



ORIGINALE

N. 000656 DEL 25 SET. 2017

**OGGETTO: PRESA D'ATTO DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ANNO 2016 E DEL DOCUMENTO DI VALIDAZIONE DEL NUCLEO DI VALUTAZIONE.**

**IL DIRETTORE DELL' UOC CONTROLLO DI GESTIONE**



Alla stregua dell'istruttoria compiuta dal Direttore dell' U.O.C. proponente 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 direttore proponente a mezzo della sottoscrizione della presente;

dichiarata altresì espressamente con la sottoscrizione, nella qualità di responsabile del trattamento dei dati nella fase di pubblicazione, la conformità del presente atto ai principi di cui al D.lgs.30 giugno 2003 n. 196, con conseguenziale esclusiva assunzione di responsabilità;

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 legislativo n. 150 del 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 del 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 redigano annualmente la "Relazione sulla performance" in cui si evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti.

**Considerato che** con Deliberazione del Direttore Generale n. 282 del 05/12/2016 sono stati assegnati gli obiettivi anno 2016 dell'A.S.L. Napoli 3 sud.

**Visto:**

- la Delibera della Giunta Regionale della Campania n. 375 del 13/07/2016 ad oggetto "Nomina del Direttore Generale Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud"
- la Delibera della Giunta Regionale della Campania n. 155/2013 " Regolamento n.12 del 2011 – Adempimenti" in cui la Regione Campania individua gli obiettivi strategici 2013/2015 al fine di elaborare il Piano della Performance 2013/2015;

- il Decreto del Commissario ad Acta n° 108/2014 " Adeguamento dei programmi operativi 2013/2015 agli indirizzi ministeriali;
- i Decreti anno 2016 del Commissario ad Acta per la prosecuzione del Piano di Rientro del settore sanitario;
- la Delibera del Direttore Generale pro tempore 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 del Commissario Straordinario pro tempore n.52/2016 ad oggetto" Presa d'atto del Programma triennale della trasparenza e dell'integrità anni 2016/2017/2018 – D.Lgs. 150/2009";
- la Delibera del Commissario Straordinario n. 59/2016 ad oggetto: "Adozione del Piano triennale della Prevenzione della Corruzione anni 2016/2017/2018";
- le Delibere dell'Autorità Nazionale anti Corruzione (ANAC) n. 4/2012, n.5/2012, n. 6/2012, n.23/2013;
- la Delibera del Direttore Generale n. 282/2016 ad oggetto "Assegnazione obiettivi 2016";
- la Relazione del Nucleo di valutazione dell'Asl Napoli 3 Sud sul funzionamento del Sistema di Valutazione, Trasparenza e Integrità dei controlli interni - Anno 2016



#### **Tenuto conto che:**

- le funzioni dell' O.I.V. sono svolte dal Nucleo di Valutazione Asl Napoli 3 Sud nelle more della alla nomina dell'O.I.V.;
- l' Unità Operativa Complessa Controllo di Gestione ricopre funzioni di Struttura Tecnica Permanente (S.T.P.) per la misurazione della performance ai sensi dell'art. 14 del D.Lgs. n.150/2009;
- il Direttore dell'Unità Operativa Complessa Controllo di Gestione ha redatto la Relazione sulla Performance anno 2016;
- con p.e.c. del 09.09.2017 la Relazione sulla Performance anno 2016 è stata trasmessa al Nucleo di Valutazione /O.I.V. Asl Napoli 3 Sud ;
- il Nucleo di Valutazione /O.I.V. Asl Napoli 3 Sud, come normato dall'art. 14, comma 4, lettera c), del D.Lgs.n.150/2009, con il relativo Documento ha validato la Relazione sulla Performance anno 2016, come da p.e.c. del 15.09.2017.

## Propone al Direttore Generale di

- prendere atto della Relazione sulla Performance anno 2016 (allegato A) redatta dal Direttore dell'U.O.C. Controllo di Gestione;
- prendere atto Documento di validazione (allegato B) redatto dal Nucleo di Valutazione/O.I.V.;
- dare mandato al Direttore U.O.C. Relazioni con il Pubblico di pubblicare i documenti su citati sul sito istituzionale link Amministrazione Trasparente.

**Il Direttore dell'U.O.C. Controllo di Gestione**  
dott.ssa Antonietta 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 Direttore 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 2016 (allegato A) redatta dal Direttore dell'U.O.C. Controllo di Gestione;
- prendere atto Documento di validazione (allegato B) redatto dal Nucleo di Valutazione/O.I.V.;
- dare mandato al Direttore U.O.C. Relazioni con il Pubblico di pubblicare i documenti su citati sul sito istituzionale 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.L.gs 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 2016**

*(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)*

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'A' followed by a flourish.

## 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



## 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 evidenziandone gli scostamenti riferiti all'anno 2015

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 della Giunta regionale n. 155/2013 " Regolamento n.12 del 2011 –  
"Adempimenti" in cui la Regione Campania individua gli obiettivi strategici 2013/2015 al  
fine di elaborare il Piano della Performance 2013/2015

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. 62 del 20/01/2016 ad oggetto "Presa d'atto della proposta del Piano della Performance anni 2016/17/18
- ✓ la delibera n. 52 del 25/01/2016 ad oggetto "Presa d'atto Programma triennale della Trasparenza e dell'Integrità anni 2016/2017/2018"
- ✓ la delibera n. 282 del 05/12/2016 ad oggetto "Assegnazione obiettivi di performance anno 2016"
- ✓ la delibera n. 59 del 29/01/2016 ad oggetto" Adozione del Piano triennale della Prevenzione della Corruzione anni 2016/17/18;



- ✓ delibera n. 196 del 26/10/2016 ad oggetto "Presa d'atto documento " Verso il Piano Attuativo Certificabilità del bilancio"
- ✓ la Relazione del Nucleo di valutazione dell'Asl Napoli 3 Sud sul funzionamento del Sistema di Valutazione, Trasparenza e Integrità dei controlli interni - Anno 2016



A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'A' followed by a cursive flourish.



