

Organismo Indipendente di Valutazione
VERBALE RIUNIONE OIV N. 4 del giorno 14/05/2024

Il giorno 14/05/2024 dalle ore 08.45 si è tenuta, in videoconferenza, la riunione dell'Organismo Indipendente di Valutazione che si è svolta, con le modalità previste dal Regolamento di Funzionamento dell'OIV adottato da codesta ASL.

Nella riunione è stato trattato il seguente ordine del giorno:

1. Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di Valutazione, Trasparenza ed Integrità dei Controlli Interni (anno 2023) – stesura finale e successivo invio all'ANAC come da norma entro il 31/05/2024 (cfr.all. n.1);
2. Varie ed eventuali.

Sono presenti in collegamento telematico i componenti:

Avv. Mario Calenda – Presidente OIV;
Dr.ssa Mariella Leonardo – Componente OIV;
Avv. Ciro Maglione – Componente OIV;
Dr. Ciro Insera – Direttore U.O.C. VRU e Performance;
Dr. Palmerino Cardone – Dirigente U.O.C. VRU e Performance;
Sig.ra Margherita Perna - U.O.C. VRU e Performance (Segretaria Verbalizzante).

Tutti in collegamento da remoto.

Dopo aver verificato il regolare funzionamento del collegamento telematico con tutti i partecipanti, i presenti, su proposta del Presidente, passano all'esame del primo punto all'ordine del giorno.

si passa alla discussione del punto 1 all'o.d.g.:

1. Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di Valutazione, Trasparenza ed Integrità dei Controlli Interni (anno 2023) – stesura finale e successivo invio all'ANAC come da norma entro il 31/05/2024;

La STP, facendo seguito, come da accordi intercorsi e, dopo i vari confronti sulle modalità per la redazione della Relazione sul funzionamento complessivo del Sistema di Valutazione, sia nella parte strutturale, che nel contenuto della stessa, ha provveduto a trasmettere una bozza

di ipotesi all'OIV in data 13/05/2024. I Componenti OIV , previa attenta verifica e apportate le dovute correzioni, approva e sottoscrive la Relazione, trasmettendo la stessa alla STP della UOSD Misurazione e Valutazione Performance, in data 14/05/2024, per gli atti conseguenziali (crf. All. n. 1). Il Presidente OIV informa, inoltre, che la Relazione di cui sopra deve essere accompagnata dalla compilazione di un questionario ANAC allegato e in tal senso stimola le strutture aziendali coinvolte, quali detentrici dei dati utili al perfezionamento del questionario da compilare, a fornire in tempo utile tali notizie. A riguardo resta fiducioso.

Resta fermo l'impegno da parte della STP a trasmettere la Relazione sottoscritta alla UOC Relazioni con il Pubblico per la relativa pubblicazione sul sito aziendale, settore Trasparenza.

2. Varie ed eventuali.

Per quanto concerne l'attestazione OIV sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione al 31/05/2024 – delibera ANAC n. 213/2024 e Atto del Presidente ANAC del 1 giugno 2024, I Componenti OIV, rilevando una carenza a riguardo, sollecitano l'Azienda a porre particolarmente attenzione all'obbligo di pubblicazione dei dati relativi alle seguenti sottosezioni indicate nell'allegato 2.1 della richiamata delibera ANAC n. 213/2024 (Griglia di rilevazione):

- a. Consulenti e Collaboratori (art. 15);
- b. Performance (art. 10 e art. 20);
- c. Enti controllati;
- d. Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici (artt. 26-27);
- e. Beni immobili e gestione patrimonio (art. 30);
- f. Controlli e rilievi sull'amministrazione (art. 31);
- g. Servizi erogati (art. 32);
- h. Pagamenti dell'amministrazione (artt. 4 bis, 33, 36 e 41, co. 1);
- i. Pianificazione e governo del territorio (art. 39).

Per quanto sopra specificato, il Presidente OIV auspica un celere intervento da parte dei Responsabili aziendali per colmare tale carenza.

Il Direttore della Struttura, Dr. Ciro Inserra, prende atto della carenza e si preme di sottolineare che la cura del processo di pubblicazione è in buona parte prerogativa della UOC Relazioni con il Pubblico, oltre che di tutte le Strutture Aziendali coinvolte, pertanto si fa carico, nei limiti delle sue competenze, di stimolare, attraverso nota, il coinvolgimento di tutti gli attori aziendali in causa, portando a conoscenza tale iniziativa alla Direzione Strategica Aziendale.

Il Presidente OIV, facendo riferimento alla sperimentazione del Sistema di Misurazione e Valutazione e nello specifico per le UU.OO.CC. che avevano aderito per l'anno 2023, come da deliberazione aziendale 1436/2023, chiede di conoscere l'evoluzione e se ci sono state eventualmente difficoltà a riguardo.

Il Direttore della Struttura, Dr. Inserra, delucida a riguardo, ragguagliando su una serie di iniziative intraprese, attraverso incontri mirati con i vari responsabili delle Strutture coinvolte e si sente di tranquillizzare l'OIV, sul buon esito della sperimentazione in corso.

Alle ore 13.30 il Presidente dichiara conclusa la riunione telematica
Verbale letto e approvato all'unanimità dai componenti dell'OIV

Il presente verbale della riunione telematica dell'OIV del giorno 14/05/2024 è stato trasmesso, dal Presidente dell'OIV, agli indirizzi di posta certificata dei componenti dell'OIV che ne hanno preso visione ed hanno risposto, mediante stesso mezzo, comunicando l'approvazione del verbale.

Verbale firmato da

Avv. Mario Calenda – Presidente OIV

Dr.ssa Mariella Leonardo – Componente OIV

Avv. Ciro Maglione – Componente OIV

Dr. Ciro Insera – Direttore U.O.C. VRU e Performance

Dr. Palmerino Cardone – Dirigente U.O.C. VRU e Performance

Sig.ra Margherita Perna - U.O.C. VRU e Performance (Segretaria Verbalizzante)

Al. G. L.



***RELAZIONE DELL'OIV SUL FUNZIONAMENTO
COMPLESSIVO DEL SISTEMA DI VALUTAZIONE,
TRASPARENZA E INTEGRITÀ DEI CONTROLLI
INTERNI***

(relativa al Ciclo della Performance dell'anno 2023)

(ai sensi dell'art. 14, comma 4, lettera a), D.Lgs. n. 150/2009 e s.m.i.)

INDICE

1 PREMESSA	
1.1 Normativa di riferimento.....	4
2. INTRODUZIONE.....	5
2.1 L'IDENTIFICAZIONE DELLE AREE DI INTERVENTO	6
2.2 L'azienda in cifre	7
2.3 Analisi del contesto esterno	7
2.4 Analisi del contesto interno.....	8
3 IL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE	11
3.1 L'Albero delle Performance.....	12
3.2 Misurazione e valutazione delle Performance.....	13
3.3 Il ciclo delle Performance	14
3.4 La misurazione e valutazione della performance organizzativa	14
3.5 Gli Indicatori	14
3.6 I requisiti degli indicatori.....	15
3.7 Obiettivi	16
3.8 Infrastruttura di supporto	16
3.9 La fase di pianificazione/ programmazione	17
4 Valutazione dei risultati ottenuti.....	18
4.1 Il timing del processo.....	19
4.2 L'individuazione degli obiettivi strategici.....	19
4.3 Gli attori del processo di valutazione	19
4.4 Il Direttore Sanitario e Amministrativo	20
4.5 Il Direttore di strutture di TIPO B	20
4.6 Il Direttore di strutture di TIPO D	21
4.7 Il Dirigente non responsabile di unità	21
4.8 L'Unità Operativa Complessa Valutazione Risorse Umane e Performance	21
4.9 L'UOC Controllo di Gestione.....	21
5 L'Organismo Indipendente di Valutazione	22
5.1 Il Tavolo Multidisciplinare Performance	22
5.2 Il Tutor	23
5.3 La Valutazione della Performance Organizzativa	23
5.4 Calcolo della Performance Organizzativa Aziendale	23
5.5 La Valutazione della Performance Individuale	23

5.6 Le fasi e le scadenze del processo di valutazione.....	27
5.7 Procedura di conciliazione della valutazione individuale.....	27
5.8 Premialità.....	28
6 LA TRASPARENZA.....	28
6.1 I soggetti coinvolti	29
6.2 Responsabilità e sanzioni per la mancata pubblicazione dei dati.....	31
6.3 Rimozione dei dati.....	32
6.4 DEFINIZIONE E GESTIONE DEGLI STANDARD DI QUALITÀ.....	33
6.5 UTILIZZO DEI RISULTATI DEL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE	33
6.6 DESCRIZIONE DELLE MODALITÀ DEL MONITORAGGIO DELL'OIV	34

PREMESSA

1.1 Normativa di riferimento

Il dettato normativo e il principio ispiratore di riferimento principale per la stesura del presente documento è il Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni", modificato con D. Lgs 74 del 25 maggio 2017.

Ai sensi degli art. 16 e 31 del decreto, gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale, hanno dovuto adeguarsi ai principi di cui all'art. 3 (principi generali su misurazione, valutazione e trasparenza), art. 4 (ciclo di gestione della performance), art. 5 comma 2 (caratteristiche degli obiettivi), art. 7 (sistema di misurazione e valutazione della performance), art. 9 (ambiti di misurazione e valutazione della performance individuale), art. 15 comma 1 (responsabilità dell'organo di indirizzo politico-amministrativo sulla promozione della cultura della responsabilità per il miglioramento della performance, del merito, della trasparenza e della integrità).

Il D.lgs. 150/2009, come modificato dal D.lgs.141/2011 ha fornito le linee di indirizzo per le Aziende e gli Enti del Sistema Sanitario Regionale in applicazione al D.Lgs. 150/2009 e s.m.i. in materia di misurazione, valutazione e trasparenza della performance, nonché gli indirizzi per il Piano ed il Ciclo di Gestione della Performance.

Pertanto le principali norme di riferimento sono:

- D.Lgs. 150 del 27/10/2009 "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni", modificato con D. Lgs 74 del 25 maggio 2017.
- D.Lgs. 502 del 30/12/1992 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421" e s.m.i.
- D.Lgs. 229 del 19/06/1999 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419"
- D.Lgs. 286 del 30/07/1999 "Riordino e potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività svolta dalle amministrazioni pubbliche, a norma dell'articolo 11 della legge 15 marzo 1997, n. 59"
- Legge 190 del 06/11/2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione"
- D.Lgs. 33 del 14/03/2013 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazione da parte delle Pubbliche Amministrazioni"

Delibere della Commissione Indipendente per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle amministrazioni pubbliche, ora Autorità Nazionale Anticorruzione (A.N.AC.).

- n. 89/2010 "Indirizzi in materia di parametri e modelli di riferimento del Sistema di misurazione e valutazione della performance (artt. 13, comma 6 lett. d) e 30, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150";
- n. 104/2010 "Definizione dei Sistemi di misurazione e valutazione della performance entro il 30 settembre 2010";
- n. 112/2010 "Struttura e modalità di redazione del Piano della performance (art. 10, comma 1, lett. a), del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150";
- n. 113/2010 "In tema di applicazione del D.Lgs. 150/2009 e della delibera n. 88/2010 agli Enti del Servizio Sanitario Nazionale";

- n. 114/2010 "Indicazioni applicative ai fini della adozione del Sistema di misurazione e valutazione della performance (art. 30, comma 3, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150)";
- n. 22/2011 "Indicazioni relative allo sviluppo dell'ambito delle pari opportunità nel ciclo di gestione della performance";
- n. 1/2012 "Linee guida relative al miglioramento dei Sistemi di misurazione e valutazione della performance e dei Piani della performance";
- n. 4/2012 "Linee guida relative alla redazione della Relazione degli OIV sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni e sull'Attestazione degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità";
- n. 5/2012 "Linee guida ai sensi dell'art. 13, comma 6, lettera b) del D.Lgs. n. 150/2009, relative alla struttura e alla modalità di redazione della Relazione sulla performance di cui all'art. 10, comma 1, lettera b), dello stesso decreto";
- Dipartimento della Funzione Pubblica - Ufficio per la valutazione della *performance*: Linee guida per il Sistema di Misurazione e Valutazione della performance Ministeri N. 2 Dicembre 2017;
- n. 23/2013 "Linee guida relative agli adempimenti di monitoraggio degli OIV e alla Relazione degli OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni".
- Contrattuali Collettivi Nazionali di Lavoro Aree Dirigenza Medica, Dirigenza SPTA e Comparto vigenti alla data di aggiornamento del presente documento.

