REGIONE CAMPANIA

AZIENDA SANITARIA LOCALE

NAPOLI 3 SUD

Funzionamento complessivo del Sistema di Valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni

(art. 14, comma 4, lettera a) del D.Lgs.n° 150/2009)

Relazione

Anno 2017

Sommario

1 PRESENTAZIONE ED INDICE 4

2 FUNZIONAMENTO COMPLESSIVO DEL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE 4

2.1 PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 4

2.1.1 Definizione di obiettivi, indicatori e target 4

2.1.2 Misurazione e valutazione della performance organizzativa 7

2.1.3 Metodologia per la misurazione e valutazione della performance organizzativa 7

2.2 PERFORMANCE INDIVIDUALE 8

2.2.1 Definizione ed assegnazione degli obiettivi, indicatori e target 8

2.2.2 Misurazione e valutazione della performance individuale 9

2.2.3 Metodologia per la misurazione e valutazione della performance individuale 10

2.3 PROCESSO (FASI, TEMPI E SOGGETTI COINVOLTI) 10

2.4 INFRASTRUTTURA DI SUPPORTO 11

2.5 UTILIZZO EFFETTIVO DEI RISULTATI DEL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE . 12

3 INTEGRAZIONE CON IL CICLO DI BILANCIO ED I SISTEMI DI CONTROLLI INTERNI 12

3.1 INTEGRAZIONE CON IL CICLO DI BILANCIO 12

3.2 INTEGRAZIONE CON GLI ALTRI SISTEMI DI CONTROLLO 12

4 IL PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITÀ E IL RISPETTO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE 13

5 DEFINIZIONE E GESTIONE STANDARD DI QUALITÀ 13

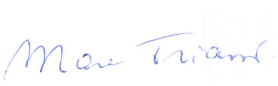
6 COINVOLGIMENTO DEGLI STAKEHOLDER 13

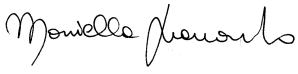
7 DESCRIZIONE DELLE MODALITÀ DEL MONITORAGGIO DEL NUCLEO DI VALUTAZIONE 14

8 PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO DEL SISTEMA DI VALUTAZIONE.....14

9 ALLEGATI 15

Prof.ssa Maria Triassi | Dott. Ettore Gambacorta | Ing. Mariella Leonardo | Dott. AlbertoPironti





1 Presentazione ed indice

La presente relazione sintetizza le attività di controllo da parte del Nucleo di Valutazione dell'ASL Napoli3 SUD sulla conformità, appropriatezza ed effettività dell'attuazione del Ciclo di gestione della performance così come previsto dal D.Lgs. 150/09.

2 Funzionamento complessivo del sistema di misurazione e valutazione

2.1 Performance organizzativa

2.1.1 Definizione di obiettivi, indicatori e target

Sin dall'istituzione della valutazione dei dirigenti nell'ASL Napoli 3 Sud, la definizione degli obiettivi è stata strettamente connessa alle priorità politiche ed alle strategie dell'Amministrazione, in un quadro di miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi.

Gli obiettivi vengono definiti in sede di programmazione triennale nel Piano della Performance (obiettivi strategici) e quindi declinati a livello dipartimentale o sovra dipartimentaleo a livello di macrostruttura organizzativa (obiettivi e piani operativi), per poi essere ancora più distribuiti, secondo il metodo del *cascading*, per le diverse articolazioni organizzative subordinate e, quindi, per i singoli dirigenti e dipendenti.

I raggruppamenti organizzativi di primo livello per cui vengono ad oggi definiti gli obiettivi di struttura sono:

- Distretti sanitari di base (DS 34, DS 48, DS 49, DS 50, DS 51, DS 52, DS 53, DS 54, DS 55, DS 56, DS 57, DS 58, DS 59);
- OO.RR. Area Nolana, OO.RR. Area Stabiese,OO.RR. Penisola Sorrentina,OO.RR. Area Vesuviana;
- Dipartimento di Prevenzione;
- Dipartimento di Salute Mentale;

- Dipartimento Farmaceutico;
- Servizio Tossicodipendenze;
- Strutture Centrali (Amministrative, Sanitarie e di Staff alla Direzione Generale).

All'interno di ogni area, con l'utilizzo del metodo *cascading,* sono individuati uno o più obiettivi operativi individuali, con relativi indicatori di output e target.

Nella fase di definizione dei piani operativi, ogni responsabile di Unità definisce, nell'ambito dell'attuazione degli obiettivi operativi la programmazione delle attività con l'individuazione delle risorse, umane e finanziarie, assegnate, seppure questo processo non ha trovato la sua completa formalizzazione e, come si dirà in seguito, la convergenza con il processo di assegnazione del budget.

Nel processo di definizione degli obiettivi è possibile distinguere due fasi: una "bottom-up" che prevede l'indicazione delle attività ordinarie e speciali e la formulazione di proposte di progetti da parte della dirigenza di struttura complessa o di macrostruttura organizzativa, un'altra "top-down" in cui gli organi di vertice delineano gli obiettivi anche in relazione alle caratteristiche del contesto esterno e li concordano con le strutture.

Il Sistema di misurazione e valutazione della performance ha trovato pieno compimento nel 2015 con l'attuazione della valutazione individuale del personale di comparto con una metodologia univoca ed integrata con l'intero processo valutativo ed è stato possibile grazie al lavoro congiunto del Nucleo di Valutazione e delle strutture della ASL che, nel corso degli ultimi anni, passo dopo passo, hanno costruito e implementato un sistema articolato e complesso

Il 2017, che doveva rappresentare un anno di consolidamento per il sistema e di impostazione dei miglioramenti a venire, anche nell'ottica della prevista designazione del nuovo OIV, è stato invece caratterizzato da criticità organizzative che si sono concretizzate in ritardi consistenti in alcune fasi del ciclo di gestione della performance.