## 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**

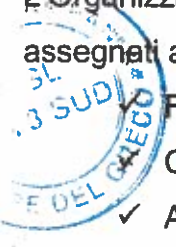
Tutto il sistema di offerta dell'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud, è finalizzato all'effettiva risoluzione dei bisogni sanitari e sociosanitari (efficacia), valutando nel contempo il rapporto appropriato con i costi



### 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 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)



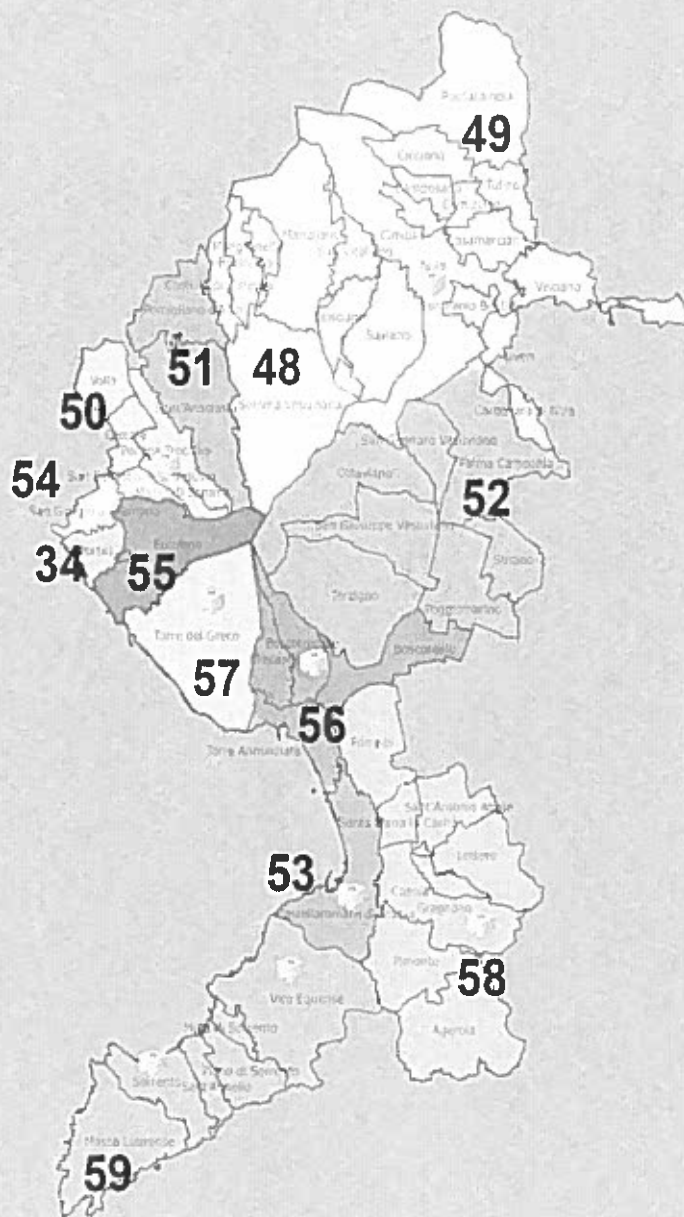
**Relazione Performance anno 2016**

- ✓ 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

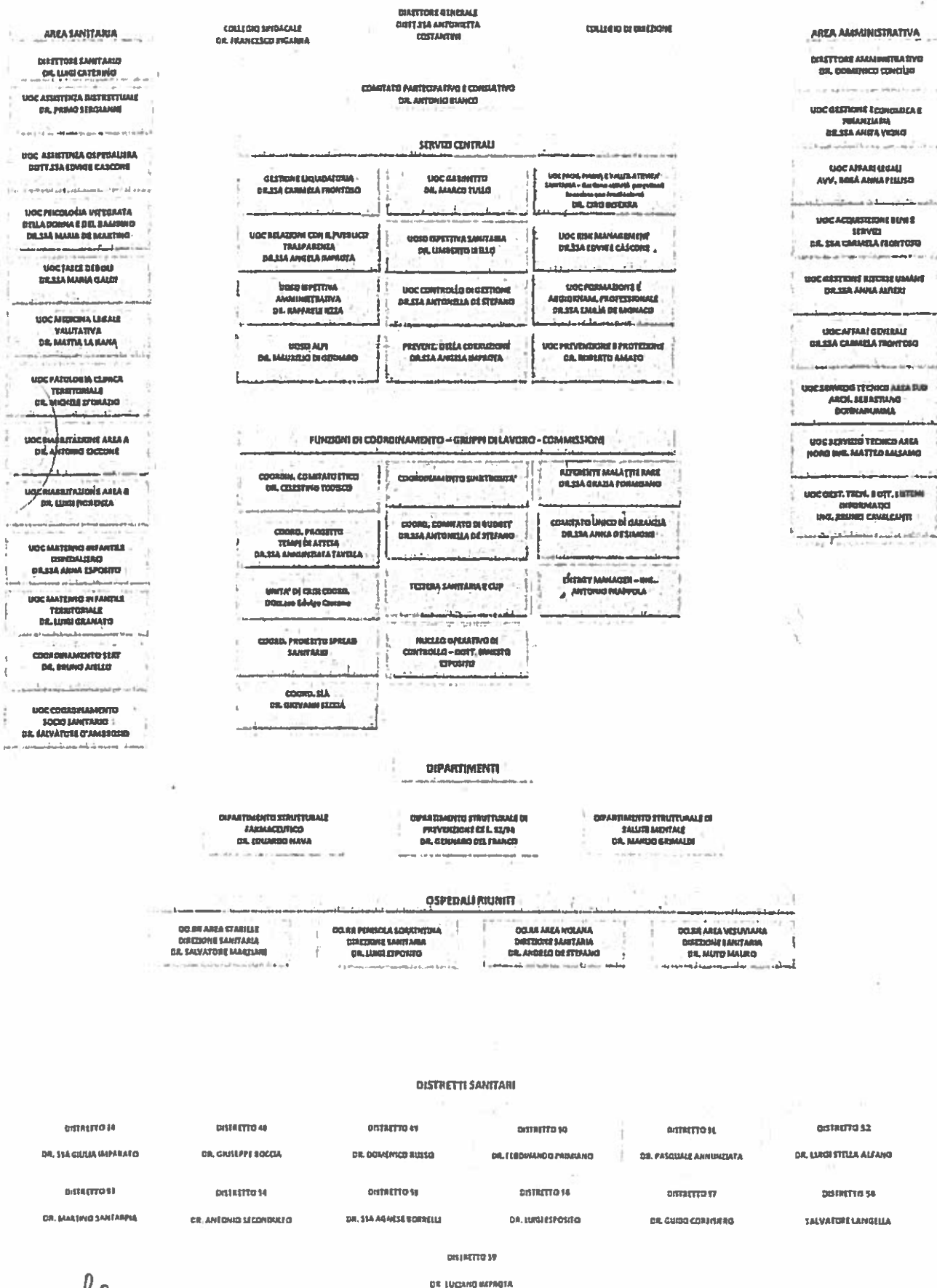
Nell'ambito del territorio aziendale sono attive oltre a strutture sanitarie pubbliche, strutture sanitarie private accreditate con il Servizio Sanitario Regionale per l'erogazione di attività di ricovero e/o ambulatoriale.





*Handwritten signature*





Al

Si allega l'organigramma aziendale aggiornato al 2 gennaio 2017

### 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 31/12/2016 che risultano essere pari a 4.568 dipendenti ripartiti in personale di ruolo e personale a tempo determinato

#### DOTAZIONE EFFETTIVA AL 31 DICEMBRE 2016

| PERSONALE AL 31 12 2016             | TI         | TD        |
|-------------------------------------|------------|-----------|
| <b>Dirigenza</b>                    |            |           |
| <b>RUOLO MED VET</b>                | <b>983</b> | <b>71</b> |
| Medici                              | 898        | 71        |
| Veterinari                          | 85         |           |
| <b>RUOLO SPTA</b>                   | <b>186</b> | <b>1</b>  |
| Dirigenti Farmacisti                | 39         |           |
| Dirigenti Biologi                   | 46         |           |
| Dirigenti Chimici                   | 4          |           |
| Dirigenti Fisici                    | 1          |           |
| Dirigenti Psicologi                 | 48         |           |
| Dirigenti Avvocati                  | 7          |           |
| Dirigenti Ingegneri                 | 2          |           |
| Dirigenti Architetti                | 1          |           |
| Dirigenti Sociologi                 | 13         |           |
