



## **OGGETTO: PRESA D'ATTO DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ANNO 2017 E DEL DOCUMENTO DI VALIDAZIONE DEL NUCLEO DI VALUTAZIONE**

### **IL RESPONSABILE DELLA DIREZIONE DELL' UOC CONTROLLO DI GESTIONE**

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dalla Responsabile dell' UOC Controllo di Gestione e dalle risultanze degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché dall'espressa dichiarazione di regolarità tecnica ed amministrativa della stessa resa dal medesimo Dirigente proponente a mezzo della sottoscrizione della presente;

dichiarata, altresì, espressamente con la sottoscrizione, nella qualità di Titolare del trattamento anche nella fase di pubblicazione, la conformità del presente atto ai principi di cui al D.Lgs.30 giugno 2003 n.196, ed al Regolamento aziendale, in materia di protezione dei dati personali, di cui alla Deliberazione del Direttore Generale n. 52 del 17 Gennaio 2018, redatto in conformità alle prescrizione del Regolamento europeo n. 679 del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE;

dichiarata, infine, la conformità del presente atto ai principi di cui alla legge 6 novembre 2012, n. 190.

**Premesso che**, al fine del miglioramento della qualità dei servizi offerti e della crescita delle competenze professionali del personale, per la valorizzazione del merito e l'erogazione dei premi per i risultati raggiunti, con il Decreto n. 150/2009 è stato introdotto negli Enti pubblici il “ Ciclo della Performance”, che prevede la definizione e l'assegnazione di obiettivi , il monitoraggio in corso di esercizio, la misurazione e la valutazione della performance e la rendicontazione dei risultati.

**Tenuto conto che** il Decreto legislativo n.150/2009 per assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance stabilisce , all'art. 10 ,comma 1 lettera b), che le Amministrazioni redigono annualmente la Relazione sulla performance in cui si evidenzia , a consuntivo, con riferimento al precedente anno, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati e alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti.

**Considerata** la Deliberazione del Direttore Generale n. 756 del 25 ottobre 2017 ad oggetto “ Presa d'atto ed adozione del Piano della Performance anni 2017/2018/2019” con cui sono stati assegnati gli obiettivi di performance anno 2017 dell' Asl Napoli 3 Sud.

#### **Visto:**

- la Deliberazione della Giunta della Regione Campania n. 375 del 13/07/2016 inerente la nomina del Direttore Generale dell'Asl Napoli 3 Sud;

- il decreto del Commissario ad Acta n° 108/2014 “Adeguamento dei programmi operativi 2013/2015 agli indirizzi ministeriali;
- tutti i decreti del Commissario ad Acta per la prosecuzione del Piano di Rientro del settore sanitario;
- la Deliberazione del Direttore Generale n. 458/2012 ad oggetto” Presa d’atto della Carta della qualità dell’Asl NA 3 Sud ( delibera CIVIT n. 3/2012 linee guida per il miglioramento degli strumenti per la qualità dei servizi pubblici);
- la Deliberazione del Direttore Generale n. 196 del 26/10/2016 ad oggetto “Presenza d’atto documento Verso il Piano Attuativo Certificabilità del bilancio”;
- la Deliberazione del Direttore Generale n.49 del 31/01/2017 ad oggetto “Adozione del Piano triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza anni 2017/2018/2019”;
- la Deliberazione del Direttore Generale n. 756 del 25/10/2017 ad oggetto “Presenza d’atto e adozione del Piano della Performance anni 2017/2018/2019”;
- tutte le delibere della Commissione per la Valutazione, Trasparenza e Integrità delle Amministrazioni pubbliche, ora Autorità Nazionale Anticorruzione (A.N.A.C.);
- la Relazione del Nucleo di Valutazione dell’Asl Napoli 3 Sud sul funzionamento del Sistema di Valutazione, Trasparenza e Integrità dei Controlli interni – Anno 2017, trasmessa al Responsabile della Direzione dell’U.O.C. Controllo di Gestione con p.e.c., agli atti dell’U.O.C. proponente.

### **Propone al Direttore Generale di**

- prendere atto della Relazione sulla Performance anno 2017 (allegato A) redatta dal Responsabile dell’U.O.C. Controllo di Gestione;
- prendere atto del Documento di Validazione (allegato B) redatto dal Nucleo di Valutazione/OIV;
- dare mandato al Direttore dell’U.O.C. Relazioni con il Pubblico Relazioni con il Pubblico, Trasparenza, Tutela, Comunicazione di pubblicare i documenti su citati sul sito istituzionale aziendale, link Amministrazione Trasparente.

**Il Responsabile della Direzione  
dell’U.O.C. Controllo di Gestione**  
dott.ssa Antonella De Stefano

## **IL DIRETTORE GENERALE**

**In forza della D.G.R.C. n. 375 del 13/07/2016 e del D.P.G.R.C. n. 165 del 19/07/2016**

Preso atto della dichiarazione resa dal dirigente proponente con la sottoscrizione in ordine alla regolarità tecnica ed amministrativa del presente atto, nonché relativa alla conformità dello stesso alle disposizioni vigenti in materia di tutela della privacy;

Sentito il parere favorevole espresso dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo

### **Il Direttore Sanitario**

dott. Luigi Caterino

### **Il Direttore Amministrativo**

dott. Domenico Concilio

### **Delibera di**

- prendere atto della Relazione sulla Performance anno 2017 (allegato A) redatta dal Responsabile dell'U.O.C. Controllo di Gestione;
- prendere atto del Documento di Validazione (allegato B) redatto dal Nucleo di Valutazione/OIV;
- dare mandato al Direttore dell'U.O.C. Relazioni con il Pubblico Relazioni con il Pubblico, Trasparenza, Tutela, Comunicazione di pubblicare i documenti su citati sul sito istituzionale aziendale, link Amministrazione Trasparente.

Il Dirigente proponente sarà responsabile in via esclusiva, dell'esecuzione della presente deliberazione, che viene resa immediatamente esecutiva, data l'urgenza, curandone tutti i consequenziali adempimenti, nonché quelli di pubblicità e di trasparenza previsti dal D.lgs.14 marzo 2013 n. 33 e s.m.i.

### **Il Direttore Generale**

dott.ssa Antonietta Costantini

# ***REGIONE CAMPANIA***

***IL Direttore Generale***

***Dott.ssa Antonietta Costantini***

***AZIENDA SANITARIA LOCALE***

***NAPOLI 3 SUD***

**Relazione sulla performance Anno 2017**

*(Ai sensi della Delibera 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)*

## 1. PRESENTAZIONE

La Relazione sulla Performance prevista dall'art. 10, comma1, lettera b) del D.Lgs n. 150/2009, è lo strumento mediante il quale l'Amministrazione illustra ai cittadini e a tutti gli stakeholder i risultati ottenuti nel corso dell'anno precedente, concludendo, in tal modo, il ciclo di gestione della performance. In effetti, la Relazione sulla Performance mostra, rispetto agli obiettivi programmati ed alle risorse disponibili, i risultati organizzativi e individuali raggiunti a consuntivo.

Tali obiettivi sono assegnati dalla Giunta Regionale al Direttore Generale dell'Azienda il quale, a sua volta, a cascata, li assegna a tutti i Responsabili delle Strutture Aziendali.

