riferimento, alla prevenzione del disagio, alla presa in carico delle persone adulte e dei minori mediante percorsi di psicoterapia, al trattamento delle patologie psichiatriche e neuropsichiatriche fino alla riabilitazione. Nel corso del 2023 ha svolto diversi progetti: PROGETTO COORDINAMENTO PIANI DI ZONA - PROGETTO TEATRO - PROGETTO ADOZIONE PROTOCOLLO OPERATIVO DELLE EMERGENZE ED URGENZE CON SERT E 118 - PROTOCOLLO SUICIDIO -

Dipartimento cure primarie e integrazione sociosanitaria:

si occupa di Assistenza Protesica, Assistenza domiciliare, Coordinamento e monitoraggio PDTA aziendali con integrazione Ospedale Territorio, Ottimizzazione delle risorse

disponibili, D.M.77- Monitoraggio AGENAS, Istituzione del Servizio Salute Transgender, di attività sociosanitarie.

- **I PRESIDI OSPEDALIERI E GLI AMBULATORI SPECIALISTICI**

superate le criticità legate al diffondersi del COVID 19, hanno registrato un aumento complessivo nell'anno 2023 di tutta l'attività ospedaliera con un incremento del tasso di occupazione e una riduzione della degenza media, entrambi indici di un miglioramento organizzativo dell'assistenza ospedaliera.

5. COMPRENSIBILITÀ

La Relazione è sostanzialmente snella, chiara e di facile intelligibilità, nel modo in cui l'Amministrazione presenta in modo sintetico le principali evidenze ed eventuali criticità.

È supportata da evidenze quantitative, tabelle e grafici in cui fornisce, in modo strutturato, elementi a supporto delle analisi valutative sui risultati dell'organizzazione e degli apporti individuali in essa contenute.

È da apprezzare la scelta di collocare nella parte iniziale della Relazione le informazioni di contesto, di programmazione e di gestione (riferimenti legislativi e normativi, processo programmatico, organigramma): questa soluzione, infatti, consente di dare immediata evidenza delle caratteristiche peculiari dell'attività amministrativa e dei servizi resi.

Ugualmente apprezzabile è la scelta di un formato di sintesi accompagnato da tabelle, numeri e grafici che raccolgono le informazioni di maggior dettaglio che declinano i contenuti specifici della Relazione, così come la scelta di allegare schede esplicative della rendicontazione dei risultati rispetto agli obiettivi delle singole Strutture.

6. I RISULTATI RAGGIUNTI

L'azienda descrive le fasi attraverso le quali si è svolto il Ciclo della Performance 2023 e il processo di misurazione e valutazione nel suo complesso.

Si è dato avvio alla programmazione aziendale con l'elaborazione del PIAO 2023/2025 (Piano integrato di attività e organizzazione) in particolare della Sezione 2.2 "Performance" adottato con Deliberazione n. 226 del 31 gennaio 2023, successivamente integrato con la deliberazione



n. 834 del 31 marzo 2023 con la sostituzione della sezione “2.3 Rischi corruttivi e trasparenza” e dell’Allegato B).

Nella definizione degli obiettivi si è tenuto conto di:

- obiettivi rivenienti da documenti di programmazione nazionale e regionale;
- -obiettivi di mandato assegnati dalla Giunta Regionale al Direttore Generale con la deliberazione di nomina (D.G.R. n. 99 del 07/02/2022) e degli obiettivi a pena di decadenza indicati nel contratto di prestazione d’opera intellettuale stipulato tra il Direttore Generale e il Presidente pro tempore della Giunta Regionale a seguito della nomina;
- -obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati dalla Regione ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliero-Universitarie del S.S.R. per il triennio 2020-2022 (D.G.R. n. 684 dell’11/05/2022);
- - misure per il contenimento della spesa per l’assistenza farmaceutica convenzionata (D.G.R. n. 132 del 15/02/2022);
- - misure per il contenimento della spesa dei dispositivi medici (D.G.R. n. 133 del 15/02/2022);
- - misure per il contenimento della spesa farmaceutica relativa all’acquisto diretto di farmaci (D.G.R. n. 314 del 07/03/2022);
- - obiettivi cosiddetti “CORE” del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) per il monitoraggio dell’assistenza sanitaria previsti dal D.M. 12/03/2019.