| Dirigenti Amministrativi            | 25         | 1         |
| <b>Comparto</b>                     |            |           |
| <b>RUOLO TECNICO</b>                |            |           |
| CPS Assistente Sociale              | 67         |           |
| CPS Assistente Sociale Esperto      | 11         |           |
| Collaboratore tecnico professionale | 11         |           |

|                                              |             |  |
|----------------------------------------------|-------------|--|
| Assistente tecnico                           | 14          |  |
| Programmatore                                | 11          |  |
| Operatore tecnico specializzato esperto      | 17          |  |
| Operatore tecnico specializzato              | 64          |  |
| OSS                                          | 98          |  |
| Operatore tecnico                            | 155         |  |
| OTA                                          | 1           |  |
| Ausiliario specializzato                     | 84          |  |
| <b>RUOLO SANITARIO</b>                       |             |  |
| CPS Infermiere esperto                       | 94          |  |
| CPS Infermiere                               | 1732        |  |
| Operatore Professionale Infermiere ESPERTO C | 86          |  |
| Operatore Professionale Infermiere BS        | 5           |  |
| CPS tecnico sanitario                        | 164         |  |
| CPS TPALL                                    | 91          |  |
| CPS Tecnico della riabilitazione             | 36          |  |
| CPS Tecnico della riabilitazione esperto     | 3           |  |
| <b>RUOLO AMMINISTRATIVO</b>                  |             |  |
| Collaboratore Amministrativo Esperto         | 15          |  |
| Collaboratore Amministrativo                 | 107         |  |
| Assistente Amministrativo                    | 218         |  |
| Coadiutore Amministrativo Esperto            | 35          |  |
| Coadiutore Amministrativo                    | 170         |  |
| Commesso                                     | 38          |  |
| <b>Totale Comparto</b>                       | <b>3327</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 2016 è in fase di adozione.



