



Nucleo di valutazione delle prestazioni

Verbale n. 2 del 8 maggio 2023

RIUNIONE CONVOCATA DA	Presidente del Nucleo Convocazione trasmessa a mezzo mail del 8 maggio 2023
TIPO DI RIUNIONE	Incontro del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni
PARTECIPANTI	Presidente – Roberta Trapletti Componente – Diego Dalla Muta Componente – Davide Croce Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni si riunisce alle ore 15.00 presso l'aula Direzione generale terzo piano di Villa Serena. Partecipano Tiziana Comelli, Dirigente Responsabile del Controllo di Gestione, con funzione di supporto al Nucleo di Valutazione
VERBALIZZANTE	Tiziana Comelli
O.D.G.	<ol style="list-style-type: none">1. performance 1° trimestre 2023 per il riconoscimento della retribuzione di risultato al personale del comparto2. performance organizzativa 2022: Valutazione finale3. obiettivi 2021 degli specialisti convenzionati: Valutazione finale4. Varie ed eventuali
SINTESI DISCUSSIONE	<p>1. <u>Performance 1° trimestre 2023</u></p> <p>Riprendendo la metodologia già condivisa con il Nucleo negli anni precedenti, si propone la valutazione della performance organizzativa del primo trimestre 2023 per dare attuazione all'Accordo 2017 per la retribuzione della produttività collettiva per l'Area del Comparto che, all'articolo 6, stabilisce i criteri per il riconoscimento delle quote e la relativa calendarizzazione, qui riportate:</p>

Il 70% delle risorse disponibili del Fondo della Produttività Collettiva, dedotta la quota di cui al punto 1 è finalizzato a premiare il grado di raggiungimento della **Performance Organizzativa** - obiettivo di produzione - previa certificazione prevista con cadenza trimestrale da parte del Controllo di Gestione e validata dal Nucleo di Valutazione, sulla base dei seguenti indicatori:

- rispetto del valore di attività assegnato
- rispetto del livello dei costi

periodo	Modalità di liquidazione	% di spesa del Fondo Produttività
maggio	quota produttività, previa certificazione obiettivi al 31 marzo	16%
agosto	quota produttività, previa certificazione obiettivi 30 giugno	17%
novembre	quota produttività, previa certificazione al 30 settembre	17%
maggio dell'anno successivo	saldo quota legata alla performance organizzativa, previa certificazione del grado di raggiungimento al 31 dicembre di ogni anno di tutti gli altri obiettivi di struttura	20%
Totale	Fondo produttività liquidato	70%

Poiché al 1° trimestre 2023 non era ancora completata la prima fase di definizione e declinazione degli obiettivi di budget, si propone di assegnare la valutazione trimestrale sulla base delle evidenze documentali disponibili, ovvero la certificazione del 1° CET 2023.

Si precisa che il ciclo della performance 2023 è stato avviato tempestivamente con l'approvazione del Piano Integrato di attività e organizzazione 2023/2025 entro il mese di gennaio 2023, comunicato a mezzo mail a tutto il personale dell'Istituto, seguito dall'avvio degli incontri di budget a far data dal 2 maggio 2023. Il ritardo è dovuto allo sforzo organizzativo, soprattutto nei primi mesi dell'anno, per dare avvio al nuovo assetto istituzionale con il consolidamento organizzativo della Fondazione IRCCS che ha previsto l'accorpamento di alcune attività trasferite dalla Fondazione Monza e Brianza per il Bambino e la sua Mamma e il trasferimento di attività territoriali alla ASST Brianza e l'adozione dei conseguenti provvedimenti organizzativi.

In questo nuovo assetto, la Fondazione IRCCS era tenuta, ai sensi della DGR XI/7758 del 2022 "indirizzi di programmazione per l'anno 2023", ad adottare il nuovo POAS entro il mese di marzo.

La declinazione degli obiettivi di budget è pertanto avvenuta con un ritardo rispetto ai tempi standard previsti dal Sistema di Misurazione e Valutazione delle Performance.

Il Nucleo prende quindi visione dei seguenti documenti:

1. rendiconto 1° trimestre 2023 e relativa certificazione relativa al risultato economico che si dichiara essere "coerente con l'equilibrio economico".