Gli obiettivi alle macrostrutture organizzative sono stati infatti definiti ad ottobre 2017.

Con deliberazione del Direttore Generale n. 756 del 25.10.2017 avente ad oggetto "Presa d'atto ed adozione del Piano della Performance anni2017/2018/2019 A.S.L. Napoli 3 Sud" è stato approvato il Piano della Performance 2017/2018/2019.

Il ritardo nella definizione degli Obiettivi alle macrostrutture ha rallentato l'intero ciclo e, soprattutto, ha in larga parte vanificato le finalità stesse del processo.

Ancora, per quanto gli obiettivi, in generale individuati nell'ottica della chiarezza e della misurabilità, siano in genere supportati da un'adeguata struttura di relativi indicatori di output e target, si segnala la difficolta nel reperire risorse per la misurazione della performance a consuntivo, atteso che non tutti i dati confluiscono nel sistema di controllo di gestione.

L'individuazione degli indicatori e la conseguente rilevazione della performance sono ispirati al modello di caratterizzazione proposto nella delibera ANAC n. 89 del 2010, riportate nel Sistema di misurazione e valutazione della performance adottato dall'Azienda, in coerenza con i requisiti metodologici previsti dall'art.5 del decreto.

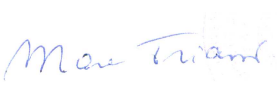
In particolare, essi sono stati individuati anche sulla base dei piani sanitari nazionale e regionale e tenendo conto dei vincoli o delle istanze imposti dagli stakeholder istituzionali (Regione, Associazioni di tutela del malato, ecc.).

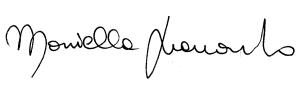
Dall'analisi effettuata essi risultano congrui con la *mission*istituzionale e con le linee strategiche dell'Azienda, con l'obiettivo finale del miglioramento della qualità delle prestazioni erogate. In ottica di miglioramento, si auspica a tale proposito una valutazione su quest'ultimo aspetto più sistematica e sempre più improntata alla qualità.

Si rileva, inoltre, che per la definizione dei principali obiettivi strategici sono stati assunti a riferimento standard definiti a livello nazionale ed internazionale (es.: LEA, tassi di occupazione di posti letto, criteri di certificabilità dei bilanci ed altri parametri caratterizzanti l'attività sanitaria).

In relazione agli obiettivi indicati nel Programma triennale per la trasparenza e per l'integrità e nel Piano di prevenzione della corruzione, come si diceva, si attesta che i

Prof.ssa Maria Triassi Dott. Ettore Gambacorta Ing. Mariella Leonardo Dott. AlbertoPironti





medesimi sono stati integrati negli obiettivi di performance assegnati alle strutture organizzative dell'Azienda.

2.1.2 Misurazione e valutazione della performance organizzativa

Le modalità di misurazione della performance organizzativa risultano adeguati al sistema di valutazione pur se corre l'obbligo constatare che, anche per l'anno 2018, vista la dimensione aziendale e le modalità di gestione dei flussi informativi, prevalentemente cartacee senza supporto di strumenti informatizzati, risulta difficile prevedere monitoraggi intermedi allo scopo di verificare lo stato di attuazione degli obiettivi assegnati e della relativa performance organizzativa e di porre in essere le azioni correttive. In tal senso il miglioramento sarebbe conseguibile solo attraverso il potenziamento delle strutture e dei sistemi informativi dedicati ai controlli. Un tale percorso non è sicuramente di facile o immediata attuazione e prevedrebbe un programma operativo pluriennale, investimenti economici e di risorse umane, il coinvolgimento delle principali UOC amministrative a partire dal Controllo di gestione e dai Sistemi informatici e, per finire, una forte committenza da parte dell'Organo di gestione.

2.1.3 Metodologia per la misurazione e valutazione della performance organizzativa

La metodologia per la misurazione e valutazione della performance organizzativa elaborata dall'Azienda ASL Napoli3 Sud è improntata ai seguenti principi:

- trasparenza dei criteri usati;
- oggettività delle metodologie adottate;
- obbligo di motivazione della valutazione espressa;
- informazione adeguata e partecipazione del valutato, anche attraverso la comunicazione ed il contraddittorio nella valutazione;
- doppio livello di valutazione;

- diretta conoscenza dell'attività del valutato da parte del soggetto che, in prima istanza, effettua la proposta di valutazione sulla quale, poi, l'organismo di verifica di seconda istanza è chiamato a pronunciarsi.

Tale metodologia favorisce le applicazioni dei dettami del D.Lgs. 150/09 ma deve ancora essere adeguata alle disposizioni previste dal Decreto Lgs. 74/2017 anche se alcune disposizioni indicate dal decreto allo stato risultano già implementate con l'attuale regolamento.

2.2 Performance individuale

2.2.1 Definizione ed assegnazione degli obiettivi, indicatori e target

L'assegnazione degli obiettivi viene effettuata utilizzando apposite schede sintetiche in forma tabellare.

I campi previsti prevedono anche l'assegnazione di pesi diversi per ciascun obiettivo, per un totale di 100 punti.

Tali schede sono utilizzabili sia nella fase di assegnazione degli obiettivi, sia nella fase finale di rendicontazione dei risultati raggiunti.