## 4. OBIETTIVI: RISULTATI RAGGIUNTI E SCOSTAMENTI

### 4.1 OBIETTIVI STRATEGICI

Gli obiettivi strategici vengono definiti in sede di programmazione triennale nel Piano della Performance e quindi declinati a livello di macrostruttura, per poi essere distribuiti alle diverse articolazioni organizzative subordinate e, da queste ai singoli dirigenti e dipendenti. Di seguito vengono indicati gli obiettivi strategici triennali, da cui scaturisce la declinazione degli obiettivi per macrostruttura

- ✓ Favorire il riequilibrio economico-finanziario
- ✓ Riqualificare e riorganizzare la rete ospedaliera e assistenziale
- ✓ Implementare il Piano regionale della prevenzione
- ✓ Elevare e standardizzare la governance territoriale dei Servizi alla persona
- ✓ Riduzione degli oneri burocratici e dei tempi del procedimento per settori definiti
- ✓ Attuare le politiche per un'Amministrazione trasparente
- ✓ Orientare la capacità amministrativa alla razionalizzazione della spesa e all'attivazione dei sistemi di controllo e misurazione della performance

### 4.2 OBIETTIVI E PIANI OPERATIVI

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

Si allega la delibera del Direttore generale della azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud n. 282 del 5/12/2016 ad oggetto "Assegnazione obiettivi di performance anno 2016".



#### 4.3 OBIETTIVI INDIVIDUALI – ALBERO DELLA PERFORMANCE

L'Azienda con delibera n. 282/2016 ha approvato il Piano della Performance anni 2016/2017/2018.

Premesso che la mission dell'Azienda è garantire i Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria e Sociosanitaria, nell'albero della Performance sono rappresentati gli obiettivi strategici triennali a loro volta declinati in aree e programmi.

Da essi si perverrà alla definizione/assegnazione degli obiettivi individuali.

In effetti, esso è una struttura logica che identifica i legami tra mandato istituzionale, missione, aree strategiche e obiettivi corrispondenti nell'ottica della trasversalità delle funzioni.



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

Nel primo semestre del 2016 è stata condotta l'indagine 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.

Il processo di valutazione dei rischi è stato realizzato su due livelli distinti di intervento:

Nel primo livello (oggettivo) è stata effettuata la rilevazione degli indicatori indiretti di stress, utilizzando una check list di dati verificabili (infortuni, assenze per malattie, ferie non godute ecc.) in linea con le indicazioni dell'Agenzia Europea per la Sicurezza e la Salute del Lavoro. La check list è stata compilata sulla base delle informazioni fornite dalle direzioni aziendali relative agli ultimi tre anni di attività.

Nel secondo livello (soggettivo) è stata effettuata la valutazione della percezione dello stress con il coinvolgimento diretto dei lavoratori, attraverso un questionario validato che è stato sottoposto ad un campione significativo (circa il 18%) di dipendenti aziendali.

I risultati dell'indagine, che ha evidenziato un livello di rischio "medio", sono stati trasmessi alla Direzione Strategica ed alle articolazioni aziendali; inseriti poi nel DVR, di cui, ai sensi ed agli effetti del D.Lgs 81/08, formano parte integrante, sono stati pubblicati sul sito aziendale per la massima diffusione, al link della UOC Prevenzione e Protezione.

A conclusione dell'indagine sono state ipotizzate alcune linee di intervento per ottenere la riduzione degli indicatori di stress risultati positivi, tra le quali in primo luogo la formazione per dirigenti e preposti ai sensi del D.Lgs 81/08. E' stata inoltre proposta la creazione di un gruppo di lavoro (task force) multidisciplinare per elaborare e coordinare un piano di azioni di contrasto e relativa metodologia.



La "task force" viene istituita con Delibera del Direttore Generale n. 130 del 28/09/2016 ad oggetto: *"Valutazione dei rischi da stress lavoro correlato ai sensi dell'art. 28 comma 1 del D.LGS 81/08. Costituzione del gruppo di lavoro per lo studio delle misure più idonee per la Prevenzione e gestione del rischio da stress."*

Al gruppo la delibera attribuisce il compito di elaborare, sulla base delle migliori evidenze scientifiche, 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 del 2016 il gruppo di lavoro si è riunito due volte, definendo le necessità formative da colmare per l'anno 2017 e discutendo i criteri per la scelta dell'approccio più idoneo ed efficace alle problematiche emerse dall'indagine effettuata.





## 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 2016

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.

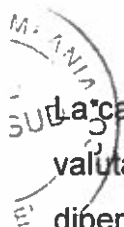
Già nella Relazione relativa all'anno 2015, si è avuto modo di illustrare le modifiche che l'Azienda ha cominciato ad apportare all'intero impianto legato alla valutazione.

Tra queste, la modifica delle schede di assegnazione e valutazione degli obiettivi denominate:

- ✓ **scheda P01** (dove viene indicato il personale afferente ad una determinata Macrostruttura aziendale);
- ✓ **scheda P02** (dove vengono indicate tutte le attività della Struttura specifica);
- ✓ **scheda P03** 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 P04** dove sono indicati: a) gli obiettivi assegnati dal Responsabile di Macrostruttura ai dirigenti sottordinati, b) gli esiti del processo valutativo di prima istanza);
- ✓ **scheda P05** (dove viene indicato l'esito finale della valutazione di prima e 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.