Gli obiettivi organizzativi raggruppati in macroaree strategiche sono:

- accessibilità;
- amministrativa;
- appropriatezza e qualità;
- aspetti economico-finanziari e di controllo di gestione;
- assistenza farmaceutica;
- assistenza ospedaliera;
- assistenza residenziale e semiresidenziale;
- assistenza territoriale;
- investimenti strutturali (che comprende anche azioni di efficientamento energetico);
- pari opportunità e equilibrio di genere;
- prevenzione;
- prevenzione e promozione della salute;
- prevenzione e sicurezza alimentare;
- prevenzione sanità veterinaria;



rapporti con gli erogatori privati;
semplificazione/reingegnerizzazione dei processi/digitalizzazione/sanità digitale.

Sulla base del SMVP gli obiettivi operativi/gestionali/manageriali sono stati assegnati alle Strutture attraverso apposite schede di budget sottoscritte dal Responsabile in cui sono riportati gli obiettivi distinti per macroaree, gli indicatori, il target, il risultato atteso e il peso specifico assegnato all'obiettivo.

Entro 15 giorni dall'assegnazione degli obiettivi alla Struttura, il Responsabile è tenuto a condividerli con tutto il personale assegnato, a cui farà seguito il monitoraggio con cadenza bimestrale.

I Risultati raggiunti per gli obiettivi strategici delle macroaree sono riportati dettagliatamente per ogni singolo obiettivo, nelle tabelle da pagina 95 a pagina 106.

Gli obiettivi e la rendicontazione delle strutture, sono riportati negli allegati alla Relazione.

6.1 VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

a) Performance organizzativa

Le strutture assegnatarie di budget per l'anno 2023 sono state in totale 115.

In apposita tabella è riportato per fasce di punteggio, il grado di raggiungimento degli obiettivi indicati nelle schede di budget distinto per strutture amministrative, di prevenzione, territoriali ed ospedaliere della ASL di Taranto.

La tabella evidenzia che il 40,87% delle Strutture ha raggiunto il punteggio di 100, il 9,57% delle Strutture ha raggiunto la fascia di punteggio 95/99, il 27,83% fascia di punteggio 90/94, il 12,17% fascia di punteggio 89/85 e il 9,57% delle Strutture ha raggiunto un punteggio inferiore a 84.

b) Performance individuale

Nella Relazione viene fornito un quadro generale delle valutazioni complessive espresse nei confronti delle varie figure professionali e tipologia del personale, sintetizzato in un'apposita tabella che riporta numero di persone valutate e il range di valutazione sia

per il personale di comparto sia per la dirigenza.

Dirigenti

La tabella evidenzia che l'89,45% ha raggiunto la fascia di punteggio 81/100, l'1,76% fascia di punteggio 61/80, lo 0,44% fascia di punteggio 41/60. L' 8,36% non è stato ancora valutato.

Personale del comparto

La tabella evidenzia che il 90% circa del personale ha una valutazione compresa tra 90 e 100. Il 7,5% non è stato ancora valutato.

6.2 RIFLESSIONI PER IL CICLO DI PROGRAMMAZIONE 2023-2025

La ASL di Taranto punterà alla declinazione di obiettivi e indicatori sempre più specifici e rispondenti alle finalità istituzionali, valorizzando la qualità del contributo individuale assicurato alla performance generale della struttura e i comportamenti organizzativi efficaci per lo svolgimento delle funzioni assegnate. Al riguardo, infatti, obiettivi sempre più chiari, concreti e misurabili correlati alla qualità e quantità delle risorse assegnate garantiscono, sia la realizzazione della mission istituzionale, che la migliore comprensibilità degli stessi da parte degli stakeholder

7. CONCLUSIONI

L'OIV nel verificare la correttezza metodologica, il rispetto delle indicazioni di legge e delle linee guida definite dal Dipartimento della Funzione Pubblica e dall'A.N.A.C. e la sostanziale corrispondenza dei contenuti della Relazione con gli atti di programmazione, ha operato attraverso una analisi documentale, comparativa delle modalità seguite per la redazione delle Relazione, avvalendosi dell'interlocuzione e della documentazione prodotta e messa a disposizione da parte dell'Ufficio Controllo di Gestione.

In un'ottica di miglioramento continuo, l'OIV sollecita l'aggiornamento del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance e conferma, altresì, la proficua collaborazione con l'Azienda, le strutture interne, e in modo particolare con l'Ufficio Controllo di gestione, al fine di individuare proposte, modalità e strumenti sempre più efficaci.



