



ORIGINALE

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N.000459 DEL 30 MAG 2012

[illegible]

OGGETTO: PRESA D'ATTO DELLA RELAZIONE DEL NUCLEO DI VALUTAZIONE ASL NAPOLI 3 SUD SUL FUNZIONAMENTO COMPLESSIVO DEL SISTEMA DI VALUTAZIONE, TRASPARENZA ED INTEGRITA' E SULL'ATTESTAZIONE DEGLI OBBLIGHI RELATIVI ALLA TRASPARENZA ED ALL'INTEGRITA' (ART. 14, COMMA 4, LETTERA A - G DEL DLGS N° 150 DEL 2009) AI SENSI DELLA DELIBERA N° 4 DEL 2012 DELLA COMMISSIONE PER LA VALUTAZIONE, LA TRASPARENZA E L'INTEGRITA' DELLE AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE(CIVIT).

PUBBLICAZIONE		ESECUTIVITA'	
<u>AFFISSIONE ALBO</u>	<u>RELATA</u>	<u>ORDINARIA</u>	<u>IMMEDIATA</u>
<p>La presente deliberazione è affissa in elenco all'Albo Pretorio informatico dell'Azienda dal</p> <p>01 AGO. 2012</p> <p>e vi permarrà per 15 giorni consecutivi.</p> <p>L'incaricato</p> <p>_____</p>	<p>La presente deliberazione è stata affissa in elenco all'Albo Pretorio informatico dell'Azienda per 15 giorni consecutivi dalla data della sua pubblicazione</p> <p>L'incaricato</p> <p>_____</p>	<p>La presente deliberazione ha efficacia a decorrere dal</p> <p>_____</p> <p>Il Dirigente</p> <p>_____</p>	<p>La presente deliberazione per l'urgenza, è resa immediatamente esecutiva.</p> <p>_____</p> <p>Il Direttore Generale (Dott. Maurizio D'Amora)</p> <p>_____</p>

Nell'anno, giorno e mese sopra specificati,

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Maurizio D'Amora, nominato con Delibera della Giunta Regionale della Campania n. 467 del 26.09.2011 e Decreto Presidente Giunta n.198 del 29.09.2011, in esecuzione della legge Regionale n. 16 del 28.11.2008, con l'assistenza del Segretario verbalizzante, previa acquisizione del parere del Direttore Sanitario Aziendale, ha adottato la deliberazione in oggetto di cui al testo che segue:

U.O.C. contr. gest.
n. 11

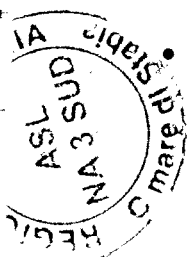
Unità operativa complessa proponente : Controllo di Gestione/ Struttura Tecnica di Supporto

OGGETTO: Presa d'atto della relazione del Nucleo di Valutazione ASL Napoli 3 SUD sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza ed integrità e sull'Attestazione degli obblighi relativi alla trasparenza ed all'integrità (art.14, comma 4, lettere a – g del Dlgs n° 150 del 2009) ai sensi della delibera n° 4 del 2012 della Commissione per la Valutazione, la trasparenza e l'Integrità delle Amministrazioni pubbliche (CIVIT).

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dalla **U.O.C. Controllo di Gestione/ Struttura Tecnica di Supporto** e delle risultanze e degli atti richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità tecnica ed amministrativa della stessa resa dal direttore dell'UOC Controllo di Gestione/Struttura Tecnica di Supporto a mezzo di sottoscrizione della presente.

Visti :

- **Il DLgs n° 150/09** “ Attuazione della Legge 4 marzo 2009, n° 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle Pubbliche Amministrazioni;
- La Delibera n° 4 del 2012 della Commissione Indipendente per la Valutazione , la Trasparenza e l'integrità delle Amministrazioni Pubbliche “ **Linee Guida** relativa alla redazione della relazione degli O.I.V. sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione Trasparenza ed integrità dei controlli interni e sull'attestazione degli obblighi relativi alla trasparenza ed all'integrità (art.14 comma4 lettera a e lettera g del DLgs n° 150/09);
- Il regolamento della Regione Campania n° 12 del 15 dicembre 2011 “ **Ordinamento Amministrativo della Giunta Regionale della Campania**” (art.4 ed art.5) pubblicato sul B.U.R.C. n°77/2011;
- Delibera ASL NA 3 Sud n° 58 del 31/01/2012 “ Presa d'atto proposta “ Piano della Trasparenza e dell'integrità” Dlgs 150/09;
- Deliberazione n°1551 del 28/12/2010 con oggetto “ Dlgs 150/09 Istituzione Albo Pretorio Informatico ove veniva individuata la funzione **del Responsabile della Trasparenza** dell'ASL NA 3 Sud nell'incarico di direttore UOC Relazioni con il Pubblico;
- La nota n° 44491 del 30/12/2011 a firma del Direttore Generale che si allega (**all.n° 1**);
- La nota del Capo Gabinetto del Presidente della Giunta regionale della Campania con oggetto “Organismo Indipendente di Valutazione D.L.gs 150/09” trasmessa al Direttore Generale dell'ASL NA 3 Sud, che si allega (**all.n°2**);
- La nota dell'ASL Napoli 3 sud n° 4274 del 23/01/012 con oggetto “ Nucleo di Valutazione”che si allega (**all.n° 3**);
- La Delibera ASL NA 3 Sud n° 129 del 13/03/012 “ Istituzione Comitato Partecipativo e Consultivo ASL NA 3 SUD”visibile dal sito istituzionale;
- La nota dell'ASL NA 3 Sud n° 31891 del 17/05/012 con oggetto “ **Struttura tecnica di supporto** (art. 14 comma 9 del Dlgs 150/09) ove era individuata responsabile della



Struttura predetta il direttore dell'U.O.C. Controllo di Gestione, nell'attesa della definizione del nuovo modello organizzativo in base alle linee guida della R.C. sugli atti aziendali delle AASSLL del S.R.C. che si allega(**all.n° 4**);

- La nota dell'ASL NA 3 Sud n° 31788 del 17/05/012 con oggetto “ Dlgs 150/09 Delibera Civit”che si allega (**all. n° 5**);
- La delibera ASL NA 3 Sud n° 332 del 05/06/2012 con oggetto “ **Assegnazione obiettivi prestazionali 2012**”(Visibile sul sito istituzionale link Operazione Trasparenza valutazione e merito).

Considerato che :

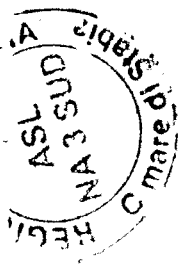
- la Delibera n° 4/2012 fornisce le Linee guida relative alla redazione della relazione degli OIV e nel caso dell'ASL NA 3 SUD del Nucleo di Valutazione in base al regolamento della Regione Campania;
- le disposizioni in materia di Trasparenza rientrano nella potestà legislativa esclusiva esercitata dallo Stato e costituiscono livello essenziale delle prestazioni erogate dalle amministrazioni pubbliche ai sensi dell'art.117, comma 2, lettera m) della Costituzione Italiana;

Viste:

- **la relazione** a cura del Nucleo di Valutazione dove si riferisce sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza ed integrità dei controlli interni, mettendone in luce gli aspetti positivi e negativi. La relazione evidenzia i rischi e l'opportunità di questo sistema al fine di presentare proposte per svilupparlo ed integrarlo ulteriormente, la relazione rappresenta quindi un momento di verifica della corretta applicazione da parte dell'ASL NA 3 SUD delle linee guida, **delle metodologie e delle indicazioni sull'attivazione del ciclo della Performance e sul Programma triennale della Trasparenza e dell'Integrità e sugli standard di qualità, della Commissione Indipendente per la valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle Amministrazioni pubbliche**, in un contesto organizzativo in continua evoluzione , in attesa delle linee guida regionali sull'adozione dell'Atto Aziendale e soprattutto dell'applicazione dell'art.4 del regolamento amministrativo regionale (n°12 /2011) (**all. n° 6**);
- **la griglia di rilevazione** sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione a cura del Nucleo di Valutazione , allegata alla relazione su citata(**all.n°6.a**);
- **il documento di Attestazione** rilasciato dal Nucleo di Valutazione dell'ASL NA 3 SUD, allegata alla relazione su citata (**All.n°6.b**).
- **la relazione** del Direttore dell'UOC Relazioni con il Pubblico in qualità di Responsabile della Trasparenza dell'ASL NA 3 SUD , sul processo di attuazione del programma Triennale della Trasparenza e dell'Integrità e della relativa griglia di valutazione allegata alla delibera CIVIT n° 4 sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione sul sito istituzionale www.aslnapoli3sud.it (**all. n° 7**);

Il Direttore

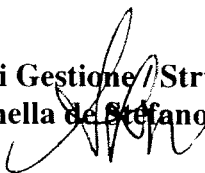
UOC Controllo di Gestione/ Struttura Tecnica di Supporto ASL NA 3 SUD
Dr.ssa Antonella de Stefano



**Propone al
Direttore Generale**

- **Di prendere atto:**
 - della relazione** del Nucleo di Valutazione dell'ASL NA 3 Sud sul funzionamento complessivo del sistema di Valutazione **che si allega (all. n°6);**
- **della griglia di rilevazione** sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione a cura del Nucleo di Valutazione allegata alla relazione su citata (**all.n°6.a**);
- **del documento di Attestazione** rilasciato dal Nucleo di Valutazione dell'ASL NA 3 SUD allegata alla relazione su citata (**all.n°6.b**);
- **la relazione** del Direttore dell'UOC Relazioni con il Pubblico in qualità di Responsabile della Trasparenza dell'ASL NA 3 SUD , sul processo di attuazione del programma Triennale della Trasparenza e dell'Integrità e della relativa griglia di valutazione allegata alla delibera CIVIT n° 4 sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione sul sito istituzionale www.aslnapoli3sud.it (**all. n° 7**).