Gli obiettivi ai diversi livelli organizzativi vengono definiti in contraddittorio tra valutato e valutatore di prima istanza (il superiore gerarchico) e sono da entrambi sottoscritti. In particolare, la firma del valutato assume carattere di consapevole accettazione degli obiettivi in relazione alle risorse ed alle disponibilità. Il Nucleo di valutazione, anche per il tramite del Servizio Controllo di Gestione (il cui Responsabile è anche Responsabile della Struttura Tecnica Permanente, secondo quanto disposto dalla delibera n° 384 del 9 marzo 2011),viene interpellato per fornire delucidazioni e chiarimenti in merito all'applicazione della metodologia o per la definizione oggettiva di obiettivi e indicatori.

Anche per il 2017, in fase di consuntivo, ciascun dirigente ha predisposto una scheda sintetica da sottoporre alla verifica e valutazione del valutatore di prima istanza con l'indicazione del grado di risultato raggiunto in relazione agli obiettivi assegnati mentre,

almeno a livello di ciascuna articolazione organizzativa complessa (UOC), il direttore della stessa ha rendicontato nel merito dettagliatamente su ciascun obiettivo e sulla partecipazione del personale al raggiungimento dello stesso.

Tutta questa documentazione è poi oggetto di verifica e valutazione, in seconda istanza, da parte del Nucleo di Valutazione.

Dal 2015 è coinvolto nel processo di valutazione della performancein maniera strutturata anche il personale di comparto che ha ricevuto dal direttore responsabile della UOC specifici obiettivi che, in fase consuntiva e con criteri analoghi a quanto dettagliato per la dirigenza, sono stati misurati nel loro grado di raggiungimento e costituiscono l'elemento su cui sarà commisurata la corresponsione delle indennità di risultato.

2.2.2 Misurazione e valutazione della performance individuale

Al momento della stesura della presente relazione, la valutazione per l'anno 2017 di tutto il personale è in corso di completamento. Pertanto, non risulta ancora disponibile un quadro complessivo che consenta di definire con precisione il livello di differenziazione delle valutazioni.Ma si sottolinea ancora che nel 2017 gli obiettivi sono stati conferiti quasi a fine anno.

Oltre alle schede sintetiche tabellari previste dalla vigente metodologia vengono richieste relazioni esplicative sulle modalità di attuazione degli obiettivi assegnati volte a rappresentare la partecipazione del personale al loro conseguimento e le eventuali motivazioni o ostacoli al raggiungimento totale o parziale degli stessi.

Laddove necessario, vengono formulate richieste di integrazione della documentazione pervenuta.

Si vuole precisare che questo processo, a meno dell'adozione di sistemi informativi dedicati e del rafforzamento della STP, sarà sempre affetto da questi slittamenti visto che si basa su comunicazioni cartacee da parte di 4.600 dipendenti. Il massimo livello di tecnologia informativa ad oggi utilizzabile è l'invio via e-mail di documenti scansionati,

comunque da acquisire successivamente con firma in originale per la necessaria conservazione del documento finale di valutazione nel fascicolo personale del dipendente.

Un tale meccanismo comporta, come si può immaginare, tempi e oneri per il Nucleo di valutazione e per la STP, errori, che vanno gestiti come eccezioni e, quindi, i ritardi rispetto agli schemi ipotizzati nelle delibere attuative ed esplicative del D.Lgs. 150/2009, sicuramente non pensato per articolazioni organizzative di così complessa tipologia.

2.2.3 Metodologia per la misurazione e valutazione della performance individuale

Le Schede di valutazione della performance (SP1, SP2, SP3, SP4, SP5, SP6) sono state approvate con Deliberadel Direttore Generale ed hanno trovato applicazione sperimentale nel 2014 (schede SP1, SP2 e SP3) e compiuta nel 2015 per tutto il personale dirigente e di comparto.

Sulle proposte di modifica dell'attuale regolamento formulate dal Nucleo di valutazione alla Direzione aziendale si veda la relazione relativa all'anno 2016. Si ricorda che l'Azienda ha avviato ed espletato le procedure concorsuali per la designazione del nuovo OIV.

2.3 Processo (fasi, tempi e soggetti coinvolti)

Il processo di funzionamento del Sistema di valutazione dell'ASL Napoli3 Sud è sintetizzato nel seguente schema, con l'indicazione dei soggetti coinvolti nelle fasi del ciclo di gestione e nelle fasi del ciclo della performance.
Le diverse fasi, pur essendo sufficientemente acquisite nella cultura della dirigenza della ASL, vanno perfezionate con alcuni correttivi che verranno appresso indicati al Punto 8.

Nella tabella, vengono individuati le fasi, i tempi ed i soggetti coinvolti.

FASI	TEMPI	SOGGETTI COINVOLTI

Adozione Piano Performance	31/01/2018	Direzione Aziendale, Direttori Dipartimenti, Direttori UOC, Struttura Tecnica Permanete
Monitoraggio avvio ciclo	28/02/2018	Struttura Tecnica Permanete, NdV
Relazione NdV Funzionamento sistemi di controllo	30/04/2018	Struttura Tecnica Permanete, NdV
Relazione Performance	30/06/2018	Direzione Aziendale, Direttori Dipartimenti, Direttori UOC, Struttura Tecnica Permanete
Validazione Relazione Performance	30/06/2018	Struttura Tecnica di Supporto, NdV
Monitoraggio distribuzione premialità	30/11/2018	Struttura Tecnica di Supporto, NdV

2.4 Infrastruttura di supporto

Il sistema informatico è rispondente agli standard qualitativi medi inerenti la P.A. e il flusso informativo ha consentito una raccolta dei dati con sufficiente efficienza, seppur con qualche ritardo.