Introduzione

La "Performance" è predisposta, in base a quanto stabilito dal citato Decreto Legge n. 80 del 2021 (cosiddetto "Decreto Reclutamento") convertito dalla Legge 6 agosto 2021, n. 113, ai sensi del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n° 150 "Attuazione della legge 4 marzo n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficacia e trasparenza delle pubbliche amministrazioni" e ss.mm.ii., e delle direttive emanate dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC).

Essa rappresenta la sezione strategico programmatica con il quale la ASL Napoli 3 Sud dà avvio al Ciclo di gestione della performance definendo, in coerenza con le risorse assegnate, gli obiettivi, gli indicatori e i target sui quali si è basata la misurazione e la conseguente valutazione e rendicontazione delle attività svolte.

Il Piano della performance, previsto all' art. 10 del D.Lgs. 150/2009 e regolamentato dal Decreto Legislativo n. 74/2017, è il documento programmatico triennale attraverso il quale l' Azienda individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce gli indicatori per la misurazione e la valutazione delle performance, organizzativa ed individuale.

Il Piano della Performance è lo strumento che dà avvio al ciclo della performance che, ai sensi di quanto previsto all' art. 4 del D.Lgs. n. 150/2009, deve essere sviluppato in maniera coerente con i contenuti e con il ciclo della programmazione finanziaria e del bilancio.

Il Piano ha lo scopo di supportare i processi decisionali, attraverso la verifica della coerenza tra risorse e obiettivi, in funzione del miglioramento del benessere dei destinatari diretti e indiretti. Il Piano della performance è uno strumento per migliorare la consapevolezza del personale rispetto agli obiettivi dell' amministrazione, mostrando i percorsi realizzati e guidando i comportamenti dei singoli, nonché uno strumento di accountability, comunicando anche all' esterno ai propri portatori di interessi priorità e risultati attesi.

Il Piano è redatto in coerenza con gli obiettivi di pianificazione strategica definiti nei programmi operativi regionali nel settore sanitario, con la pianificazione in materia di investimenti in edilizia sanitaria, con la programmazione economico - finanziaria della Regione Campania, con le misure attuative del potenziamento dell'assistenza

sanitaria e della rete sanitaria territoriale prevista dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - PNRR, oltre che con gli obiettivi assegnati ai Direttori Generali delle aziende sanitarie regionali, tenendo presente il rispetto dei livelli essenziali di assistenza e il proseguimento delle misure necessarie al contrasto alla Pandemia sanitaria COVID-19.

Parte integrante del presente Piano è il Documento di Direttive, strumento di programmazione annuale che indica, in aderenza ai contenuti del Piano triennale aziendale, gli obiettivi per l'anno di riferimento nonché indicazioni per la formulazione del budget.

L'identificazione delle aree di intervento

I Livelli essenziali di assistenza (LEA), vale a dire le prestazioni e i servizi che l'ASL Napoli 3 Sud fornisce a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), sono organizzati in tre grandi aree:

L'ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO	L'ASSISTENZA DISTRETTUALE	L'ASSISTENZA OSPEDALIERA
Comprende tutte le attività di prevenzione primaria e alcune di prevenzione secondaria rivolte alla collettività e ai singoli: tutela dagli effetti dell'inquinamento e dagli altri rischi in ambiente di vita; tutela dai rischi per la salute e la sicurezza negli ambienti di lavoro; sanità veterinaria; vaccinazioni e altre forme di prevenzione delle malattie infettive; tutela degli alimenti; programmi di diagnosi precoce; medicina legale.	Comprende le attività e i servizi sanitari e sociosanitari diffusi capillarmente sul territorio, dalla medicina di base all'assistenza farmaceutica, dalla specialistica e diagnostica ambulatoriale alla fornitura di protesi ai disabili, dai servizi domiciliari agli anziani e ai malati gravi ai servizi territoriali consultoriali (consultori familiari, SERD, servizi per la salute mentale, servizi di riabilitazione per i disabili, etc.), alle strutture semiresidenziali e residenziali (residenze per gli anziani e i disabili, centri diurni, case famiglia e comunità terapeutiche)	In pronto soccorso, in ricovero ordinario, in day hospital e day surgery, in strutture per la lungodegenza e la riabilitazione, e così via.

Nel rispetto delle risorse a disposizione, l'Azienda persegue i seguenti obiettivi:

- ❖ garantire i livelli essenziali di assistenza;
- ❖ garantire su tutto il territorio della ASL uguali opportunità di risorse sanitarie per soddisfare il bisogno di salute;
- ❖ garantire equità di trattamento a tutti i cittadini italiani, comunitari e stranieri anche momentaneamente presenti o domiciliati nel territorio della ASL CE;
- ❖ garantire una corretta gestione degli accessi alle prestazioni, attraverso un sistema di prenotazione efficace ed efficiente e precisi percorsi sanitari;
- ❖ garantire la gestione dei tempi di attesa di erogazione delle prestazioni (liste di attesa) al fine di erogare le stesse nel rispetto delle esigenze di cura dei cittadini;
- ❖ promuovere ed attivare una rete integrata di servizi sanitari e socio-sanitari per l'assistenza a tutti i cittadini, con particolare attenzione ai malati cronici, agli anziani, ai disabili e alle fasce più deboli della popolazione;
- ❖ promuovere la domiciliarizzazione degli interventi sanitari e socio-sanitari;
- ❖ ridurre il tasso di ospedalizzazioni improprie;
- ❖ promuovere e attivare l'ospedale a domicilio;
- ❖ promuovere, attivare e potenziare interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria in particolare rivolta alle fasce a più alto rischio;

- ❖ attuare campagne di educazione e promozione della salute.

La Direzione Strategica ha inteso aggiungere in dettaglio:

- ❖ Intervento di potenziamento delle Risorse Umane con un piano straordinario di assunzione e di stabilizzazione del personale precario e di formazione/aggiornamento per quello esistente;
- ❖ Intervento di radicale ammodernamento tecnologico;
- ❖ Piano di utilizzo ottimale delle risorse: investimenti;
- ❖ Piano dell' edilizia sanitaria;
- ❖ Potenziamento dell'assistenza territoriale;
- ❖ Miglioramento del confort ospedaliero e dei servizi alberghieri;
- ❖ Rafforzare, inoltre, la funzione di committenza rispetto ai fabbisogni della popolazione, attivare un programma aziendale di investimenti in sanità Digitale per tendere alla migliore governance del sistema salute-sanità per accogliere in tempo reale i dati del rapporto domanda di salute-offerta di servizio (big data) con uno stanziamento triennale di 1,5 milioni di euro con particolare riferimento alla e-health e ICT. In particolare, potenziare la gestione informatizzata delle patologie croniche.

L'azienda in cifre

Per i dati utili a fornire un quadro di riferimento generale, inerenti le attività di seguito elencate, si rimanda alla pagina web "Amministrazione Trasparente" :

- ❖ Attività di Ricovero;
- ❖ Attività di Pronto Soccorso;
- ❖ Attività Specialistica Ambulatoriale;
- ❖ Attività di Prevenzione;
- ❖ Attività DSM;
- ❖ Attività ADI (assistenza domiciliare integrata);
- ❖ Attività SerD.

Obiettivo delle singole UU.OO., titolari delle attività di cui sopra, è aggiornare i predetti dati almeno con cadenza trimestrale.

Per i dati inerenti i punti di seguito elencati, si rimanda alla pagina web "Amministrazione Trasparente" :

- ❖ Risorse Umane;
- ❖ Dati Economici.

I titolari dei predetti dati, con cadenza trimestrale, avranno cura di aggiornare gli stessi.

I dati di produzione, di specifica competenza dei titolari, Direttori Dipartimenti, Direttori di PP.OO., Direttori di Distretti Sanitari, Direttori di UU.OO.CC. e Responsabili di SS.SS.DD., vanno monitorati dall' UOC Controllo di Gestione. La pubblicazione dei dati di produzione è attestata dal Responsabile della Trasparenza.

Analisi del contesto esterno

La presente sezione è finalizzata a rappresentare in quale contesto organizzativo e strutturale l' Azienda opera (contesto interno), nonché gli stakeholder di riferimento ed i soggetti con cui l' Azienda interagisce (contesto esterno); tali elementi sono fondamentali nell' analisi preliminare sui bisogni della collettività, la mission istituzionale, le strategie, gli obiettivi e i relativi indicatori.

Oltre all' invecchiamento della popolazione, nella valutazione dei fabbisogni di salute, impatta in modo determinante la prevalenza delle patologie croniche. Già oggi, circa il 40% della popolazione dei territori di competenza dell'ASL Napoli 3 Sud è affetto da una patologia cronica e circa il 20% da due o più patologie croniche. L' elemento di preoccupazione riguarda l' evidenza che il tema della cronicità interessa, in prevalenza, le persone con più di 65 anni e che la prospettiva, al 2035, di una popolazione di over 65 pari a circa un terzo della popolazione complessiva, fa riflettere sull'evoluzione dei bisogni e come poterli fronteggiare in assenza di interventi capaci di modificare le modalità di invecchiamento della popolazione (vita più lunga ma sana), o di incrementare significativamente le risorse disponibili.

Già oggi, osservando i dati di utilizzo del sistema ospedaliero e della specialistica ambulatoriale, è agevole comprendere che il controvalore dei servizi utilizzati dalla popolazione over 65 sono di gran lunga superiori al valore della quota capitaria. Un incremento di pazienti anziani e cronici, renderebbe il sistema difficilmente sostenibile alle attuali condizioni.

Dal punto di vista epidemiologico, all' invecchiamento della popolazione corrisponde un aumento della prevalenza di persone con condizioni patologiche croniche e di pluri-patologie cardiache, neoplastiche, cerebrovascolari, respiratorie e metaboliche che impongono alla ASL la necessità di riorientare l' attuale modello assistenziale basato sulla risposta al singolo evento acuto, verso un modello basato invece sulla presa in carico della persona con patologia cronica.

La prima causa di morte tra i residenti nel territorio di competenza (dati ISTAT 2018) è rappresentata dalle malattie del sistema cardiocircolatorio, che hanno provocato il 30.29% dei decessi negli uomini ed il 35,79% nelle donne. La seconda causa di morte è costituita dai tumori, responsabili del 30.92% dei decessi, negli uomini ed il 21,42 nelle donne. Seguono in ordine decrescente le malattie del sistema respiratorio, traumatismo e avvelenamento, malattie del sistema nervoso, endocrine, nutrizionali e metaboliche.

-Analisi del contesto interno

Si descrivono, in breve, le articolazioni dell'ASL Napoli 3 Sud:

- ❖ la Direzione Aziendale, composta dal Direttore generale, dal Direttore amministrativo e dal Direttore sanitario, avvalendosi del Collegio di direzione, esercita il governo strategico dell' Azienda;
- ❖ le UU.OO.CC. e UU.OO.SS.DD. presenti nel Governo Clinico e nel Governo Tecnico, Amministrativo e Professionale, nonché le UU.OO.CC. incluse nella Direzione Strategica, supportano la Direzione nei processi di pianificazione strategica, di sviluppo delle risorse umane, delle politiche della qualità e del governo clinico, nonché del controllo di gestione;
- ❖ le funzioni di supporto amministrativo e tecnico sono essenziali per il corretto funzionamento dei processi aziendali di gestione delle risorse e di erogazione dei servizi ai cittadini.

Il territorio dell'ASL Napoli 3 Sud è suddiviso in tredici Distretti Sanitari:

- ❖ Distretto n. 34;
- ❖ Distretto n. 48;
- ❖ Distretto n. 49;
- ❖ Distretto n. 50;
- ❖ Distretto n. 51;
- ❖ Distretto n. 52;
- ❖ Distretto n. 53;
- ❖ Distretto n. 54;
- ❖ Distretto n. 55;
- ❖ Distretto n. 56;
- ❖ Distretto n. 57;
- ❖ Distretto n. 58;
- ❖ Distretto n. 59.

La Rete Ospedaliera Aziendale, individuata nell'atto aziendale di cui alla Delibera n.953 del 08/08/2023, è costituita nel territorio da cinque ospedali:

❖ Presidi ospedalieri di I livello:

- o P.O. di Nola;
- o Stabilimento di Pollena Trocchia;
- o P.O. di Castellammare di Stabia;
- o Stabilimento di Gragnano;
- o P.O. di Boscotrecase;

❖ Presidi ospedalieri di base:

- o P.O. di Sorrento;
- o P.O. di Vico Equense;
- o P.O. di Torre del Greco.