Il Direttore U.O.C. Controllo di Gestione / Struttura di Supporto
Dr.ssa Antonella de Stefano



Il Direttore Generale

Preso atto della dichiarazione di regolarità dell'istruttoria compiuta dal direttore dell'UOC Controllo di Gestione nella funzione di Responsabile della struttura di Supporto,, nonché della legittimità tecnica ed amministrativa resa dal direttore proponente con la sottoscrizione della proposta che precede, ed acquisito il parere favorevole del Direttore Sanitario nelle more della nomina del Direttore Amministrativo

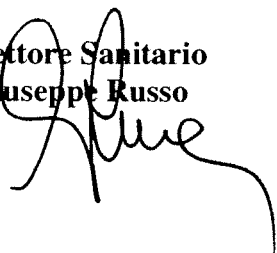
DELIBERA

- **Di prendere atto:**
 - della relazione** del Nucleo di Valutazione dell'ASL NA 3 Sud sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione **che si allega (all. n°6);**
- **della griglia di rilevazione** sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione a cura del Nucleo di Valutazione allegata alla relazione su citata (**all.n°6.a**);
- **del documento di Attestazione** rilasciato dal Nucleo di Valutazione dell'ASL NA 3 SUD allegata alla relazione su citata (**all.n°6.b**);
- **la relazione** del Direttore dell'UOC Relazioni con il Pubblico in qualità di Responsabile della Trasparenza dell'ASL NA 3 SUD , sul processo di attuazione del programma Triennale della Trasparenza e dell'Integrità e della relativa griglia di valutazione allegata alla delibera CIVIT n° 4 sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione sul sito istituzionale www.aslnapoli3sud.it (**all. n° 7**).

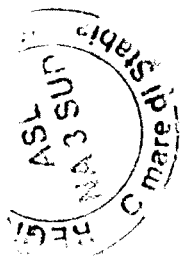
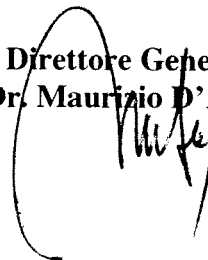


- *Il Servizio Proponente sarà responsabile in via esclusiva della esecuzione della presente deliberazione curandone tutti i consequenziali adempimenti, anche per quanto riguarda la trasmissione alla CIVIT della documentazione prevista dalla Delibera n°4 del 2012.*

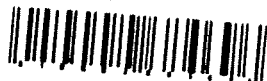
**Il Direttore Sanitario
Dr. Giuseppe Russo**



**Il Direttore Generale
Dr. Maurizio D'Amora**



AMM.: ASLNA3SUD
AOO: AOOASLNA3SUD
Prot. Uscita del 30/12/2011 - 12:05
Numero: **0044491**
Classifica :



Al Presidente della
Giunta Regionale della Campania
On. Stefano Caldoro
Via Santa Lucia, n. 81
Napoli

OGGETTO: Organismo indipendente di valutazione D.lgs. 150/09.

La scrivente Amministrazione, in ossequio alle previsioni di cui al D. Lgs. n. 150/2009, ha bandito avviso pubblico per l'individuazione dei componenti dell'O.I.V. (Delibera CIVIT n. 04/2010).

Espletate le fasi preliminari, con telegramma in data 13 dicembre 2011, sono stati convocati per il 29 dicembre successivo i candidati ritenuti idonei per il prescritto colloquio.

In data 16 dicembre 2011, sul B.U.R.C. n. 77, è stato pubblicato il Regolamento del 15 dicembre 2011, n. 12, ad oggetto "Ordinamento Amministrativo della Giunta Regionale della Campania".

Tenuto conto delle previsioni di cui all'art. 4, comma 4, del citato Regolamento, con successivo telegramma del 28 dicembre 2011, è stata comunicata ai candidati la sospensione della procedura in attesa di chiarimenti da acquisire in merito dalla Regione Campania.

In considerazione di quanto prospettato, si evidenzia che le disposizioni regolamentari ingenerano aspetti controversi che necessitano di opportuni chiarimenti in ordine alle seguenti circostanze:

- Le previsioni di cui al D. Lgs. n. 150/2009 appaiono trovare diretta applicazione anche alle Aziende Sanitarie Locali;
- La Regione è, per Costituzione e per Statuto, dotata di autonomia organizzativa;
- È controversa, sia a livello normativo che giurisprudenziale, la qualificazione delle Aziende Sanitarie Locali come ente strumentale della Regione ovvero come ente autonomo seppure a finanza derivata.
- Nella graduazione delle fonti del diritto il Regolamento è in subordine rispetto alla norma giuridica;
- L'art. 43 del citato regolamento ne prevede l'entrata in vigore il centovesimo giorno successivo alla data di pubblicazione sul B.U.R.C.;
- Il comma 4 dell'art. 4 di detto Regolamento nulla dice in merito alla caducazione ope legis di un potenziale O.I.V. aziendale ove costituito;
- Il successivo art. 5, comma 4, prevede una norma di chiusura finalizzata all'applicazione della disciplina previgente fino all'adozione del primo piano annuale delle prestazioni e dei risultati.

Posto quanto innanzi, al fine di poter orientare i successivi atti di questa Amministrazione, si chiedono chiarimenti in ordine alla possibilità di insediare comunque l'O.I.V. aziendale sino all'insediamento dell'Organismo regionale, ovvero disporre la proroga del Nucleo di Valutazione.

Direttore Generale
Dr. Maurizio D'Amora



UOC RP/Angela Improta – Responsabile Trasparenza art.11 D.Lgs. 150/09
081/8729029
relazioni pubbliche@aslnapoli3sud.it

He

Allegato n. 2

Giunta Regionale della Campania



Il Capo di Gabinetto del Presidente

 ASL NAPOLI 3 SUD
 Registro di Protocollo - Arrivo
 N. 0004691 del 25/01/2012 - 10:25


Prot. n. 4054 /UDCP/Gab./VCG2

del 24/01/2012

 Al Dott. Maurizio D'Amore
 Direttore Generale
 dell'ASL Napoli 3 sud
 Corso Alcide De Gasperi, 167
 80053 Castellammare di Stabia (NA)

Oggetto: Organismo Indipendente di Valutazione D.Lgs. 150/2009.

Con nota prot. 44491 del 30.12.2011, assunta al protocollo di questa Amministrazione in pari data con prot. 17913/UDCP/Gab./Gab., la S.V. ha chiesto chiarimenti in ordine alla possibilità di insediamento del costituendo Organismo interno di valutazione aziendale, alla luce delle nuove disposizioni in materia previste dal Regolamento Regionale del 15 dicembre 2012, n. 12 "Ordinamento Amministrativo della Giunta Regionale della Campania".

Con la medesima nota vengono richiesti altresì chiarimenti in ordine ai seguenti quesiti:

1. Diretta applicazione del D. Lgs. n. 150/09 in capo alle Aziende sanitarie

Sul punto si evidenzia quanto segue: l'art. 14 (Organismo indipendente di valutazione della performance) del Decreto Legislativo del 27 ottobre 2009, n. 150 "Attuazione della legge 4 marzo 2009 n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni", non trova diretta applicazione nei confronti delle regioni e degli enti locali, anche con riferimento agli enti del SSN (v. art. 74 - Ambito di applicazione). L'articolo 16 (Norme per gli Enti territoriali e il Servizio sanitario nazionale), stabilisce tuttavia che "Le regioni e gli enti locali adeguano i propri ordinamenti ai principi contenuti negli articoli 3, 4, 5, comma 2, 7, 9 e 15, comma 1" (comma 2) e che decorso il termine per l'adeguamento suddetto "si applicano le disposizioni previste nel presente Titolo fino all'emanazione della disciplina regionale" (comma 3). Conseguentemente, con l'entrata in vigore del regolamento di organizzazione degli uffici di Giunta l'articolo 14 del D.Lgs. 150/2009 cesserà di essere direttamente applicabile in Regione Campania.

2. Autonomia organizzativa regionale e regolamento di delegificazione in materia di ordinamento amministrativo

Nell'esercizio della propria autonomia organizzativa la Regione Campania, in forza dell'art. 56.4 dello Statuto, ha disciplinato con regolamento di delegificazione (autorizzato dall'articolo 2 della legge regionale 6 agosto 2010, n. 8) il proprio ordinamento amministrativo (regolamento 15 dicembre 2012, n. 12). In specifica attuazione della normativa statale su richiamata ha previsto, in particolare, all'articolo 4 comma 4 di detto regolamento, un apposito Organismo indipendente di valutazione per gli enti strumentali della regione e per le aziende del Servizio sanitario regionale, che sostituisce gli organismi valutativi preesistenti.

3. Natura giuridica delle Aziende sanitarie locali, in particolare, se le stesse possono o meno essere considerate come enti strumentali

Le aziende sanitarie locali, pur dotate di autonomia finanziaria e contabile rispetto all'Amministrazione Regionale, hanno natura di enti strumentali di quest'ultima, essendo ad esse affidato in concreto il compito di perseguire nel capo dell'assistenza sanitaria gli obiettivi fissati proprio dall'Ente regione in attuazione del piano sanitario regionale, con i mezzi finanziari dalla stessa Regione messi a disposizione (in tal senso v. di recente Cassazione civile sez. lav. del 27 maggio 2011 n. 11771; sentenza del Consiglio di Stato sez. V, del 4 marzo 2010 n. 1260 Regione Campania/C. Ed altri; sentenza Consiglio di Stato sez. VI del 21 settembre 2010 n. 6995).

4. Entrata in vigore del Regolamento

Si conferma e si ribadisce che il regolamento regionale, pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Campania 16 dicembre 2011, n. 77, entrerà in vigore il 16 aprile 2012. Conseguentemente, nelle more della istituzione dei nuovi Organismi di Valutazione previsti dal medesimo Regolamento, trova ancora applicazione la normativa vigente.

5. Mancata previsione all'art. 4 comma 4 del Regolamento, di una espressa caducazione di "un potenziale O.I.V. Aziendale ove costituito"

La soppressione dei preesistenti Organismi di Valutazione è implicitamente determinata dalla previsione di un nuovo Organismo Valutativo, al quale vengono assegnate anche le funzioni attualmente esercitate dagli organismi valutativi preesistenti.

6. Art. 5, comma 4, del Regolamento, ed in particolare, applicazione della disciplina previgente sino all'adozione del primo piano annuale delle prestazioni e dei risultati

L'art. 5 comma 4 del regolamento regionale fa esplicito riferimento al Piano annuale delle prestazioni e dei risultati di cui all'art. 3 dello stesso Regolamento. E' evidente, pertanto che il nuovo Organismo di Valutazione, dovrà applicare, ai fini della incentivazione e valorizzazione del merito dei risultati individuali e organizzativi dei dirigenti e dei dipendenti, gli obiettivi e i criteri valutativi previgenti sino all'adozione del predetto Piano annuale.