Permangono le carenze già evidenziate in altre sezioni di questa relazione che potrebbero essere colmate con un lavoro di costruzione di un efficace sistema di acquisizione dati, gestione informatizzata delle informazioni e reporting. Lavoro che, come dicevamo, prevede investimenti ingenti in termini economici ed organizzativi.

Sarebbe tuttavia auspicabile, pur rappresentando uno sforzo puntuale, individuare con criteri di priorità specifiche aree cui dedicare lo sforzo congiunto delle professionalità disponibili in campo informatico ed organizzativo all'interno dell'Azienda per strutturare flussi informativi dedicati con lo scopo di intercettare alla fonte i dati utili ad elaborare i sistemi di indicatori necessari per la misurazione della performance dei dipendenti,

migliorando così la possibilità di effettuare linkage e confronti tra dati correnti di attività e quanto riportato nelle schede individuali e di struttura.

2.5 Utilizzo effettivo dei risultati del sistema di misurazione e valutazione

L'analisi dei risultati pervenuti nel corso del 2017, ha consentito l'avvio di un'azione correttiva finalizzata al conseguimento degli obiettivi individuati permettendo, al contempo, di rimodulare e riparametrare gli obiettivi strategici ed operativi per il 2017.Si ribadisce che l'auspicabile monitoraggio intermedio,che consentirebbe un più adeguato posizionamento dei target a venire, risulterà impossibile da attuare in assenza di adeguate infrastrutture informatiche ed organizzative a supporto della gestione dei flussi informativi.

3 Integrazione con il ciclo di bilancio ed i sistemi di controlli interni

3.1 Integrazione con il ciclo di bilancio

Il livello di coerenza tra il sistema di misurazione e valutazione della performance ed il ciclo di programmazione economico-finanziaria e di bilancio è da migliorare. Sarà necessario individuare soluzioni organizzative da parte dei diversi uffici dirigenziali. In particolare, l'Ufficio contabilità e bilancio dovrà collaborare a tutte le fasi di definizione degli obiettivi da inserire nel Piano, con particolare riguardo alla fase relativa all'integrazione dei dati economico-finanziari nel documento di pianificazione e di consuntivo, allo stato non esaustivo. Altro elemento su cui lavorare è sicuramente quello di portare ad unità l'assegnazione degli obiettivi di performance alle strutture e l'assegnazione del budget, ad oggi momenti spesso troppo scollegati.

3.2 Integrazione con gli altri sistemi di controllo

Per quanto riguarda la pianificazione ed il controllo strategico, un fronte di miglioramento è rappresentato dagli indicatori economico-finanziari all'interno della programmazione delle attività; per quanto attiene invece il controllo di gestione, lo stesso dispone di un sistema di acquisizione dei dati salienti relativi alle prestazioni erogate in

ambito ospedaliero, che tuttavia richiede processi di analisi e rielaborazione al fine di disporre di informazioni accurate e tempestive per la consuntivazione degli indicatori. Meno soddisfacenti o a volte carenti sono i dati relativi alle attività territoriali.

4 Il Piano Triennale della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza e il rispetto degli obblighi di pubblicazione

Il Piano Triennale della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza 2017-18-19 è stato approvato con Delibera n° 49 del 31.01.2017.

Il Piano Triennale della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza 2018-19-20 è stato approvato con Delibera n° 170 del 14.02.2018.

I documenti sono pubblicati sul sito istituzionale della ASL, nella sezione Amministrazione trasparente.

5 Definizione e gestione standard di qualità

La misurazione degli standard di qualità viene attuata su due livelli: il primo si basa sui riscontri ricevuti dagli stakeholder, partecipanti agli eventi organizzati dall'Azienda o nelle altre sedi istituzionali.

Il secondo livello, invece, passa attraverso un sistematico controllo interno, finalizzato a verificare la bontà dei flussi informativi aziendali.

6 Coinvolgimento degli stakeholder

Nelle varie fasi del ciclo di gestione della performance vi è stato un costante coinvolgimento dei principali stakeholder esterni, rappresentati dalle Regioni, dagli Enti locali, dalle associazioni di tutela e partecipazione, così come dalle rappresentanze interne.

Sul sito istituzionale della ASL è, inoltre, disponibile un apposito Link nell'Area delle Relazioni con il Pubblico, "Aiutaci a migliorare", in cui è possibile trovare, oltre al

Regolamento di pubblica tutela, la modulistica per inviare notizie di disfunzioni, suggerimenti, reclami o encomi.

7 Descrizione delle modalità del monitoraggio delNucleo di Valutazione

Le modalità di monitoraggio del NdV sono:

- Analisi dei dati forniti dall'amministrazione;
- Verifica della documentazione fornita dalle strutture aziendali;
- Incontri con i responsabili delle strutture per eventuali approfondimenti e chiarimenti;
- Attività di controllo di tipo informatico sugli obblighi di pubblicazione.

La cadenza degli incontri è mensile o più poiché può subire oscillazioni in funzione del maggiore carico di lavoro nei periodi in cui si concentrano le valutazioni conclusive.

8 Proposte di miglioramento del sistema di valutazione

A valle della disamina del ciclo della performance così come articolatosi finora nell'ASL Napoli3 Sud e a valle delle criticità riscontrate, emergono i seguenti obiettivi di perfezionamento e miglioramento:

- Continuare nella definizione di obiettivi con metodologia più coerente possibile con la pianificazione a breve e medio termine dell'intera ASL che consenta la integrazione tra la mission aziendale, i vincoli, gli obiettivi di Piano Regionale e le necessità di salute dell'utenza che si evince dai dati epidemiologici.
- Il perfezionamento del meccanismo a cascata con il metodo della "scatola delle attività" che definisca gli input e gli output per i segmenti operativi e organizzativi dell'Azienda.
- La previsione che tutti gli obiettivi indicati nel Piano Triennale della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza siano integrati negli obiettivi di performance assegnati alle strutture organizzative dell'Azienda.