Nell'anno 2016 è ulteriormente migliorato il sistema di integrazione tra gli obiettivi di performance e gli obiettivi indicati nel Programma triennale per la Trasparenza e l'Integrità e quelli presenti nel Piano di Prevenzione della Corruzione. Sarebbe auspicabile, tuttavia, pervenire ad un monitoraggio almeno semestrale circa il conseguimento degli obiettivi in modo da rimodularli laddove se ne ravvisasse la necessità.

Ma 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 2017 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 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. Purtroppo, allo stato attuale si tratta di due percorsi scissi.

**Il Direttore dell' U.O.C. Controllo di Gestione**  
dr.ssa Antonella De Stefano

**Documento di Validazione della Relazione sulla Performance anno 2016**

Al Direttore Generale ASL Napoli3 Sud

e p.c.:

all'A.N.A.C. (Autorità Nazionale Anticorruzione)

al Dipartimento della Funzione Pubblica

Il Nucleo di Valutazione della ASL Napoli3 SUD, ai sensi dell'art. 14, comma 4, lett. c), del D. Lgs. n. 150/2009 e successive delibere CIVIT n. 4/2012, n. 5/2012, ha preso in esame la *Relazione sulla performance anno 2016*.

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:

- monitoraggio dell'ANAC sul Piano della *performance* e sul Programma triennale per la trasparenza e l'integrità;
- considerazioni sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni.

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 2016.

15 settembre 2017

Il Nucleo di Valutazione

Prof.ssa Maria Triassi

Dott. Ettore Gambacorta

Ing. Mariella Leonardo

Avv. Alberto Pironti





**REGIONE CAMPANIA**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE**

**NAPOLI 3 SUD**

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

**Relazione e Carte di lavoro**

**Anno 2016**

# 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

Per l'anno 2016 si deve purtroppo registrare una battuta di arresto nell'attuazione del Ciclo della performance.

Il Piano della Performance è stato redatto per il triennio 2016-2018 e approvato con Delibera n° 62 del 29 gennaio 2016 e gli obiettivi assegnati alle macrostrutture hanno mantenuto la riferibilità agli obiettivi strategici ed all'Albero della Performance.

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



Miglioramenti sono 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.

Gli obiettivi discussi con i rappresentanti di macrostruttura organizzativa si sono poi tradotti, con metodologia "a cascata", in obiettivi individuali.

Riguardo al processo di redazione della Relazione sulla performance, non sempre si trovano riscontri rispetto agli specifici punti richiesti dalla Delibera n° 5/2012 CiVIT.

Carenze già evidenziate per la relazione anno 2015, 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:

- gli 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 sul fronte della scelta di indicatori riferibili ed univocamente e facilmente calcolabili per la valutazione degli esiti;
- per il triennio 2016/2018 è stato predisposto il Piano della Performance ma lo stesso continua a non proporre per ciascun obiettivo individuato, indicatori e target;
- i flussi informativi per il 2016 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 2017/2018.

## ALLEGATI

Allegato 1 – Carte di lavoro

Allegato 2 – Sintesi delle carte di lavoro

Allegato 3 – Documento di validazione finale

Letto, confermato e sottoscritto.

15 settembre 2017

### Il Nucleo di Valutazione

Prof.ssa Maria Triassi

Dott. Ettore Gambacorta

Ing. Mariella Leonardo

Avv. Alberto Pironti



Validazione Relazione sulla performance anno 2016  
Carte di lavoro

ASL  
3  
SUD  
CAMP  
DE

| 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 CVIT, discussione collegiale                                                                                                       | Relazione                                                                                                                                                                 | L'indice della relazione anno 2015 è strutturato esattamente secondo le linee guida CVIT di cui alla delibera CVIT 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 CVIT, 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<br>Relazione performance altre asl (ASL MI 2014- ASL Cremona 2014)- Piano performance altre ASL (ASL4 Chiavarese 2015-18- ASL Varese 2013-15) | n.a.                                                                                          | Si veda il dettaglio dei punti successivi                                                                                          | SI                  | 15                                                                                              | 7         |
| 2.1                                           | Il contesto esterno di riferimento                                                      | -                                                                                                                                                                                                      | -                                                                                                                                                                         | Sono inserite considerazioni sul contesto esterno e sull'evoluzione dei bisogni epidemiologici.                                                                                                                                                                                               | -                                                                                                                                                                  | n.a.                                                                                          | Il livello di compliance è sufficiente ai fini della validazione.                                                                  | SI                  | (2)                                                                                             | 2         |
| 2.2                                           | L'amministrazione                                                                       | -                                                                                                                                                                                                      | -                                                                                                                                                                         | Sono forniti alcuni dettagliati dati sull'amministrazione quali il personale diviso per qualifiche, la struttura dell'amministrazione la platea cui i servizi si rivolgono. Mancano informazioni di sintesi, soprattutto quantitative, sulle prestazioni rese.                                | -                                                                                                                                                                  | n.a.                                                                                          | Il livello di compliance è sufficiente ai fini della validazione. Va migliorata la comprensibilità che risulta appena sufficiente. | SI                  | (5)                                                                                             | 5         |
| 2.3                                           | I risultati raggiunti                                                                   | -                                                                                                                                                                                                      | -                                                                                                                                                                         | L'argomento non è trattato esaurientemente. Sono indicati gli obiettivi strategici ma non sono riportati indicatori ed esiti.                                                                                                                                                                 | -                                                                                                                                                                  | n.a.                                                                                          | La relazione non è 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 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 CVIT, 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 282 dell'5/12/2016 di assegnazione obiettivi 2016 alle macrostrutture. | Si veda il dettaglio dei punti successivi                                                                                                                                                                                                                                                     | Relazione Asl NA3sud<br>Relazione performance altre asl (ASL MI 2014- ASL Cremona 2014)- Piano performance altre ASL (ASL4 Chiavarese 2015-18- ASL Varese 2013-15) | /                                                                                             | Si veda il dettaglio dei punti successivi                                                                                          | SI                  | 30                                                                                              | 21        |
| 3.1                                           | Albero della performance                                                                | -                                                                                                                                                                                                      | Per il triennio 2016-18 è stato redatto il Piano della performance, approvato con Delibera n° 62 del 29 gennaio 2016.                                                     | L'albero della performance individua gli obiettivi strategici e la loro dedizione in aree. Per gli stessi non sono individuati indicatori ed esiti attesi. Inoltre sarebbe opportuno correlare gli stessi agli obiettivi individuati per il Direttore Generale/Commissionario e alle risorse. | n.a.                                                                                                                                                               | n.a.                                                                                          | La relazione non è pienamente conforme per quanto attiene il presente punto                                                        | NO                  | (4)                                                                                             | 0         |