Alla luce di quanto brevemente rappresentato ed in relazione ai chiarimenti resi, appare senz'altro opportuno, alla luce dello *ius superveniens*, che codesta Amministrazione revochi in via di autotutela i provvedimenti adottati in diretta attuazione dell'articolo 14 del D.lg. 150/2009 e volti all'insediamento dell'OIV aziendale. E' da precisare, infine, che, in forza del principio di successione delle leggi nel tempo, fino alla data di entrata in vigore del nuovo ordinamento amministrativo della Regione Campania, non si rende necessaria alcuna formale proroga del Nucleo di Valutazione, salvo che non sia già scaduto, e che dopo tale data, in virtù di quanto disposto dall'art. 5, comma 3, del r.r. 12/2011, i preesistenti organismi di valutazione, continueranno a svolgere le proprie funzioni fino al momento dell'effettiva costituzione degli organismi indipendenti di valutazione di cui all'art. 4 del regolamento regionale 15 dicembre 2011, n. 12. L'Amministrazione adotterà gli opportuni provvedimenti conseguenziali.

Nel senso su esposto si rendono i richiesti chiarimenti.

Avv. Danilo Del Gaizo

Chiofari

Allegato 3



ASL NAPOLI 3 SUD
Registro di Protocollo - Interno
N. 0004274 del 23/01/2012 - 11:29



DIREZIONE GENERALE
CORSO ALCIDE DE GASPERI, 167
80053 CASTELLAMMARE DI STABIA
TEL. 081 8729750 - FAX 081 8729776
P.E.C. : SGABOPEC.ASLNAPOLI3SUD.IT

Allegato O.I.V.

Al Direttore Servizio Controllo di Gestione
Dott.ssa Antonella De Stefano

Sede

OGGETTO: Nucleo di Valutazione

La recente normativa regionale, la quale ha individuato un unico O.I.V. a livello regionale, ha determinato la opportunità di sospendere le procedure in essere finalizzate dalla individuazione dei componenti di detto organismo a livello aziendale.

La citata normativa presenta aspetti controversi, per cui si è ritenuto di dover investire della complessiva problematica la Regione, con nota prot. n. 44491 del 30 dicembre 2011, allegata in pronta evidenza.

Posto quanto innanzi, si dispone che la S.V. formuli proposta di proroga del Nucleo di Valutazione per il corrente anno, con spiega che detto organismo cesserà automaticamente con l'intervento di diverse disposizioni.



Il Direttore Generale
Dott. Maurizio D'Amora

Handwritten initials and a mark.

ASL NAPOLI 3 SUD
Registro di Protocollo - Partenza
N. 0031891 del 17/05/2012 - 15:49



Direttore Controllo Strategico di Gestione

Dr.ssa Antonella De Stefano

E.p.c. Direttori di Struttura Complessa

Presidente Nucleo di Valutazione

Prof. Maria Triassi

Oggetto: Struttura Tecnica di supporto (art. 14 comma 9 Dlgs 150/09 Adempimenti .

La S.V. , fino alla definizione del nuovo modello organizzativo aziendale nell'attesa delle linee guida regionale sull'Atto Aziendale, è individuata responsabile di tutte le attività inerenti i carichi di lavoro della Struttura tecnica di supporto prevista dall'art.14 comma 9 del Dlgs 150/09.

Tutti direttori delle strutture aziendali, che leggono per conoscenza, daranno il massimo della collaborazione qualora coinvolti.

Augurando buon Lavoro

Direttore Sanitario

Dr. Giuseppe Russo

Direttore Generale

Dr. Maurizio D'Amora

Servizio Controllo Strategico

di Gestione
Proi. 908 / SCSG del 17/5/2012

Allegato n° 5

aslnapoli3sud

Regione Campania
Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 SUD
Corso Alcide de Gasperi, 167 – 80053 Castellammare di Stabia
P.I. e C.F. 06322711216

ASL NAPOLI 3 SUD
Registro di Protocollo - Interno
N. 0031788 del 17/05/2012 - 13:46



Al Direttore UOC Controllo Strategico di Gestione

Dr.ssa Antonella De Stefano

Al Direttore UOC Relazioni con il Pubblico

Dr.ssa Angela Improta

Al Presidente Nucleo di Valutazione

Prof. Maria Traiassi

E.p.c. Direttore Sanitario

Dr. Giuseppe Russo

Oggetto: Dlgs 150/09 – Delibere Civit n° 5 /2012

Le SS.VV., ognuno per la propria competenza, sono individuate quali responsabili del procedimento "Relazione sulla stato di attuazione del Piano della Performance nell'ASL NA 3 SUD".

Nel ricordare che la trasmissione della relazione all'organo regionale deve avvenire entro il 30 giugno e le SS.VV presenteranno a questa direzione la relazione entro il 22 giugno c.a.

Augurando buon Lavoro

Il Direttore Generale

Dr. Maurizio Di Amora

Servizio Controllo Strategico
di Gestione
Prot. 908 / SCSG del 17/5/2012



Nucleo di Valutazione – ASL NAPOLI3 SUD

**RELAZIONE SUL FUNZIONAMENTO COMPLESSIVO DEL SISTEMA DI
VALUTAZIONE, TRASPARENZA E INTEGRITÀ DEI CONTROLLI INTERNI E
SULL'ATTESTAZIONE DEGLI OBBLIGHI RELATIVI ALLA TRASPARENZA E
ALL'INTEGRITÀ (art. 14, comma 4, lettera a e lettera g del D. Lgs. n. 150/2009)**

Anno 2011

As

1. Presentazione ed indice

La presente relazione espone sinteticamente l'esperienza del Nucleo di Valutazione dell'ASL Napoli3 SUD nell'ottica della costruzione del ciclo di gestione della performance così come previsto dal D.Lgs. 150/09.

Sono oggetto di analisi tutti gli aspetti che riguardano il percorso costruttivo della performance, dall'individuazione dei criteri fondanti il sistema di misurazione e valutazione, alla definizione di obiettivi, indicatori e target, al percorso per la predisposizione del Piano, nonché il processo di formazione e applicazione del Programma per la Trasparenza e l'Integrità.

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 nelle due ex ASL Napoli 4 e Napoli 5, 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. La loro strutturazione, in termini specifici e misurabili, ha consentito di migliorare l'analiticità della pianificazione e di ottimizzare il monitoraggio delle azioni intraprese.

Gli obiettivi sono sempre stati individuati, nell'ottica della chiarezza e della misurabilità; per la costruzione del percorso verso il ciclo della performance la direzione sarà quella di ottimizzare il rapporto risorse- vincoli- risultati- soddisfazione dell'utente

Gli obiettivi vengono definiti a livello dipartimentale o sovra dipartimentale, per poi essere declinati, secondo il metodo del *cascading*, per le diverse articolazioni organizzative.

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

- Distretti sanitari di base;
- Presidi Ospedalieri (con la distinzione tra Unità Operative con o senza degenza e Servizi);
- Dipartimento di prevenzione;
- Dipartimento di salute mentale;
- Dipartimento Farmaceutico;
- Dipartimento tecnico-logistico;
- Dipartimento della Riabilitazione;

Prof.ssa Maria Triassi

Dott. Ettore Gambacorta

Ing. Mariella Leonardo

Dott. alberto Pironti

[Handwritten signatures and notes at the bottom of the page]

- Servizi Centrali.

All'interno di ogni area, con l'utilizzo del metodo *cascading*, sono individuati uno o più obiettivi operativi, corredati dalla relativa individuazione dei responsabili, target ed indicatori di output.

Nella fase di definizione dei piani operativi, ogni responsabile di Unità ha finora definito, nell'ambito dell'attuazione degli obiettivi operativi la programmazione delle attività con l'individuazione delle risorse, umane e finanziarie, assegnate.

Il processo di elaborazione degli obiettivi, secondo una consuetudine oramai da tempo vigente nell'ASL Napoli3 Sud, ha previsto il coinvolgimento della dirigenza la cui pro positività è tuttavia ancora da migliorare nella fase di definizione degli obiettivi conferendo al processo un autentico carattere di negoziazione, necessario per garantire condivisione di intenti, chiarezza dei percorsi e risultati possibili.

In questo processo è possibile distinguere due fasi: una "bottom-up" che prevede la formulazione di proposte da parte della dirigenza al vertice amministrativo, un'altra "top-down" in cui gli organi di vertice delineano gli obiettivi anche in relazione alle caratteristiche del contesto esterno e li trasmettono alle strutture.

L'individuazione degli indicatori e la conseguente rilevazione della performance sono ispirati al modello di caratterizzazione proposto nella delibera Civit 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, in linea con l'obiettivo finale del miglioramento della qualità delle prestazioni erogate. A tale proposito si auspica una valutazione su quest'ultimo aspetto più sistematica, pur rilevando esempi di valutazione della qualità dei servizi erogati in diverse aree della ASL.

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 letti, ed altri parametri caratterizzanti l'attività sanitaria).

Allo stesso modo, per la definizione dei valori target e per la conseguente valutazione dei principali obiettivi, con particolare riferimento alle realtà ospedaliere, sono stati assunti a riferimento dati comparativi con altre amministrazioni analoghe definiti a livello regionale e forniti dalla Agenzia Regionale Sanitaria della Campania (ARSAN), oltre che le tendenze storiche della produttività dell'amministrazione.

Il NdV ha verificato che gli obiettivi individuati, sono risultati in linea di massima comunque congrui rispetto alle risorse disponibili. Va rilevato in tal senso che la situazione sanitaria in

Prof.ssa Maria Triassi

Dott. Ettore Gambacorta

Ing. Mariella Leonardo

Dott. alberto Pironi

Campania presenta vincoli e dinamismi che si stanno caratterizzando in rapida successione negli ultimi anni e che non hanno sempre consentito di tarare al meglio i target negoziati.

In relazione agli obiettivi indicati nel Programma triennale per la trasparenza e per l'integrità si attesta che i medesimi sono stati in buona parte integrati negli obiettivi di performance assegnati alle strutture organizzative dell'Azienda. Si auspica per l'anno corrente e per quello a venire una sempre maggiore integrazione che, viste le premesse, non avrebbe ostacoli alla realizzazione.

2.1.2 Misurazione e valutazione della performance organizzativa

Le modalità di misurazione della performance e la frequenza dei monitoraggi sono stati adeguati al sistema di valutazione.

Si auspica la realizzazione, come previsto nel sistema di misurazione e valutazione, di un monitoraggio intermedio allo scopo di verificare lo stato di attuazione degli obiettivi assegnati e di porre in essere le azioni correttive.