La definizione della presente Relazione tiene conto dei seguenti riferimenti normativi:

- la delibera n. 375 del 13/07/2016 ad oggetto “ Nomina del Direttore Generale Asl Napoli 3 Sud”;
- il decreto del Commissario ad Acta n° 108/2014 “Adeguamento dei programmi operativi 2013/2015 agli indirizzi ministeriali;
- tutti i decreti del Commissario ad Acta per la prosecuzione del Piano di Rientro del settore sanitario;
- la delibera n. 458/2012 ad oggetto” Presa d'atto della Carta della qualità dell'Asl NA 3 Sud ( delibera CIVIT n. 3/2012 linee guida per il miglioramento degli strumenti per la qualità dei servizi pubblici);
- la delibera n. 196 del 26/10/2016 ad oggetto “Presa d'atto documento Verso il Piano Attuativo Certificabilità del bilancio”;
- la delibera n.49 del 31/01/2017 ad oggetto “Presa d'atto Programma triennale della Trasparenza e dell'Integrità anni 2017/2018/2019”;
- la delibera n. 756 del 25/10/2017 ad oggetto “Presa d'atto e adozione del Piano della Performance anni 2017/2018/2019”;
- tutte le delibere della Commissione per la Valutazione, Trasparenza e Integrità delle Amministrazioni pubbliche, ora Autorità Nazionale Anticorruzione (A.N.A.C.);
- i documenti prodotti dal Nucleo di valutazione circa il risultato del monitoraggio della applicazione degli strumenti di valutazione della Performance

## 1. PRESENTAZIONE ED INDICE

## 2. SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI ALTRI STAKEHOLDER ESTERNI

### 2.1 Il contesto esterno di riferimento

### 2.2 L'amministrazione

### 2.3 I risultati raggiunti

### 2.4 Le criticità e le opportunità

## 3. OBIETTIVI: RISULTATI RAGGIUNTI E SCOSTAMENTI

### 3.1 Obiettivi strategici

### 3.2 Obiettivi e piani operativi

### 3.3 Obiettivi individuali

## 4. RISORSE, EFFICIENZA ED ECONOMICITA'

## 5. PARI OPPORTUNITA' E BILANCIO DI GENERE

## 6. IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE

### 6.1 Fasi, soggetti, tempi e responsabilità

### 6.2 Punti di forza e di debolezza del ciclo della performance

## **2.SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI ALTRI STAKEHOLDER ESTERNI**

### **2.1 IL CONTESTO ESTERNO DI RIFERIMENTO**

La legge Regionale n° 16 del 28 novembre 2008 ha adottato le misure finalizzate a garantire il rispetto degli obblighi di contenimento della spesa e di razionalizzazione e riqualificazione del Sistema Sanitario Campano previsti dal piano di rientro dal disavanzo di cui alla delibera della Giunta Regionale Campana n° 460 del 20 marzo 2007, la stessa Giunta Regionale con delibera n°504 del 20 marzo 2009 definiva gli ambiti territoriali delle Nuove Aziende Sanitarie Locali.

L'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud è stata costituita con Delibera di Giunta Regionale n°505 del 20 marzo 2009; con Delibera di Giunta Regionale n° 751 del 21/12/012 è stata individuata la sede legale definitiva nel comune di Torre del Greco in via Marconi, 67.

L'obiettivo dell'Azienda è migliorare le condizioni di vita attraverso la garanzia dell'erogazione delle prestazioni ed il continuo progresso della qualità delle stesse e dei servizi che vengono offerti.

In funzione del perseguimento dei suoi fini istituzionali l'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud informa la propria attività a criteri di efficacia, efficienza ed economicità garantendo la qualità e l'appropriatezza delle cure e la trasparenza dei processi allo scopo di concretizzare i principi di partecipazione e di tutela del cittadino.

La sua gestione è improntata:

- ✓ All'efficacia sanitaria dei trattamenti medici;
  
- ✓ All'adeguatezza ed alla personalizzazione dell'intervento diagnostico, terapeutico e riabilitativo;

- ✓ All'efficienza dei processi sanitari e di supporto, intesa come semplificazione e razionalizzazione, anche ai fini economici, delle procedure e dei percorsi al fine di raggiungere il massimo grado di soddisfazione dell'utente;
- ✓ Alla tutela delle professionalità attraverso l'individuazione di percorsi formativi che ne garantiscano la crescita e l'aggiornamento;
- ✓ Alla collaborazione con le organizzazioni di volontariato e di tutela dei diritti degli utenti;
- ✓ Alla sicurezza ed all'appropriatezza tecnica delle cure, intese come valori da condividere con gli utenti e con gli operatori;
- ✓ Alla promozione strutturata dell'immagine aziendale anche attraverso l'utilizzo delle moderne tecnologie;
- ✓ Alla salvaguardia della sicurezza negli ambienti di lavoro;
- ✓ Alla flessibilità dell'organizzazione;
- ✓ Alla revisione periodica della stessa;
- ✓ All'orientamento delle attività in senso progettuale e quindi per obiettivi;
- ✓ All'audit civico quale strumento primario per la partecipazione dei cittadini alle politiche sanitarie aziendali al fine di promuovere la valutazione della qualità percepita delle prestazioni erogate

## 2.2 COSA FACCIAMO

L'azione dell'Azienda è finalizzata principalmente ad assicurare:

- ✓ L'assistenza distrettuale;
- ✓ L'assistenza ospedaliera;
- ✓ L'assistenza sanitaria collettiva negli ambienti di vita e di lavoro.

## 2.3 COME OPERIAMO

L'azienda nasce per garantire i Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria e sociosanitaria e si ispira al sistema dei valori di riferimento ai sensi del DPCM 1994, secondo i seguenti principi:

- ✓ **Centralità della persona**

Ai cittadini e alle cittadine va garantito un sistema per produrre benessere. Per tale motivo, la persona umana, nella globalità delle sue dimensioni e dei suoi bisogni, è al centro degli interessi dell'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud, ed è assunta a costante punto di riferimento per la programmazione, l'organizzazione, la gestione ed il controllo delle attività aziendali.

- ✓ **Uguaglianza ed imparzialità**

I cittadini e le cittadine accedono alle prestazioni previste ed erogate dal Sistema Sanitario nazionale e Regionale senza discriminazioni tra le diverse classi sociali. Nessuno può essere discriminato nel suo diritto all'assistenza sanitaria e sociosanitaria per sesso, età, convinzioni etiche, religiose, politiche, sindacali, filosofiche, per razza, particolari condizioni patologiche, sociali e giuridiche.

✓ **Continuità**

Alle cittadine e ai cittadini deve essere sempre garantita la continuità delle cure necessarie alla riduzione dei vari problemi senza alcuna interruzione nello spazio e nel tempo. A tal fine, si promuove l'integrazione delle attività ospedaliere con quelle territoriali, per assicurare l'assistenza agli acuti, ai convalescenti, ai lungodegenti, ai cronici e ai disabili gravi.

✓ **Trasparenza**

E' un livello essenziale delle prestazioni erogate dall'Azienda Sanitaria Napoli 3 Sud, ai sensi dell'art. 117, comma 2 lettera m della Costituzione italiana. Chiunque ne abbia interesse, può richiedere accesso agli atti amministrativi dell'Azienda secondo il regolamento ex L.241/1990, visibile sul portale istituzionale.

✓ **Equità**

Conforme ai principi di giustizia, in particolare nel confronto tra individui in condizioni analoghe o in condizioni diverse.

✓ **Diritto di scelta**

I cittadini e le cittadine hanno diritto alla libera scelta su tutto il territorio nazionale delle prestazioni erogate e garantite dai Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria e sociosanitaria.

✓ **Partecipazione**

L'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud ritiene che sia di fondamentale importanza la partecipazione dei cittadini e delle loro associazioni di rappresentanza e di tutela.

✓ **Efficienza ed efficacia**

Tutto il sistema di offerta dell'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud, è finalizzato all'effettiva risoluzione dei bisogni sanitari e sociosanitari (efficacia), valutando nel contempo il rapporto appropriato con i costi

### **3. L'AZIENDA SANITARIA LOCALE ASL NAPOLI 3 SUD: L'AMMINISTRAZIONE**

#### **3.1 ORGANIZZAZIONE**

L'Organizzazione aziendale utilizza i seguenti mezzi per il raggiungimento degli obiettivi assegnati a garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria e sociosanitaria:

- ✓ Formazione continua
- ✓ Comunicazione interna ed esterna
- ✓ Applicazione metodologia risk management
- ✓ Applicazione della metodologia continua della qualità
- ✓ Semplificazione dell'azione amministrativa
- ✓ Legalità ed integrità promuovendo azioni per la prevenzione della corruzione
- ✓ Lealtà
- ✓ Rispetto della privacy

La struttura organizzativa è divisa in strutture di staff e strutture di erogazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie. L'organigramma attuale, aggiornato al 19 giugno 2018 è scaricabile dall'home page del sito istituzionale [www.aslnapoli3sud.it](http://www.aslnapoli3sud.it) link organigramma

Le articolazioni dei servizi di erogazione è organizzata in Ospedali Riuniti:

- ✓ 8 presidi ospedalieri organizzati in Ospedali Riuniti
- ✓ 13 distretti sanitari
- ✓ Dipartimento di Prevenzione
- ✓ Dipartimento di Salute Mentale
- ✓ Dipartimento di Assistenza Farmaceutico

Di seguito sono elencati i comuni di competenza territoriale con i corrispondenti distretti sanitari:

- ✓ Distretto Sanitario n° 34 (Portici)
  
- ✓ Distretto Sanitario n° 48 (Mariglianella, Marigliano, San Vitaliano, Castello di Cisterna, Somma Vesuviana, Brusciano)
  