Sulla scorta di tali evidenze si propone di assegnare una valutazione complessiva aziendale positiva in quanto sono rispettati i volumi di attività e i livelli dei costi (efficienza).

Considerata eccezionalità dell'esercizio, il Nucleo di Valutazione, nel prendere atto dei risultati presentati ed esprimere parere positivo per gli adempimenti conseguenti, raccomanda, per il futuro, di rispettare i tempi standard del ciclo delle performance.

Dal secondo trimestre si procederà al monitoraggio degli obiettivi di budget e alla valutazione ordinaria secondo il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance.

2. Valutazione della performance organizzativa 2022

Il Nucleo di Valutazione prende atto delle fasi conclusive del processo di budget 2022:

1. Proposta di valutazione della performance organizzativa con misurazione degli indicatori degli obiettivi di budget 2022, tabelle di sintesi con attribuzione di punteggi e calcolo di un indice sintetico di performance per ogni centro di responsabilità;
2. Avvio del contraddittorio con la comunicazione, a mezzo mail, della proposta di valutazione effettuata il 20/04/2023, con assegnazione del termine di 15 giorni (scad. 7 maggio 2023) entro cui proporre eventuali controdeduzioni;
3. Istruttoria sulle osservazioni ricevute ed eventuale modifica conseguente della valutazione come di seguito dettagliato:

a. Oncologia Medica

Obiettivo: Governo dei costi (proposto 72,3%)

Istruttoria: su richiesta del dott. Cortinovis, Direttore dell'Oncologia Medica, è stato fatto un approfondimento sull'incremento dei costi per deflussori che ha portato in evidenza un errore della Farmacia nell'attribuire i deflussori del laboratorio chemioterapici, errore corretto nel gestionale di magazzino.

Nuova valutazione: 100%

b. Endocrinologia e Diabetologia

Obiettivo: Piano di ripresa 2022 (proposta 77%)

Istruttoria: la variazione nel periodo aprile-dicembre 2022 vs. aprile-dicembre 2019 è negativa per le sole visite di controllo (-36%), mentre aumentano le PV (+11%), le prestazioni diagnostiche (+222% - diabete) e le terapie (+453%). Tale riduzione è imputabile alla presenza, nel 2019, di due specializzandi, non più assegnati alla SSD dopo il covid.

Nuova valutazione: 100%

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori
sede legale

20900 Monza (MB) - Via G. Pergolesi, 33 - Tel. 039.233.1 Fax 039.233.9775 - www.asst-monza.it
P.IVA 12698710964 C.F. 12698710964



Obiettivo: Tempi d'attesa Prima Visita (proposta 71%)

Istruttoria: la dott.ssa Pincelli, fa presente e documenta che per i tempi d'attesa ha sempre risposto alle richieste della Direzione Medica – che conferma, incrementando gli spazi in agenda, anche in misura superiore a quanto richiesto. Il risultato inferiore all'atteso (target 90%) è pertanto da intendersi imputabile a dinamiche non direttamente controllabili dalla SSD.

Nuova valutazione: 100%

c. Emodinamica

Obiettivo: Governo dei costi (proposto 82,6%)

Istruttoria: il dott. Vandoni fa presente come sia cambiato il case mix delle procedure di emodinamica dal 2019, con incremento delle TAVI del 40%, che rappresentano la maggior quota di costi. Nel triennio, peraltro, sono cambiate anche le modalità di acquisto dei prodotti, passando al service della gara regionale.

Si condivide l'opportunità di valutare l'obiettivo nel confronto, omogeneo, tra il 2022 e il 2021, che mostra una diminuzione del costo medio per 1000€ (da 762 a 742€).

Si aggiunga che l'aumento dei volumi di attività e costi correlati rientra nel disegno strategico aziendale che ha portato ad una crescita delle attività di Cardiocirurgia e Cardiologia interventistica, tant'è che l'obiettivo di governo dei costi non viene riproposto nel 2023.

Nuova valutazione: 100%

Obiettivo: Liste d'attesa per ricovero (proposto 75%)

Istruttoria: su segnalazione del dott. Vandoni è emerso un errore di calcolo in quanto la casistica attribuita all'Emodinamica riguarda anche l'Elettrofisiologia. Si procede pertanto alla correzione dell'estrazione dei dati al fine della misurazione corretta dell'indicatore (procedure considerate nella codifica per intervento principale: 0066 angioplastica, 3552 riparazione setto, 8857 altra arteriografia coronarica).