Uno dei principali ostacoli è rappresentato dalla difficoltà a reperire i dati sulle attività svolte, pur in presenza di una sufficiente qualità ed affidabilità degli stessi, in particolare per quelli non centralizzati o per quelli richiesti ad enti esterni. Sarà necessario istituire un sistema di comunicazione con flussi informativi codificati che possano prevenire slittamenti rispetto ai tempi previsti.

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.

La metodologia si basa su alcuni criteri e standard già impostati ed attuati da tempo nelle due ex ASL (Napoli4 e Napoli5) dalla cui fusione si è originata la attuale ASL Napoli3 Sud.

Tale consuetudine ha consentito di trovare terreno fertile per le applicazioni dei dettami del D.Lgs. 150/09 e delle direttive successivamente emanate dalla CIVIT in materia di misurazione e valutazione della performance.

Prof.ssa Maria Triassi

Dott. Ettore Gambacorta

Ing. Mariella Leonardo

Dott. alberto Pironti

[Handwritten signatures and initials at the bottom of the page]

Un possibile spunto di miglioramento in tal senso potrebbe essere rappresentato dalla sua pubblicazione sul sito istituzionale.

Lo strumento utilizzato per la strutturazione degli obiettivi, che prevede oltre alla chiara e dettagliata definizione degli obiettivi, degli indicatori, dei target di riferimento e dei criteri di graduazione della valutazione finale in relazione al grado di conseguimento degli obiettivi, conferisce al sistema caratteristiche di trasparenza, chiarezza e di oggettività.

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 che consentono maggiore immediatezza e chiarezza e minimizzazione delle imprecisioni.

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

Tali schede sono rimodulabili sia per la fase di assegnazione degli obiettivi, sia nella fase finale di rendicontazione dei risultati raggiunti, anche per adeguarle al meccanismo a cascata.

Gli indicatori assegnati alle prime linee organizzative cercano di raggiungere la massima oggettività, anche se un elemento meritevole di miglioramento è rappresentato dalla inclusione di indicatori di natura qualitativa, correttamente individuati, ma non sempre immediatamente misurabili negli obiettivi assegnati col metodo del *cascading*.

Nell'ottica del perfezionamento del ciclo della performance sarà necessario pensare a maggiore bilanciamento tra obiettivi relativi a competenze e capacità professionali, sia per il personale sia per la dirigenza, rispetto a quelli organizzativi, di management e di struttura.

Gli obiettivi ai diversi livelli organizzativi vengono assegnati con comunicazione scritta; il Nucleo di valutazione, anche per il tramite del Servizio Controllo interno di gestione (il cui Responsabile è anche Responsabile della Struttura tecnica di supporto), è stato più volte interpellato per fornire delucidazioni e chiarimenti in merito all'applicazione della metodologia o per la definizione oggettiva di obiettivi e indicatori.

In fase di consuntivo, ciascun dirigente ha predisposto una scheda sintetica 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.

Anche per il personale di comparto vengono assegnati dal direttore responsabile della UOC specifici obiettivi che, in fase consuntiva e con criteri analoghi a quanto dettagliato per la dirigenza, vengono misurati nel loro grado di raggiungimento per poi esprimere una valutazione di merito.

Prof.ssa Maria Triassi

Dott. Ettore Gambacorta

Ing. Mariella Leonardo

Dott. Alberto Pironti

[Handwritten signatures and initials at the bottom of the page]

2.2.2 Misurazione e valutazione della performance individuale

Al momento della stesura della presente relazione, la valutazione di tutto il personale per l'anno 2011 è in fase conclusiva. In particolare, risulta definita la valutazione del personale dei servizi centrali, di undici distretti su dodici, dei presidi ospedalieri, del dipartimento di prevenzione, del dipartimento tecnico-informatico, del dipartimento della riabilitazione, mentre è in fase di ultimazione la raccolta dei dati e delle informazioni da parte del Dipartimento di salute mentale, del Dipartimento farmaceutico e del Distretto n° 49. Pertanto, non risulta ancora disponibile un quadro complessivo che consenta di definire con precisione il livello di differenziazione delle valutazioni.

Non è stata svolta una verifica intermedia a tappeto tesa a rilevare il grado di attuazione degli obiettivi assegnati, con particolare riguardo al rispetto dei tempi stabiliti in fase di programmazione delle attività, ciò nondimeno, la verifica finale non ha denunciato significativi scostamenti dagli obiettivi assegnati.

La raccolta dei dati 2011 è avvenuta tramite invio, secondo le procedure interne, da parte delle diverse articolazioni organizzative o, in caso di necessità, con solleciti via fax o e-mail, o tramite posta interna effettuati con il supporto del Servizio Controllo interno di gestione.

La documentazione è pervenuta in formato cartaceo o elettronico, seguito poi dagli originali firmati dai diversi responsabili. Oltre alle schede sintetiche tabellari previste dalla vigente metodologia sono state richieste, e sono correttamente pervenute, relazioni esplicative sulle modalità di attuazione degli obiettivi assegnati che hanno indicato anche la partecipazione del personale al loro conseguimento e le eventuali motivazioni o ostacoli al raggiungimento o parziale raggiungimento degli stessi.

Laddove necessario, sono state formulate richieste di integrazione della documentazione pervenuta. Tale necessità di approfondimento ha comportato la conclusione della fase di verifica con un lieve ritardo rispetto ai tempi previsti.

Sulla base dei dati raccolti è stato redatto dettagliato verbale sugli esiti della verifica, trasmesso all'amministrazione, Direzione Generale e Servizio Gestione Risorse Umane, per i seguiti di competenza e per l'individuazione delle necessarie azioni correttive.

Le valutazioni fin qui effettuate, seppur non complete, delineano uno scenario che consente una graduazione degli esiti su una scala da 1 a 100.

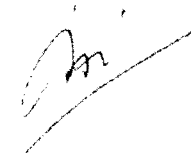
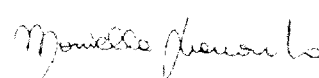

Riguardo all'applicazione delle fasce di merito ed alla conseguente regolamentazione delle situazioni di ex-aequo, si fa presente che, per le amministrazioni sanitarie, il Governo ha emanato il decreto "correttivo" al "decreto Brunetta" (D.Lgs. 141/2011) che chiarisce l'applicabilità delle nuove regole sulla contrattazione integrativa nel pubblico impiego. Il decreto legislativo di interpretazione autentica del decreto 150/09 è immediatamente applicabile e interviene su alcuni ulteriori aspetti della Riforma, accogliendo il valore dell'accordo sottoscritto da Cisl e Uil il 4 febbraio 2011, con l'intento di sospendere l'applicazione delle cosiddette "fasce di merito" secondo il criterio del 25-50-25 stabilite dal D.lgs. 150/09. L'articolo 6, in particolare, contiene la

Prof.ssa Maria Triassi

Dott. Ettore Gambacorta

Ing. Mariella Leonardo

Dott. Alberto Pironti



disciplina transitoria, specificando che la differenziazione retributiva in fasce si applica a partire dalla tornata di contrattazione collettiva successiva a quella relativa al quadriennio 2006-2009.

2.2.3 Metodologia per la misurazione e valutazione della performance individuale

La metodologia di misurazione e valutazione della performance è stata approvata con Delibera del Direttore Generale e preventivamente è stata oggetto di condivisione con le organizzazioni sindacali.

Per quanto già applicata anche al personale non dirigente, la metodologia andrà meglio dettagliata per tale categoria di dipendenti per individuare strumenti di valutazione più personalizzati e di maggiore pertinenza, anche se finora i principi e i criteri ispiratori del sistema di misurazione e del ciclo di gestione della performance sono stati improntati ad una corretta comunicazione ai soggetti coinvolti.

2.3. Processo (fasi, tempi e soggetti coinvolti)

Il processo di funzionamento del Sistema di valutazione dell'ASL Napoli3 Sud è schematicamente sintetizzato nel seguente schema, con la 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.

SOGGETTI COINVOLTI	FASI	AZIONI
DIRETTORE GENERALE STRUTTURA TECNICA DI SUPPORTO	Definizione dell'identità dell'organizzazione Analisi del contesto esterno ed interno	1. Definizione dell'identità e della mission dell'ASL; 2. identificazione del posizionamento della ASL nel contesto sanitario regionale, pubblico e privato, dal lato della domanda e dell'offerta; 3. predisposizione della SWOT ANALYSIS
DIRETTORE GENERALE DIRETTORI DI DIPARTIMENTO	Definizione degli obiettivi strategici e delle strategie	1. definizione delle strategie attraverso l'individuazione delle aree strategiche, degli obiettivi strategici, dei responsabili e degli indicatori di performance, da parte del Direttore Generale.
DIRETTORE GENERALE DIRETTORI DI DIPARTIMENTO NdV	Definizione degli obiettivi e dei piani operativi	2. Elaborazione degli obiettivi tramite la formulazione di proposte da parte della dirigenza al vertice amministrativo (fase bottom-up). 3. Definizione e assegnazione degli obiettivi da parte del Direttore Generale (fase top-down). Il NdV verifica e valida il processo di definizione degli obiettivi.

Prof.ssa Maria Triassi

Dott. Ettore Gambacorta

Ing. Mariella Leonardo

Dott. alberto Pironti

AR

Ettore Gambacorta

Mariella Leonardo

Alberto Pironti

DIRETTORE GENERALE DIRETTORI DI DIPARTIMENTO	Comunicazione del piano all'interno e all'esterno	Trasmissione del Piano all'interno e ai soggetti istituzionali previsti e pubblicazione per la condivisione con gli stakeholder.
--	---	--

Nella seconda tabella, relativa al processo di monitoraggio e valutazione, vengono individuati le fasi, i tempi ed i soggetti coinvolti.

FASI	TEMPI	SOGGETTI COINVOLTI
Rendicontazione delle attività	31/01/2012	Direttori Dipartimenti, Direttori UOC, Struttura Tecnica di Supporto
Validazione dei dati	28/02/2012	Direttori Dipartimenti, Direttori UOC, Struttura Tecnica di Supporto
Valutazione della Performance	31/03/2012	Direttore Generale, Direttori Dipartimenti, Direttori UOC, Dirigenti, NdV
Redazione della relazione	30/06/2012	Struttura Tecnica di Supporto, NdV
Validazione	Dopo il 30/06/2012	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.

In futura tali flussi informativi andranno perfezionati con lo scopo di intercettare alla fonte i dati utili ad elaborare i sistemi di indicatori necessari per la misurazione della performance dei dirigenti, con 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 2011, 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 2012.