- ✓ Distretto Sanitario n° 49 (Nola, Carbonara di Nola, Casamarciano, Liveri, San Paolo Belsito, Saviano, Scisciano, Visciano, Camposano, Cicciano, Cimitile di Nola, Comiziano, Roccarainola, Tufino)
  
- ✓ Distretto Sanitario n° 50 (Volla, Cercola, Pollena Trocchia, Massa di Somma)
  
- ✓ Distretto Sanitario n° 51 (Pomigliano D'Arco, Sant'Anastasia)
  
- ✓ Distretto Sanitario n° 52 (Palma Campania, Ottaviano, San Giuseppe Vesuviano, San Gennaro Vesuviano, Poggiomarino, Striano e Terzigno)
  
- ✓ Distretto Sanitario n° 53 (Castellammare di Stabia)
  
- ✓ Distretto Sanitario n° 54 (San Giorgio a Cremano, San Sebastiano al Vesuvio)
  
- ✓ Distretto Sanitario n° 55 (Ercolano)
  
- ✓ Distretto Sanitario n° 56 (Torre Annunziata, Trecase, Boscoreale, Boscotrecase)
  
- ✓ Distretto Sanitario n° 57 (Torre del Greco)
  
- ✓ Distretto Sanitario n° 58 (Pompei, Gragnano, Agerola, Pimonte, Casola di Napoli, Lettere, Sant'Antonio Abate, Santa Maria La Carità)

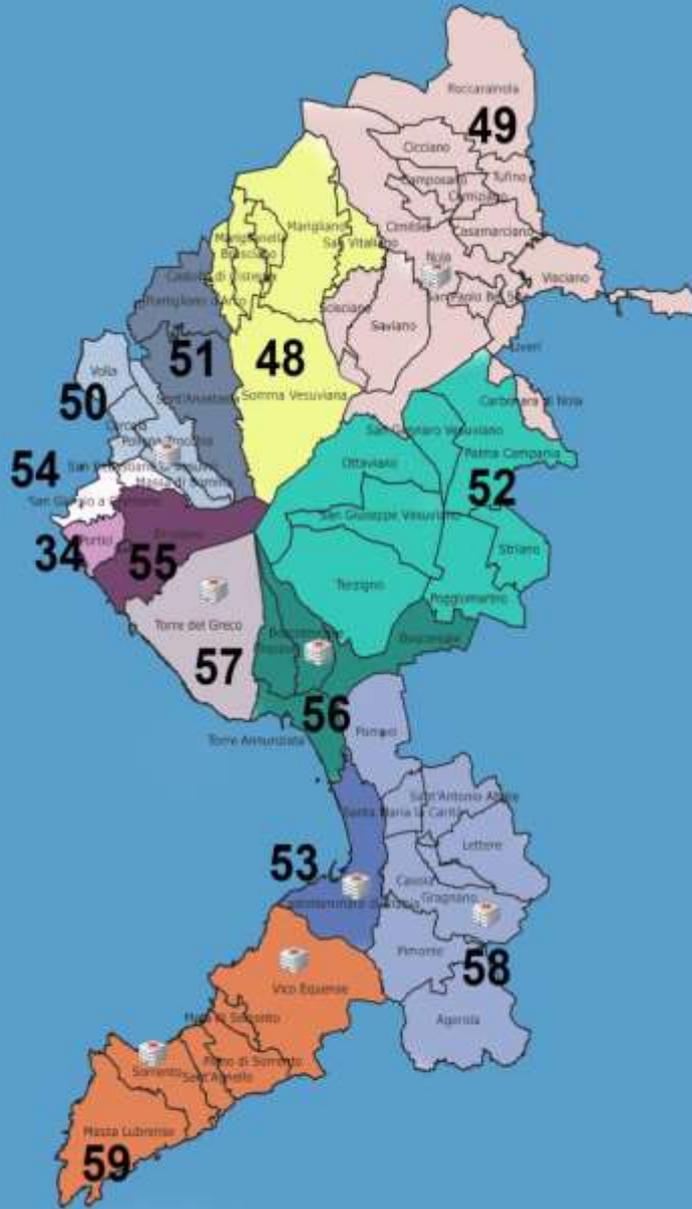


*Relazione Performance anno 2017*

- ✓ Distretto Sanitario n° 59 (Vico Equense, Meta di Sorrento, Sant'Agnello, Piano di Sorrento, Sorrento e Massa Lubrense).

Gli abitanti residenti nei comuni di competenza sono circa 1.065.000

Nell'ambito del territorio aziendale sono attive oltre a strutture sanitarie pubbliche, strutture sanitarie private accreditate con il Servizio Sanitario Regionale per l'erogazione di attività di ricovero e/o ambulatoriale.



## 3.2 RISORSE UMANE

Per il raggiungimento degli obiettivi citati in premessa, è necessario rapportare gli stessi alle risorse umane e professionali presenti in Azienda al 31/12/2017 che risultano essere pari a 4.529 dipendenti.

### DOTAZIONE EFFETTIVA AL 31 DICEMBRE 2017

	N	R	Somma:
<b>08 Personale infermieristico</b>	16	1856	<b>1872</b>
<b>11 Personale tecnico-sanitario</b>		185	<b>185</b>
<b>12 Pers. di Vigilanza e Ispezione</b>	1	97	<b>98</b>
<b>13 Assistenti Sociali</b>		76	<b>76</b>
<b>14 Pers. della Riabilitazione</b>		33	<b>33</b>
<b>23 Collaboratore Tecnico-Professionale</b>		11	<b>11</b>
<b>24 OTA/O.S.S. - Operat. Tecnico addetto assistenza</b>		127	<b>127</b>
<b>25 Operatori Tecnici</b>		225	<b>225</b>
<b>26 Programmatore</b>		10	<b>10</b>
<b>30 Collaboratori amministrativi</b>		146	<b>146</b>
<b>31 Commessi</b>		32	<b>32</b>
<b>33 Assistenti Tecnici</b>		13	<b>13</b>
<b>35 Assistenti amministrativi</b>	1	216	<b>217</b>
<b>36 Coadiutore amministrativo</b>		159	<b>159</b>
<b>40 Ausiliari Specializzati</b>		50	<b>50</b>
	<b>18</b>	<b>3236</b>	<b>3254</b>
<b>01 Dirigenti medici</b>	58	938	<b>996</b>
<b>03 Veterinari</b>		85	<b>85</b>
	<b>58</b>	<b>1023</b>	<b>1081</b>
<b>02 Dirigenti Sanitari - Farmacisti</b>		42	<b>42</b>
<b>04 Dirigenti Sanitari - Biologi</b>		44	<b>44</b>
<b>05 Dirigenti Sanitari - Chimici</b>		4	<b>4</b>
<b>06 Dirigenti Sanitari - Fisici</b>		1	<b>1</b>
<b>07 Dirigenti Sanitari - Psicologi</b>		48	<b>48</b>
<b>15 Avvocati e Procuratori Legali</b>		8	<b>8</b>
<b>16 Dirigenti Professionali (Ingegneri)</b>		2	<b>2</b>
<b>17 Architetti</b>		1	<b>1</b>
<b>22 Sociologo</b>		13	<b>13</b>
<b>27 Dirigenti Amministrativi</b>	1	30	<b>31</b>
	<b>1</b>	<b>193</b>	<b>194</b>
			<b>4529</b>

### 3.3 RISORSE ECONOMICHE - EFFICIENZA ED ECONOMICITA'

Le risorse finanziarie ed economiche di cui l'Azienda Sanitaria dispone, derivano principalmente dalle assegnazioni effettuate dal Fondo Sanitario Regionale sulla base della cosiddetta "quota capitaria"

Al momento il bilancio di esercizio anno 2017 è in fase di adozione.

## 4. OBIETTIVI: RISULTATI RAGGIUNTI E SCOSTAMENTI

### 4.1 OBIETTIVI STRATEGICI

Gli obiettivi strategici, assegnati dalla Regione Campania al Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Napoli 3 Sud sono contenuti nella delibera n. 375 del 13/07/2016. Da essi scaturisce la programmazione triennale contenuta nel Piano della Performance.

