



*Nucleo Aziendale di Valutazione Strategica / OIV*

**PROCEDURA DI VALIDAZIONE**  
**da parte del Nucleo Aziendale di Valutazione Strategica / OIV**  
**della RELAZIONE sulla PERFORMANCE 2016**  
**dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotonese**  
**CROTONE**

**1. PREMESSA**

Secondo l'impianto normativo delineato dal decreto legislativo n. 150/2009 (di seguito decreto), la validazione da parte dell'Organismo di Valutazione (NAVS/OIV) della Relazione sulla performance sancisce la conclusione dell'intero ciclo di gestione della performance.

La presente analisi fa parte integrante del Documento di Validazione della Relazione sulla performance dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotonese - CROTONE, con riferimento all'anno 2016.

Con riferimento alla delibera ANAC (ex CIVIT) n. 6/2012 che individua la validazione della Relazione come uno degli elementi fondamentali per la verifica del corretto funzionamento del ciclo di gestione della performance e rappresenta l'atto che attribuisce efficacia alla Relazione, predisposta dall'organo di indirizzo politico-amministrativo, ai sensi dell'art.15, comma 2, lettera b) del decreto.

La validazione da parte del NAVS/OIV della Relazione costituisce:

- a) Il completamento del ciclo di gestione della performance, con la verifica e la conseguente validazione della conformità, comprensibilità e attendibilità dei dati e delle informazioni riportate nella Relazione, attraverso la quale l'Azienda rendiconta i risultati raggiunti (art. 4, comma 2, lettera f del decreto);
- b) Il punto di passaggio, formale e sostanziale, dal processo di misurazione e valutazione e dalla rendicontazione dei risultati raggiunti, all'accesso ai sistemi premianti (retribuzione di risultato/incentivazione alla produttività). Ai sensi dell'art. 14, comma 6 del decreto, la validazione della Relazione è, infatti, condizione inderogabile per l'accesso agli strumenti per premiare il merito di cui al Titolo terzo del decreto.

**2. AMBITI DI VALIDAZIONE**

La validazione si articola in più ambiti. Il primo ambito riguarda la Conformità (compliance) della Relazione alle disposizioni del decreto e alle indicazioni delle delibere ANAC di riferimento ed agli indirizzi della Funzione Pubblica.

Il secondo ambito oggetto di validazione è relativo alla Comprensibilità della Relazione anche per i cittadini e le imprese, per favorire il controllo sociale diffuso sulle attività e i risultati delle amministrazioni pubbliche (art. 10, comma 1 del decreto).

*Ref Calabria*

Il terzo ambito oggetto di validazione riguarda, infine, l'Attendibilità dei dati contenuti nella Relazione.

La validazione quindi si compone di due momenti salienti: Il primo riguarda il processo attraverso il quale il NAVS/OIV verifica la struttura e i contenuti della Relazione, secondo la metodologia e gli strumenti che sono di seguito descritti; il secondo momento consiste nella formulazione del giudizio di sintesi, espresso in termini di validato o non validato, basato sulle evidenze e conclusioni raggiunte nel processo di validazione, giudizio che è stato formalizzato nel Documento di Validazione, di cui il presente allegato fa parte integrante.

### 3. PROCESSO DI VALIDAZIONE

La relazione sulla performance dell'anno 2016 dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotona all'adata del 2 Ottobre 2017 risulta pubblicata/modificata sul sito istituzionale dell'Azienda all'indirizzo Amministrazione Trasparente / Performance / Piano Performance.

La relazione è stata acquisita dal NAVS/OIV successivamente a tale data.

Il NAVS/OIV ha individuato gli elementi utili per procedere alla validazione della Relazione, sulla base dell'approccio metodologico di seguito descritto.

Il NAVS/OIV ha quindi elaborato e formalizzato il Documento di Validazione, di cui il presente allegato fa parte integrante.

Tale Documento viene inviato all'Azienda (e, per conoscenza, al Dipartimento della Funzione Pubblica per tramite della pubblicazione sul sito Aziendale),

Infine si dispone a che L'Azienda provveda alla pubblicazione sul proprio sito istituzionale del Documento di Validazione.