È stato istituito il Comitato Unico Paritetico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (Legge 4 novembre 2010, n° 183) con delibere n° 152 del 28/12/2011 e n° 128 del 13/03/2012.

Prof.ssa Maria Triassi

Dott. Ettore Gambacorta

Ing. Mariella Leonardo

Dott. alberto Pironti

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.

3.2. Integrazione con gli altri sistemi di controllo

È stato garantito un sufficiente livello di coerenza tra il sistema di misurazione e valutazione ed i controlli esistenti. Per quanto riguarda la pianificazione ed il controllo strategico, vanno meglio definiti gli indicatori economico-finanziari all'interno della programmazione delle attività; per quanto attiene invece il controllo di gestione, lo stesso dispone di un sistema di elaborazione dei dati salienti relativi alle prestazioni erogate in ambito ospedaliero, che consente reperire di informazioni accurate e tempestive ai fini della consuntivazione degli indicatori. Meno soddisfacenti o a volte carenti sono i dati relativi alle attività territoriali.

Il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità e il rispetto degli obblighi di pubblicazione

Il programma triennale per la trasparenza ed integrità è stato adottato dall'Azienda Asl Napoli 3 Sud nei termini previsti dalla normativa. Sono state individuate scadenze e verifiche intermedie e finali programmate. Il Programma triennale per la trasparenza è pubblicato sul sito istituzionale della ASL.

Dal rilevamento sulla pubblicazione dei dati emerge un sostanziale rispetto delle modalità previste tenendo altresì presente che l'elaborazione di alcune informazioni è ancora in fase di ultimazione.

Tra gli eventi relativi all'organizzazione di iniziative di comunicazione e trasparenza, è importante sottolineare l'organizzazione della "Prima giornata della Trasparenza e dell'Integrità Asl Napoli 3 Sud", in data 23 marzo 2012, che ha visto la partecipazione degli stakeholder istituzionali e di rappresentanze della compagine lavorativa e dell'utenza.

La giornata della trasparenza, organizzata dalla UOC Relazioni con il Pubblico, è stata dedicata all'illustrazione di tutti gli aspetti inerenti al ciclo della performance, all'illustrazione del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità ed alla presentazione dei risultati conseguiti dall'Azienda anche grazie alla attuazione di sistemi di misurazione e valutazione della performance.

Prof.ssa Maria Triassi

Dott. Ettore Gambacorta

Ing. Mariella Leonardo

Dott. alberto Pironti



Il sintetico rendiconto della giornata è pubblicato sul sito istituzionale, nell'area "Trasparenza, valutazione e merito".

Il Programma per la Trasparenza e l'integrità è stato oggetto di illustrazione nel corso della Giornata della trasparenza ed è stato pubblicato, come previsto, sul sito istituzionale.

In conformità agli obiettivi assegnati, è prevista, entro giugno 2012, l'istituzione del Comitato di Partecipazione (art. 11 D.Lgs. 150/09 ed art. 14 D.Lgs 502/92) finalizzato a garantire la partecipazione degli stakeholders al processo della trasparenza e a rilevare il livello di interesse, nonché ad accogliere le richieste da parte dell'utenza.

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; l'attuazione di sistematiche rilevazioni di soddisfazione dell'Utenza è in corso di progettazione ma si rilevano, seppure a macchia di leopardo, alcune iniziative finalizzate a individuare le aree di criticità e gli spunti di miglioramento per incontrare sempre più i bisogni dei cittadini-utenti.

Il secondo livello, invece, passa attraverso un sistematico controllo interno, finalizzato a verificare la bontà dei flussi informativi aziendali. Il progetto è inserito tra gli obiettivi previsti nel Programma della trasparenza ed integrità e prevede, entro dicembre 2012, l'individuazione di una metodologia per il miglioramento della qualità dei servizi secondo la metodologia del miglioramento continuo con l'adozione della Carta della Qualità Aziendale.

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 dell'OIV (Nucleo 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 approfondimenti e chiarimenti;

Prof.ssa Maria Triassi

Dott. Ettore Gambacorta

Ing. Mariella Leonardo

Dott. alberto Pironti

- Attività di controllo di tipo informatico sugli obblighi di pubblicazione.

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

Si è proceduto a verificare l'assolvimento degli obblighi di trasparenza mediante la preliminare attestazione dell'adozione del Programma della trasparenza adottato con delibera n° 58 del Direttore Generale.

Le procedure di verifica sono state avviate il 6 giugno 2012.

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:

- La predisposizione di un'apposita area sul sito istituzionale in cui pubblicare tutte le notizie afferenti al sistema di misurazione e valutazione della performance così da rendere le notizie più immediatamente fruibili ai diretti interessati ed agli altri stakeholder. In tale area potrebbero essere pubblicati, oltre al regolamento per la misurazione e valutazione della performance, anche i verbali sugli esiti della stessa, le relazioni sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza ed integrità dei controlli interni.
- La definizione degli 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.
- La incentivazione ad una maggiore partecipazione della dirigenza nella fase di definizione degli obiettivi.
- 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 Programma triennale per la trasparenza e per l'integrità siano integrati negli obiettivi di performance assegnati alle strutture organizzative dell'Azienda.
- Il perfezionamento della integrazione tra ciclo di programmazione, valutazione e ciclo di budget.
- Il miglioramento e la personalizzazione della misurazione e valutazione della performance del personale del comparto.
- La realizzazione, come previsto nel sistema di misurazione e valutazione, di un monitoraggio intermedio.

Prof.ssa Maria Triassi

Dott. Ettore Gambacorta

Ing. Mariella Leonardo

Dott. alberto Pironti

Maria Triassi

Mariella Leonardo

- La maggiore attenzione al monitoraggio delle attività distrettuali da parte del Servizio controllo di gestione al fine di realizzare un'efficace integrazione ospedale-territorio.

9. Allegati

Allegato A.1 - Griglia di rilevazione sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione a cura del Responsabile della trasparenza;

Allegato A.2 - Griglia di rilevazione sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione a cura dell'Nucleo di Valutazione;

Allegato B – Documento di attestazione



Prof.ssa Maria Triassi

Dott. Ettore Gambacorta

Ing. Mariella Leonardo

Dott. alberto Pironti

10/10/2017

He

Chairs

As Nappoh3 Sud

1883

1

Public Printer

3

29/06/2012

February 1983

Obblighi di pubblicazione (Allegato 1 del D.L. 220/2012)		La pubblicazione è prevista nel Programma? (SI/NO)	La pubblicazione è inserita nella sezione "Trasparenza, validazione e merito"? (SI/NO)	Se la pubblicazione non è ancora avvenuta, nel Programma è indicato il termine previsto per la stessa? (SI/NO)	L'informazione pubblicata è completa? (SI/NO)	La pubblicazione è aggiornata rispetto alla data dell'attestazione? (SI/NO)	Il dato è pubblicato in formato aperto? (specificare del formato)	Nota
4g	elenco di tutti gli oneri informativi, anche se pubblicati nella Gazzetta Ufficiale, gravanti sui cittadini e sulle imprese introdotte o eliminati con i regolamenti ministeriali o interministeriali, nonché con i provvedimenti amministrativi a carattere generale adottati dalle amministrazioni dello Stato al fine di regolare l'esercizio di poteri autorizzatori, concessori o certificatori, e l'accesso ai servizi pubblici, ovvero la concessione di benefici. Per onere informativo si intende qualunque adempimento che comporti la raccolta, l'elaborazione, la trasmissione, la conservazione e la produzione di informazioni e documenti alla pubblica amministrazione	NO	NO	NO				Informazione già contenuta nei link informativi della struttura di erogazione così come previsto dalle linee guida adottate
5	Dati informativi relativi al personale:							
5a	trattamento economico annuo onnicomprensivo dei dirigenti, costituito da tutti gli emolumenti o retribuzioni a carico delle finanze pubbliche nell'ambito di rapporti di lavoro dipendente o autonomo con pubbliche amministrazioni statali, di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni (compreso quello del personale in regime di diritto pubblico di cui all'articolo 3 del medesimo decreto legislativo, e successive modificazioni) ivi inclusi i compensi per gli incarichi e le consulenze conferiti dall'amministrazione di appartenenza o autorizzati dalla medesima (Cfr. art. 3 comma 44 L. 244/2007 - Legge finanziaria 2008, art. 23ter D.L. 201/2011)	SI	SI		SI	SI	pdf	Si è in attesa dei dati del Servizio Personale responsabile dei procedimenti inerenti la piattaforma drigenti PERLA P.A. Sono inseriti inoltre tutti i dati degli incarichi professionali, secondo i flussi informativi del portale PERLA P.A. Responsabile del procedimento UOC AA.GG.
5a1	trattamento economico annuo onnicomprensivo a carico della finanza pubblica dei componenti degli OIV del Responsabile della trasparenza e del Responsabile della struttura tecnica permanente (Cfr. art. 3 comma 44 L. 244/2007 - Legge finanziaria 2008, art. 23ter D.L. 201/2011)	SI	SI		SI	SI	pdf	Il Nucleo di Valutazione, fino a disposizione regionale ha i compiti dell'OIV
5b	curricula dei dirigenti: indirizzi di posta elettronica, numeri telefonici ad uso professionale, ruolo, data di inquadramento degli incarichi conferiti ex art. 19, commi 3 e 4, del D.Lgs. n. 165/2001	SI	SI		SI	SI	EXCEL	
5c	indirizzo politico amministrativo nonché trattamento economico annuo onnicomprensivo a carico delle finanze pubbliche di coloro che compongono gli uffici di staff e di diretta collaborazione, percepito nell'ambito di rapporti di lavoro dipendente o autonomo con pubbliche amministrazioni statali, di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni (compreso quello del personale in regime di diritto pubblico di cui all'articolo 3 del medesimo decreto legislativo, e successive modificazioni) ivi inclusi i compensi per gli incarichi e le consulenze conferiti dall'amministrazione di appartenenza o autorizzati dalla medesima (Cfr. art. 3 comma 44 L. 244/2007 - Legge finanziaria 2008, art. 23ter D.L. 201/2011)	SI	SI		NO		EXCEL	
5d	curricula di coloro che rivestono incarichi di indirizzo politico amministrativo e dei relativi uffici di supporto, ivi compresi, a titolo esemplificativo, i vertici politici delle amministrazioni, i capi di gabinetto e gli appartenenti agli uffici di staff e di diretta collaborazione nei ministeri, i titolari di altre cariche di rilievo politico nelle regioni e negli enti locali	NO	NO		NO	NO		Dato relativo ad Enti Pubblici
5e	nominali e curricula dei componenti degli OIV, del Responsabile della trasparenza e del Responsabile della struttura tecnica permanente	SI	SI		SI		pdf	Il Nucleo di Valutazione, fino a disposizione regionale ha i compiti dell'OIV
5f	curricula dei titolari di posizioni organizzative							L'organizzazione aziendale al momento non prevede posizioni organizzative. Si attendono le linee guida della regione per elaborare il nuovo organigramma
5g	tassi di assenza o di maggiore presenza del personale di tutti per uffici di livello dirigenziale nonché il ruolo dei dipendenti pubblici	SI	SI					
5h	ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati e l'ammontare dei premi effettivamente distribuiti	SI	SI		NO	NO	pdf	Sono pubblicati i fondi contrattuali
5i	dati relativi al grado di differenziazione nell'utilizzo della premialità, sia per i dirigenti sia per i dipendenti	SI	SI		NO	NO		Il sistema patisce a regime nella prossima tornata contrattuale
5j	codici di comportamento	SI	SI		SI	SI	pdf	
5m	atti di responsabilità a carico degli iscritti (relativamente agli ordini professionali)	NO	NO					
6	Dati relativi a incarichi e consulenze:							