#### Obiettivi strategici di carattere generale

Adempimenti previsti da disposizioni normative nazionali e regionali, da provvedimenti giuntali e/o governativi in considerazione dell'attuale fase commissariale

- Raggiungimento equilibrio economico dell'Azienda
- Predisposizione e attuazione nuovo atto aziendale in coerenza con i relativi provvedimenti di programmazione regionale
- Adozione e attuazione di misure idonee a garantire il perseguimento, su base aziendale, degli obiettivi individuali nei Programmi operativi di prosecuzione del Piano di rientro dai disavanzi sanitari
- Prosecuzione e conclusione delle azioni di regolarizzazione delle carte contabili, nonché delle azioni di implementazione dei corretti procedimenti contabili e gestionali, attraverso una puntuale attuazione del percorso della certificabilità

#### Obiettivi strategici di carattere specifico

- Erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza attraverso specifici indicatori della cosiddetta "Griglia LEA"
- Rispetto dei tempi di attesa e costante monitoraggio dell'Attività Libero Professionale Intramuraria
- Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi

## 4.2 OBIETTIVI E PIANI OPERATIVI

Le indicazioni regionali, integrate con le esigenze aziendali correlate all'analisi del contesto interno ed esterno, vengono tradotte in obiettivi strategici, a loro volta declinati in piani operativi e obiettivi operativi.

Nella fase di definizione dei piani operativi, ogni Responsabile di macrostruttura stabilisce la programmazione delle attività con l'individuazione delle risorse, umane e finanziarie, assegnate, allineandosi con il processo di assegnazione del budget.

#### 4.3 OBIETTIVI INDIVIDUALI – ALBERO DELLA PERFORMANCE

L'albero della performance è una struttura logica che identifica i legami tra mandato istituzionale, mission, aree strategiche ed obiettivi corrispondenti nell'ottica della trasversalità delle funzioni.

In esso sono rappresentati gli obiettivi strategici triennali a loro volta declinati in aree e programmi.

Da essi discendono quelli che sono gli obiettivi individuali declinati, a cascata, secondo il livello di macrostruttura aziendale e di singolo dipendente afferente sia all'area della dirigenza che a quella del comparto.

L'Azienda Sanitaria Napoli 3 Sud con delibera n. 756 del 25/10/2017 ha approvato il Piano della Performance anni 2017/2018/2019 contenente le schede di assegnazione degli obiettivi di performance per ciascuna macrostruttura aziendale.

## **5. PARI OPPORTUNITA' E VALORIZZAZIONE DEL BENESSERE DI CHI LAVORA E CONTRO LE DISCRIMINAZIONI**

A seguito dell'indagine condotta nel primo semestre del 2016 per la valutazione dei rischi stress-lavoro correlato, in collaborazione con l'équipe del Dipartimento di Sanità Pubblica della Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università Federico II di Napoli, i cui risultati hanno evidenziato un livello di rischio "medio" per l'Azienda, è stata proposta ed istituita con Delibera del Direttore Generale n. 130 del 28/09/2016 una "Task Force" multidisciplinare per elaborare un modello operativo in grado di individuare, prevenire e gestire i problemi legati allo stress dal momento dell'insorgenza dell'evento stressogeno e fino alla sua evoluzione nel tempo, svolgendo anche funzione di supporto per i Datori di lavoro nella valutazione e gestione del rischio.

Nel corso dell'anno 2017 il "Gruppo Stress" si è riunito sei volte, inoltre nel mese di Dicembre è stato svolto un Seminario per i Datori di Lavoro.

Durante gli incontri, sono state:

- definite le necessità formative da colmare per l'anno 2018
- attivate tutte le azioni necessarie per avviare uno "punto di ascolto", che sarà definitivamente avviato per il primo semestre del 2018.

Tale "punto di ascolto" si configura come lo strumento in grado di favorire il benessere dei singoli e dell'organizzazione, per:

- contrastare il rischio dello stress lavoro correlato
- supportare attivamente il singolo dipendente nella soluzione di problemi e criticità che nascono nel contesto lavorativo

- utilizzare e valorizzare la capacità critica dei dipendenti raccogliendo le proposte da loro formulate al fine di rendere migliore l'ambiente lavorativo.

Con tale strumento il dipendente avrà la possibilità di far conoscere le proprie problematiche che consentiranno ai responsabili di tale sistema di coglierne gli elementi causali soggettivi, organizzativi e/o afferenti al contesto più ampio e conseguentemente di individuare azioni di soluzione a quanto segnalato.

Lo sportello non si configura solo come uno spazio in cui affrontare problematiche di tipo organizzativo, strutturale o altro, ma anche come un mezzo con il quale il dipendente ha la possibilità di proporre soluzioni, collaborazioni ed esperienze che consentiranno all'Azienda di rendere bello il "venire a lavorare".

Aspetti organizzativi dello sportello sono:

- 1) il rispetto della privacy favorito dallo strumento informatico
- 2) la possibilità di inviare documentazione e/o foto di quanto denunciato attraverso l'utilizzo di una piattaforma informatica dotandosi di username e password attraverso un profilo debitamente loro riservato
- 3) la possibilità di richiedere, nei 30 giorni successivi alla denuncia, l'esito di quanto segnalato

La problematica sarà analizzata dal "Gruppo Stress" che analizzerà i fattori di causalità che dipendono dal soggetto e che sono sotto il suo controllo, e quelli che non sono sotto il suo controllo, provvedendo, così, a trovare la soluzione più congrua per l'individuo e per l'azienda.

Lo sportello quindi non corre il pericolo di configurarsi come un "tribunale" o peggio ancora come uno "sfogatoio", ma si manterrà aderente alla sua mission: rappresentare un contesto di problem-solving finalizzato allo sviluppo ed al cambiamento, al fine di favorire l'instaurarsi di condizioni lavorative migliori.

Le iniziative previste per il secondo semestre dell'anno 2018 sono:

- corso di formazione per i Datori di Lavoro sulla comunicazione e sui comportamenti in modo da incidere su una delle cause dello stress da lavoro correlato nell'ambito aziendale
- focus Group da realizzare presso i reparti con più alto carico di stress per cercare di dare una risposta concreta a chi è in quei reparti impegnato (Pronto Soccorso, Oncologia, Front Office distrettuali etc.).

## **6. IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE – Punti di forza e punti di debolezza**

La stesura della Relazione di Performance, predisposta secondo le linee guida contenute nella delibera n.5/2012 della CIVIT, tiene conto di quanto predisposto all'interno del Piano della Performance 2017.

All'interno del Piano vengono valutate le azioni necessarie per la costituzione di un sistema di misurazione delle performance all'interno del quadro degli adempimenti normativi finalizzate altresì alla gestione del salario di risultato. Nel Piano, in coerenza con le risorse assegnate, sono esplicitati gli obiettivi, gli indicatori, i target e gli standard. Questi costituiscono gli elementi fondamentali su cui si basa la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance.

Come per gli anni pregressi, le schede di performance sono le seguenti:

- ✓ **scheda SP01** (dove viene indicato il personale afferente ad una determinata Macrostruttura aziendale);
- ✓ **scheda SP02** (dove vengono indicate tutte le attività della Struttura specifica);
- ✓ **scheda SP03** dove sono indicati: a) gli obiettivi di performance assegnati dalla Direzione strategica ai Responsabili di Macrostruttura aziendale, b) gli esiti del processo valutativo di prima istanza;
- ✓ **scheda SP04** dove sono indicati: a) gli obiettivi assegnati dal Responsabile di Macrostruttura ai dirigenti sottordinati, b) gli esiti del processo valutativo di prima istanza);
- ✓ **scheda SP05** (dove viene indicato l'esito finale della valutazione di prima e di seconda istanza)

- ✓ **scheda P06** (dove vengono indicati: gli obiettivi assegnati dal Responsabile di Macrostruttura al personale di comparto afferente alla Struttura specifica, nonché gli esiti del processo valutativo di prima istanza).

La capillarità della distribuzione degli obiettivi è certamente un punto di forza del sistema di valutazione aziendale, considerando anche che ad oggi la valutazione attiene a circa 4.600 dipendenti.

A partire dall'approvazione dell'Atto aziendale (delibera n. 735 del 19 ottobre 2017 ad oggetto: Presa d'atto del Decreto del Commissario ad Acta n. 39 del 25/09/2017 – Approvazione Atto aziendale dell'ASL Napoli 3 Sud), è in atto una vera e propria riorganizzazione all'interno dell'Azienda. Ciò ha comportato l'attuazione di cambiamenti, ancora in itinere, che sicuramente si ripercuotono sui risultati della performance sia organizzativa che individuale.

Pertanto, la stessa assegnazione degli obiettivi di performance (delibera n. 756 del 25 ottobre 2017 ad oggetto: Presa d'atto ed adozione del Piano della performance anni 2017/2018/2019 ASL Napoli 3 Sud) è avvenuta con notevole ritardo, non potendo, perciò, effettuare il monitoraggio semestrale circa il conseguimento degli obiettivi.