Nuova valutazione: 95% (la correzione comporta una correzione della valutazione della Cardiologia, che passa da 85% a 72%)

Obiettivo: Piano di ripresa: valore specialistica ambulatoriale (proposto 75%)

Istruttoria: il dott. Vandoni precisa che la ridotta performance dell'ambulatoriale esterna è correlata ai volumi di attività ambulatoriale per interni (consulenza). Tale circostanza avrebbe dovuto essere eccepita in sede di assegnazione degli obiettivi e, comunque, le visite interne non sono tracciate nel sistema informativo aziendale (Galileo). La valutazione proposta viene, pertanto, confermata.

Nuova valutazione: 75%

d. Affari Generali e Legali e Gestione Economico Finanziaria

Obiettivo: PTPCT: tracciabilità e trasparenza dei crediti aziendali (proposto 0%)

Istruttoria: La valutazione negativa si è sostanzialmente basata sulla mancata rendicontazione delle attività svolte dalle due strutture nel 2022 nei tempi e nei modi stabiliti dall'indicatore. Il Direttore Amministrativo propone di assegnare valutazione positiva in quanto l'attività è stata svolta come da dettagliata rendicontazione fornita, seppur in ritardo, dalle due Strutture agli atti del Controllo di Gestione.

Nuova valutazione: 100%



e. **Economico Finanziaria**

Obiettivo: Prevenzione della corruzione e trasparenza (proposto 100%)

Istruttoria: per mero errore materiale è stata inserita una percentuale non corretta, si è proceduto pertanto alla modifica e comunicazione.

Nuova valutazione: 92%

f. **Radiologia diagnostica e interventistica:**

Obiettivo Piano di Ripresa e Piano per le Liste d'attesa (proposto 90%)

La misurazione degli indicatori portava ad un non pieno raggiungimento dei risultati, tuttavia tale risultato va letto con la effettiva capacità produttiva della Struttura rappresentata dalle risorse umane, diminuita per quanto riguarda sia i dirigenti che i tecnici di radiologia.

Dal Cruscotto direzionale 2022 emerge, infatti, una valutazione più che positiva della Struttura per quanto riguarda la produttività media procapite di tali figure, aumentata del +13% per i dirigenti e del +10% per i tecnici.

Nuova valutazione: si assegna ad entrambi gli obiettivi una valutazione pienamente positiva (100%)

g. **Psichiatria**

Obiettivo: Ricoveri (proposto 83%)

Istruttoria: la Struttura ha eccepito una ridotta capacità produttiva rappresentata dai posti letto di degenza ordinaria (2 vincolati ad eventuali isolamenti covid) ed un'errata attribuzione di letti di DH, diminuiti da 3 a 2 per trasformazione di un posto tecnico MAC. Tali dati sono stati verificati dalla DMP. Si è pertanto proceduto ad un ricalcolo dei valori attesi rispetto al 2019 e alla percentuale di raggiungimento del target, con sterilizzazione delle componenti non imputabili alla responsabilità gestionale.

Nuova valutazione: 91%

h. **Chirurgia Generale**

Obiettivo: Piano di ripresa 110% ricoveri (proposto 85%)

Istruttoria: confermata la criticità nelle risorse assegnate in termini di posti letto (-11%), pur in presenza di maggiori sedute operatorie assegnate, si sterilizza la variazione di posti letto nel ricalcolo dell'indicatore (target 2019 rimodulato).

Nuova valutazione: 86.5%

Obiettivo: Piano di ripresa 110% ambulatoriale (proposto 80%)

confermata la criticità nelle risorse assegnate in termini di personale dirigente (-9% considerando Universitari, strutturati e contratti di Chirurgia 1 e Chirurgia 2) e la riduzione di attività di riabilitazione del pavimento pelvico dovuta a fermo tecnico, si sterilizza la variazione di risorse nel ricalcolo dell'indicatore (target 2019 rimodulato).