Stampa e firma
 11/06/2012
 11/06/2012

Obbligo di pubblicazione (Allegato 1 del D.Lgs. 27/2012)		La pubblicazione è prevista nel Programma? (S/N)	La pubblicazione è inserita nella sezione "trasparenza, valutazione e merito"? (S/N)	Se la pubblicazione non è ancora avvenuta, nel Programma è indicato il termine previsto per la stessa? (S/N)	L'informazione pubblicata è completa? (S/N)	La pubblicazione è aggiornata rispetto alla data dell'istituzione? (S/N)	Il dato è pubblicato in formato aperto? (specificare nel caso)	Note
6a	incandidati, retribuiti e non retribuiti, conferiti a dipendenti pubblici e ad altri soggetti. Gli incarichi considerati sono: i) incarichi retribuiti e non retribuiti conferiti o autorizzati dalla amministrazione a propri dipendenti in seno alla stessa amministrazione o presso altre amministrazioni o società pubbliche o private; ii) incarichi retribuiti e non retribuiti conferiti o autorizzati da una amministrazione a dipendenti di altra amministrazione; iii) incarichi retribuiti e non retribuiti affidati a incaricati fuori da una amministrazione a soggetti esterni. In ordine a questa tipologia di informazioni è necessario indicare: soggetto incaricato, curriculum di tale soggetto, oggetto dell'incarico, durata dell'incarico, compenso lordo, soggettiva confidenzialità, modalità di selezione e di affidamento dell'incarico e tipo di rapporto, dichiarazione negativa (nei casi in cui l'amministrazione non abbia conferito o autorizzato incarichi).	SI	S		SI	SI	WEB	Portale Delta P.A. Trasparenza e merito ASL e direttore UOC Relazioni con il Pubblico. Le Funzioni di responsabilità della Struttura di supporto è stata individuata la dr.ssa Antonella De Stefano direttore UOC Controllo di Gestione
6b	incandidati, retribuiti e non retribuiti, conferiti ai componenti degli OIV, al Responsabile della trasparenza e al Responsabile della struttura tecnica permanente. Gli incarichi considerati sono: i) incarichi retribuiti e non retribuiti conferiti o autorizzati dalla amministrazione o presso altre amministrazioni o società pubbliche o private; ii) incarichi retribuiti e non retribuiti conferiti o autorizzati da una amministrazione a dipendenti di altra amministrazione; iii) incarichi retribuiti e non retribuiti affidati a qualsiasi tipo di da una amministrazione a soggetti esterni.	NO	NO	NO			WEB	
7	Dati sui servizi erogati:							
7a	Curia della qualità dei servizi alla cui emanazione sia tenuto il soggetto erogatore del servizio	SI	SI		SI	SI	pdf	Pubblicata entro 30 giugno 2012
7b	Dimensione della qualità dei servizi erogati (ai sensi dei principi di cui all'art. 11 del D. Lgs. n. 150/2009 e delle indicazioni di cui alla delibera n. 58/2010)	SI	SI		SI	SI	pdf	E' importante sottolineare che i documenti della CIVIT non sono riferiti alla organizzazione aziendale L'ASL n. 3 Sud fa riferimento a tutta la documentazione della qualità in ambito sanitario e nello specifico alle linee guida per la Carta dei Servizi a cura del Ministero della Sanità ANNO 1995 E aggiornata 1994 Camp
8	Dati sulla gestione economico-finanziaria dei servizi pubblici:							
8a	servizi erogati agli utenti finali e intermedi (ai sensi dell'art. 10, comma 5, del D. Lgs. 27/9/1997), contabilizzazione dei loro costi ed evidenza dei costi effettivi e di quelli imputati al personale per ogni servizio erogato, nonché il monitoraggio del loro andamento, da esportare in maniera coerente ai contenuti del Piano e della Relazione sulla performance.	SI	SI		SI	SI	pdf	E' Pubblicato il Bilancio e l'Assegnazione del BUDGET
8b	contatti integrativi stipulati, tra azione tecnico-finanziaria e illustrativa, certificata dagli organi di controllo, informazioni trasmesse al fine dell'invio alla Corte dei Conti, modello adottato ed esiti della valutazione effettuata da cittadini sugli effetti attesi, dal funzionamento dei servizi pubblici in conseguenza della contrattazione integrativa.	NO	NO	NO				
8c	dati concernenti consorzi, enti e società di cui le pubbliche amministrazioni facciano parte, con indicazione, in caso di società, della relativa quota di partecipazione nonché dati concernenti l'esecuzione di servizi e attività anche per il tramite di convenzioni.	SI	NO	NO				
8d	dati degli indicatori e risultati attesi di bilancio, al fine di illustrare gli obiettivi della spesa, misurare i risultati e monitorare l'effettivo andamento in termini di servizi forniti e di interventi realizzati.	SI	SI	NO	SI	SI	pdf	Dato non di competenza del SSN
9	Dati sulla gestione dei pagamenti:							
9a	indicatori dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi e forniture (indicatore di tempestività dei pagamenti).	SI	SI		NO	NO	pdf	L'obiettivo è stato posto nell'anno 2013
10	Dati relativi alle buone prassi:							
10a	buone prassi in ordine all'adozione dei provvedimenti e per l'erogazione dei servizi al pubblico.	NO	NO	NO				
11	Dati su sovvenzioni, contributi, crediti, sussidi e benefici di natura economica:							
11a	statistica e accessibilità in via telematica di dati dei beneficiari di provvidenza di natura economica.	SI	NO					Dato competenza Enti Locali
12	Dati sul "public procurement":							
12a	Dati previsti dall'art. 7 del D. Lgs. n. 163/2006 (Codice dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture). Si precisa che l'individuazione di tali dati, al fine della loro pubblicazione, spetta all'Autorità per la vigilanza dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture.	NO	NO					

Allegato
B

Allegato B – Documento di attestazione

regione campania
aslnapoli3sud

Nucleo di Valutazione – ASL NAPOLI3 SUD

Al

Direttore Generale – Asl Napoli3 SUD- SEDE

CIVIT - Commissione Indipendente per la
Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle
amministrazioni pubbliche
Piazza Augusto Imperatore, 32 - 00186 Roma (Rm)

Documento di attestazione

A. Il Nucleo di Valutazione della ASL NAPOLI3 SUD, ai sensi dell'art. 14, comma 4, lettera g), del D.Lgs. n. 150/2009 e della successiva delibera n. 2/2012, ha preso in esame la rilevazione sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione svolta dal Responsabile della trasparenza in data 6/6/2012 mediante la Griglia di rilevazione (allegato A.1) e ha effettuato la propria verifica di conformità sulla pubblicazione di ciascun dato ed informazione elencati nel suddetto allegato A.1.

B. Il NdV ha svolto i propri accertamenti, tenendo anche conto dei risultati e degli elementi emersi da:

1. il monitoraggio della CIVIT sui Programmi triennali della trasparenza;
2. la propria Relazione sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni;

Sulla base di quanto sopra, il NdV, ai sensi dell'art. 14, comma 4, lettera g) del D. Lgs. n. 150/2009, ATTESTA:

1. ☒ l'adozione / ☐ la mancata adozione del Programma triennale 2012-2014 per la trasparenza e l'integrità e la sua ☒ coerenza / ☐ non coerenza con le linee guida CIVIT (delibere nn. 105/2010 e 2/2012);
2. ☒ la veridicità e attendibilità / ☐ non veridicità e attendibilità di quanto riportato nell'allegato A.1 a cura del Responsabile della trasparenza riguardo all'assolvimento di ciascun obbligo di pubblicazione sul sito web dell'amministrazione (in apposita sezione "Trasparenza, valutazione e merito") dei dati previsti dalle leggi vigenti nonché dell'aggiornamento dei medesimi dati al momento dell'attestazione secondo quanto dettagliato dell'allegato A.1.
3. ☒ la veridicità e attendibilità / ☐ non veridicità e attendibilità di quanto riportato nell'allegato A.1 a cura del Responsabile della trasparenza riguardo all'effettiva pubblicazione nella sezione "Trasparenza valutazione e merito" del sito istituzionale, di eventuali ulteriori dati che l'amministrazione, discrezionalmente, ha deciso di effettuare, impegnandosi in tal senso nel Programma triennale.

Il NdV riporta una sintetica motivazione di quanto attestato:

Data
29/6/2012

Firma del Presidente
(Maria Triassi)

Maria Triassi

AR

ALL. N° 7



Regione Campania
Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 SUD
Corso Alcide de Gasperi, 167 - 80053 Castellammare di Stabia
www.aslnapoli3sud.it

Prot. n° 2375 del 26 giugno 2012

Al Direttore Generale

Dr. Maurizio D'Amora

Al Direttore Sanitario

Dr. Giuseppe Russo

Al Presidente Nucleo di Valutazione

Prof. Maria Triassi

Direttore UOC Controllo di Gestione/ Responsabile Struttura di Supporto

Dr.ssa Antonella De Stefano

Componenti Nucleo di >Valutazione

Oggetto Delibera CIVIT n° 4/2012 ex Dlgs 150/09 Adempimenti

In allegato si trasmette relazione relativa allo stato di attuazione delle azioni previste nel Piano della Trasparenza e dell'integrità adottato dall'ASL NA 3 Sud.