Oltre tutto, l'assenza di adeguate infrastrutture informatiche a supporto della gestione dei flussi informativi non consente al momento di poter effettuare alcun monitoraggio. Si auspica che per il 2018 ci sia la possibilità di poter avviare tale processo con particolare attenzione al monitoraggio delle attività distrettuali e territoriali al fine di realizzare un'efficace integrazione ospedale-territorio.

Un ulteriore punto su cui occorre apportare dei miglioramenti consistenti, che si spera possano essere effettuati nel 2018, è quello relativo all'integrazione sistema di misurazione e valutazione della performance e ciclo del bilancio. E' auspicabile che il Servizio economico-finanziario prenda parte a tutte le fasi di definizione degli obiettivi da inserire nel Piano della performance in maniera che si crei una giusta sinergia tra i dati di natura economica e gli obiettivi da inserire nel documento programmatico. Insomma assegnazione

degli obiettivi di performance e assegnazione del budget dovrebbero procedere parallelamente. Si auspica che con l'attivazione della contabilità analitica possa migliorare l'intero processo.

**La Responsabile del Servizio Controllo di Gestione**

dr.ssa Antonella De Stefano



**REGIONE CAMPANIA**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE**

**NAPOLI 3 SUD**

**Validazione da parte del NdV della  
Relazione sulla performance**

**Relazione e Carte di lavoro**

**Anno 2017**

# RELAZIONE

## 1 Premessa

La presente relazione è predisposta ai sensi del disposto dell'art. 14, comma 4 lettera c, del D.Lgs. 150/2009 e delle linee guida predisposte dalla Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche (Delibera n° 6/2012CiVIT) per la validazione da parte degli OIV (o dei Nuclei di Valutazione- NdV) della Relazione sulla Performance.

La **validazione della Relazione** costituisce uno degli elementi fondamentali per la verifica del corretto funzionamento del ciclo della *performance* e rappresenta l'atto che attribuisce efficacia alla Relazione predisposta, ai sensi dell'art. 15, comma 2, lettera b) del decreto, dall'organo di indirizzo politico amministrativo.

La validazione da parte del NdV della Relazione costituisce:

- il completamento del ciclo della *performance* con la verifica, e la conseguente validazione, della comprensibilità, conformità e attendibilità dei dati e delle informazioni riportate nella Relazione attraverso la quale l'amministrazione rendiconta i risultati raggiunti (art. 4, comma 2, lettera f, D.Lgs. 150/2009);
- il punto di passaggio, formale e sostanziale, dal processo di misurazione e valutazione e dalla rendicontazione dei risultati raggiunti, all'accesso ai sistemi premianti. Ai sensi dell'art. 14, comma 6 del decreto, la validazione della Relazione è, infatti, condizione inderogabile per l'accesso agli strumenti per premiare il merito di cui al Titolo III. Salvo l'applicazione delle conseguenze previste per singole inadempienze (artt. 10, comma 5; 11, comma 9, del decreto; art. 21 del Testo Unico sul Pubblico Impiego, D.Lgs. n. 165 del 2001).

Il NdV valida la Relazione riferendo motivatamente sull'esito di un'attività di verifica svolta sull'attendibilità dei dati e delle informazioni ivi contenuti.

La validazione dovrà essere accompagnata dalle motivazioni alla base di tale decisione, anche al fine di consentire all'amministrazione di ricercare idonee e future soluzioni volte a colmare le criticità evidenziate e favorire, così, un processo di miglioramento.

## **2 Oggetto e metodologia di verifica**

In relazione alle finalità appena descritte, il processo di validazione e la stesura dei documenti a supporto e ad evidenza dello stesso deve essere ispirato ai principi di:

- trasparenza;
- attendibilità;
- ragionevolezza;
- evidenza e tracciabilità;
- verificabilità (dei contenuti e dell'approccio utilizzato).

L'operato del NdV deve inoltre ispirarsi ai principi di indipendenza e imparzialità.

L'oggetto della verifica è costituito da tre elementi principali:

- **conformità** (*compliance*) della Relazione sulla performance alle disposizioni contenute nel D.Lgs. 150/2009 e alle indicazioni contenute dalla delibera n° 5/2012 (Linee guida relative alla redazione e adozione della Relazione sulla performance);
- **attendibilità** dei dati e delle informazioni contenuti nella Relazione sulla performance;
- **comprensibilità** della Relazione sulla performance, anche per i cittadini e le imprese, per favorire il controllo sociale diffuso sulle attività e i risultati delle amministrazioni (art. 10, comma 1, del D.Lgs. 150/2009).

La metodologia di verifica scelta ha tenuto conto della sua reale fattibilità in relazione:

- all'ampiezza e alla profondità di analisi strumentale al processo di validazione, nel rispetto del principio di ragionevolezza;
- alla complessità dimensionale e organizzativa dell'amministrazione;
- alla effettiva reperibilità, in un lasso di tempo ragionevole, delle informazioni necessarie.

In coerenza e nel rispetto dei principi generali, è stata **garantita la tracciabilità** di quanto è stato effettuato nel processo di validazione della Relazione sulla performance.

Allo scopo sono state predisposte ed utilizzate apposite carte di lavoro, redatte sulla base di quanto suggerito dall'Allegato A alla Delibera n° 6/2012 della CiVIT e disponibili in allegato.

Preventivamente, il NdV ha definito dei punteggi per ciascun punto richiesto dalla delibera n° 5/2012 della CiVIT in ragione dell'impatto che il singolo paragrafo riveste, a parere del NdV, sulla Validazione finale.

Si è inoltre definito di assegnare come soglia di validazione finale complessiva il punteggio di 60.

Ciascun punto dovrà essere analizzato tenendo conto:

- di quanto indicato nella Relazione sulla performance e in ogni suo allegato;
- delle informazioni disponibili sul sito istituzionale della ASL Napoli 3 Sud;
- delle indicazioni fornite dalle normative nazionali e regionali applicabili e dalle linee guida della CiVIT/ANAC;
- di risultati e documenti prodotti da altre aziende simili (Benchmarking);
- di altri documenti disponibili presso l'Azienda;
- di eventuali colloqui con il personale e con i responsabili dei servizi Amministrativi e Sanitari, nonché col vertice aziendale;
- delle attività di monitoraggio e valutazione effettuate nel corso dell'anno.

Riguardo ai **soggetti coinvolti** nel processo di valutazione il NdV ha lavorato in maniera collegiale in ogni momento della definizione dei giudizi, lasciando al lavoro dei singoli o di sottogruppi il reperimento di eventuali evidenze probative e la effettuazione di eventuali interviste. Elementi comunque riportati a dimensione di collegialità nelle discussioni conclusive.

## **2.1 Criticità riscontrate e proposte di miglioramento**

Il Piano della Performance è stato redatto per il triennio 2017-2019 e approvato con Delibera n° 756 del 25 ottobre 2017. L'albero della performance (Rif. Piano Performance 2017-2019), individua gli obiettivi strategici e la loro declinazione in aree. Per gli stessi non sono individuati indicatori ed esiti attesi, né una diretta correlazione con gli obiettivi per le strutture organizzative.

La correlazione degli stessi agli obiettivi individuati con le risorse disponibili risulta, quindi, particolarmente laboriosa. Nella Relazione sulla Performance non si fa riferimento agli esiti degli obiettivi raggiunti.

Si rileva inoltre il ritardo con cui sono stati assegnati gli obiettivi strategici alle macrostrutture.

Obiettivi e piani operativi sono dettagliati a livello di macrostruttura. Il sistema di misurazione e valutazione della performance è capillare e strutturato in modo da prevedere un ribaltamento a cascata degli obiettivi dalle macrostrutture alle strutture sotto ordinate e, quindi, ai singoli dirigenti per gli obiettivi individuali. Anche per il 2017 negli obiettivi assegnati alle macrostrutture si ritrovano riferimenti agli obiettivi strategici aziendali di cui all'Albero della Performance, senza tuttavia un chiaro riferimento e con carenza di organicità.

Miglioramenti sono dunque auspicabili nella definizione di indicatori e target per gli obiettivi strategici e, nel caso degli obiettivi assegnati alle macrostrutture, per l'individuazione di indicatori riferibili a dati certi e attendibili.

Carenze già evidenziate nelle relazioni precedenti, permangono. Allo scopo si veda il dettaglio delle Carte di lavoro.