Prof.ssa Maria Triassi Dott. Ettore Gambacorta Ing. Mariella Leonardo Dott. AlbertoPironti

- Il perfezionamento della integrazione tra ciclo di programmazione, valutazione e budget.
- La realizzazione, come previsto nel sistema di misurazione e valutazione, di un monitoraggio intermedioda realizzarsi inderogabilmente con la partecipazione collaborativa di tutti i responsabili preposti.
- La maggiore attenzione al monitoraggio delle attività distrettuali e territoriali al fine di realizzare un'efficace integrazione ospedale-territorio.
- Al fine di una maggiore integrazione con il ciclo di bilancio, l'Azienda dovrà completare il percorso di dotazione di un sistema di reportistica analitica per centri di costo, con connesso monitoraggio periodico sull'andamento del rapporto costi/ricavi e relativo andamento rispetto alle previsioni di budget. Le verifiche dei risultati dovranno essere riferite a tutte le aree di attività dell'Azienda attraverso appositi flussi informativi all'uopo istituiti, coordinati dalle direzioni dipartimentali/distrettuali secondo l'articolazione dei centri di costo.

9 Allegati

Allegato 1 –Il Monitoraggio sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione trasparenza ed integrità dei controlli

Letto, confermato e sottoscritto.

Castellammare, 30 aprile 2018

Il Nucleo di Valutazione

Prof.ssa Maria Triassi

Ing. Mariella Leonardo

Dott. Alberto Pironti

Dott. Ettore Gambacorta

Allegato 1 – Il Monitoraggio sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione trasparenza ed integrità dei controlli

A. Performance organizzativa		
A.1	Qual è stata la frequenza dei monitoraggi intermedi effettuati per misurare lo stato di avanzamento degli obiettivi?	□ Nessuna □ Mensile □ Trimestrale □ Semestrale X Altro: Periodicità non definita in maniera strutturata. Può variare per i diversi obiettivi e ai diversi livelli organizzativi di controllo. Per molti obiettivi permane la verifica annuale. Si ribadisce la difficoltà ad implementare monitoraggi intermedi in assenza di idonee risorse informatiche e organizzative
A.2	Chi sono i destinatari della reportistica relativa agli esiti del monitoraggio? (possibili più risposte)	X Direzione strategica X Dirigenti di UOC □ Dirigenti X Stakeholder esterni □ Altro_____
A.3	Le eventuali criticità rilevate dai monitoraggi intermedi hanno portato a modificare gli obiettivi pianificati ad inizio anno?	□ Si, modifiche agli obiettivi strategici □ Si, modifiche agli obiettivi operativi □ Si, modifiche agli obiettivi strategici e operativi X No, nessuna modifica (per carenza monitoraggi intermedi) □ No, non sono state rilevate criticità in corso d'anno

B. Performance individuale				
B.1 A quali categorie di persone sono assegnati gli obiettivi individuali (i dati numerici sull'effettiva dotazione personale si riferiscono al 2017)				
	Personale in servizio (valore assoluto)	Personale a cui sono stati assegnati obiettivi (valore assoluto)	Quota di personale con assegnazione tramite colloquio con valutatore	Quota di personale con assegnazione tramite controfirma scheda obiettivi
Dirigenti diStruttura Complessa	64	64	X 50% - 100% □ 1% -49% □ 0%	□ 50% - 100% X 1% -49% □ 0%
Altri Dirigenti	1337	Tutti i dirigenti	X 50% - 100% □ 1% -49% □ 0%	□ 50% - 100% X 1% -49% □ 0%
Non Dirigenti	3413		X 50% - 100% □ 1% -49% □ 0%	□ 50% - 100% X 1% -49% □ 0%

B.2 Il processo di assegnazione degli obiettivi è stato coerente con il Sistema?			
	Si	No	(se no) motivazioni
Dirigenti diStruttura Complessa	X		Si rileva però il ritardo nei tempi
Altri Dirigenti	X		Si rileva però il ritardo nei tempi

Prof.ssa Maria Triassi Dott. Ettore Gambacorta Ing. Mariella Leonardo Dott. AlbertoPironti

Non Dirigenti		X	

C. Processo di attuazione del ciclo della performance Struttura Tecnica Permanente (STP)	
C.1 Quante unità di personale totale operano nella STP?	(valore assoluto) 3 Collaborano con il Nucleo di Valutazione un dirigente e due collaboratori amministrativi.
C.2 Quante unità di personale hanno prevalentemente competenze economico-gestionali? Quante unità di personale hanno prevalentemente competenze giuridiche? Quante unità di personale hanno prevalentemente altre competenze?	(valore assoluto) 1 0 2
C.3 Indicare il costo annuo della STP distinto in: Costo del lavoro annuo (totale delle retribuzioni lorde dei componenti e degli oneri a carico dell'amministrazione) Costo di eventuali consulenze Altri costi diretti annui Costi generali annui imputati alla STP	Come già evidenziato la STP è stata identificata con la UOC Controllo di gestione ma non sono ad oggi state individuate specifiche risorse da dedicare all'attività di supporto al NdV. Si indica come costo della STP il costo del personale prevalentemente incaricato di supportare il NdV considerando un impegno dello stesso per il 30% del loro tempo, per il personale di comparto, per l'80% del dirigente. Costo del lavoro mensile circa 6.000 Euro.
C.4 La composizione della STP è adeguata in termini di numero e di bilanciamento delle competenze necessarie? (possibili più risposte)	□ la STP ha un numero adeguato di personale X la STP ha un numero insufficiente di personale □ la STP ha competenze adeguate in ambito economico-gestionale X la STP ha competenze insufficienti in ambito economico-gestionale □ la STP ha competenze adeguate in ambito giuridico X la STP ha competenze insufficienti in ambito giuridico