Validazione Relazione sulla performance Anno 2016  
Carte di lavoro

Allegato 1

| A                                             | B                                             | C                                                                                                                                                     | D                                                                                                                                                           | E                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | F                                                                                                                                                           | G                                                                                             | H                                                                                                                                                                                                                                                          | I                   | L                                                                                                 | M         |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Riferimenti della Relazione sulla performance | Oggetto di verifica al fine 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 (oggetti 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 (il punteggio tra parentesi sono un di cui del totale superiore) | Punteggio |
| 3.2                                           | Obiettivi strategici                          |                                                                                                                                                       | Delibere e atti Giunta Regionale                                                                                                                            | Sono definiti gli obiettivi strategici. Gli stessi non si configurano, però, all'interno della relazione, come richiesto dalle Linee Guida, in un quadro espositivo che preveda la possibilità di confronto con indicatori, target e scostamenti (ed eventualmente analisi delle cause di anomalie e possibili soluzioni). Sono tuttavia presenti altri documenti in cui sono sintetizzati i risultati del Commissario/Direttore Generale. Si auspica per il futuro un più sintetico profilo espositivo che consenta anche una più immediata riferibilità delle informazioni agli obiettivi strategici individuati. | Delibere e atti Giunta Regionale                                                                                                                            | /                                                                                             | La relazione non è 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 282 dell'5/12/2016 di assegnazione obiettivi 2016 alle macrostrutture                                                                              | Sono definiti dettagliati obiettivi operativi a livello di macrostruttura. Il sistema di misurazione e valutazione della performance è ben strutturato. Anche il 2016 gli obiettivi assegnati alle macrostrutture sono stati riferiti agli obiettivi strategici aziendali. Si rileva il grave ritardo con cui sono stati assegnati gli obiettivi strategici alle macrostrutture.                                                                                                                                                                                                                                    | Delibera 282 dell'5/12/2016 di assegnazione obiettivi 2016 alle macrostrutture.                                                                             | /                                                                                             | Il livello di compliance è sufficiente ai fini della validazione.                                                                                                                                                                                          | SI                  | (12)                                                                                              | 12        |
| 3.4                                           | Obiettivi individuali                         | Con metodologia "a cascata" i Direttori di macrostruttura negoziano gli obiettivi con le articolazioni organizzative subordinate e con i dirigenti    | Schede SP3, SP4 e SP5, relazioni ed evidenze documentali allegate. Eventuali colloqui con il personale svolto dal Ndv nell'ambito della attività valutativa | La valutazione è fatta 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 svolto 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                  | (9)                                                                                               | 9         |
| 4                                             | RISORSE, EFFICIENZA ED ECONOMICITA'           | Analisi della Relazione, verifica compliance con Delibera n° 5/2012 CIVIT, benchmarking con altre relazioni di aziende simili, discussione collegiale | Relazione, sito istituzionale ASL                                                                                                                           | E' riportato il riferimento al Bilancio consuntivo, anche se 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 è sufficiente ai fini della validazione. Si propone la redazione di note esplicative che possano migliorare la comprensibilità anche al non addetti ai lavori.                                                   | SI                  | 20                                                                                                | 20        |