### 4. CONTENUTI ED APPROCCIO METODOLOGICO DI VALIDAZIONE

Il NAVS/OIV ha provveduto ad analizzare i seguenti punti ritenuti fondamentali ad un corretto processo di validazione della performance:

- le procedure e i monitoraggi effettuati dal controllo di gestione in ordine ai budget negoziati delle attività istituzionali dell'Azienda;
- le modalità seguite per la misurazione e la valutazione sia della performance organizzativa (aziendale, dipartimentale e di singola struttura operativa), sia della performance individuale della Dirigenza;
- l'esistenza di una struttura aziendale di supporto per l'attuazione del ciclo di gestione della performance, con una dotazione di figure professionali di ottime competenze professionali;
- l'esistenza di un sistema informativo aziendale affidabile che fornisce le informazioni ai vari attori del sistema.

Il NAVS/OIV, premesso e rappresentato quanto sopra, procede ora all'esame e alla valutazione della Relazione sulla performance dell'anno 2016 dell'Azienda ai fini della sua Validazione in applicazione delle delibere ANAC n. 5 e n. 6 del 2012. E con le successive disposizioni della Funzione Pubblica. Il NAVS/OIV riconosce che la struttura ed i contenuti della Relazione sono in linea con tali delibere e che gli ambiti di analisi dalle stesse indicati (conformità,

*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten signature]*

comprensibilità, attendibilità dei dati e delle informazioni) sono declinati con un alto e valido livello espositivo di compiutezza e completezza.

Ne seguito sono indicati i punti della Relazione in esame che evidenziano i punti ritenuti da questo organismo particolarmente significativi.

#### **4.1 Mandato Istituzionale e Missione dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone**

La missione dell'Azienda si caratterizza per le seguenti macro-funzioni:

Garanzia dei LEA

- a) Prevenzione;
- b) Assistenza territoriale;
- c) Assistenza Ospedaliera

#### **4.2 Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli Stakeolder esterni**

Così come descritto a pag 32 e seguenti del documento.

#### **4.3 obiettivi strategici di valenza regionale.**

A livello regionale, molta normativa si è sviluppata a seguito dell'inadempimento degli obblighi assunti con il "Piano di rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio sanitario regionale", con il conseguente commissariamento della Regione Calabria. I principali obiettivi strategici, su cui l'azione di risanamento dal disavanzo e di qualificazione e razionalizzazione del Servizio sanitario regionale svolta dal Commissario ad acta si è sviluppata, possono essere così riassunti:

1. Misure sul personale dipendente
2. Misure sull'appropriatezza dei ricoveri attraverso: la riduzione della inapproprietezza dei ricoveri ordinari e di day hospital, il trasferimento di alcune tipologie di ricovero in regime ambulatoriale, la ridefinizione delle soglie di ammissibilità dei DRG ad alto rischio di inapproprietezza per il ricovero in regime di degenza ordinaria e diurna;
3. Misure sulla farmaceutica ospedaliera attraverso l'incremento dell'appropriatezza prescrittiva, la razionalizzazione della spesa farmaceutica ospedaliera, finalizzata al suo riallineamento agli obiettivi programmati in sede nazionale, la maggiore appropriatezza d'uso dei farmaci utilizzati in ambito ospedaliero;
4. Misure relative al miglior utilizzo del Pronto Soccorso attraverso la riduzione delle prestazioni non appropriate, i cosiddetti "codici bianchi";
5. Centralizzazione degli acquisti;
6. Implementazione di corrette procedure contabili;
7. Approvazione dei Piani attuativi e degli Atti aziendali.

#### **4.4. Analisi del contesto interno**

Il modello organizzativo attualmente vigente è articolato in 10 Dipartimenti così come riportati a pag. 18 e seguenti per quanto riguarda l'organigramma complessivo.

*Handwritten signature*



#### 4.5. I posti letto

Nella relazione sulla Performance dell'Azienda vengono riportati i posti letto ordinari, day hospital, day surgery, per l'anno 2016, coerenti con il modello ministeriale di rilevazione dei flussi HSP12.