D. Infrastruttura di supporto Sistemi Informativi e Sistemi Informatici	
D.1 Quanti sistemi di Controllo di gestione (CDG) vengono utilizzati dall'amministrazione?	L'azienda non è dotata di un sistema di controllo di gestione organico né di una contabilità analitica. Tuttavia sono presenti applicativi che, per segmenti specifici, ricoprono alcune funzioni tipiche dei sistemi si contabilità analitica e di controllo di gestione. Per cui le domande da D2 a D6 risultano non applicabili. Nel seguito sono però citati e descritti i principali sistemi informativi di cui l'azienda è dotata.
Sistema di contabilità generale	In uso OLIAM- fornitore Engineering Sanità SpA. È previsto il passaggio al sistema SIAC, SAP sviluppato a livello regionale che sarà fornito dalla Soresa.
Protocollo informatico	Protocollo JPortal- fornitore DataprocessingSpA – attualmente in uso per gestire il protocollo centralizzato. Si sta allargando

	l'ambito di utilizzo anche alle strutture periferiche.
Sistema informatico di gestione del personale	Piattaforma GP4 - fornitore DataprocessingSpA
CUP	Fornitore CID
Anagrafe assistiti	Fornitore DataprocessingSpA
Accettazione pazienti	Piattaforma ADT
Gestione flussi informativi (E-C-H)	Piattaforma CACOMM- fornitore CID
Gestione ricoveri	Piattaforma QUANI – si tratta di un sistema che consente di acquisire elaborazioni utili al controllo di gestione- è alimentato in maniera manuale (extracontabile).
Gestione magazzini	OLIAM – fornitore EngineeringSpA – collegato con la contabilità generale, alimenta anche automaticamente il file F

Ciascuno di questi sistemi, che per lo più lavorano in maniera autonoma l'uno rispetto all'altro, è utilizzato per acquisire dati utili alla gestione. Per questo si diceva che pur non essendoci un organico sistema di controllo di gestione, esistono tuttavia una quantità di informazioni che possono essere fattivamente utilizzate per elaborare report utili al monitoraggio dei processi.
Ad esempio, utilizzando il sistema QUANI sono assegnati agli ospedali obiettivi che riguardano il tasso di occupazione PL, il peso DRG, l'appropriatezza, ecc..

N.B.: nel caso in cui l'amministratore faccia uso di molteplici sistemi di CDG, compilare le domande da D.2 a D.4 per ognuno dei sistemi utilizzati

D.2 Specificare le strutture organizzative che fanno uso del sistema di CDG:

- □ tutte le strutture dell'amministrazione
- □ tutte le strutture centrali
- □ tutte le strutture periferiche
- □ una parte delle strutture centrali
- X una parte delle strutture periferiche - ospedali

D.3 Da quali applicativi è alimentato il sistema di CDG e con quali modalità?

	Automatica	Manuale	Nessuna
Sistema di contabilità generale	□	X	□
Sistema di contabilità analitica	□	□	X
Protocollo informatico	□	□	X
Service personale del Tesoro (STP)	□	□	X
Sistema informatico di gestione del personale	□	□	X
Altro sistema _____	□	□	□

D.4 Quali altri sistemi sono alimentati con i dati prodotti dal sistema di CDG e con quali modalità?

	Automatica	Manuale	Nessuna
Sistema di controllo strategico	□	□	□
Altro sistema _____	□	□	□
Altro sistema _____	□	□	□

D.5 I sistemi CDG sono utilizzati per la misurazione degli indicatori degli obiettivi strategici e operativi?

Indicatori ob. strategici	Indicatori ob. operativi
XSi, in parte	XSi, in parte
☐No	☐No

(se si) fornire un esempio di obiettivo e relativo

Prof.ssa Maria Triassi Dott. Ettore Gambacorta Ing. Mariella Leonardo Dott. AlbertoPironti

indicatore		
D.6 Da quali sistemi provengono i dati sulle risorse finanziarie assegnate agli obiettivi strategici e operativi? Sistema di contabilità generale Sistema di contabilità analitica Altro sistema _____	ob. strategici X ☐ ☐	ob. operativi X ☐ ☐

E. Sistemi Informativi e Sistemi Informatici a supporto dell'attuazione del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità e per il rispetto degli obblighi di pubblicazione

E.1.a. Sistemi informativi ed informatici per l'archiviazione, la pubblicazione e la trasmissione dei dati

N.B.: nel caso di Ministeri o di grandi enti compilare, con modifiche, anche per eventuali strutture periferiche e corpi