In ogni caso vanno sottolineati elementi di elevato valore organizzativo:

- la valutazione della dirigenza e del personale non dirigente è strutturata e interiorizzata ai diversi livelli organizzativi;
- la valutazione si basa su precise regole condivise e negoziate;
- gli strumenti di valutazione consentono di individuare, per la dirigenza così come per il comparto, elementi oggettivi di valutazione, indicatori e target di riferimento per ogni soggetto valutato.

Il sistema vigente presenta comunque alcune criticità:

- con riferimento agli obiettivi, assegnati a livello di macrostruttura struttura organizzativa (OO.RR., Dipartimenti, UOC amministrative e sanitarie delle aree di Staff alla DG ed alla DA), e poi a cascata ribaltati sui singoli dirigenti, si ribadisce la carenza della scelta di indicatori riferibili e facilmente calcolabili per la valutazione degli esiti;
- per il triennio 2017/2019 è stato predisposto il Piano della Performance ma lo stesso continua a non proporre in maniera puntuale ed esaustiva per ciascun obiettivo individuato, indicatori e target;
- i flussi informativi, anche per il 2017, sono risultati quanto mai rallentati non consentendo al Nucleo di Valutazione di effettuare valutazioni conclusive.

Il NdV auspica che, nella consueta e collaborativa modalità con cui sono state fin ad oggi portate avanti tutte le attività, si possa procedere anche nella direzione del miglioramento o del perfezionamento dell'attuazione del Ciclo della performance e che le indicazioni fornite possano essere spunto di discussione e di interesse per le attività 2018/2020.

Quanto sopra è rappresentato anche al fine di ossequiare il disposto del D.Lds. 74 del 25/05/2017, contenente modifiche al D.Lgs. 150/2009 in materia di valutazione della performance, che individua modalità innovative relative al rapporto collaborativo e propositivo che deve intercorrere tra l'Organismo di Valutazione e la Direzione Aziendale

#### ALLEGATI

Allegato 1 – Carte di lavoro

Allegato 2 – Sintesi delle carte di lavoro

Allegato 3 – Documento di validazione finale

Letto, confermato e sottoscritto.

20 settembre 2018

Il Nucleo di Valutazione

Dott. Alberto Pironti



Dott. Ettore Gambacorta



Al Direttore UOC Controllo di Gestione

Dott.ssa Antonella De Stefano

**OGGETTO: Trasmissione documenti di Validazione della Relazione sulla Performance anno 2017**

Si trasmette in allegato la documentazione relativa alla Validazione della Relazione sulla Performance anno 2017 comprensiva delle carte di lavoro.

Si rappresenta che gli scriventi, con nota del 28/06/2018 rimasta senza riscontro, avevano segnalato di essere in attesa del documento di approvazione da parte della Direzione Aziendale della suddetta relazione ritenendo subordinata, ai sensi del D.Lgs. 74/2017, la validazione all'adozione dei predetti atti.

Non essendo intervenuto ad oggi alcun atto di approvazione della Relazione gli scriventi rimettono la validazione per i seguiti di competenza.

Napoli, 20/09/2018

Dott. Ettore Gambacorta



Avv. Alberto Pironti



## SEZIONE DI SINTESI DELLE CARTE DI LAVORO

DENOMINAZIONE AMM.NE

Altra amministrazione

ASL Napoli3 SUD

Scegliere l'amministrazione dal menù a tendina a sinistra (cella D2). Nel caso in cui l'amministrazione non sia inclusa nell'elenco, scegliere "Altra amministrazione" (cella D2) e indicarne la denominazione nella cella D3

RIFERIMENTI DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE (A)	OGGETTO DI VERIFICA AI FINI DELLA VALIDAZIONE (AREE DI VERIFICA) (B)	CONCLUSIONI RAGGIUNTE (H) (max 100 parole)	VALIDAZIONE (SI/NO) (I)
1	PRESENTAZIONE E INDICE	Il livello di compliance è sufficiente ai fini della validazione.	SI
2	SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI ALTRI STAKEHOLDER ESTERNI	Si veda il dettaglio dei punti successivi	SI
2.1	Il contesto esterno di riferimento	Il livello di compliance è sufficiente ai fini della validazione.	SI
2.2	L'amministrazione	Il livello di compliance è appena sufficiente ai fini della validazione. Va migliorata la comprensibilità che risulta appena sufficiente.	SI
2.3	I risultati raggiunti	La relazione non è pienamente conforme per quanto attiene il presente punto	NO
2.4	Le criticità e le opportunità	La relazione non è pienamente conforme per quanto attiene il presente punto	NO
3	OBIETTIVI: RISULTATI RAGGIUNTI E SCOSTAMENTI	Si veda il dettaglio dei punti successivi	SI
3.1	Albero della <i>performance</i>	La relazione non è pienamente conforme per quanto attiene il presente punto	NO
3.2	Obiettivi strategici	La relazione non è pienamente conforme per quanto attiene il presente punto	NO
3.3	Obiettivi e piani operativi	Il livello di compliance è sufficiente ai fini della validazione.	SI
3.4	Obiettivi individuali	Il livello di compliance è buono ai fini della validazione. Va migliorata l'affidabilità che risulta spesso non verificabile per la complessità dell'organizzazione e, così come già detto, per la scelta di indicatori non sempre facilmente verificabili	SI
4	RISORSE, EFFICIENZA ED ECONOMICITÀ	Il livello di compliance ed attendibilità non è pienamente sufficiente ai fini della validazione.	NO
5	PARI OPPORTUNITÀ E BILANCIO DI GENERE	Il livello di compliance ed attendibilità non è pienamente sufficiente ai fini della validazione.	NO
6	IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE	Si veda il dettaglio dei punti successivi	SI
6.1	Fasi, soggetti, tempi e responsabilità	Il livello di compliance è sufficiente ai fini della validazione, così come la comprensibilità	SI
6.2	Punti di forza e di debolezza del ciclo di gestione della <i>performance</i>	Il livello di compliance è sufficiente ai fini della validazione, così come la comprensibilità	SI
Allegato 2	Tabella obiettivi strategici	La relazione non è conforme per quanto attiene il presente punto	NO
Allegato 3	Tabella documenti del ciclo di gestione della <i>performance</i>	La relazione non è conforme per quanto attiene il presente punto	NO
Allegato 4	Tabelle sulla valutazione individuale	La relazione non è conforme per quanto attiene il presente punto	NO

A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M
Riferimenti della Relazione sulla performance	Oggetto di verifica ai fini della validazione	Descrizione del lavoro effettuato per l'analisi (anche sulla base di domande alle quali si vuole ottenere una risposta - CHECK LIST)	Le fonti di informazione (soggetti o documenti utilizzati)	Gli esiti della verifica e le considerazioni emerse sulla base degli elementi probativi emersi	Doc. di rif. per gli esiti della verifica (E)	Eventuali commenti raccolti sul punto esaminato nel processo di interlocuzione con gli uffici	Conclusioni raggiunte	Validazione (SI/NO)	Impatto sulla validazione finale (i punteggi tra parentesi sono un di cui del totale superiore)	Punteggio
1	PRESENTAZIONE E INDICE	Analisi della Relazione, verifica compliance con Delibera n° 5/2012 CIVIT, discussione collegiale	Relazione	L'indice della relazione anno 2017 è strutturato esattamente secondo le linee guida CIVIT di cui alla delibera CIVIT n° 5/2012	Relazione sulla performance	n.a.	Il livello di compliance è sufficiente ai fini della validazione.	SI	5	5
2	SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI ALTRI STAKEHOLDER ESTERNI	Analisi della Relazione, verifica compliance con Delibera n° 5/2012 CIVIT, benchmarking con altre relazioni di aziende simili, discussione collegiale	Relazione, sito istituzionale ASL, documentazione WEB su siti istituzionali di altre ASL	Si veda il dettaglio dei punti successivi	Relazione Asl NA3sud Relazione performance altre asi (ASL Caserta 2017- AUSL Bologna 2017)- Piano performance altre ASL (ASLCaserta 2017)	n.a.	Si veda il dettaglio dei punti successivi	SI	15	5
2.1	Il contesto esterno di riferimento	"	"	Sono inserite considerazioni sul contesto esterno di riferimento. Si potrebbe fornire maggiore dettaglio in merito alla presentazione dei bisogni epidemiologici del territorio ed alla loro evoluzione .	"	n.a.	Il livello di compliance è sufficiente ai fini della validazione.	SI	2	2
2.2	L'amministrazione	"	"	E' fornita una presentazione dell'azienda, della sua struttura organizzativa e della mission delle aree. Sono inoltre forniti dati numerici sull'amministrazione quali il personale diviso per qualifiche e sulla poloazione Mancano informazioni di sintesi, soprattutto quantitativi, sulle prestazioni rese e sulle risorse economiche dell'Azienda- si fa riferimento genericamente al bilancio 2017 "in corso di adozione"	"	n.a.	Il livello di compliance è appena sufficiente ai fini della validazione. Va migliorata la comprensibilità che risulta appena sufficiente.	SI	5	3
2.3	I risultati raggiunti	"	"	L'argomento non è trattato esaustivamente. Sono indicati gli obiettivi strategici ma non sono riportati indicatori ed esiti.	"	n.a.	La relazione non è pienamente conforme per quanto attiene il presente punto	NO	4	0
2.4	Le criticità e le opportunità	"	"	L'argomento non è trattato in maniera esaustiva	"	n.a.	La relazione non è pienamente conforme per quanto attiene il presente punto	NO	4	0
3	OBIETTIVI: RISULTATI RAGGIUNTI E SCOSTAMENTI	Analisi della Relazione, verifica compliance con Delibera n° 5/2012 CIVIT, benchmarking con altre relazioni di aziende simili, discussione collegiale, interviste con il Servizio Controllo di Gestione	Relazione, sito istituzionale ASL, documentazione WEB su siti istituzionali di altre ASL, Delibera 756 del 25/10/2017 "PIANO DELLA PERFORMANCE ANNI 2017/2018/2019 A.S.L. NAPOLI 3 SUD" con cui sono anche assegnati gli obiettivi 2017 alle macrostrutture.	Si veda il dettaglio dei punti successivi	Relazione Asl NA3sud Relazione performance altre asi (ASL Caserta 2017- AUSL Bologna 2017)- Piano performance altre ASL (ASLCaserta 2017)	/	Si veda il dettaglio dei punti successivi	SI	49	40