L'organizzazione di cui sopra, a seguito del D.C.A. 103 del 28/12/2018 "Piano Regionale di Programmazione della rete Ospedaliera, ai sensi del DM 70/2015", sarà modificata come di seguito esplicitato:

Presidio Ospedaliero Nuova Classificazione (D.C.A. 103 del 28/12/2018)

P.O. di Nola Presidio Ospedaliero DEA di I° Livello

Stabilimento di Pollena Trocchia Stabilimento di Pollena Trocchia

P.O. di Castellammare di Stabia Presidio Ospedaliero DEA di I° Livello

Stabilimento di Gragnano Stabilimento di Gragnano

P.O. di Boscotrecase Presidio Ospedaliero DEA di I° Livello

Struttura ospedaliera unica per la Penisola Sorrentina:

P.O. di Sorrento;

P.O. di Vico Equense.

Presidio Ospedaliero di Base - Sede di Pronto Soccorso

P.O. di Torre del Greco Presidio Ospedaliero di Base - Sede di Pronto Soccorso

L'azienda dispone di n. 3 Dipartimenti strutturali, come già enunciato nella sezione dedicata all' anagrafica, di cui si esplicitano le funzioni a seguire.

Il Dipartimento di Salute Mentale è la struttura unitaria attraverso cui l'Azienda 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.

Il DSM offre i suoi servizi ai cittadini di ogni fascia d'età ed attua i suoi interventi in un sistema di rete interistituzionale che coinvolge anche altri servizi e strutture dell'Azienda nonché tutti i soggetti, pubblici e privati, che concorrono alla tutela della salute mentale (Enti, Istituzioni, Associazioni e Cooperative del privato sociale ed imprenditoriale, Associazioni di familiari e utenti, gruppi di aiuto e di mutuo aiuto).

Il DSM è pertanto in grado di rispondere all' intera domanda psichiatrica del territorio di riferimento e svolge, in maniera coordinata ed integrata, attività di prevenzione dei disturbi psichici, nonché di diagnosi, cura, riabilitazione e reinserimento sociale e lavorativo per i cittadini affetti da disturbi mentali.

Il Dipartimento Dipendenze (D. SerD) ha il compito di fornire assistenza e trattamento alle persone, alle famiglie e alla popolazione in generale per superare e prevenire ogni forma di rischio, uso o dipendenza da sostanze psicoattive, patologie correlate o altre situazioni comportamentali (es: gioco d'azzardo, sostanze stupefacenti e psicotrope) in grado di creare dipendenze patologiche, al fine di promuovere uno stile di vita sano, offrendo sempre e comunque risposte alle richieste di aiuto ai nostri cittadini.

Il Dipartimento di Prevenzione organizza e promuove le attività di tutela della salute collettiva e di prevenzione primaria in tutte le realtà in cui è sottoposta a rischi di origine ambientale, alimentare e lavorativa, intervenendo per rimuovere le cause di nocività e malattia, sia di origine umana che animale. Persegue obiettivi fondamentali quali la promozione della salute, la prevenzione delle malattie e delle disabilità e miglioramento della qualità della vita.

Il Dipartimento di Prevenzione è una struttura dipartimentale della ASL (disciplinata dalle Norme Nazionali e da quelle Regionali) dotata di autonomia gestionale, organizzativa e contabile ed organizzata per centri di costo, ai sensi dell'art.7 e successivi del D.Lgs. n. 502/92 e ss.mm.ii.

La Regione Campania ha ritenuto i programmi di sanità pubblica e la "visione" di popolazione tipica del Dipartimento (la visione collettiva dei problemi, l'epidemiologia, la gestione e la comunicazione del rischio, ecc.), elementi strategici per realizzare gli obiettivi di salute affidati alle AA.SS.LL.

Le strutture tutte, individuate con il nuovo atto aziendale concorrono alla definizione degli atti programmatori generali, alla programmazione specifica dell'area, alla rilevazione dei fabbisogni e al monitoraggio dei servizi e delle prestazioni erogate. Con riferimento alla propria sfera di competenza, coordinano la redazione, la diffusione e l'aggiornamento l'elaborazione di Linee Guida Aziendali, Linee di indirizzo, PDTA aziendali e sono partecipi delle Commissioni istituite per la redazione di PDTA interaziendali e/o trans-murali. Garantiscono, inoltre, unitarietà e omogeneità nell'organizzazione del lavoro e dei percorsi clinici nell'area di competenza.

In questo scenario, si assiste ad un cambiamento dell'assistenza sanitaria ed ospedaliera. Gli ospedali stanno diventando centri di alta specializzazione, sempre più dedicati alla fase acuta della malattia. Sul piano dei ruoli, l'ospedale tenderà a limitare la propria area di intervento a quelle prestazioni che, per ragioni di complessità, di sicurezza e di impatto tecnologico, non potranno essere garantite dal territorio. I servizi erogati nell'ambito di ciascun ospedale dovranno essere considerati parte di un sistema più complesso, basato sulla gestione di percorsi clinico-assistenziali nei quali la singola struttura operativa è il nodo di una rete che affronta specifici problemi di salute.

Il territorio arriverà ad assumere oltre al primo contatto con il cittadino, l' identificazione, la classificazione e la presa in carico complessiva dei bisogni clinici, assistenziali e sociali.

I servizi territoriali gestiranno l' intero percorso clinico-assistenziale, in particolare per i pazienti cronici, fragili e per tutte le situazioni di parziale o totale non autosufficienza, trattando direttamente, anche a domicilio, episodi o fasi del percorso che oggi presuppongono il ricorso all' ospedale e/o a centri specialistici.

In questo disegno evolutivo del territorio, la Prevenzione dovrà uscire dal modello tradizionale deputato alle attività di controllo e ai temi della prevenzione collettiva, per assumere sempre più un ruolo fondamentale nella prevenzione individuale, primaria e secondaria e coinvolgendo le strutture di assistenza territoriale ed ospedaliera.

L'Azienda, inoltre, opera mediante strutture private accreditate, presenti nel territorio provinciale: Case di Cura, hospice, RSA, strutture ambulatoriali, strutture riabilitative ex art.26 L.833/1978, strutture riabilitative psichiatriche, stabilimenti termali che dovranno essere integrate in questo nuovo modello di assistenza.

Si evidenzia, inoltre, che l' Azienda con il nuovo atto aziendale ha attuato:

- ❖ una profonda revisione del macro-livello dell' assistenza territoriale;
- ❖ una revisione delle aree tecnico - amministrative, al fine di ottimizzare i processi gestionali e amministrativi dell'Azienda;
- ❖ una modifica parziale delle UU.OO. di Staff alla Direzione Strategica.

La programmazione strategica aziendale per i prossimi anni non può pertanto prescindere da tali modifiche, che tendono al mantenimento della consistenza delle strutture esistenti, sostenendo nel contempo l' efficienza dell'offerta assistenziale e sviluppando in egual modo la crescita e la valorizzazione delle risorse umane e professionali; la rilevante azione di riorganizzazione aziendale avviata già nel corso dell' anno 2022, una volta completata sarà trasmessa agli organi regionali competenti per l' approvazione formale del nuovo Atto Aziendale.

IL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE

In conformità a quanto disposto dal D.Lgs. 150/09 e s.m.i., concernente "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni", ed in applicazione dell' art.7, l' ASL Napoli 3 Sud, con la Delibera n. 1436 del 29/11/2023 ha approvato il S.M.V.P.

Il Sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa, connessi al sistema di controllo di gestione e sistema informativo, riguarderà:

- ❖ l'attuazione di piani e programmi, ovvero la misurazione dell'effettivo grado di attuazione dei medesimi, nel rispetto delle fasi e dei tempi previsti, degli standard qualitativi e quantitativi definiti, del livello previsto di assorbimento delle risorse;
- ❖ la modernizzazione e il miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali e la capacità di attuazione di piani e programmi;
- ❖ l'efficienza nell'impiego delle risorse, con particolare riferimento al contenimento ed alla riduzione dei costi, nonché all'ottimizzazione dei tempi dei procedimenti amministrativi;
- ❖ la qualità e la quantità delle prestazioni e dei servizi erogati.

L' Azienda utilizza un sistema di programmazione e verifica dei risultati attraverso un documento di indirizzo e orientamento dei comportamenti delle articolazioni organizzative verso logiche multidimensionali (strategia aziendale, volume e qualità delle prestazioni, efficiente utilizzo delle risorse, partecipazione a progetti, organizzazione e sviluppo delle capacità professionali, ecc.).

Nell' ASL Napoli 3 Sud la performance viene misurata:

- ❖ a livello complessivo aziendale, rispetto all' efficace raggiungimento degli obiettivi strategici aziendali (performance aziendale), prioritariamente derivati dagli obiettivi strategici regionali sui quali viene valutata la Direzione Generale;
- ❖ a livello di singola Unità Operativa, per le Strutture Complesse e Strutture Semplici Dipartimentali individuate come autonomo centro di responsabilità (performance organizzativa);
- ❖ a livello di singolo dipendente afferente all' area contrattuale, sia della dirigenza che del comparto (performance individuale).

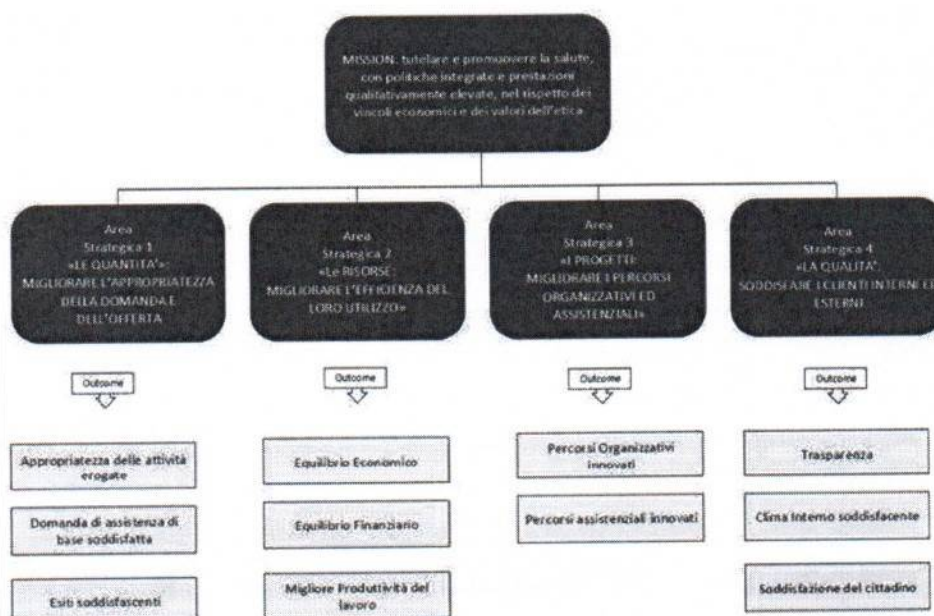
L' attivazione del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance, dopo la fase di informazione e negoziazione con le OO.SS., deve assolvere ad una pluralità di scopi:

- ❖ migliorare l' efficienza del sistema di programmazione e di attuazione degli obiettivi,
- ❖ introdurre uno strumento di apprendimento organizzativo e di orientamento dei comportamenti a supporto dei processi decisionali,
- ❖ rafforzare il sistema di orientamento dei comportamenti e di responsabilizzazione degli operatori,
- ❖ rappresentare, misurare e rendere trasparente l' efficacia organizzativa rispetto agli obiettivi istituzionali.

Conseguentemente i processi di individuazione degli obiettivi e di misurazione dei risultati si svolgono con riferimento sia a livello complessivo aziendale che di singola unità operativa, con risultati che si integrano con la valutazione della performance individuale.

Il sistema di misurazione e valutazione della performance è fondato su elementi essenziali quali gli obiettivi, gli indicatori, l'infrastruttura di supporto, il processo, gli strumenti, gli ambiti di valutazione e la pubblicità.

L'Albero delle performance:



Misurazione e valutazione della performance

Per le finalità di questo piano è utile definire e distinguere le attività di misurazione da quelle di valutazione.

Per misurazione si intende l'attività di quantificazione del livello di raggiungimento dei risultati e degli impatti da questi prodotti su utenti e stakeholder, attraverso il ricorso a indicatori.

Per valutazione si intende l'attività di analisi e interpretazione dei valori misurati, che tiene conto dei fattori di contesto che possono avere determinato l'allineamento o lo scostamento rispetto ad un valore di riferimento.

Misurazione e valutazione della performance sono attività distinte ma complementari, in quanto fasi del più ampio Ciclo della Performance. La figura seguente illustra il ciclo complessivo.

Il ciclo delle Performance:



Nella prima fase del ciclo (programmazione), l'Azienda definisce gli obiettivi che si prefigge di raggiungere nel medio-lungo e nel breve periodo. La fase di programmazione serve ad orientare le performance individuali in funzione della performance organizzativa attesa e quest'ultima in funzione della creazione di valore pubblico, ovvero del miglioramento del livello di benessere dei destinatari delle politiche e dei servizi. L'output della fase di programmazione non è unico, ma include diversi documenti di programmazione (anche in virtù delle diverse finalità degli atti di programmazione previsti dalle disposizioni normative vigenti), complementari l'uno all'altro in quanto tutti parte di un unico e più ampio processo di pianificazione e programmazione.