Validazione Relazione sulla performance anno 2015  
Carte di lavoro

Allegato 1

| 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 |
| 5                                             | PARI OPPORTUNITÀ E BILANCIO DI GENERE                                 | Analisi della Relazione, verifica compliance con Delibera n° 5/2012 CVIT, benchmarking con altre relazioni di aziende simili, discussione collegiale                | Relazione                                                                                | Sono descritti le finalità, l'anticipazione ed i progetti del CUG. L'esposizione non lascia intendere quali siano gli specifici obiettivi, gli indicatori ed i target di riferimento | Relazione                                     | /                                                                                             | Il livello di compliance è appena sufficiente ai fini della validazione. Va migliorata la comprensibilità anche attraverso l'uso di forme espositive più immediate e sintetiche (tabelle, grafici). | SI                  | 10                                                                                              | 10        |
| 6                                             | IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE            | Analisi della Relazione, verifica compliance con Delibera n° 5/2012 CVIT, benchmarking con altre relazioni di aziende simili, con il Servizio Controllo di Gestione | Relazione                                                                                | Si veda il dettaglio dei punti successivi                                                                                                                                            | Relazione                                     | /                                                                                             | Si veda il dettaglio dei punti successivi                                                                                                                                                           | SI                  | 5                                                                                               | 5         |
| 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                  | (2)                                                                                             | 2         |
| 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                  | (3)                                                                                             | 3         |
| Allegato 2                                    | Tabella obiettivi strategici                                          | Analisi della Relazione, verifica compliance con Delibera n° 5/2012 CVIT, benchmarking con altre relazioni di aziende simili, discussione collegiale                | Relazione, sito istituzionale ASL, documentazione WEB su siti istituzionali di altre ASL | L'argomento è trattato solo parzialmente e, comunque in modo non riferibile agli obiettivi strategici di cui al punto 3.2                                                            | /                                             | /                                                                                             | La relazione non è conforme per quanto attiene il presente punto                                                                                                                                    | NO                  | 5                                                                                               | 0         |
| Allegato 3                                    | Tabella documenti del ciclo di gestione della performance             | Analisi della Relazione, verifica compliance con Delibera n° 5/2012 CVIT, benchmarking con altre relazioni di aziende simili, discussione collegiale                | Relazione, sito istituzionale ASL, documentazione WEB su siti istituzionali di altre ASL | Sono affrontati i temi richiesti                                                                                                                                                     | Relazione                                     | /                                                                                             | La relazione non è conforme per quanto attiene il presente punto                                                                                                                                    | NO                  | 5                                                                                               | 0         |
| Allegato 4                                    | Tabella sulla valutazione individuale                                 | Analisi della Relazione, verifica compliance con Delibera n° 5/2012 CVIT, benchmarking con altre relazioni di aziende simili, discussione collegiale                | Relazione, sito istituzionale ASL, documentazione WEB su siti istituzionali di altre ASL | L'argomento non è trattato                                                                                                                                                           | n.a.                                          | /                                                                                             | La relazione non è conforme per quanto attiene il presente punto                                                                                                                                    | NO                  | 5                                                                                               | 0         |
| Punteggio Totale                              |                                                                       |                                                                                                                                                                     |                                                                                          |                                                                                                                                                                                      |                                               |                                                                                               |                                                                                                                                                                                                     |                     | 58                                                                                              |           |



Validazione Relazione sulla Performance - Anno 2014  
Scegliere l'amministrazione dal menu 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

SEZIONE DI SINTESI DELLE CARTE DI LAVORO

DENOMINAZIONE AMMINE

ASI Napoli SUD  
Altra amministrazione

| RIFERIMENTI DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE |                                                                                         | OGGETTO DI VERIFICA AI FINI DELLA VALIDAZIONE (AREE DI VERIFICA)                                                                                                                                                                                           |     | CONCLUSIONI RAGGIUNTE |     | VALIDAZIONE (SI/NO) (I) |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----------------------|-----|-------------------------|
| (A)                                           | (B)                                                                                     | (C)                                                                                                                                                                                                                                                        | (D) | (E)                   | (F) |                         |
| 1                                             | PRESENTAZIONE E INDICE                                                                  | Pur se molti dei contenuti sono ravvivibili nel corpo dell'intera relazione, l'articolazione dell'indice non rispetta quanto richiesto dalla normativa e dalle linee guida CIVIT                                                                           | SI  | SI                    | SI  | SI                      |
| 2                                             | SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI ALTRI STAKEHOLDER ESTERNI | Si veda il dettaglio dei punti successivi                                                                                                                                                                                                                  | SI  | SI                    | SI  | SI                      |
| 2.1                                           | Il contesto esterno di riferimento                                                      | Il livello di compliance è sufficiente ai fini della validazione.                                                                                                                                                                                          | SI  | SI                    | SI  | SI                      |
| 2.2                                           | L'amministrazione                                                                       | Il livello di compliance è sufficiente ai fini della validazione. Va migliorata la comprensibilità che risulta appena sufficiente.                                                                                                                         | SI  | SI                    | SI  | SI                      |
| 2.3                                           | I risultati raggiunti                                                                   | La relazione non è conforme per quanto attiene il presente punto                                                                                                                                                                                           | NO  | NO                    | NO  | NO                      |
| 2.4                                           | Le criticità e le opportunità                                                           | Il livello di compliance è appena sufficiente ai fini della validazione.                                                                                                                                                                                   | NO  | NO                    | NO  | NO                      |
| 3                                             | OGGETTIVI, RISULTATI RAGGIUNTI E SCOSTAMENTI                                            | Si veda il dettaglio dei punti successivi                                                                                                                                                                                                                  | SI  | SI                    | SI  | SI                      |
| 3.1                                           | Albero della performance                                                                | La relazione non è conforme per quanto attiene il presente punto                                                                                                                                                                                           | NO  | NO                    | NO  | NO                      |
| 3.2                                           | Obiettivi strategici                                                                    | La relazione non è conforme per quanto attiene il presente punto                                                                                                                                                                                           | NO  | NO                    | NO  | NO                      |
| 3.3                                           | Obiettivi e piani operativi                                                             | Il livello di compliance è sufficiente ai fini della validazione.                                                                                                                                                                                          | SI  | SI                    | SI  | 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  | SI                    | SI  | SI                      |
| 4                                             | RISORSE, EFFICIENZA ED ECONOMICITÀ                                                      | Il livello di compliance ed attendibilità è sufficiente ai fini della validazione. Va migliorata la comprensibilità, che risulta appena sufficiente, anche attraverso note esplicative.                                                                    | SI  | SI                    | SI  | SI                      |
| 5                                             | PARI OPPORTUNITÀ E BILANCIO DI GENERE                                                   | Il livello di compliance è appena sufficiente ai fini della validazione. Va migliorata la comprensibilità anche attraverso l'uso di forme espositive più immediate e sintetiche (tabelle, grafici)                                                         | SI  | SI                    | SI  | SI                      |
| 6                                             | IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE                              | Si veda il dettaglio dei punti successivi                                                                                                                                                                                                                  | SI  | SI                    | SI  | SI                      |
| 6.1                                           | Fasi, soggetti, tempi e responsabilità                                                  | Il livello di compliance è sufficiente ai fini della validazione, così come la comprensibilità                                                                                                                                                             | SI  | SI                    | SI  | SI                      |
| 6.2                                           | Punti di forza e di debolezza del ciclo di gestione della performance                   | Il livello di compliance è sufficiente ai fini della validazione, così come la comprensibilità                                                                                                                                                             | SI  | SI                    | SI  | SI                      |
| Allegato 2                                    | Tabella obiettivi strategici                                                            | La relazione non è conforme per quanto attiene il presente punto                                                                                                                                                                                           | NO  | NO                    | NO  | NO                      |
| Allegato 3                                    | Tabella documenti del ciclo di gestione della performance                               | La relazione è conforme per quanto attiene il presente punto                                                                                                                                                                                               | NO  | NO                    | NO  | NO                      |
| Allegato 4                                    | Tabella sulla valutazione individuale                                                   | La relazione non è conforme per quanto attiene il presente punto                                                                                                                                                                                           | NO  | NO                    | NO  | NO                      |