A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M
Riferimenti della Relazione sulla performance	Oggetto di verifica ai fini della validazione	Descrizione del lavoro effettuato per l'analisi (anche sulla base di domande alle quali si vuole ottenere una risposta - CHECK LIST)	Le fonti di informazione (soggetti o documenti utilizzati)	Gli esiti della verifica e le considerazioni emerse sulla base degli elementi probativi emersi	Doc. di rif. per gli esiti della verifica (E)	Eventuali commenti raccolti sul punto esaminato nel processo di interlocuzione con gli uffici	Conclusioni raggiunte	Validazione (SI/NO)	Impatto sulla validazione finale (i punteggi tra parentesi sono un di cui del totale superiore)	Punteggio
3.1	Albero della performance	"	Per il triennio 2017-19 è stato redatto il Piano della performance, approvato con Delibera n°756 del 25/10/2017 "PIANO DELLA PERFORMANCE ANNI 2017/2018/2019 A.S.L. NAPOLI 3 SUD"	L'albero della performance (Rif. Piano Performance 2017-2019), individua gli obiettivi strategici e la loro declinazione in aree. Per gli stessi non sono individuati indicatori ed esiti attesi, nè una diretta correlazione con gli obiettivi per le strutture organizzative. Questa carenza, più volte rilevata dal NdV è, a parere degli scriventi, una delle principali cause, unitamente alla complessità aziendale ed alla carenza dei sistemi di controllo di gestione, alla base delle lacune nella tempestività e completezza dei sistemi di rendicontazione. La necessità di correlare gli stessi agli obiettivi individuati con le risorse disponibili risulta, quindi, ancor più ambizioso. Nella Relazione sulla Performance non si fa alcun riferimento agli esiti degli obiettivi raggiunti.	n.a.	n.a.	La relazione non è pienamente conforme per quanto attiene il presente punto	NO	4	0
3.2	Obiettivi strategici	"	Piano della performance, approvato con Delibera n°756 del 25/10/2017 "PIANO DELLA PERFORMANCE ANNI 2017/2018/2019 A.S.L. NAPOLI 3 SUD" Delibere e atti Giunta Regionale	Nel Piano della Performance, si è detto, sono definiti gli obiettivi strategici, pur se carenti di indicatori e target e di riferimenti alla loro declinazione nei programmi e piani operativi per le articolazioni organizzative dell'Azienda. Gli stessi non si configurano, però, all'interno della relazione, come richiesto dalle Linee Guida, in un quadro espositivo che preveda la possibilità di verifica dei risultati ed, ancor più, di analisi delle cause di anomalie e possibili soluzioni di miglioramento. Sono tuttavia presenti, anche per obbligo di legge, report sui principali flussi informativi che, però non sono presi in considerazione nè per fissare target in sede di Piano della Performance, nè di rendicontazione in sede di Relazione sulla performance. Si auspica per il futuro un più sintetico profilo espositivo che consenta anche una più immediata riferibilità delle informazioni agli obiettivi strategici individuati.	Piano della performance, approvato con Delibera n°756 del 25/10/2017 "PIANO DELLA PERFORMANCE ANNI 2017/2018/2019 A.S.L. NAPOLI 3 SUD" Delibere e atti Giunta Regionale	/	La relazione non è pienamente conforme per quanto attiene il presente punto	NO	5	0
3.3	Obiettivi e piani operativi	Analisi della documentazione di valutazione (Schede SP1, SP2, SP3, SP4 e SP5, relazioni ed evidenze documentali allegate)	Delibera n°756 del 25/10/2017 "PIANO DELLA PERFORMANCE ANNI 2017/2018/2019 A.S.L. NAPOLI 3 SUD" con cui sono anche assegnati gli obiettivi 2017 alle macrostrutture.	Sono definiti dettagliati obiettivi operativi a livello di macrostruttura. Il sistema di misurazione e valutazione della performance è capillare e strutturato in modo da prevedere un ribaltamento a cascata degli obiettivi dalle macrostrutture alle strutture subordinate e ai dirigenti per gli obiettivi individuali. Anche per il 2017 negli obiettivi assegnati alle macrostrutture si ritrovano riferimenti agli obiettivi strategici aziendali di cui all'Albero della Performance, senza tuttavia un chiaro riferimento e con carenza di organicità. Si rileva inoltre il grave ritardo con cui sono stati assegnati gli obiettivi strategici alle macrostrutture.	Delibera n°756 del 25/10/2017 Atti di rendicontazione delle valutazioni di struttura e individuali (Disponibili presso il Controllo di Gestione STP)	/	Il livello di compliance è sufficiente ai fini della validazione.	SI	20	20
3.4	Obiettivi individuali	Analisi della documentazione di valutazione (Schede SP1, SP2, SP3, SP4 e SP5, relazioni ed evidenze documentali allegate)	Schede SP3, SP4 e SP5, relazioni ed evidenze documentali allegate. Eventuali colloqui con il personale svolti dal NdV nell'ambito della attività valutativa.	Con metodologia "a cascata" i Direttori di macrostruttura negoziano gli obiettivi con le articolazioni organizzative subordinate e con i dirigenti La valutazione è effettuata per ciascun dirigente, a cui sono assegnati specifici obiettivi individuali. La scelta degli indicatori andrebbe maggiormente orientata verso quelli la cui rendicontazione risulti più affidabile e tempestiva E' stato attivato il sistema di monitoraggio e valutazione del personale di comparto.	Schede SP3, SP4, SP5, relazioni ed evidenze documentali allegate. Eventuali colloqui con il personale svolti dal NdV nell'ambito della attività valutativa.	/	Il livello di compliance è buono ai fini della validazione. Va migliorata l'affidabilità che risulta spesso non verificabile per la complessità dell'organizzazione e, così come già detto, per la scelta di indicatori non sempre facilmente verificabili	SI	20	20