ASL Taranto

PugliaSalute

ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE

Viale Virgilio, 31 – 74121 Taranto

tel. 0997786162/537

e-mail: oiv@asl.taranto.it

Tutto ciò premesso,

l'OIV esprime un giudizio di sostanziale aderenza del documento alle indicazioni sopra richiamate e, quindi, di validazione della "Relazione sulla performance 2023".

Dott.ssa Costantina Nardella – Presidente

Firmato digitalmente da: NARDELLA COSTANTINA

Data: 01/07/2024 12:34:10

Dott. Salvatore Vignigni – Componente

Dott.ssa Fernando Miccolis – Componente

Salvatore Vignigni

Firmato digitalmente

da: VIGNIGNI

SALVATORE

Data: 01/07/2024

16:47:54

Documento firmato da:

MICCOLIS FERNANDO

01.07.2024 16:21:56 UTC

Documento di validazione della Relazione sulla performance 2023

Criteria di validazione della performance

Criteria Linee Guida FP n.3/2018	Commento OIV	Esito per la validazione finale
Coerenza fra contenuti della Relazione e contenuti del Piano della performance relativo all'anno di riferimento	Viene rilevata la coerenza dei contenuti con quanto riportato nella Relazione, la quale è articolata in una prima presentazione delle informazioni di interesse dopodiché sono rappresentati i risultati della performance organizzativa degli obiettivi strategici declinati nel PIAO e sono riportati i risultati della performance individuale	Esito positivo
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 verificato la coerenza tra gli obiettivi di performance organizzativa inseriti nel Piano e gli obiettivi rendicontati dall'Amministrazione.	Esito positivo
Presenza nella Relazione dei risultati relativi a tutti gli obiettivi (sia di performance organizzativa che individuale) inseriti nel Piano	Negli allegati alla Relazione sono riportati in dettaglio i risultati relativi a tutti gli obiettivi di performance organizzativa e individuale.	Esito positivo
Verifica che nella misurazione e valutazione delle performance si sia tenuto conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza	La Relazione contiene un esplicito riferimento alla verifica dei risultati in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione.	Esito positivo
Verifica del corretto utilizzo del metodo di calcolo previsto per gli indicatori	L'OIV nelle attività di verifica non ha riscontrato criticità nel corretto utilizzo del metodo di calcolo degli indicatori.	Esito positivo
Affidabilità dei dati utilizzati per la compilazione della relazione	Il sistema di gestione dei dati è considerato affidabile dall'OIV, sulla base dei dati forniti dall'Ufficio Controllo di gestione, il quale presidia il monitoraggio, la misurazione e la valutazione della performance	Esito positivo

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	Nella Relazione relativa al 2023 si registrano limitati scostamenti tra il programmato e il conseguito. Nel corso dell'anno alcuni obiettivi sono stati revisionati.	Esito positivo
Adeguatezza del processo di misurazione e valutazione dei risultati descritto nella Relazione anche con riferimento agli obiettivi non inseriti nel Piano	Non ci sono obiettivi non inseriti nel PIAO	Non applicabile
Conformità della Relazione alle disposizioni normative vigenti e alle linee guida del DFP	La Relazione risulta essere redatta in maniera conforme alle disposizioni vigenti	Esito positivo
Sinteticità della Relazione	La Relazione è redatta secondo criteri di sinteticità tali da garantire una facile lettura e una fruibilità immediata	Esito positivo
Chiarezza e comprensibilità della Relazione	La Relazione è redatta con un linguaggio chiaro e comprensibile, nei limiti della intrinseca complessità dei temi trattati	Esito positivo
Presenza indice, pochi rinvii ad altri documenti o riferimenti normativi	La Relazione si apre con un indice/sommario dei contenuti, non ha sostanzialmente rinvii ad altri documenti, se non cenni al SMVP, e i riferimenti normativi sono solo quelli strettamente necessari	Esito positivo

L'OIV

Dott.ssa Costantina Nardella – Presidente

Firmato digitalmente da: NARDELLA COSTANTINA
Data: 01/07/2024 12:33:27

Dott. Salvatore Vignigni – Componente

Salvatore Vignigni
Firmato digitalmente da: VIGNIGNI SALVATORE
Data: 01/07/2024 16:48:33

Dott.ssa Fernando Miccolis – Componente

Documento firmato da:
MICCOLIS FERNANDO
01.07.2024 16:22:19 UTC