La misurazione e valutazione della performance organizzativa

La misurazione della performance organizzativa è riferita a tre diverse unità di analisi:

- ❖ amministrazione nel suo complesso;
- ❖ singole unità organizzative dell'azienda;
- ❖ progetti finanziati da fondi extra aziendali.

Ai sensi del nuovo articolo 19 del d.lgs. 150/2009 alla retribuzione della performance organizzativa deve essere destinata una quota delle risorse del fondo relativo al trattamento economico accessorio.

Un utile elemento di riferimento per tutte le tre unità di analisi è l'attività quale insieme omogeneo di compiti, realizzato all'interno di una stessa unità organizzativa, caratterizzato da:

- ❖ un input, ossia dalle risorse utilizzate per realizzare l'output che possono includere risorse umane,

finanziarie o strumentali.

- ❖ un output chiaramente identificabile, che per l'azienda può essere un prodotto o servizio;

Gli indicatori

Valutare le performance delle strutture sanitarie è fondamentale per lo sviluppo di una sanità che sia adeguata al soddisfacimento dei bisogni delle persone, nonché sostenibile dal punto di vista economico. Valutare i processi e i risultati conseguiti in funzione di svariati "indicatori di performance della sanità" è fondamentale per un sistema sanitario moderno ed efficiente, pur nella complessità di un ecosistema.

Gli studi gestionali e manageriali sono concordi nell'approcciare la valutazione delle performance della struttura e del sistema, partendo dalle dimensioni di qualità dell'healthcare di Maxwell, e in particolare:

- ❖ accessibilità, ovvero la semplicità di accesso ai servizi sanitari;
- ❖ appropriatezza, cioè la capacità del sistema (o della struttura) di erogare servizi in linea con le necessità concrete dell'individuo/paziente;
- ❖ equità, cioè parità di trattamento a parità di esigenza;
- ❖ efficacia, ovvero capacità del sistema di ottenere i risultati prefissi;
- ❖ efficienza, cioè il maggior numero di prestazioni con le risorse esistenti o il raggiungimento dei risultati prefissi col minor dispendio di risorse.

Ognuna di queste aree/principi, quantificabili in funzione di determinati parametri sono gli indicatori di performance sanità. Gli indicatori di performance della sanità sono moltissimi, e dipende dal sistema e dalla struttura sfruttarli in modo consono per la massimizzazione delle proprie performance. Il fatto che essi possano essere concretamente impiegati dipende peraltro da tre fattori: la quantità, la qualità dei flussi informativi, nonché la capacità di elaborazione degli stessi al fine di fornire indicazioni precise e complete su cui costruire performance di livello superiore.

Gli indicatori sullo stato delle risorse misurano la quantità e qualità (livello di salute) delle risorse dell'amministrazione; le tre principali aree sono:

- ❖ stato delle risorse umane: quantità (numero dipendenti, etc.) e qualità (competenze, benessere, etc.);
- ❖ stato delle risorse economico-finanziarie: quantità (importi, etc.) e qualità (valore del debito, etc.);
- ❖ stato delle risorse strumentali: quantità (mq. spazi, n. computer, etc.) e qualità (adeguatezza software, sicurezza/ergonomia luogo di lavoro, etc.).

Il nucleo centrale della performance organizzativa è costituito dalle dimensioni di efficienza ed efficacia.

L'insieme di queste dimensioni dipende dalla tipologia di amministrazione e dai suoi obiettivi, e proprio la loro definizione permette di specificare meglio il risultato atteso nei confronti dell'utenza. Ad esempio, per misurare l'efficacia di un servizio rivolto al pubblico è possibile prendere varie dimensioni: accessibilità; estetica/immagine; disponibilità; pulizia/ordine; comunicazione; cortesia; correttezza dell'output erogato; affidabilità; tempestività di risposta.

I requisiti degli indicatori

Il set di indicatori associato agli obiettivi dell'azienda è caratterizzato da:

- ❖ comprensibilità (chiaro, contestualizzato, concreto);
- ❖ confrontabilità (comparabile nel tempo rispetto alla stessa organizzazione e/o attività standard);

- ❖ fattibilità (misurabile nei sistemi informativi aziendali, sostenibile dal punto di vista finanziario e rispetto all' arco temporale di riferimento);
- ❖ affidabilità (valutazione qualitativa della capacità di rappresentazione e misurazione di un fenomeno).

Obiettivi

L' obiettivo è il risultato che un soggetto si prefigge di ottenere, riferito a un preciso periodo temporale e coerente con le responsabilità del valutato. Questo valore, espresso in termini di livello di rendimento, rappresenta un meccanismo molto efficace per monitorare, valutare e modificare i comportamenti, dare un indirizzo ed uno stimolo al miglioramento. Affinché questo avvenga, è necessario che l'obiettivo sia sfidante ma realisticamente raggiungibile dal valutato attraverso le risorse assegnate, l' abilità e le competenze nonché l' adeguatezza dei processi; inoltre deve essere quantificabile e misurabile attraverso l' utilizzo di indicatori. Gli obiettivi negoziati e quindi affidati devono essere misurati con indicatori che devono possedere tali caratteristiche, a tal fine sono in continuo sviluppo gli strumenti del sistema informativo del Controllo di Gestione.

Infrastruttura di supporto

Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance deve possedere un' infrastruttura di supporto, intesa come l' insieme di mezzi e soggetti che rendono possibile l' acquisizione, la selezione, l' analisi, l'interpretazione e la diffusione dei dati di supporto, garantendone la tracciabilità. È responsabilità della Struttura che governa il datawarehouse aziendale sovraintendere il processo di monitoraggio e quindi di valutazione della Performance organizzativa. A tal fine il datawarehouse aziendale è uno strumento prioritario di gestione dei dati di attività e di costo dettagliati a livello delle Unità Operative aziendali.

Il processo di misurazione e valutazione segue uno schema logico-temporale, il ciclo di gestione della performance, che prevede la successione di momenti distinti caratterizzati da attività e dalla partecipazione di soggetti diversi, che sono poi validati dall'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) come previsto dall' art. 14 del L. Lgs

150/2009, le cui fasi sono:

- ❖ definizione e assegnazione degli obiettivi, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
- ❖ collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;

monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;

- ❖ misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- ❖ utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- ❖ rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

L' OIV fornisce, lungo tutto il ciclo, un supporto metodologico volto ad assicurare efficacia, solidità e affidabilità al SMVP, nonché le funzioni attribuite dal d.lgs. 74/2017, a cui si rimanda.

In riferimento al ruolo dell' OIV, il disegno del SMVP, ha considerato due requisiti essenziali per la sua efficacia: condivisione, fra OIV e amministrazione, delle modalità ottimali per consentire all'OIV il pieno e autonomo accesso alle informazioni rilevanti e alla conoscenza dei fenomeni gestionali e amministrativi.

Da sottolineare che non devono confondersi le responsabilità proprie dell'OIV con quelle proprie dei dirigenti. I dirigenti sono responsabili in via esclusiva dell'attività amministrativa, della gestione e dei relativi risultati.

Il processo di gestione e valutazione della performance è formalizzato attraverso la produzione di specifici

documenti di supporto:

- ❖ il Piano triennale delle Performance;
- ❖ il Documento delle direttive per l' anno di riferimento;
- ❖ la Metodologia aziendale del processo di budget;
- ❖ il Sistema di misurazione e valutazione individuale;
- ❖ la Relazione annuale sulla Performance.

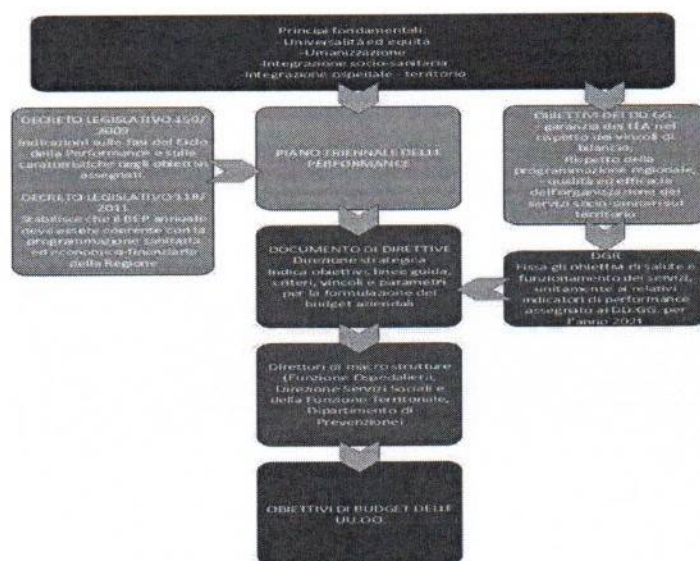
Il Sistema di misurazione e valutazione della Performance prevede la massima trasparenza dei processi, operata attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale nell' apposita sezione "Amministrazione trasparente" .

Il percorso aziendale Il sistema di programmazione e controllo di gestione può essere definito come il meccanismo operativo con il quale l'Azienda formula e articola gli obiettivi aziendali e crea le condizioni informative per garantirne il perseguimento.

La Struttura Controllo di Gestione, sulla base dell'articolo art. 20 della L.R. 56/94, applica la metodica di budget al fine di garantire efficacia ed efficienza ai processi di acquisizione e impiego delle risorse e concretizzare il principio della responsabilità economica.

Il sistema adottato si articola nelle quattro fasi fondamentali di:

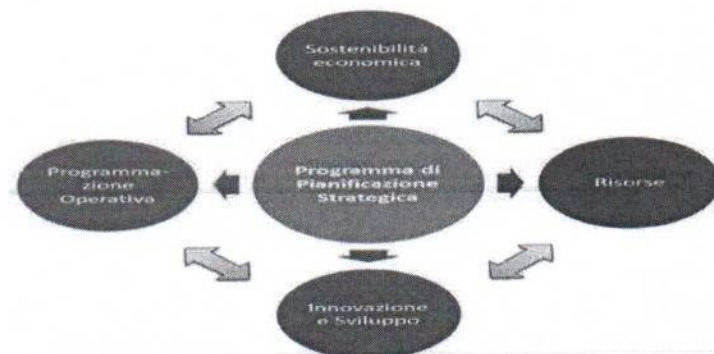
- ❖ pianificazione/ programmazione;
- ❖ formulazione del budget;
- ❖ svolgimento e misurazione dell' attività;
- ❖ valutazione.



La fase di pianificazione/ programmazione

Entro il 31 gennaio di ogni anno viene predisposto il Piano della Performance quale documento di programmazione strategica triennale attraverso il quale, in conformità alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli normativi di bilancio, vengono individuati obiettivi strategici ed operativi, indicatori e risultati attesi. Il Piano è elaborato dalla Direzione Strategica con il supporto tecnico dell' UUOCC individuate

ed adottato con delibera del Direttore Generale. Il Piano consente di definire e misurare la performance aziendale valutandone la qualità e consentendo una sua rappresentazione in un'ottica di rendicontabilità e trasparenza. Come rappresentato nel grafico che segue, la programmazione strategica tiene conto delle risorse assegnate, in un quadro di sostenibilità economica, favorendo l'innovazione, lo sviluppo, l'efficienza e l'efficacia delle azioni aziendali.



In coerenza con le indicazioni derivanti dalla normativa nazionale e regionale, le principali aree di sviluppo strategico che l'ASL Napoli 3 Sud intende perseguire nel prossimo triennio sono quelle individuate nella DGR riguardante gli obiettivi attribuiti ai Direttori Generali e che l'Azienda s' impegna a garantire e, ove possibile, a migliorare nel biennio successivo. Il Piano della Performance comprende il Documento delle Direttive che esplicita per l'anno in corso gli obiettivi aziendali e rappresenta lo strumento di programmazione annuale. La definizione degli obiettivi aziendali è strettamente collegata alla programmazione economica e gli obiettivi assegnati devono essere necessariamente coerenti con le risorse economiche disponibili e definite con il Bilancio Economico Preventivo.

Il percorso di definizione degli obiettivi aziendali La definizione e contrattazione degli obiettivi performance organizzativa riguarda ogni singolo Dipartimento, Struttura Complessa e Struttura semplice Dipartimentale e ha luogo tra il Direttore di Dipartimento e il Direttore della Struttura Complessa e Struttura semplice Dipartimentale. Ciascun responsabile deve essere coadiuvato da propri collaboratori professionali.