Letto, confermato e sottoscritto.



IL SEGRETARIO VERBALIZZANTE  
(Dott. Marco Tullo)

*Marco Tullo*

### **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

25 SET. 2017

**INVIATA PER L'ESECUZIONE IN DATA \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ A:**

|                                     |                                    |                                      |                            |
|-------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | DIRETTORE SANITARIO AZIENDALE      | U.O.C. MATERNO INFANT. DISTRET.      |                            |
| <input checked="" type="checkbox"/> | DIRETTORE AMM. AZIENDALE           | U.O.C. MEDICINA LEGALE PUBBL.VAL.    |                            |
| <input checked="" type="checkbox"/> | COLLEGIO SINDACALE                 | U.O.C. PATOLOGIA CLINICA             |                            |
| <input type="checkbox"/>            | U.O.C. GABINETTO                   | U.O.C. PREVENZIONE E PROTEZIONE      |                            |
| <input checked="" type="checkbox"/> | U.O.C. CONTROLLO DI GESTIONE       | U.O.C. Progr. PIAN. VAL. ATTIV. SAN  |                            |
|                                     | U.O.C. AFFARI GENERALI             | U.O.C. PSICOL.INTEG.DONNA E BAMB.    | DISTRETTO N. 52            |
|                                     | U.O.C. AFFARI LEGALI               | U.O.C. RELAZIONE CON IL PUBBLICO     | DISTRETTO N. 53            |
|                                     | U.O.C. ACQUISIZIONE BENI E SERV.   | U.O.C. RISK MANAGEMENT               | DISTRETTO N. 54            |
|                                     | U.O.C. ASSISTENZA DISTRETTUALE     | U.O.S. ISPETTIVA AMM.VA              | DISTRETTO N. 55            |
|                                     | U.O.C. ASSISTENZA OSPEDALIERA      | U.O.S. ISPETTIVA SANITARIA           | DISTRETTO N. 56            |
|                                     | U.O.C. ASS.ZA RIABILITATIVA AREA A | SERV. COORD.TO COMIT.ETICO CAMP. SUD | DISTRETTO N. 57            |
|                                     | U.O.C. ASS.ZA RIABILITATIVA AREA B | COORD.TO GESTIONE LIQUIDATORIA       | DISTRETTO N. 58            |
|                                     | U.O.C. ASSISTENZA SANITARIA        | COORD. TO PROGETTI FONDI             | DISTRETTO N. 59            |
|                                     | U.O.C. EPIDEMIOLOGIA VALUTATIVA    | COORD.TO SOCIO SANITARIO AZIEND      | OO.RR. AREA NOLANA         |
|                                     | U.O.C. FASCE DEBOLI                | DIPARTIMENTO FARMACEUTICO            | OO.RR. AREA STABIESE       |
|                                     | U.O.C. FORMAZ. E AGGIORN. PROF.    | DIPARTIMENTO PREVENZIONE             | OO.RR. GOLFO VESUVIANO     |
|                                     | U.O.C. GESTIONE ECONOMICO FINAN    | DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE          | OO.RR. PENISOLA SORRENTINA |
|                                     | U.O.C. GESTIONE RISORSE UMANE      | DISTRETTO N. 34                      | U.O.S.D. A.L.P.I.          |
|                                     | U.O.C. TECNICO AREA NORD.          | DISTRETTO N. 48                      |                            |
|                                     | U.O.C. TECNICO AREA SUD            | DISTRETTO N. 49                      |                            |
|                                     | U.O.C. GEST.TECN.SISTEMI INFORM.   | DISTRETTO N. 50                      |                            |
|                                     | U.O.C. MATERNO INFANT. OSPEDAL.    | DISTRETTO N. 51                      |                            |