Nuova valutazione: 98.9%

Obiettivo: tempi di attesa prime visite priorità B (proposto 76%)

Istruttoria: Le prestazioni di prima visita B sono state erogate, nel corso dell'anno, entro i 10 giorni nel 72% medio dei casi, con un numero di prestazioni fuori soglia, negli ultimi tre mesi, di 9, 23 e 13. Tali volumi evidenziano come l'obiettivo fosse raggiungibile, pertanto si conferma la valutazione proposta.

Nuova valutazione: 76%

4. Gli esiti dell'istruttoria e le relative decisioni sono stati comunicati ai Direttori responsabili delle strutture a mezzo mail.

Il Nucleo di Valutazione prende atto del corretto svolgimento del ciclo delle performance e condivide il processo fino a qui seguito, esprimendo parere positivo per gli effetti conseguenti.

3. Obiettivi 2021 degli specialisti convenzionati

Il Nucleo prende visione della documentazione a supporto della valutazione degli obiettivi degli specialisti convenzionati (agli atti), in particolare:

- 1) Accordo relativo a "Programmi e progetti finalizzati validi per l'anno 2021" siglato il 05/03/2021;
- 2) Schema di riepilogo degli esiti della valutazione dei progetti finalizzati con valutazione complessiva proposta per ciascun professionista ed evidenza del peso assegnato ad ogni obiettivo, comunicato agli specialisti e professionisti ambulatoriali in servizio ai fini della corretta instaurazione del contraddittorio il 13 marzo 2023, con assegnazione di termine il 22 marzo 2023;
- 3) Si precisa che è stato instaurato il contraddittorio per le dott.sse Massariello Francesca e Randazzo Gloria, le quali hanno eccepito l'esito negativo del progetto individuale per i medici inerente i PAI in quanto hanno partecipato al progetto sul governo delle liste di attesa. Inoltre la dott.ssa Trobia Irene, psicologa, ha contestato la valutazione negativa per il progetto individuale, verosimilmente poiché non era pervenuta agli atti della DMP l'attestazione di risultato del responsabile di servizio. A tutti gli interessati alla rivalutazione del giudizio è stato dato riscontro via email, di cui si allega schema di esito, comunicando gli esiti dell'istruttoria e la valutazione finale.
- 4) Tabella riepilogativa dei risultati raggiunti da ciascun specialista ambulatoriale e psicologo convenzionati.

Il Nucleo prende atto del corretto svolgimento del processo di valutazione e autorizza gli adempimenti conseguenti.

4. Varie ed eventuali: comunicazioni



	<p>Obiettivi di budget 2023: viene fornito al Nucleo di Valutazione un aggiornamento sul processo in corso di comunicazione degli obiettivi nel corso degli incontri di budget. Nel prossimo incontro saranno forniti maggiori dettagli sulle modalità di assegnazione e valutazione degli obiettivi, sulla loro formulazione e coerenza rispetto alla programmazione strategica della Fondazione IRCCS e delle linee di indirizzo regionali.</p> <p>Si comunica, inoltre, che a breve sarà formalizzata l'assegnazione degli obiettivi al Direttore Generale e al Direttore Scientifico da parte del Consiglio di Amministrazione.</p> <p>Si aggiunge, inoltre, che è in corso di revisione il Sistema di Misurazione e Valutazione delle Performance, con la finalità sia di adeguarlo al nuovo assetto istituzionale, sia di recepire o meglio definire alcuni ambiti.</p>
CONCLUSIONI	Il Nucleo approva la documentazione presentata e attesta il regolare svolgimento delle attività di misurazione e valutazione delle performance.

DECISIONI/IMPEGNI ASSUNTI	RESPONSABILE	SCADENZA
Convocazione del prossimo incontro fissato per il 26/06/2023 alle ore 15.00 con i seguenti argomenti: 1. Validazione Relazione Performance 2022 2. Presentazione obiettivi di budget 2023 3. Verifica adempimenti trasparenza 4. Varie ed eventuali	Presidente	

Monza, li 8 maggio 2023

IL PRESIDENTE

dott.ssa Roberta Trapletti

I COMPONENTI

ing. Davide Croce

arch. Diego Dalla Muta

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori
sede legale

20900 Monza (MB) - Via G. Pergolesi, 33 - Tel. 039.233.1 Fax 039.233.9775 - www.asst-monza.it
P.IVA 12698710964 C.F. 12698710964