Valutazione dei risultati ottenuti

Alla chiusura dell'esercizio si procede alla misurazione della performance organizzativa, a livello complessivo aziendale e di unità operativa, e della performance individuale del personale dirigente e del comparto.

La valutazione della performance organizzativa è collegata alla valutazione della performance individuale che misura l'apporto al raggiungimento degli obiettivi di struttura ed è effettuata dal diretto superiore del valutato.

La valutazione della performance organizzativa di Unità Operativa e individuale è finalizzata anche al riconoscimento degli incentivi previsti dal sistema premiante.

A fine periodo l'UOC Controllo di Gestione provvede a predisporre, sulla base delle risultanze derivanti

Dall'elaborazione dei dati di attività, di costo e in genere dei flussi informativi aziendali, la misurazione a consuntivo di tutti gli obiettivi, compresi quelli collegati ai progetti.

Il monitoraggio finale viene tendenzialmente svolto nei mesi di aprile/maggio dell'anno successivo a quello di riferimento.

Entro il 30 giugno di ogni anno deve essere inoltre redatta la Relazione sulla Performance (prevista dal D.Lgs.150/2009) che evidenzia con riferimento all' anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti. Nella Relazione sono rendicontati ed evidenziati la performance aziendale, la misurazione del raggiungimento degli obiettivi prefissati e una sintesi dei risultati della valutazione individuale del personale dipendente nel rispetto dei principi di trasparenza, veridicità e verificabilità dei contenuti.

La Relazione sulla Performance viene validata dall'Organismo Indipendente di Valutazione ed approvata con Deliberazione del Direttore Generale ed il Servizio Risorse Umane può provvedere, sulla base dell' esito della validazione, all' erogazione economica della retribuzione variabile di risultato.

Il timing del processo

L' Azienda ha iniziato il processo di analisi e rimodulazione degli obiettivi performance 2024, dagli obiettivi performance 2023, nel mese di dicembre 2023 attraverso una serie di incontri al fine di illustrare le principali iniziative da perseguire nell'anno e che verranno poi declinate nelle schede delle unità operative aziendali.

Si riporta di seguito il timing del processo descritto:

ANNO X:



ANNO X+1:



L'individuazione degli obiettivi strategici

Gli obiettivi strategici hanno un comune denominatore: l' appropriatezza. Tale dimensione è trasversale rispetto alle aree strategiche e alla struttura dell'ASL in quanto costituisce un principio comune che deve guidare lo sviluppo strategico aziendale. Il concetto di appropriatezza all' interno di quest' azienda si declina come appropriatezza clinica e appropriatezza organizzativa.

Per appropriatezza clinica si intende il ruolo strategico che ASL riveste come "acquirente esperto" secondo criteri di efficacia comparativa ed economicità e come soggetto investito dalla norma del compito di garante della tutela della salute sul territorio di riferimento. Tale dimensione viene presidiata attraverso la formulazione e la gestione di Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali e la promozione dell'educazione all' appropriatezza clinica professionale.

Il raggio di azione di questa dimensione abbraccia tutta la componente di erogazione di servizi sanitari e sociosanitari, la funzione di Programmazione Acquisto e Controllo, il governo della farmaceutica. Per appropriatezza organizzativa si fa riferimento all' adeguatezza dei livelli di erogazione ed all' efficienza della gestione e riguarda il complesso della realtà aziendale.

Gli attori del processo di valutazione

Di seguito sono rappresentate le attività più rilevanti dei principali attori dei processi di

gestione del Ciclo della Performance aziendale.

Il Direttore Generale:

- definisce con la collaborazione del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario con cui compone la Direzione Strategica gli Obiettivi Strategici sulla base delle indicazioni delle programmazioni regionali assegnandoli alle strutture di tipo B;
- definisce gli Obiettivi Operativi per le strutture di supporto e coordinamento direttamente afferenti alla Direzione Strategica;
- effettua e/o valida la valutazione della performance individuale:
- dei responsabili delle strutture di Tipo B (congiuntamente alla Direzione Strategica);
- dei responsabili delle strutture di supporto e coordinamento direttamente dipendenti;
- approva, con propria deliberazione su proposta del Direttore della UOC Valutazione Risorse Umane e Performance, tutti gli atti e i documenti in tema di performance, (d.lgs. n. 150/2009 e s.m.i., d.lgs. n. 33/2013 e s.m.i. e legge n. 190/2012 e s.m.i.);
- sulla base delle risultanze del monitoraggio intermedio e/o sulla base di segnalazioni dei direttori delle strutture di tipo B, può predisporre modifiche al Piano della Performance adeguando obiettivi, indicatori e target;
- convalida i dati di monitoraggio e misurazione predisposti dalla UOC Controllo di Gestione funzionali alla redazione della Relazione Annuale.

Il Direttore Sanitario e Amministrativo:

- definiscono, collaborando con il Direttore Generale, gli Obiettivi Strategici assegnandoli alle strutture di competenza sulla base delle indicazioni della programmazione regionale;
- effettuano la valutazione della performance individuale:
- dei responsabili delle strutture di Tipo B a loro afferenti;
- dei responsabili delle strutture di supporto e coordinamento direttamente dipendenti;
- collaborano, nell'ambito delle funzioni della Direzione strategica ai processi di valutazione individuale per:
 - i direttori delle strutture di Tipo B;
 - il personale a supporto;
 - consuntivano e convalidano i dati di monitoraggio e misurazione per gli ambiti e le strutture di propria responsabilità.

Il Direttore di strutture di TIPO B (Resp./Direttore di UOC di supporto alla Direzione strategica; Resp./Direttore di UOC e UOSD di supporto al Governo clinico; esp./Direttore di UOC di supporto al Governo Tecnico Amministrativo; Resp./Direttore di Dipartimento; Resp./Direttore di UOC direzione Medica PO; Resp./Direttore di UOC Direzione Distretto Sociosanitario; Resp./Direttore di UOC Aree di Coordinamento ed ulteriori figure assimilabili):

- negozia e definisce con i direttori delle strutture di tipo C i target del set di indicatori contenuti nella Scheda Budget (Previa introduzione del sistema di schede budget nei procedimenti del piano di CdG);
- definisce gli Obiettivi Operativi da assegnare alle strutture di Tipo C che riportano alla propria struttura;
- assegna e valuta la performance individuale dei responsabili delle strutture di Tipo C e del personale incardinato nella struttura di cui ha la responsabilità;
- consuntiva e convalida i dati di monitoraggio e misurazione per gli ambiti e le strutture di propria responsabilità.

Il Direttore di strutture di TIPO C (Resp./Direttore di UOC, Resp./Direttore di UOSD ed altre figure assimilabili):

- definisce i target del set di indicatori contenuti nell'eventuale Scheda Budget con i referenti delle strutture di Tipo D che riportano alla propria unità (Previo introduzione del sistema di schede budget nei procedimenti del piano di CdG);
- definisce gli Obiettivi Operativi di secondo livello da assegnare alle strutture di Tipo D che riportano alla propria unità;
- assegna e valuta la performance individuale dei responsabili delle strutture di Tipo D e del personale incardinato nella struttura di cui ha la responsabilità.
- consuntiva e convalida i dati di monitoraggio e misurazione per gli ambiti e le strutture di propria responsabilità.

Il Direttore di strutture di TIPO D (Resp./Direttore di UOS ed altre figure assimilabili):

- assegna e valuta la performance individuale del personale incardinato nella struttura di cui ha la responsabilità;
- consuntiva e convalida i dati di monitoraggio e misurazione per gli ambiti e le strutture di propria responsabilità.

Il Dirigente non responsabile di unità:

- supporta il valutatore nella valutazione della performance individuale del personale incardinato nella struttura di appartenenza.

L'Unità Operativa Complessa Valutazione Risorse Umane e Performance (UOC VRU e Performance) attraverso l'incarico di Alta Specialità (STP):

- sviluppa con il supporto delle strutture di tipo B le proposte di OS e OO da proporre al Direttore Generale e alla Direzione Strategica;
- svolge attività di supporto al Sistema di misurazione e valutazione, anche al fine di proporre al Direttore Generale e all'OIV eventuali correttivi al processo di valutazione;
- collabora con la Direzione Aziendale e l'OIV al fine di garantire, nelle varie fasi di processo, il rispetto dei tempi e delle modalità stabilita;
- svolge le funzioni di Struttura Tecnica Permanente dell'OIV come previsto dalla normativa vigente;
- coordina la rete dei Tutor del Sistema di misurazione e valutazione;
- presenta al Collegio di Direzione cui partecipano il Direttore Generale, il Direttore sanitario e Amministrativo e i Direttori di UOC che ne fanno parte le proposte relative a:
 - il piano della Performance;
 - il sistema di misurazione e valutazione della performance;
 - eventuali integrazioni e modifiche che si dovessero rendere necessarie;
- interagisce con il Collegio di Direzione recependo le direttive e decisioni relative alla gestione del ciclo della performance assunte nei Collegi;
- cura la comunicazione relativa al Sistema;
- trasmette al Direttore Generale e per conoscenza alla UOC Gestione del personale e affari amministrativi per il seguito di competenza l'elenco dei punteggi di performance individuale conseguiti dal personale;
- trasmette alla UOC Gestione Risorse Umane le schede di valutazione della performance individuale sottoscritte o validate attraverso applicativo, per l'inserimento delle stesse nei fascicoli personali dei dipendenti;
- acquisisce l'analisi del monitoraggio effettuata dell'UOC Controllo di Gestione sull'andamento degli indicatori legati alla performance organizzativa di ogni singola U.O. aziendale.

L'UOC Controllo di Gestione:

- definisce gli indicatori quali/quantitativi applicabili alle strutture operative aziendali e valuta l'opportunità di utilizzo di nuovi indicatori di misurazione;
- gestisce le schede budget e pertanto supervisiona le variabili che potranno essere utilizzate come indicatori;
- garantisce la reportistica in ordine all'andamento dei risultati relativi agli indicatori inclusi nella scheda di budget.

L'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.):

- verifica il corretto metodologico dei processi di misurazione e valutazione;
- monitora il funzionamento complessivo del Sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso, anche formulando proposte e raccomandazioni ai vertici amministrativi;
- comunica tempestivamente le criticità riscontrate ai competenti organi interni di governo e amministrazione, nonché alla Corte dei conti e al Dipartimento della Funzione pubblica;
- valida la Relazione Annuale delle performance dopo aver verificato la conformità, e l'attendibilità dei dati e delle informazioni in essa riportata, a condizione che la stessa sia redatta in forma sintetica, chiara e di immediata comprensione ai cittadini e agli altri utenti finali;
- garantisce la correttezza dei processi di misurazione e valutazione, con particolare riferimento alla significativa differenziazione dei giudizi di cui all'articolo 9, comma 1, lettera d) del d.lgs. n. 150/2009 e s.m.i., nonché dell'utilizzo dei premi di cui al Titolo III del d.lgs. n. 150/2009, secondo quanto previsto dal citato decreto legislativo, dai contratti collettivi nazionali, dai contratti integrativi, dai regolamenti interni all'amministrazione, nel rispetto del principio di valorizzazione del merito e della professionalità;
- su proposta della UOC VRU e Performance valida la Performance Organizzativa delle strutture di tipo B, C e D;
- verifica i risultati e le buone pratiche di promozione delle pari opportunità;
- prende atto della verifica dell'andamento delle performance rispetto agli obiettivi programmati durante il periodo di riferimento e segnala la necessità o l'opportunità di interventi correttivi in corso di esercizio, all'organo di indirizzo politico amministrativo, anche in relazione al verificarsi di eventi imprevedibili tali da alterare l'assetto dell'organizzazione e delle risorse a disposizione dell'amministrazione;
- valida, a conclusione del percorso, il processo di valutazione annuale;
- ha accesso a tutti gli atti e documenti in possesso dell'amministrazione, utili all'espletamento dei propri compiti, nel rispetto della disciplina in materia di dati personali. Tale accesso è garantito senza ritardo. L'Organismo ha altresì accesso diretto a tutti i sistemi informativi dell'amministrazione, ivi incluso il sistema di controllo di gestione e può accedere a tutti i luoghi dell'amministrazione al fine di svolgere il proprio ruolo come da normativa vigente;
- si avvale del supporto di una struttura tecnica permanente per la misurazione della performance, dotata delle risorse necessarie all'esercizio delle relative funzioni come indicato da normativa vigente.

Il Tavolo Multidisciplinare Performance:

al fine di garantire omogeneità e coerenza nei processi di assegnazione, misurazione e valutazione della Performance Organizzativa delle strutture deve essere attivato il Tavolo Multidisciplinare Performance così composto:

- un Rappresentante Area Ospedaliera;
- un Rappresentante Area Territoriale;

- un Rappresentante UOC VRU e Performance;
- un Rappresentante UOC CdG.