A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M
Riferimenti della Relazione sulla performance	Oggetto di verifica ai fini della validazione	Descrizione del lavoro effettuato per l'analisi (anche sulla base di domande alle quali si vuole ottenere una risposta - CHECK LIST)	Le fonti di informazione (soggetti o documenti utilizzati)	Gli esiti della verifica e le considerazioni emerse sulla base degli elementi probativi emersi	Doc. di rif. per gli esiti della verifica (E)	Eventuali commenti raccolti sul punto esaminato nel processo di interlocazione con gli uffici	Conclusioni raggiunte	Validazione (SI/NO)	Impatto sulla validazione finale (i punteggi tra parentesi sono un di cui del totale superiore)	Punteggio
4	RISORSE, EFFICIENZA ED ECONOMICITÀ	Analisi della Relazione, verifica compliance con Delibera n° 5/2012 CIVIT, benchmarking con altre relazioni di aziende simili, discussione collegiale	Relazione sulla performance 2017, sito istituzionale ASL	E' riportato il riferimento al Bilancio consuntivo, come in corso di approvazione. Manca il Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio o una valutazione della spesa così come richiesto al punto 4 della Delibera n° 5/2012 della CIVIT	Relazione, sito istituzionale ASL	/	Il livello di compliance ed attendibilità non è pienamente sufficiente ai fini della validazione.	NO	8	0
5	PARI OPPORTUNITÀ E BILANCIO DI GENERE	Analisi della Relazione, verifica compliance con Delibera n° 5/2012 CIVIT, benchmarking con altre relazioni di aziende simili, discussione collegiale	Relazione	In questo paragrafo sono descritte le importanti attività svolte in tema di benessere lavorativo. Così viene riportato il resoconto delle attività svolte per prevenire e ridurre lo stress lavoro correlato. Il progetto, pur avendo grande valenza ai fini del miglioramento delle condizioni di lavoro, non rappresenta quanto richiesto dalla Delibera Civit n° 5/2012 per questo punto. Ci si aspetterebbe, a puro titolo esemplificativo, una descrizione debole finalità, dell'articolazione e dei progetti del CUG, degli obiettivi e dei risultati da questo organismo raggiunti.	Relazione	/	Il livello di compliance ed attendibilità non è pienamente sufficiente ai fini della validazione.	NO	5	0
6	IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE	Analisi della Relazione, verifica compliance con Delibera n° 5/2012 CIVIT, benchmarking con altre relazioni di aziende simili, discussione collegiale, interviste con il Servizio Controllo di Gestione	Relazione	Si veda il dettaglio dei punti successivi	Relazione	/	Si veda il dettaglio dei punti successivi	SI	10	10
6.1	Fasi, soggetti, tempi e responsabilità	"	Relazione	Sono affrontati i temi richiesti	Relazione	/	Il livello di compliance è sufficiente ai fini della validazione, così come la comprensibilità	SI	5	5
6.2	Punti di forza e di debolezza del ciclo di gestione della performance	"	Relazione	Sono affrontati i temi richiesti	Relazione	/	Il livello di compliance è sufficiente ai fini della validazione, così come la comprensibilità	SI	5	5
Allegato 2	Tabella obiettivi strategici	"	Relazione	Non si rileva all'interno della relazione la trattazione esaustiva dell'argomento	/	/	La relazione non è conforme per quanto attiene il presente punto	NO	3	0
Allegato 3	Tabella documenti del ciclo di gestione della performance	"	Relazione	Non si rileva all'interno della relazione la trattazione esaustiva dell'argomento	/	/	La relazione non è conforme per quanto attiene il presente punto	NO	3	0
Allegato 4	Tabella sulla valutazione individuale	"	Relazione	Non si rileva all'interno della relazione la trattazione esaustiva dell'argomento	/	/	La relazione non è conforme per quanto attiene il presente punto	NO	2	0

Punteggio Massimo

100

Punteggio Raggiunto

60

**Documento di Validazione della Relazione sulla Performance anno 2017**

Al Direttore Generale ASL Napoli3 Sud

Il Nucleo di Valutazione della ASL Napoli 3 SUD, ai sensi dell'art. 14, comma 4, lett. c), del D.Lgs. n. 150/2009, come modificato dal D.Lgs. n. 74/2017, e delibere CiVIT n. 4/2012, n. 5/2012, ha preso in esame la *Relazione sulla performance anno 2017*.

Il NdV ha svolto il proprio lavoro di validazione sulla base degli accertamenti che ha ritenuto opportuno nella fattispecie, tenendo anche conto dei risultati e degli elementi emersi da:

- monitoraggi del Dipartimento della Funzione Pubblica sulle modalità di attuazione del Ciclo della Performance e dell'ANAC in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione;
- considerazioni sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni della ASL Napoli3 Sud.

La documentazione del processo di validazione e le motivate conclusioni raggiunte su ciascuno dei punti esaminati nel processo sono contenute in apposite sezioni delle carte di lavoro conservate presso il NdV.

Tutto ciò premesso il NdV valida la Relazione sulla performance per l'anno 2017.

20 settembre 2018

Il Nucleo di Valutazione

Dott. Alberto Pironti



Dott. Ettore Gambacorta

**TRASMISSIONE AL COLLEGIO SINDACALE**

La presente deliberazione è stata trasmessa al Collegio Sindacale della A.S.L. ai sensi dell'art. 35 comma 3 della L. R. 03.11.94 n. 32 con nota n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

**TRASMISSIONE AL COMITATO DI RAPPRESENTANZA DELLA CONFERENZA DEI SINDACI**

La presente deliberazione è stata trasmessa al Comitato di Rappresentanza dei Sindaci ai sensi dell'art. 35 della L.R. 03.11.94 n. 32 con nota n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

**TRASMISSIONE ALLA GIUNTA REGIONALE**

La presente deliberazione è stata trasmessa alla Struttura Regionale di Controllo della G.R.C. ai sensi dell'art.35 della L.R.03.11.94 n. 32 con nota n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

**PROVVEDIMENTO DELLA GIUNTA REGIONALE**

Deliberazione della G.R. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Decisione: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

IL FUNZIONARIO

\_\_\_\_\_

**INVIATA PER L'ESECUZIONE IN DATA 02 Ottobre 2018 A:**

x	DIRETTORE SANITARIO AZIENDALE	U.O.C. ASS.ZA CONSULT. MED. DI GENERE	
x	DIRETTORE AMM. AZIENDALE	U.O.C. MEDICINA LEGALE PUBBL.VAL.	
x	COLLEGIO SINDACALE	U.O.C. PATOLOGIA CLINICA	
	U.O.C. AFFARI ISTIT. E SEGRETERIE	U.O.C. PREVENZIONE E PROTEZIONE	
x	U.O.C. CONTROLLO DI GESTIONE	U.O.C. Progr. PIAN. VAL. ATTIV. SAN	
	U.O.C. AFFARI GENERALI	U.O.C. RELAZIONE CON IL PUBBLICO, TRASPARENZA, TUTELA, COMUNICAZIONE	DISTRETTO N. 53
	U.O.C. AFFARI LEGALI	U.O.C. RISK MANAGEMENT	DISTRETTO N. 54
	U.O.C. ACQUISIZIONE BENI E SERV.	U.O.C. CONTROLLI INTEGRATI INTERNI ED ESTERNI	DISTRETTO N. 55
	U.O.C. ASSISTENZA DISTRETTUALE		DISTRETTO N. 56
			DISTRETTO N. 57
	U.O.C. ASS.ZA RIABILITATIVA AREA A	COORD.TO GESTIONE LIQUIDATORIA	DISTRETTO N. 58
	U.O.C. ASS.ZA RIABILITATIVA AREA B	COORD. TO PROGETTI FONDI	DISTRETTO N. 59
	U.O.C. ASSISTENZA SANITARIA	DIPARTIMENTO ATTIVITA' TERRITORIALI ED INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIO	OO.RR. AREA NOLANA
	U.O.C. EPIDEMIOLOGIA VALUTATIVA	DIPARTIMENTO FARMACEUTICO	OO.RR. AREA STABIESE
	U.O.C. FASCE DEBOLI	DIPARTIMENTO PREVENZIONE	OO.RR. GOLFO VESUVIANO
	U.O.C. FORMAZIONE E S.R.U.	DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	OO.RR. PENISOLA SORRENTINA
	U.O.C. GESTIONE ECONOMICO FINAN	DISTRETTO N. 34	U.O.S.D. A.L.P.I.
	U.O.C. GESTIONE RISORSE UMANE	DISTRETTO N. 48	
	U.O.C. SVILUPPO E GESTIONE ATTREZZATURE SANITARIE	DISTRETTO N. 49	U.O.C. SERVIZI AMM.VI OSPEDALIERI AREA SUD
	U.O.C. VALORIZZAZIONE E MANUT. PATRIMONIO IMMOBILIARE	DISTRETTO N. 50	U.O.C. SERVIZI AMM.VI OSPEDALIERI AREA NORD
	U.O.C. SISTEMI INFORMATICI ITC	DISTRETTO N. 51	
	U.O.C. PREV. E CURA PATOLOGIE DELLA DONNA E DEL BAMBINO	DISTRETTO N. 52	