A disposizione per ogni eventuale chiarimento

Direttore UOC Relazioni con il Pubblico

Responsabile Trasparenza

Dr.ssa Angela Imbriota

ASL NA 3 SUD
C. di Direzione

Regione Campania
Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud



Relazione sulla stato di attuazione del Piano della Trasparenza e dell'Integrità (Delibera Civit 04/2012) ASL Napoli 3 Sud.

A cura del responsabile della Trasparenza e dell'Integrità dr.ssa Angela Improta direttore U.O.C. Relazioni con il Pubblico.

At

Regione Campania
Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud

Premessa

Ai sensi dell'art. 74, comma 1, del decreto 150/09, le disposizioni in materia di Trasparenza ed integrità contenute nell'art.11, commi 1 e 3, dello stesso decreto, rientrano nella potestà legislativa esclusiva esercitata dallo Stato e costruiscono livello essenziale delle prestazioni erogate da tutte le amministrazioni.

La Delibera Civit n° 4 del 2012 emana le linee guida relative alla redazione della relazione degli O.I.V. / Nucleo di Valutazione (Regolamento Regionale n° 15/011 e Nota R.C. a riscontro richiesta ASL Na 3 Sud circa la sospensione dell'avviso pubblico per la individuazione dei componenti O.I.V. Asl Na 3 Sud) sul funzionamento complessivo del sistema di

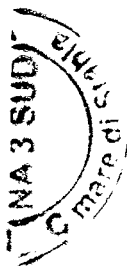


Regione Campania
Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud

valutazione, trasparenza ed integrità dei controlli interni e nell'attestazioni degli obblighi di legge.

Nell'ASL Napoli 3 Sud:

- è stato nominato il responsabile della Trasparenza con delibera n°1551 del 28 dicembre 2010, individuandolo nella funzione del direttore dell'UOC Relazioni con il Pubblico con responsabilità di coordinamento e monitoraggio di tutte le azioni riferite all'area **della Tutela, Trasparenza e della Comunicazione** ;
- è stato adottato il piano triennale per la Trasparenza e l'Integrità adottato con delibera n° 58 del 31/01/2012 ;
- È stata organizzata la prima giornata della Trasparenza e dell'Integrità (Il Programma e La relazione riferita alla valutazione della giornata è visibile nell'all.n° 1);



A handwritten signature in black ink, located at the bottom left of the page.

Regione Campania
Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud

- E' stata compilata a cura del responsabile della Trasparenza la scheda allegata alla delibera Civit 4/2012 Allegato n° 2) La scheda è stata ideata non per l'organizzazione di un'azienda sanitaria e quindi alcune informazioni sono evidentemente riferite agli Enti Autonomi o ad i Ministeri.;
- Gli obiettivi individuati nel Piano della Trasparenza e dell'Integrità sono stati inseriti nel Piano degli obiettivi prestazionali anno 2012 con delibera n° 332 del 5 giugno 2012 "Assegnazione obiettivi prestazionali ;
- Nella scheda allegata alla delibera CIVIT sono evidenziate le integrazioni specifiche volute dalla direzione strategica.

Direttore UOC Relazioni con il Pubblico

Responsabile della Trasparenza

Dr.ssa Angela Improta

St

RELAZIONE SULLA PRIMA GIORNATA DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITA'
23/03/2012

La Prima Giornata della Trasparenza e dell'Integrità, promossa dall'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud, si è svolta il 23 marzo 2012 al Centro Direzionale di Napoli.

Nel corso della giornata è stato presentato il Piano triennale 2011/2013 della Trasparenza e dell'Integrità dell'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud, adottato con delibera n°58 del 31 gennaio 2012.

Il programma è strutturato secondo l'articolo 11 del D.lgs. 150 del 2009 e le Linee Guida della Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle Amministrazioni Pubbliche (delibere n°105/2010 e n°2/2012) ed è a cura del Responsabile della Trasparenza individuato con delibera n°1551 del 28 dicembre 2010 nella persona del direttore dell'UOC Relazioni con il pubblico.

La trasparenza è un livello essenziale delle prestazioni erogate dalla Pubblica Amministrazione. E' l'accessibilità totale alle informazioni relative a tutti gli aspetti dell'organizzazione. Ciò deve favorire forme diffuse di controllo da parte dei cittadini e delle autorità competenti. E' uno degli strumenti più incisivi per la prevenzione della corruzione nella Pubblica Amministrazione.

Come previsto dall' articolo 5 della delibera n°58 del 31 gennaio 2012 (pubblicata sul sito www.aslnapoli3sud.it nella sezione Trasparenza, Valutazione e Merito), sono stati invitati i seguenti portatori d'interesse:

- Sindaci del territorio di competenza;
- Regione Campania;
- Provincia di Napoli;
- Componenti Collegio Sindacale Asl Napoli 3 Sud;
- Rappresentanti delle Organizzazioni Sindacali e Componenti RSU;
- Direttori di Struttura Complessa e Coordinatori Funzioni Centrali di Coordinamento;
- Medici di famiglia e pediatri di libera scelta;
- Strutture convenzionate del territorio di competenza;
- Rete delle farmacie sul territorio;
- Ordini Professionali;
- Università del territorio;
- Associazioni presenti sul territorio secondo il censimento effettuato dai referenti delle Relazioni con il Pubblico (mappatura stakeholder);
- Senatori e Deputati eletti nel territorio di competenza;
- Procure del territorio di competenza;
- Presidenti dei Tribunali del territorio di competenza;
- Forze dell'ordine presenti sul territorio;
- Rappresentanti delle Religioni;
- Fornitori
- Cittadini

L'iniziativa, coordinata dal Direttore Generale dell'Asl Napoli 3 Sud Maurizio D'Amora, ha visto la partecipazione dell'Assessore Regionale alla Gestione e Formazione del Personale dott. Pasquale Sommesse, del dirigente Ps di Castellammare di Stabia dott. Ferdinando Rossi, del Presidente del Nucleo di valutazione Asl Napoli 3 Sud dott.ssa Maria Triassi, del Presidente del Comitato Unico di Garanzia dell'Asl Napoli 3 Sud dott.ssa Anna de Simone, del Componente del Comitato Partecipativo e Consultivo dell'Asl Napoli 3

Sud dott. Carlo Cicchelli e del Presidente della Commissione Trasparenza della regione Campania dott. Nicola Caputo.

I loro interventi sono visibili sul portale, sul sito www.napoli3sud.it/link Trasparenza Valutazione e Merito.

Valutazione

Così come previsto nel Piano della Trasparenza e dell'Integrità, si è predisposto un questionario valutativo (allegato di seguito) al fine di stimare l'efficacia dell'evento e monitorare il reale grado di partecipazione, interessamento e coinvolgimento dei partecipanti. Su un totale di 250 partecipanti, coloro che hanno compilato il test di valutazione fornendo, tuttavia, più di una risposta sono stati 96.

COME HA SAPUTO DELL'INIZIATIVA	CONOSCENZE	SITO AZIENDALE	POSTA ELETTRONICA	MATERIALE PUBBLICITARIO	INVITO PERSONALE	TOTALE
	14	28	27	8	43	120
FINO A CHE PUNTO PENSA CHE L'INIZIATIVA SIA VENUTA INCONTRO AI SUOI BISOGNI	MOLTO	ABBASTANZA	RILEVANTE	UN PO'	PER NIENTE	
	33	25	29	5	3	95
COME VALUTA LA RILEVANZA DELLA PROMOZIONE DELLA TRASPARENZA, DELLA LEGALITA' E DELL'INTEGRAZIONE E NELLA PA RISPETTO ALLA SUA NECESSITA' DI AGGIORNAMENTO	NON RILEVANTE	POCO RILEVANTE	ABBASTANZA RILEVANTE	RILEVANTE	MOLTO RILEVANTE	
	1	1	19	36	36	93
COME VALUTA LA QUALITA' DI AGGIORNAMENTO E INFORMAZIONE FORNITA DA QUESTO EVENTO	SCARSA	MEDIOCRE	SODDISFACENTE	BUONA	ECCELLENTE	
	4	2	11	49	28	94
COME VALUTA L'EFFICACIA DELL'EVENTO PER LA SUA FORMAZIONE	INEFFICACE	PARZIALMENTE EFFICACE	ABBASTANZA EFFICACE	EFFICACE	MOLTO EFFICACE	
	2	5	17	49	22	95
NELLA LOGICA DEL D. LGS 150/2009, LA TRASPARENZA FAVORISCE LA PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI ALL'ATTIVITA' DELLE PA. RITENE LA TRASPARENZA FUNZIONALE AI SEGUENTI SCOPI:	SOTTOPORRE A CONTROLLO DIFFUSO OGNI FASE DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE PER CONSENTIRNE IL MIGLIORAMENTO	ASSICURARE LA CONOSCENZA, DA PARTE DEI CITTADINI, DEI SERVIZI RESI DALLE AMMINISTRAZIONI, DELLE LORO CARATTERISTICHE E DELLE MODALITA' DI EROGAZIONE	PREVENIRE FENOMENI CORRUPTIVI E PROMUOVERE L'INTEGRITA'	TUTTI E 3 GLI SCOPI	NESSUNO	
	9	10	12	66	1	98

INA 3 SUD
Bijelis
C. M. e. P.

AR

LE GIORNATE DELLA TRASPARENZA SONO STRUMENTI DI COINVOLGIMENTO DEGLI STAKEHOLDER PER CONSENTIRE GLI OBIETTIVI DI	PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI PER INDIVIDUARE LE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER LA COLLETTIVITA' DEGLI UTENTI	COINVOLGIMENTO DEI CITTADINI NELL'ATTIVITA' DELL'AMMINISTRAZIONE AL FINE DI MIGLIORARE LA QUALITA' DEI SERVIZI E IL CONTROLLO SOCIALE	TUTTI E DUE GLI SCOPI	NON SO	NESSUNO	
	6	10	76	1	1	94
RITIENE OPPORTUNO UN PERSEGUIMENTO DELLA GIORNATA	SI, PER ESTENDERE LA TRATTAZIONE AD ALTRI TEMI	SI, PER UN ULTERIORE APPROFONDIMENTO DEI TEMI TRATTATI	NON SO	FORSE	NO	
	40	42	10	4		96
QUAL E' LA SUA QUALIFICA	PERSONALE DEL COMPARTO	DIRIGENTE	DIRIGENTE DI UOS	DIRIGENTE DI UOC	ALTRO (SPECIFICARE)	
	12	19	22	20	23	96


Dall'analisi dei dati si evince che, tra gli iscritti, hanno compilato il questionario 19 dirigenti, 22 dirigenti di UOS, 20 dirigenti di UOC e 12 tra gli appartenenti al personale del comparto.