Il Tavolo Multidisciplinare Performance sulla base della misurazione dei risultati ottenuti dalle azioni di monitoraggio relativa agli OS per le strutture di tipo B e degli OBO per le strutture di tipo C e D, ha il ruolo di analizzare ed eventualmente validare le richieste di modifica dei target presentati alle strutture interessate.

Il Tutor:

- è il referente operativo, interno a ciascuna unità di tipo B, C e D per l'applicazione del Sistema di misurazione e valutazione della performance. Il tutor ha opportune conoscenze e competenze tecniche relative ai principi di performance management e al modello di gestione del ciclo della performance, tali competenze dovranno essere aggiornate e consolidate anche attraverso specifici percorsi formativi;
- si occupa di garantire la corretta applicazione delle tempistiche e della metodologia adottata nella definizione di obiettivi, pesi, indicatori e target;
- supporta il processo di individuazione e trasmissione dei dati di monitoraggio relativi alla propria unità e cura la raccolta e la trasmissione dei dati, in particolare riportano il monitoraggio ai tutor di grado superiore e la curano la trasmissione dei dati verso la STP (UOC VRU e Performance);
- cura i rapporti con la STP (UOC VRU e Performance) e si occupa di trasferire alle unità di personale afferente alla propria struttura le comunicazioni e le indicazioni relative alle attività di gestione del ciclo della performance.

La Valutazione della Performance Organizzativa

La Performance Organizzativa è relativa ai risultati raggiunti per l'azienda nel suo complesso ovvero la Performance Organizzativa Aziendale ed ai risultati delle singole strutture organizzative Performance Organizzativa di Struttura.

La valutazione della performance organizzativa è centrale nel processo di accountability e rendicontazione dei risultati strategici e degli impatti dell'azienda sui territori di intervento.

La performance organizzativa inoltre impatta sulla valutazione dei dipendenti ed in particolar modo dei ruoli di responsabilità, attraverso i risultati annuali raggiunti dalla Struttura, favorendo il gioco di squadra ed il senso di appartenenza in un ambito "quale quello sanitario" caratterizzato da un elevato grado di autonomia professionale.

Calcolo della Performance Organizzativa Aziendale

La Performance Organizzativa Aziendale si ottiene attraverso la media ponderata del grado di raggiungimento di tutti gli OS.

Calcolo della Performance Organizzativa di Struttura di Tipo B Nella fase di identificazione degli OS verranno individuate le Strutture di Tipo B coinvolte.

Pertanto, ogni Struttura di Tipo B sarà coinvolta nel raggiungimento di alcuni OS; in fase di assegnazione sarà attribuito sia un peso ad ogni OS di pertinenza e sia i target dei relativi indicatori.

La Performance Organizzativa di Strutture di Tipo B si ottiene attraverso la media ponderata del grado di raggiungimento degli OS assegnati.

Calcolo della Performance Organizzativa di Struttura di Tipo C e D La Performance Organizzativa di Strutture di Tipo C e D si ottiene attraverso la media ponderata del grado di raggiungimento degli OO assegnati.

La Valutazione della Performance Individuale

La Performance individuale per tutto il personale coinvolto è basata su:

- risultati e i risultati della performance organizzativa ovvero il raggiungimento degli obiettivi individuali;
- comportamenti a valutazione relativa al "come" un'attività viene svolta da ciascuno all'interno dell'organizzazione e delle capacità di trasferire le proprie competenze organizzative e tecnico-professionali nei comportamenti agiti.

La Performance Individuale si calcola attraverso la media ponderata del grado di raggiungimento degli OO assegnati.

Nello schema seguente è rappresentata l'attribuzione dei pesi alle diverse voci di valutazione, valido per l'anno 2023 solo per le UU.OO.CC. che hanno aderito alla fase sperimentale, come da deliberazione del Direttore Generale n. 1436 DEL 29/11/2023.

Scheda sintetica dei ruoli ai fini della Performance Individuale

Ruolo/Figura Professionale	A Risultati			B Comportamenti
	A1 Performance Organizzativa Aziendale	A2 Performance organizzativa di struttura	A3 Obiettivi individuali	
Direttore Strutture Tipo B	10 %	50%	5%	25%

Direttore Strutture Tipo C	5%	45%	20%	30%
Direttore Strutture Tipo D	-	40%	30%	30%
Responsabili di Alta Specialità	-	30%	35%	35%
Dirigente non responsabile di unità	-	30%	35%	35%
Personale di comparto	-	40%	-	60%

Il processo di valutazione dei comportamenti attuati fa riferimento ad un sistema di descrittori afferenti sia all'ambito dei comportamenti organizzativi che alle competenze tecnico professionali. Sono definiti set di competenze articolati in Aree di valutazione in maniera differenziata per i ruoli di responsabilità e per il personale di comparto.

Nello specifico le aree di valutazione per i Direttori e personale di responsabilità (Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo, Direttore Strutture Tipo B, Direttore Strutture Tipo C Direttore Strutture Tipo D, Responsabili di UOS e Incarichi di Alta Specialità) afferiscono a:

- A – AREA DEL COMPORTAMENTO MANAGERIALE;
- B – AREA DELLA TECNOLOGIA E DELL'INNOVAZIONE;
- C – AREA RELAZIONALE E DELLA COMUNICAZIONE;
- D – AREA DELL'EFFICIENZA E DELLA PRODUTTIVITA';
- E – AREA DELLA PARTECIPAZIONE AI PROCESSI AZIENDALI.

Le aree di valutazione per il Personale di Comparto afferiscono a:

- A – AREA DELLA COLLABORAZIONE: GRADO DI PARTECIPAZIONE MULTIDISCIPLINARE;
- B – AREA DELLA COMUNICAZIONE: CAPACITA' DI MOTIVARE, GUIDARE I COLLABORATORI;
- C – AREA DELLA QUALITA' EROGATA: QUALITA' DELL'APPORTO SPECIFICO;
- D – AREA QUALITA' PERCEPITA: GRADO DI ORIENTAMENTO ALL'UTENZA;

E – AREA DELL'EFFICIENZA: CAPACITA' DI PRODURRE;

F – AREA DELLA TECNOLOGIA: CAPACITA' DI INNOVARE E GOVERNARE LE TECNOLOGIE;

G – AREA DELLA FORMAZIONE: CREDITI FORMATIVI E CAPACITA' DI FORMARE IL PERSONALE.

Ognuna delle Aree, caratterizzata da un peso, è articolata in singoli comportamenti per i quali il valutatore è chiamato a definire un punteggio tra 0 e 5.

Scheda sintetica dei ruoli ai fini della Performance Individuale

Valutatore	Valutato
Direttore Generale	▪ Direttori di strutture di tipo B (UOC di supporto alla DG).
Direttore Sanitario	▪ Direttori di strutture UOC di supporto al governo sanitario ricadenti nelle strutture di tipo B; ▪ Responsabili di UOSD ricadenti nelle strutture di tipo B di supporto al governo sanitario ▪ IPAS di diretto supporto al governo sanitario; ▪ Direttori di Dipartimento; ▪ Direttori di Presidio Ospedaliero; ▪ Direttori di Distretto; ▪ Direttori di Coordinamento; ▪ Dirigenti non responsabili di unità e personale di comparto incardinati presso l'ufficio di Direzione Sanitaria.
Direttore Amministrativo	▪ Direttori di strutture UOC di supporto al governo tecnico amministrativo ricadenti nelle strutture di tipo B; ▪ IPAS di supporto al governo tecnico amministrativo; ▪ Dirigenti non responsabili di unità e personale di comparto incardinati presso l'ufficio di Direzione Tecnico-Amministrativa.

Direttori di UOC <i>(ricadenti nelle strutture di tipo B)</i>	▪ Responsabili UOS di supporto alla UOC ricadenti nelle strutture di tipo C; ▪ IPAS di diretto supporto alla UOC; ▪ Dirigenti non responsabili di unità e personale di comparto incardinati presso la UOC.
Direttori di Dipartimento / Coordinamento	▪ Direttori di strutture UOC afferenti al dipartimento, ricadenti nelle strutture di tipo C; ▪ IPAS di supporto afferente al dipartimento/Coordinamento; ▪ Dirigenti non responsabili di unità e personale di comparto incardinati presso la direzione del dipartimento/coordinamento.
Direttore di Presidio Ospedaliero	▪ Direttori di strutture UOC afferenti al PO, ricadenti nelle strutture di tipo C; ▪ Dirigenti non responsabili di unità e personale di comparto incardinati presso la direzione del presidio; ▪ IPAS di supporto afferente al PO.
Direttore di Distretto Sociosanitario	▪ Responsabili strutture UOS afferenti al Distretto sociosanitario ricadenti nelle strutture di tipo C.

Direttori di UOC <i>(ricadenti nelle strutture di tipo C)</i>	▪ Responsabili di strutture UOS di supporto alla UOC ricadenti nelle strutture di tipo D; ▪ IPAS di diretto supporto alla UOC; ▪ Dirigenti non responsabili di unità e personale di comparto incardinati presso la UOC.
---	---

Direttori di UOS	▪ IPAS di diretto supporto alla UOS; ▪ Dirigenti non responsabili di unità e personale di comparto incardinati presso la UOS.
-------------------------	--

Le fasi e le scadenze del processo di valutazione

Il processo di misurazione e valutazione della performance si esplica attraverso una serie di fasi che concorrono nel loro insieme a dar vita al ciclo di gestione della performance. Di seguito è descritto il processo relativo al ciclo di gestione della performance con indicazione di fasi e tempi relativi al ciclo della Performance per l'ASL Napoli 3.

Tabella tempistiche Ciclo della Performance ASL NA3

Attività	Tempi
Programmazione e definizione obiettivi	
1.1 Definizione degli obiettivi strategici	Entro il 30 ottobre dell'anno N-1
1.2 Definizione degli obiettivi operativi	Entro il 30 novembre dell'anno N-1
1.3 Redazione ed approvazione del piano della performance	Entro il 31 gennaio dell'anno N
1.4 Definizione degli obiettivi individuali e realizzazione colloquio di assegnazione	Entro il 30 marzo dell'anno N
Monitoraggio della PO	
2.1 Monitoraggi	Entro il 30 aprile dell'anno N per primo monitoraggio; Entro il 30 settembre dell'anno N per il secondo monitoraggio
2.2 Eventuale Valutazione dati monitoraggio intermedio e rielaborazione degli obiettivi	Entro 20 gg dalla realizzazione del monitoraggio
Misurazione e valutazione	
3.1 Consuntivazione dei risultati raggiunti	Entro il 15 gennaio dell'anno N+1
3.2 Valutazione della performance organizzativa per l'ente nel suo complesso e per le singole strutture.	Entro il 30 gennaio dell'anno N
3.3 Valutazione della performance individuale	Entro il 28 febbraio dell'anno N+1
Rendicontazione dei Risultati	
4.1 Redazione della Relazione	Entro il 15 giugno dell'anno N+1
4.2 Approvazione della Relazione	Entro il 30 giugno dell'anno N+1
4.3 Pubblicazione della Relazione	Entro il 30 giugno dell'anno N+1

Procedura di conciliazione della valutazione individuale

Le procedure di conciliazione operano a valle della conclusione del processo valutativo come strumento di garanzia per il valutato in ottica di prevenzione di eventuali contenziosi.

La procedura di conciliazione prevede il coinvolgimento di un soggetto terzo che può essere chiamato in causa dal valutato, laddove questi non concordi con gli esiti della valutazione, per analizzare i fatti e formulare ai due soggetti (valutato e valutatore) una proposta di conciliazione che cerca di tener conto delle posizioni di entrambe le parti e delle risultanze degli atti e della documentazione sottoposta al suo esame.

La risultanza del processo di conciliazione non è da considerare quale elaborazione unilaterale del giudizio bensì come una mera proposta che le parti sono libere di accettare o meno.

Pertanto in caso di valutazione non condivisa, entro e non oltre i 30 giorni dalla presa visione della scheda di valutazione, il valutato può presentare richiesta di conciliazione in forma scritta, argomentata e motivata con idonea documentazione attraverso lo specifico modulo di richiesta (Allegato 10) inoltrato al Collegio di Conciliazione Permanente (un componente OIV, due componenti del Tavolo Multidisciplinare Performance). In tale comunicazione il valutato può richiedere un colloquio nel quale potrà essere assistito da rappresentante di fiducia (Legale o sindacalista).