I totali complessivi dei posti letto pubblici sono i seguenti:

- Posti letto ordinari : 265
- Posti letto DS: 12
- Posti letto DH: 17
- UO Complesse 19
- UO Semplici 12
- UO semplici dipartimentali 11

I totali complessivi dei posti letto dei privati accreditati sono i seguenti:

- Posti letto: 297
- Strutture private convenzionate 5

#### 4.6. Gli Obiettivi Strategici e gli Obiettivi Operativi

Sulla base dell'analisi dei determinanti di contesto, sia esterno che interno, sono stati definiti gli obiettivi strategici e gli obiettivi operativi che l'Azienda ha perseguito per l'anno 2016.

#### 4.7. La misurazione dei risultati di budget per l'anno 2016

La Relazione sulla performance, contiene come allegati le misurazioni effettuate dal Sistema informativo statistico e dal Controllo di Gestione sui risultati di Budget delle strutture Aziendali che nell'anno 2016 son stati individuati come Centri di Responsabilità:

Alla luce di quanto sopra esposto l'Organismo di valutazione osserva che è da ritenersi positiva la performance complessiva aziendale che la performance delle tre aree principali di attività.

Ritiene altresì corretta la rappresentazione dei dati di attività anno 2016. Trova estremamente utile il confronto con i relativi dati di attività dell'ultimo biennio delle singole UO dell'area Ospedaliera, dell'area Distrettuale e della Prevenzione.

Sono altresì correttamente rappresentati i dati di costo di ogni UO ed il loro confronto con il biennio precedente.

Per quanto attiene la Premessa ed introduzione tecnica del Documento, la Presidenza dell'Organismo trova estremamente interessante quanto segnalato dal Direttore del Controllo di Gestione in merito alla "misurabilità dei risultati" (Pag. 7) laddove individua come criticità del sistema di misurazione/valutazione della performance la diversa cultura della misurazione diffusa in Italia rispetto a quella diffusa in Inghilterra ed al Canada. Noi condividiamo questo punto di vista e confidiamo che Il Direttore del Controllo di Gestione, essendone di sua competenza, metta in essere ogni utile iniziativa per rimuovere le criticità rilevate nel documento e presenti nell'ASP di Crotone. Convidiamo ancora l'opportunità che presso l'Azienda venga adottato, anche su proposta del Controllo di Gestione, un sistema BSC (Balanced Score Card) non troppo complesso nella reportistica così come ipotizzato da

Direttore, e che possa essere utilizzato quale supporto corrente ai processi decisionali gestionali, cosa che già oggi succede in grandi Aziende sanitarie ed ospedaliere di rilievo nazionale.


## 5. CONCLUSIONI

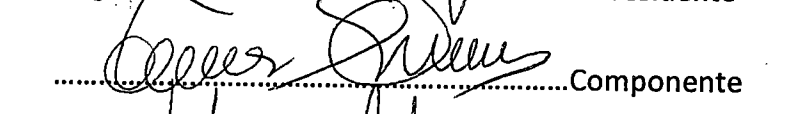
Il NAVS/OIV riconosce che il processo seguito dall'ASP di Crotona, con riferimento all'anno 2016, per la redazione della Relazione sulla performance è stato efficace.

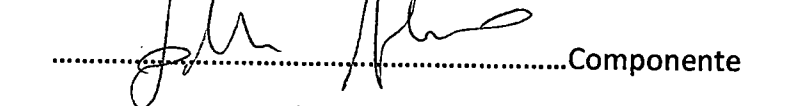
Per quanto attiene all'attività di validazione da parte dell'Organismo di valutazione, passaggio che rappresenta l'atto che attribuisce efficacia alla Relazione, non si può non riconoscere che l'approccio metodologico descritto seguito per la valutazione della stessa si è rivelato positivo, consentendo di pervenire alla conclusione del processo di validazione della Relazione sulla performance dell'anno 2016 dell'ASP di Crotona in termini di "VALIDATA".

Crotone li 26 Ottobre 2017

**IL NAVS/OIV**

  
.....Presidente

  
.....Componente

  
.....Componente