La valutazione dell'indagine serve per l'analisi delle criticità e della qualità delle attività svolte dall'azienda sanitaria in riferimento all'organizzazione dell'evento.

Le tabelle sottostanti indicano il numero esatto di partecipanti:

Elenco partecipanti Asl Napoli 3 sud

Asl Napoli 3 Sud (struttura non specificata)	20
Distretto 48	3
Distretto 49	2
Distretto 50	3
Distretto 51	4
Distretto 52	1
Distretto 53	1
Distretto 56	5
Distretto 57	4
Distretto 58	2
Distretto 59	1
UOC Controllo di Gestione	5
UOC Ass. Domiciliare	1
UOC Gestione Risorse Umane	4
UOC Tossicodipendenze	5
UOC Relazioni con il Pubblico	3
UOC Affari Generali	1
UOC Formazione e Agg. Professionale	4
UOC Ass. Distrettuale	2
UOC Ass. Ospedaliera	4
UOC Ass. Anziani	1

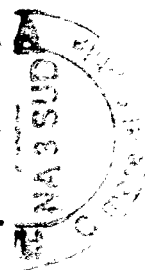


UOC Gestione Tecnica	
Ottimizzazione Territorio	1
UOC Fasce Deboli	2
Servizio Ispettivo	1
UOC Gestione Tecnica Ottimizzazione sistema Informatico	2
UOC Ass. Sanitaria Di Base	1
UOC Gestione Economico Finanziaria	1
UOC Materno Infantile	3
Dipartimento di Prevenzione	13
Dipartimento Farmaceutico	4
Dipartimento di Salute Mentale	6
Dipartimento Tecnico Logistico	1
Collegio Sindacale	1
118	2
Valut. Dirigenti	1
Coord. Socio Sanitario	1
OO.RR. Area Sorrentina	4
OO.RR. Area Nolana	8
OO.RR. Area Stabiese	10
OO.RR. area Vesuviana	8
TOT	146




Elenco Partecipanti Esterni

Interprete Lis	1
Direttore UOC	3
Responsabile SPSAL	1
Componente CUG	3
Pensionati	5
Direttore Sanitario	5
Coordinatrice Personale infermieristico	1
Funzionari	2
Segretari	2
Coordinatori Didattici	2
Assistenti Sociali	3
Assistenti amministrativi	3
Operatori Sociali	6
Psicologi	2
Geologi	1
Avvocati	1
Commercialisti	1
Insegnanti	2
Impiegati	3
Sindaci	1
Farmacisti	1
Operatori URP	1
Forze dell'Ordine	3
Rappresentanti A.V.O.	3
Delegati Regionali	1
Istruttore Direttivo (Regione Campania)	2
Presidente Regionale Campania (Ente Nazionale Sordi)	1
Medico Chirurgo	6
Dirigente Medico	16
Collaboratore Amministrativo	3
TOT	85



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

Allegato A.1 - Griglia di rilevazione sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione

Ente:	Asl Napoli 3 Sud
Compilato da (nome Responsabile della trasparenza):	Angela Inprota
Data di compilazione:	12/06/2012

	La pubblicazione è prevista nel Programma? (S/NO)	La pubblicazione è inserita nella sezione "trasparenza, valutazione e merito"? (S/NO)	Se la pubblicazione non è ancora avvenuta, nel Programma è indicato il termine previsto per la stessa? (S/NO)	L'informazione pubblicata è completa? (S/NO)	La pubblicazione è aggiornata rispetto alla data dell'istituzione? (S/NO)	Il dato è pubblicato in formato aperto? (specifiche del formato)	Note
Obblighi di pubblicazione (Allegato 1 delibera 22012)							
Documenti:							
1a Programma triennale per la trasparenza e l'integrità	SI	SI	SI	SI	SI	pdf	
2 Sistema di misurazione e valutazione della performance	SI	SI	SI	SI	SI		
3a Piano sulla performance	SI	SI	SI	SI	SI		
3b Relazione sulla performance	NO	NO	NO	NO	NO		la relazione sarà consegnata a cura del Nucleo di Valutazione entro il 30/06
4 Dati informativi sull'organizzazione e i procedimenti:							
4a organizzazione (organigramma, attribuzioni degli uffici, attribuzioni e organizzazione di ciascun ufficio anche di livello dirigenziale non generale, nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici, nonché settore dell'ordinamento giuridico riferibile all'attività da essi svolta)	SI	SI	SI	SI	SI	pdf	
4b elenco completo delle caselle di posta elettronica istituzionali attive, specificando se si tratta di una casella di posta elettronica certificata	SI	SI	SI	SI	SI	pdf	
4c elenco delle tipologie di procedimento svolte da ciascun ufficio di livello dirigenziale non generale, il termine per la conclusione di ciascun procedimento ed ogni altro termine procedimentale, il nome del responsabile del procedimento e l'unità organizzativa responsabile dell'istruttoria e di ogni altro adempimento procedimentale, nonché dell'adozione del provvedimento finale	SI	SI	SI	NO	NO	WEB	il censimento dei procedimenti amministrativi è stato avviato nel giugno del 2011 e l'aggiornamento e la trasmissione del censimento 2012 terminerà entro il 30 giugno c.a. (nota 30790 del 14/05/12)
4d tempi medi di definizione dei procedimenti e di erogazione dei servizi con riferimento all'esercizio finanziario precedente	SI	SI	SI	NO	NO		Attenzione per l'azienda sanitaria è importante pubblicare anche tutte le prestazioni sanitarie erogate e prenotabili tramite sistema CUP
4e scadenze e modalità di adempimento dei procedimenti individuati ai sensi degli art. 2 e 4 della legge n. 241/1990	NO	NO	NO	NO	NO		Sono state elaborate linee guida per i contenuti standard delle guide ai servizi dei distretti sanitari, presidi ospedalieri, dipartimenti e strutture complesse centrali. (visibili sul sito)
4f elenco degli atti e documenti che l'istante ha l'onere di produrre a corredo dell'istanza, per ciascun procedimento amministrativo ad istanza di parte di tutte le amministrazioni ex art. 1, comma 2 del D. Lgs. n. 165/2001	SI	NO	NO	NO	NO		Informazione che già contenuta nei link informativi delle strutture di erogazione, così come previsto dalle linee guida suscitate
4g elenco di tutti gli oneri informativi, anche se pubblicati nella Gazzetta Ufficiale, gravanti sui cittadini e sulle imprese introdotti o eliminati con i regolamenti ministeriali o interministeriali, nonché con i provvedimenti amministrativi a carattere generale adottati dalle amministrazioni dello Stato al fine di regolare l'esercizio di poteri autorizzatori, concessori o certificatori, e l'accesso ai servizi pubblici ovvero la concessione di benefici. Per onere informativo si intende qualunque adempimento che comporti la raccolta, l'elaborazione, la trasmissione, la conservazione e la produzione di informazioni e documenti alla pubblica amministrazione	NO	NO	NO	NO	NO		
5 Dati informativi relativi al personale:							

APR 1964

Modalità di accesso alle prestazioni per area di bisogno assistenziale.					
Collegamento Portale PellaPa	SI		SI	NO	Prf
Alto Pretorio Informatico	SI		SI	NO	Prf
Curriculum vitae Direttore Generale	SI		SI		
Curriculum vitae Direttore Sanitario	SI		SI		
Curriculum vitae Componenti Collegio Sindacale	SI		SI		
Costituzione Comitato Unico di Garanzia Delibera 152 del 28/12/2011 e 128 del 13 Marzo	SI		SI		Prf
Costituzione Comitato Partecipativo e Consultivo ex art. 14 502/92 ed art 11 comma2 Digs 150/09- delibera 129 del 13 marzo e 371 del 20 giugno 2012	SI		SI		PDF
Esperienza di Audit Civico	SI		SI	SI	Prf
Mappatura dei rischi per individuare le aree più a rischio di corruzione (in attesa delle linee guida ministeriali)	SI		SI	NO	SI

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. 48360 in data 21/12/12

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

[Signature]

INVIATA PER L'ESECUZIONE IN DATA _____ A:

DIRETTORE SANITARIO D'AZIENDA	COORD.TO GESTIONE LIQUIDATORIA	
COLLEGIO SINDACALE	COORD.TO PROGETTI FONDI	
SERV. GABINETTO	COORD.TO SOCIO SANITARIO AZIEND	
SERV. AFFARI GENERALI	DIPARTIMENTO FARMACEUTICO	
SERV. AFFARI LEGALI	DIPARTIMENTO PREVENZIONE	
SERV. ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI	DIPARTIMENTO RIABILITAZIONE	OO.RR. PENISOLA SORRENTINA
SERV. ASSISTENZA DISTRETTUALE	DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	
SERV. ASSISTENZA SANITARIA	DISTRETTO N. 48	
SERV. CONTROLLO DI GESTIONE	DISTRETTO N. 49	
SERV. FORMAZ. E AGGIORN. PROF.	DISTRETTO N. 50	EX A.S.L. NA 4
SERV. GESTIONE ECONOMICO FINAN	DISTRETTO N. 51	
SERV. GESTIONE RISORSE UMANE	DISTRETTO N. 52	SERV. FASCE DEBOLI
SERV. GEST.TECN.PATR.IMMOB.OSP.	DISTRETTO N. 53	SERV. PATOLOGIA CLINICA
SERV. GEST.TECN.PATR.IMMOB.TERR.	DISTRETTO N. 54	
SERV. GEST.TECN.SISTEMI INFORMAT	DISTRETTO N. 55	
SERV. ISPETTIVO	DISTRETTO N. 56	EX A.S.L. NA 5
SERV. MATERNO INFANT. OSPEDAL.	DISTRETTO N. 57	
SERV. MATERNO INFANT. DISTRET.	DISTRETTO N. 58	SERV. ASSISTENZA OSPEDALIERA
SERV. MEDICINA LEGALE PUBBL.VAL.	DISTRETTO N. 59	
SERV. PREVENZIONE E PROTEZIONE	OO.RR. AREA NOLANA	
SERV. RELAZIONE CON IL PUBBLICO	OO.RR. AREA STABIESE	
COMITATO ETICO	OO.RR. GOLFO VESUVIANO	