Il Collegio di Conciliazione prende atto delle richieste di riesame ed attiva le procedure relative alla formulazione della conciliazione attraverso le seguenti modalità:

- analizza, studia la documentazione fornita e chiede al valutato, entro sette giorni, di produrre eventuale ulteriore documentazione, finalizzata ad evidenziare performance superiori a quelle consuntivate dal proprio valutatore;
- qualora il valutato ne avesse fatto richiesta o il Collegio lo ritenga utile, può essere convocato da quest'ultimo un incontro, con un preavviso di 10 giorni, alla presenza del valutato, di un suo eventuale rappresentante di fiducia (legale o sindacalista) e del valutatore;
- può convocare, in audizione, il valutatore con un preavviso di 10 giorni.
- conclude la procedura entro i 30 giorni dalla richiesta di riesame proponendo al valutato e al valutatore una valutazione alternativa che possa soddisfare le parti.

L'accesso alle procedure di conciliazione è attivabile nel caso in cui la valutazione effettuata determini una collocazione in fascia di premialità minore rispetto a quella auspicata dal valutato; pertanto non è possibile attivare tale procedura nel caso in cui il valutato sia già collocato nella fascia massima di premialità.

Premialità

Il punteggio di performance individuale, così come conseguito da ciascun dirigente o unità di personale, determina la collocazione in una fascia di premialità secondo quanto stabilito dal regolamento aziendale vigente.

LA TRASPARENZA

La trasparenza si pone come uno dei migliori strumenti di prevenzione e di lotta alla corruzione e concorre ad attuare i principi di eguaglianza, imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza, integrità e lealtà. È fondamentale precisare che la trasparenza deve essere intesa non come un adempimento aggiuntivo rispetto alle normali attività delle strutture interessate alla pubblicazione dei dati, bensì come attività propria e caratterizzante il modo di operare dell'Azienda.

Il ruolo di primo piano che il legislatore ha attribuito alla trasparenza si arricchisce oggi, a seguito dell'introduzione del PIAO, con il riconoscimento del suo concorrere alla protezione e alla creazione di valore pubblico. Essa favorisce, in particolare, la più ampia conoscibilità dell'organizzazione e delle attività che ogni amministrazione o ente realizza in favore della comunità di riferimento, degli utenti, degli stakeholder, sia esterni che interni.

Dal Piano Nazionale Anticorruzione 2022 (aggiornato con la Delibera n.605 del 19 dicembre 2023) emerge che per favorire la creazione di valore pubblico, un' amministrazione dovrebbe prevedere obiettivi strategici, che riguardano anche la trasparenza, quali ad esempio:

- ❖ rafforzamento dell'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con riguardo alla gestione dei fondi europei e del PNRR;
- ❖ revisione e miglioramento della regolamentazione interna (a partire dal codice di comportamento e dalla gestione dei conflitti di interessi);
- ❖ promozione delle pari opportunità per l'accesso agli incarichi di vertice (trasparenza ed imparzialità dei processi di valutazione);
- ❖ incremento dei livelli di trasparenza e accessibilità delle informazioni da parte degli stakeholder, sia interni che esterni;
- ❖ informatizzazione dei flussi per alimentare la pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione trasparente" ;
- ❖ miglioramento dell'organizzazione dei flussi informativi e della comunicazione al proprio interno e verso

l' esterno;

- ❖ digitalizzazione dell'attività di rilevazione e valutazione del rischio e di monitoraggio;
- ❖ individuazione di soluzioni innovative per favorire la partecipazione degli stakeholder alla elaborazione della strategia di prevenzione della corruzione;
- ❖ incremento della formazione in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza e sulle regole di comportamento per il personale della struttura dell'ente anche ai fini della promozione del valore pubblico;
- ❖ miglioramento del ciclo della performance in una logica integrata (performance, trasparenza, anticorruzione);
- ❖ promozione di strumenti di condivisione di esperienze e best practices 1(Es: costituzione/partecipazione a Reti di RPCT in ambito territoriale);
- ❖ consolidamento di un sistema di indicatori per monitorare l' attuazione del PTPCT o della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO integrato nel sistema di misurazione e valutazione della performance;
- ❖ integrazione tra sistema di monitoraggio del PTPCT o della sezione Anticorruzione e trasparenza del PIAO e il monitoraggio degli altri sistemi di controllo interni;
- ❖ miglioramento continuo della chiarezza e conoscibilità dall'esterno dei dati presenti nella sezione Amministrazione Trasparente;
- ❖ rafforzamento dell'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con riguardo alla gestione degli appalti pubblici e alla selezione del personale.

I soggetti coinvolti

- ❖ Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, che coordina gli interventi e le azioni relativi alla trasparenza e svolge attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione, segnalando gli esiti di tale controllo all' OIV. A seguito dell'introduzione dell'accesso civico generalizzato, il Responsabile per la trasparenza e i dirigenti responsabili delle varie funzioni controllano la regolare attuazione dell'accesso civico. Successivamente alla pubblicazione dell'attestazione annuale sulla trasparenza da parte dell' OIV che la invia ad ANAC, il RPCT assume le iniziative utili a superare le criticità segnalate dall' OIV, ovvero idonee a migliorare la rappresentazione dei dati per renderli più chiari e fruibili;
 - ❖ Nell' ottica di partecipazione alla creazione di valore pubblico e alla costruzione del sistema di prevenzione della corruzione dell'ASL, va inquadrato il potere riconosciuto all' OIV di attestare lo stato di attuazione degli obblighi di pubblicazione, secondo le indicazioni date ogni anno da ANAC. L' organismo non attesta solo la mera presenza/assenza del dato o documento nella sezione «Amministrazione trasparente» del sito istituzionale, ma si esprime anche su profili qualitativi che investono la completezza del dato pubblicato (ovvero se riporta tutte le informazioni richieste dalle previsioni normative), se è riferito a tutti gli uffici, se è aggiornato, se il formato di pubblicazione è aperto ed elaborabile;
 - ❖ I Direttori delle Unità operative complesse, dei Dipartimenti, dei Distretti e dei Presidi Ospedalieri sono i Referenti della Trasparenza e hanno la responsabilità dell'individuazione dei contenuti e della pubblicazione dei dati e delle informazioni previsti;
- I Direttori dei PPOO possono farsi coadiuvare dai Direttori delle UUOCC Servizi Amministrativi Ospedalieri Area Nord e Area Sud per l'adempimento degli obblighi previsti dalla presente sezione del Piano;
- ❖ Stakeholder interni ed esterni.

La cultura della trasparenza ha una valenza trasversale in tutti gli ambiti di attività e coinvolge necessariamente i soggetti interni ed esterni all' Azienda sia come detentori e comunicatori dei dati sia come fruitori delle informazioni. È importante favorire il coinvolgimento delle associazioni dei consumatori, le associazioni di

volontariato maggiormente rappresentative sul territorio, i sindacati del personale dirigente e del comparto, e del personale convenzionato. L' Asl Napoli 3 Sud si impegna ad attivare politiche di coinvolgimento degli stakeholder, interni (es. sindacati, dipendenti) ed esterni (es. cittadini, associazioni, imprese, centri di ricerca) per individuare le esigenze di trasparenza e tenerne conto nella selezione dei dati da pubblicare e nell'elaborazione delle iniziative per garantire la trasparenza, la legalità e la promozione della cultura dell'integrità.

L' Asl Napoli 3 Sud intende coinvolgere e dialogare con gli stakeholders attraverso differenti modalità:

- ❖ Indiretta, attraverso le notizie apprese tramite i media locali;
- ❖ Diretta, con l' invio di una mail all' indirizzo prevenzionecorruzione@pec.aslnapoli3sud.it per trasmettere suggerimenti e proposte da apportare modifiche al programma o eventuali reclami sulla qualità delle informazioni pubblicate o in merito a ritardi o inadempienze riscontrate.

L' ASL Napoli 3 Sud pubblica, nella sezione denominata "Amministrazione trasparente" del portale istituzionale, le informazioni, i dati e documenti sui cui vige obbligo di pubblicazione ai sensi del D. Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii. L'obiettivo è quello di procedere ad una costante integrazione dei dati già pubblicati, raccogliendoli con criteri di omogeneità. L'Azienda pone attenzione al concetto della qualità dei dati da pubblicare, anche alla luce delle stringenti disposizioni in materia di tutela dei dati personali di cui al Regolamento UE/679/2016, ovvero sulla questione relativa al bilanciamento tra Privacy e Trasparenza al fine di garantire esatta attuazione delle prescrizioni contenute nel D. Lgs. 33/2013, nonché delle Linee Guida in materia di trattamento dei dati personali contenuti in atti e documenti amministrativi.

All' interno dell'Azienda, il Responsabile della Trasparenza (di seguito, per brevità "RT") esercita i poteri di programmazione, impulso e coordinamento e la cui effettività dipende dal coinvolgimento e dalla responsabilizzazione di tutti coloro che a vario titolo partecipano al sistema nel suo complesso.

In particolare, svolge funzioni di coordinamento delle attività dei Referenti della Trasparenza mediante:

- ❖ comunicazioni, informazioni ed eventuali disposizioni operative;
- ❖ organizzazione di gruppi di lavoro;
- ❖ qualsiasi altra modalità adeguata ai fini dell'esercizio della propria attività di coordinamento.

Il RT ha un ruolo di regia, coordinamento e monitoraggio sull'effettiva attuazione degli obblighi di pubblicazione, ma non sostituisce i Referenti della Trasparenza, nell' individuazione, elaborazione, raccolta, trasmissione, pubblicazione e rimozione dei dati, documenti e informazioni. Per quanto concerne la tempistica di ciascuna pubblicazione.

Secondo le indicazioni ANAC contenute nella delibera 1310 del 2016, la data di aggiornamento del dato, documento e informazione deve essere indicata in corrispondenza di ciascun contenuto della sezione " Amministrazione trasparente. Laddove tale data non venga apposta automaticamente dal sistema informatico di pubblicazione, è a carico del responsabile della pubblicazione indicare la data di aggiornamento del dato, documento o informazione, distinguendo quella di iniziale pubblicazione da quella di successivo aggiornamento. Entro il 30 novembre, i Referenti della Trasparenza provvedono a dichiarare l' ottemperanza agli obblighi di pubblicazione in merito alla corretta, completa ed aggiornata pubblicazione dei dati di competenza; tale dichiarazione va trasmessa al RPCT nella relazione annuale recante le misure attuate previste dalla Sezione "Prevenzione della Corruzione".

I Direttori di U.O.C., di Distretto, di Dipartimento e di Presidio Ospedaliero, in qualità di "Fonte" , sono responsabili della pubblicazione dei documenti e garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge e controllano e assicurano la regolare attuazione dell'accesso civico sulla base di quanto stabilito dal decreto n. 33/2013 e ss.mm.ii.

Nel caso in cui i documenti, i dati e le informazioni debbano essere pubblicati da una struttura diversa da quella che li ha elaborati, la richiesta di pubblicazione deve essere formalmente ed espressamente nel rispetto di quanto previsto dalla DDG 4/2016 avente ad oggetto “Manuale di Gestione del Protocollo Informatico” .

I Direttori di U.O.C., di Distretto, di Dipartimento e di Presidio Ospedaliero devono curare la qualità della pubblicazione, affinché i cittadini e gli altri portatori di interesse possano accedere in modo agevole alle informazioni e ne possano comprendere il contenuto.

In particolare, i dati e i documenti devono essere pubblicati in aderenza alle seguenti caratteristiche:

Caratteristica dati	Note esplicative
Completi ed accurati	I dati devono corrispondere al fenomeno che si intende descrivere e, nel caso di dati tratti da documenti, devono essere pubblicati in modo esatto e senza omissioni.
Comprensibili	Il contenuto dei dati deve essere esplicitato in modo chiaro ed evidente. Pertanto, occorre: a) evitare la frammentazione, cioè la pubblicazione di stesse tipologie di dati in punti diversi del Sito, che impedisce e complica l'effettuazione di calcoli e comparazioni; b) selezionare ed elaborare i dati di natura tecnica (ad es. dati finanziari) in modo che il significato sia chiaro ed accessibile anche a chi è privo di conoscenze specialistiche.
Aggiornati	Ogni dato deve essere aggiornato tempestivamente.
Tempestivi	La pubblicazione deve avvenire in tempi tali da garantire l'utile fruizione dall'utente.
In formato aperto	Le informazioni e i documenti devono essere pubblicati in formato aperto e raggiungibili direttamente dalla pagina web dove le informazioni sono riportate o mediante link facilmente individuabili.

Responsabilità e sanzioni per la mancata pubblicazione dei dati

In base all' art. 1 comma 3 del d.lgs. n. 33 del 2013 gli obblighi di trasparenza integrano l' individuazione del livello essenziale delle prestazioni erogate dall' amministrazione a fini di trasparenza, prevenzione, contrasto della corruzione e della cattiva amministrazione, a norma dell' art.117 secondo comma lett. m) della Costituzione.