Tipologie di dati	Disponibilità del dato	Trasmissione dei dati al soggetto responsabile della pubblicazione	Pubblicazione nella sezione "Amministrazione trasparente"	Trasmissione ad altri soggetti (laddove effettuata)
Articolazione degli uffici, responsabili, telefono e posta elettronica	☐ Archivio cartaceo X Pluralità di banche dati in capo alle singole strutture cui i dati si riferiscono ☐ Banca dati unica centralizzata	☐ Trasmissione telematica ☐ Consegna cartacea ☐ Comunicazione telefonica X Altro (specificare) Ciascuna UOC aggiorna i dati di propria pertinenza	X Inserimento manuale ☐ Accesso diretto o attraverso link alla/alle banca/banche dati di archivio ☐ Creazione di una ulteriore banca dati finalizzata alla pubblicazione sul sito ☐ Estrazione della bai con procedura automatizzata	Specificare: a) Soggetto b) Modalità di trasmissione c) Frequenza della trasmissione
Consulenti e collaboratori	☐ Archivio cartaceo ☐ Pluralità di banche dati in capo alle singole strutture cui i dati si riferiscono X Banca dati unica centralizzata	☐ Trasmissione telematica ☐ Consegna cartacea ☐ Comunicazione telefonica X Altro (specificare) esiste ovviamente la banca dati unica del	X Inserimento manuale ☐ Accesso diretto o attraverso link alla/alle banca/banche dati di archivio ☐ Creazione di una ulteriore banca dati finalizzata alla	Specificare: a) Soggetto b) Modalità di trasmissione c) Frequenza della trasmissione

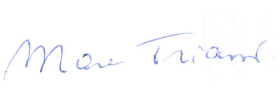
		servizio GRU. Sul sito sono presenti i CV che vengono da ciascuno inoltrati via e-mail e pubblicati	pubblicazione sul sito □ Estrazione della bai con procedura automatizzata	
Dirigenti	□ Archivio cartaceo □ Pluralità di banche dati in capo alle singole strutture cui i dati si riferiscono X Banca dati unica centralizzata	□ Trasmissione telematica □ Consegna cartacea □ Comunicazione telefonica X Altro (specificare) I CV vengono da ciascuno inoltrati via e-mail e pubblicati	X Inserimento manuale □ Accesso diretto o attraverso link alla/alle banca/banche dati di archivio □ Creazione di una ulteriore banca dati finalizzata alla pubblicazione sul sito □ Estrazione della bai con procedura automatizzata	Specificare: a) Soggetto b) Modalità di trasmissione c) Frequenza della trasmissione
Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti	□ Archivio cartaceo □ Pluralità di banche dati in capo alle singole strutture cui i dati si riferiscono X Banca dati unica centralizzata	□ Trasmissione telematica □ Consegna cartacea □ Comunicazione telefonica X Altro (specificare) i dati e i CV vengono da ciascuno inoltrati via e-mail e pubblicati	X Inserimento manuale □ Accesso diretto o attraverso link alla/alle banca/banche dati di archivio □ Creazione di una ulteriore banca dati finalizzata alla pubblicazione sul sito □ Estrazione della bai con procedura automatizzata	Specificare: a) Soggetto b) Modalità di trasmissione c) Frequenza della trasmissione
Bandi di Concorso	□ Archivio cartaceo □ Pluralità di banche dati in capo alle singole strutture cui i dati si riferiscono X Banca dati unica centralizzata	X Trasmissione telematica □ Consegna cartacea □ Comunicazione telefonica □ Altro (specificare) _____	□ Inserimento manuale XAccesso diretto o attraverso link alla/alle banca/banche dati di archivio (accesso diretto all'applicativo Albo pretorio) □ Creazione di una ulteriore banca dati finalizzata alla pubblicazione sul sito □ Estrazione della bai con	Specificare: a) Soggetto b) Modalità di trasmissione c) Frequenza della trasmissione

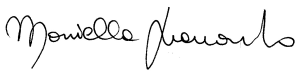
			procedura automatizzata	
Bandi di gara e contratti	□ Archivio cartaceo □ Pluralità di banche dati in capo alle singole strutture cui i dati si riferiscono X Banca dati unica centralizzata	X Trasmissione telematica □ Consegna cartacea □ Comunicazione telefonica □ Altro (specificare) _____	□ Inserimento manuale XAccesso diretto o attraverso link alla/alle banca/banche dati di archivio □ Creazione di una ulteriore banca dati finalizzata alla pubblicazione sul sito □ Estrazione della bai con procedura automatizzata	Specificare: a) Soggetto b) Modalità di trasmissione c) Frequenza della trasmissione

E.2. Modello organizzativo di raccolta, pubblicazione e monitoraggio

N.B.: laddove le responsabilità variano a seconda delle tipologie di dati, indicare il soggetto che svolge l'attività con riferimento al maggior numero di dati. Nel caso di Ministeri o di grandi enti compilare, con modifiche, anche per eventuali strutture periferiche e corpi

Selezionare le attività svolte dai soggetti sotto indicati	Raccolta dei dati	Invio dei dati al responsabile della pubblicazione	Pubblicazione dei dati on line	Supervisione e coordinamento dell'attività di pubblicazione dei dati	Monitoraggio
Dirigente responsabile dell'unità organizzativa detentrice del singolo dato	XSì □No	XSì □No	XSì □No	XSì □No	XSì □No
Responsabile della comunicazione (laddove presente)	□Sì XNo	□Sì XNo	□Sì XNo	□Sì XNo	□Sì XNo
Responsabile del sito web (laddove presente)	□Sì XNo	□Sì XNo	□Sì XNo	□Sì XNo	□Sì XNo
Responsabile dei sistemi informativi (laddove presente)	□Sì XNo	□Sì XNo	□Sì XNo	□Sì XNo	□Sì XNo
Responsabile della trasparenza	XSì □No	XSì □No	XSì □No	XSì □No	XSì □No