L' attuazione di detti obblighi costituisce obiettivo trasversale comune a tutte le strutture Aziendali rilevante ai fini della valutazione delle prestazioni e della performance individuale dei dirigenti.

Le responsabilità sono incardinate, oltre che nella figura del RPCT, anche nei dirigenti responsabili delle UUOCC, dei Distretti, dei Dipartimenti e dei Presidi Ospedalieri, che siano “responsabili della elaborazione e della trasmissione” dei documenti, delle informazioni e dei dati. Infatti, l' art. 10 prevede che l' amministrazione debba indicare i responsabili della trasmissione e della pubblicazione all' interno del Piano triennale per la prevenzione della corruzione. Per quanto riguarda i dirigenti responsabili delle predette strutture, gli stessi devono garantire il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge.

Inoltre, come chiarisce la modifica al comma 4 dell'art. 43, ricade sotto la loro responsabilità anche il controllo della regolare attuazione dell'accesso civico, attese le rilevanti finalità dell'istituto. L' inadempimento degli

obblighi di pubblicazione (rifiuto, differimento e limitazione dell'accesso civico) costituisce, ai sensi dell' art. 46, elemento di valutazione della responsabilità dirigenziale, eventuale causa di responsabilità per danno all' immagine dell'amministrazione ed è comunque valutato ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio collegato alla performance individuale. L' inadempimento non è sanzionato nel caso in cui sia data prova che il fatto deriva da causa non imputabile all' autore dello stesso. Il RPCT deve segnalare i casi di inadempimento o di adempimento parziale degli obblighi di pubblicazione, in relazione alla loro gravità, all'ufficio di disciplina, ai fini dell'eventuale attivazione del procedimento disciplinare. Il Responsabile deve segnalare gli inadempimenti anche al vertice politico dell'amministrazione e all'OIV, ai fini dell'attivazione di altre forme di responsabilità.

Rimozione dei dati

Il d.lgs. n. 33/2013, all' art. 8 prevede che "i dati, le informazioni e i documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente sono pubblicati per un periodo di 5 anni, decorrenti dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l' obbligo di pubblicazione, e comunque fino a che gli atti pubblicati producono i loro effetti".

In tutti i casi in cui non è specificato il momento iniziale della pubblicazione essa si intende tempestiva. Decorso il termine di durata dell'obbligo di pubblicazione i dati, le informazioni e i documenti restano accessibili ai sensi dell'articolo 5, che disciplina la fattispecie dell'accesso civico. Nel caso in cui si ritenga di lasciarli in pubblicazione, essi andranno trattati ai sensi dell'art. 7 bis, comma 3 e cioè come dati ulteriori dei quali non è richiesta la pubblicazione. Questo implica che i dati personali eventualmente presenti dovranno essere anonimizzati e che la pubblicazione potrà essere fatta solo dopo aver valutato l' assenza di pregiudizio ad uno degli interessi pubblici o privati indicati dall' art. 5 bis (esclusioni e limiti all' accesso civico).

I soggetti responsabili della trasmissione del dato, dell'informazione o del documento e della loro pubblicazione, sono, altresì responsabili della rimozione allo scadere del termine di pubblicazione obbligatoria. Nel caso in cui sia verificata un' alternanza dei soggetti responsabili, saranno responsabili anche della rimozione delle pubblicazioni avvenute prima del loro incarico.

La rimozione dei dati, delle informazioni e dei documenti allo scadere del termine previsto, è assolutamente necessaria laddove siano coinvolti dei dati personali. Infatti, una volta scaduti i termini di pubblicazione obbligatoria e in assenza di ulteriori norme che la legittimino, la diffusione del dato personale, non avendo più copertura normativa, costituisce violazione delle norme in materia di riservatezza e trattamento dei dati.

D.lgs. n. 33/2013	Contenuto dell'obbligo
Art. 8 co.3 - Decorrenza e durata dell'obbligo di pubblicazione	I dati, le informazioni e i documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria sono pubblicati per un periodo di 5 anni, decorrenti dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione, e comunque fino a che gli atti pubblicati producono i loro effetti, fatti salvi i diversi termini previsti dalla normativa in materia di trattamento dei dati personali e quanto previsto dagli articoli 14, comma 2, e 15, comma 4. Decorsi detti termini, i relativi dati e documenti sono accessibili ai sensi dell'articolo 5.
Art. 15 co. 4 - Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Le pubbliche amministrazioni pubblicano i dati di cui ai commi 1 e 2 entro tre mesi dal conferimento dell'incarico e per i tre anni successivi alla cessazione dell'incarico

Al fine di semplificare gli adempimenti legati alla Trasparenza per tutte le strutture aziendali, sarebbe auspicabile nel 2024 attuare un collegamento informatico tra l' applicativo di gestione del flusso documentale SFERA e " Amministrazione Trasparente" . I provvedimenti devono infatti essere caricati volta per volta.

DEFINIZIONE E GESTIONE DEGLI STANDARD DI QUALITÀ

Non sono indicati, nella sezione specifica dell'Amministrazione Trasparente, le finalità, i modi, gli standard di qualità dei servizi erogati. Ciò detto, i riferimenti per la definizione e gestione degli standard di qualità restano quelli previsti dal "Sistema di Valutazione delle Performance dei Sistemi Sanitari Regionali", il rispetto dei requisiti previsti dai criteri di accreditamento istituzionali e tutti gli altri indicati nelle norme nazionali e regionali.

L'OIV ritiene opportuno che si provveda al riguardo, come minimo per analogia, attraverso la definizione e la gestione di standard di qualità da pubblicizzare e pubblicare sul sito.

UTILIZZO DEI RISULTATI DEL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE

L'OIV, preso atto del Sistema di Misurazione e Valutazione delle Performance (SMVP) ASL Napoli 3 Sud, approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 1436 Del 29/11/2023, in cui era prevista la sperimentazione per alcune Strutture che ne hanno fatto richiesta per l'anno 2023, valuta, per quanto finora desunto, coerente ed adeguato l'utilizzo dei risultati del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance ai fini del progressivo miglioramento della Performance.

In particolare, l'attività di monitoraggio delle attività tese al perseguimento degli obiettivi, svolta attraverso riunioni periodiche, sembra stimolare l'adozione da parte dei dirigenti per i necessari interventi correttivi in corso d'anno, così come era auspicato al fine del miglioramento del sistema stesso.

Naturalmente trattasi di profilo di processo organizzativo che questo OIV ritiene ulteriormente migliorabile nel corso del 2024.

Nel corso dell'anno 2023 l'Organismo Indipendente di Valutazione ASL Napoli 3 Sud si è riunito in presenza e da remoto, redigendo appositi verbali di incontro, nelle seguenti date:

- 1- 09/01/2023 – verbale n. 1;
- 2- 19/01/2023 – verbale n. 2;
- 3- 08/02/2023 – verbale n. 3;
- 4- 10/02/2023 – verbale n. 4;
- 5- 02/03/2023 – verbale n. 5;
- 6- 20/03/2023 – verbale n. 6;
- 7- 21/03/2023 – verbale n. 7;
- 8- 18/04/2023 – verbale n. 8;
- 9- 04/05/2023 – verbale n. 9;
- 10- 01/06/2023 – verbale n. 10;
- 11- 10/08/2023 – verbale n. 11;
- 12- 19/10/2023 – verbale n. 12;
- 13- 16/11/2023 – verbale n. 13;

14- 22/11/2023 – verbale n. 14;

15- 12/12/2023 – verbale n. 15;

16- 27/12/2023 – verbale n. 16.

Per dimissioni volontarie di uno dei componenti dell'OIV, a far data dal 21 luglio 2023, l'Azienda ASL Napoli 3 sud, previo opportuno bando di selezione, indetto con deliberazione n. 955 del 09/08/2023 e successiva integrazione con deliberazione n. 966 del 11/08/2023, ha provveduto ad integrare l'Organismo con la successiva nomina del nuovo componente in sostituzione di quello dimissionario, ratificato con la deliberazione del Direttore Generale n. 1357 del 15/11/2023.

Per quanto concerne le attività da fondi vincolati, l'OIV una volta accertata la congruità della documentazione prodotta dai responsabili delle linee progettuali, in coerenza al Regolamento aziendale approvato con delibera n. 332 del 2022, passa alla fase di validazione.

Per lo svolgimento delle sue funzioni a complemento delle riunioni, l'OIV ha ampiamente utilizzato modalità telematiche che hanno consentito ai suoi componenti di analizzare documenti e condividere decisioni.

L'OIV, al fine di migliorare il clima aziendale in termini qualitativi e allo scopo di coinvolgere attivamente e motivare tutto il personale, auspica un focus, da parte della Direzione Strategica aziendale, specie sulle seguenti tematiche:

- Sviluppo organizzativo coerente con la mission aziendale;
- Adeguamento e riconoscimento delle competenze professionali del personale con una corrispondente ed adeguata collocazione nelle strutture aziendali;
- Attenzione sulla Comunicazione interna (uniformità, socializzazione di buone pratiche, ecc.);
- Monitoraggio, in rapporto con il CUG (Comitato Unico di Garanzia), dello stato delle relazioni interne (clima aziendale), al di là dell'intuito e del giudizio dei Dirigenti responsabili;
- Necessità di formazione per il personale Dirigente e di Comparto sul ciclo della performance e sui sistemi valutativi in genere;
- Adozione di tutti gli strumenti per promuovere la trasparenza e l'anticorruzione.

DESCRIZIONE DELLE MODALITÀ DEL MONITORAGGIO DELL'OIV

La valutazione sul funzionamento complessivo del Sistema è la risultante di un'attività strutturata di verifica che ha personalmente coinvolto l'OIV, con il supporto specialistico, di conoscenza delle prassi, di custode di molte informazioni e di intelligente "filtro" nelle relazioni interne, della Struttura Tecnica Permanente di supporto all'OIV, della UOC VRU e Performance dell'ASL Napoli 3 sud.

L'OIV ritiene opportuno evidenziare lo sforzo notevole ed encomiabile, da parte della Struttura Tecnica Permanente, per il recupero delle valutazioni dei dirigenti dell'azienda per il periodo 2018/2022 (circa 4.000 schede), in parte andate perse per l'hacheraggio subito dall'Azienda, ma soprattutto per lo straordinario periodo pandemico (covid19), periodo che ha visto rallentare tutte le attività ordinarie e di controllo.

Per la redazione della presente Relazione sono state desunte informazioni raccolte, nel corso del 2023 e in questi primi mesi del 2024, da numerosi interlocutori interni di livello dirigenziale.

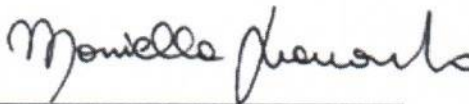
Per quanto riguarda la parte documentale sono stati analizzati, documenti reperiti per tramite la STP o inviati appositamente dalle persone intervistate. In particolar modo sono stati presi in considerazione i seguenti documenti aziendali inerenti il Ciclo della Performance e Trasparenza:

- PRESA D'ATTO DELLA NOTA REGIONALE PROT. N. 11364 DEL 10.1.2023, ACQUISITA AL PROTOCOLLO AZIENDALE IN DATA 11.1.2023 AL N. 6076 - ADOZIONE NUOVO ATTO AZIENDALE DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE NAPOLI 3 SUD, DELIBERAZIONE N. 854 DEL 20/07/2023;
- Documento Sistema di Misurazione e Valutazione della performance approvato con determinazione del Direttore Generale DELIBERAZIONE N. 1436 DEL 29/11/2023;
- "ADOZIONE PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ ED ORGANIZZAZIONE (PIAO) TRIENNIO 2023-2025" DELIBERAZIONE N. 348 DEL 29/03/2023;
- "ADOZIONE PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ ED ORGANIZZAZIONE (PIAO) TRIENNIO 2024-2026" DELIBERAZIONE N. 149 DEL 31/01/2024;
- "Costituzione CUG – quadriennio 2020-2024" - Deliberazione del Direttore Generale n. 1170 del 19/12/2022 – Modifica Deliberazione n. 1170 – Nuova Composizione CUG – Deliberazione del Direttore Generale n. 1013 del 30/08/2023.

Data 30/04/2024.



Il Presidente: Avv. Mario Calenda _____



Componente: Ing. Mariella Leonardo _____

Componente: Avv. Ciro Maglione _____

Firmato digitalmente da: MAGLIONE CIRO
 Ruolo: 4.6 Avvocato
 Organizzazione: CONSIGLIO DELL'ORDINE DEGLI
 AVVOCATI DI NOLA
 Luogo: napoli
 Data: 14/05/2024 16:19:18