Responsabile della prevenzione della corruzione (laddove diverso dal responsabile della trasparenza)	□Sì XNo	□Sì XNo	□Sì XNo	□Sì XNo	X Sì □No
OIV	□Sì XNo	□Sì XNo	□Sì XNo	□Sì XNo	X Sì □No
Altro soggetto (specificare quale)	□Sì □No	□Sì □No	□Sì □No	□Sì □No	□Sì □No
Per una più chiara lettura della tabella su riportata si specifica che alcuni dati sono raccolti, pubblicati, supervisionati e monitorati dai singoli direttori di struttura UOC (es.: determine, delibere, albo pretorio, ecc.) altri sono inviati al Responsabile della comunicazione e Trasparenza)					

E.3. Monitoraggio sulla pubblicazione dei dati svolto dal NdV

N.B.: laddove il monitoraggio varia a seconda delle tipologie di dati, indicare il modello relativo al maggior numero di dati

	Oggetto del monitoraggio	Modalità del monitoraggio	Estensione del monitoraggio	Frequenza del monitoraggio	Comunicazione degli esiti del monitoraggio (indicare il soggetto cui sono comunicati gli esiti)	Azioni correte innescate dagli esiti del monitoraggio (illustrare brevemente le azioni)
Strutture centrali	X Avvenuta pubblicazione dei dati X Qualità (completezza, aggiornamento e apertura) dei dati pubblicati	X Attraverso colloqui con i responsabili della pubblicazione dei dati □ In modo automatizzato grazie ad un supporto informatico X Verifica su sito □ Altro	□ Sulla totalità dei dati X Su un campione di dati	□ Trimestrale □ Semestrale X Annuale □ Altro	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____
Strutture periferiche (laddove	□ Avvenuta pubblicazione dei dati	□ Attraverso colloqui con i responsabili della	□ Sulla totalità dei dati □ Su un	□ Trimestrale □ Semestrale □ Annuale	_____ _____	_____ _____

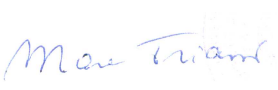
Prof.ssa Maria Triassi | Dott. Ettore Gambacorta | Ing. Mariella Leonardo | Dott. AlbertoPironti

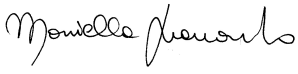
presenti) Non applicabile	□ Qualità (completezza, aggiornamento e apertura) dei dati pubblicati	pubblicazione dei dati □ In modo automatizzato grazie ad un supporto informatico □ Verifica su sito □ Altro	campione di dati	□ Altro	_____ _____	_____ _____
Corpi (laddove presenti) Non applicabile	□ Avvenuta pubblicazione dei dati □ Qualità (completezza, aggiornamento e apertura) dei dati pubblicati	□ Attraverso colloqui con i responsabili della pubblicazione dei dati □ In modo automatizzato grazie ad un supporto informatico □ Verifica su sito □ Altro	□ Sulla totalità dei dati □ Su un campione di dati	□ Trimestrale □ Semestrale □ Annuale □ Altro	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____

E.4. Sistemi per la rilevazione quantitativa e qualitativa degli accesi alla sezione "Amministrazione Trasparente"

N.B.: Nel caso di Ministeri o grandi enti compilare, con modi, anche per eventuali strutture periferiche e corpi

	Presenza	Note
	Sì/No	
Sistemi per contare gli accessi alla sezione	Si	
Sistemi per contare gli accessi ai singoli link nell'ambito della sezione	Si	
Sistemi per quantificare il tempo medio di navigazione degli utenti in ciascuna delle pagine web in cui è strutturata la sezione	Si	
Sistemi per verificare se l'utente consulta una sola oppure una pluralità di pagine web nell'ambito della sezione	Si	
Sistemi per verificare se l'utente sta accedendo per la prima volta alla sezione o se la ha già consultata in precedenza	Si	
Sistemi per verificare la provenienza geografica degli utenti	Si	
Sistemi per misurare il livello di interesse dei cittadini sulla qualità delle informazioni pubblicate e per raccoglierne i giudizi	No	Aiutaci a migliorare: disfunzioni, suggerimenti,





		reclami, encomi
Sistemi per la segnalazione, da parte degli utenti del sito, di ritardi e inadempienze relativamente alla pubblicazione dei dati	Si	Attivato accesso civico
Sistemi per la raccolta delle proposte dei cittadini finalizzate al miglioramento della sezione	Si	
Pubblicazione sul sito dei dati rilevati dai sistemi di conteggio degli accessi	Si	
Avvio di azioni correttive sulla base delle proposte e delle segnalazioni dei cittadini	Si	

F. Definizione e gestione standard di qualità		
F.1	L'amministrazione ha definito standard di qualità per i propri servizi all'utenza?	X Si (es.: std per accesso civico, tempi risposta ai reclami) □ No
F.2	(se si a F.1) Sono realizzate da parte dell'amministrazione misurazioni per il controllo della qualità erogata ai fini del rispetto degli standard di qualità?	□ Si, per tutti i servizi con standard X Si, per almeno il 50% dei servizi con standard (servizi inseriti negli obiettivi di performance) □ Si, per meno del 50% dei servizi con standard □ No
F.3	(se si a F.1) Sono state adottate soluzioni organizzative per la gestione dei reclami, delle procedure di indennizzo e delle classaction? (possibili più risposte)	X Si, per gestire i reclami (regolamento reclami) □ Si, per gestire classaction □ Si, per gestire indennizzi □ No
F.4	(se si a F.1) Le attività di cui ai punti precedenti hanno avviato processi per la revisione degli standard di qualità?	X Si, per almeno il 50% dei servizi da sottoporre a revisione □ Si, per meno del 50% dei servizi da sottoporre a revisione □ No, nessuna modifica □ No, nessuna esigenza di revisione