



**Verbale dell'incontro del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP) del
07.11.2018, ore 14.00**

PRESENTI:

Ing. Davide Croce, Dott. Riccardo Perini, Dott. Giuseppe Lombardo, componenti del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni

Partecipano alla riunione: dott.ssa Maira Elena Galbusera, Direttore Amministrativo, dott. Nicola Orfeo, Direttore Sanitario, dott. Fabio Muscionico, Direttore Sociosanitario, dott.ssa Tiziana Comelli – Dirigente Responsabile dell'U.O. Controllo di Gestione, Sig.a Simona Cogliati dell'U.O. Controllo di Gestione - segretario verbalizzante.

Il NVP è stato convocato dal presidente Ing. Davide Croce con mail del 5 novembre 2018 per l'esame dei seguenti argomenti:

1. Valutazione della performance organizzativa del terzo trimestre 2018 collegata al riconoscimento di quota di risorse della produttività collettiva del comparto, in applicazione dell'accordo integrativo aziendale del 4/12/2107.
2. Monitoraggio risultati della performance organizzativa al 30.9.2018.
3. Obiettivi di budget medici specialisti ambulatoriali: presentazione dei risultati al 31.12.2017
Obiettivo 2018: esclusione obiettivo riferito alla ricetta dematerializzata, ai sensi della nota di Direzione Generale Welfare prot.GI.2018.23171 del 10/7/2018.
4. Presentazione nuovo Codice Etico e di Comportamento della ASST di Monza.
5. Varie ed eventuali.

Argomento 1-2

La dott.ssa Comelli procede alla presentazione della misurazione degli indicatori trimestrali – 3° trimestre 2018 – individuati nell'ambito degli obiettivi di budget già definiti per ciascuna struttura per la valutazione collegata al riconoscimento di quota di risorse della produttività collettiva del comparto, in applicazione dell'accordo integrativo aziendale del 4/12/2017 e di cui alla relazione e relativi allegati, distribuiti ai componenti il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni e agli atti del Controllo di Gestione.

In particolare si è proceduto alla misurazione degli indicatori riferiti ad obiettivi di produzione per tutte le strutture di line, mentre per le strutture amministrative e di staff

la misurazione è stata effettuata per obiettivi correlati ad attività tecnico amministrative, con indicatori riferiti al terzo trimestre 2018.

Per quasi tutti i CDR è stato verificato il pieno raggiungimento degli obiettivi (performance terzo trimestre pari al 100%).

Due sole strutture hanno raggiunto una valutazione inferiore al 100%, la Farmacia al 90% e la Fisica Sanitaria al 98,6%. La sintesi delle valutazioni degli obiettivi trimestrali è riportata nella tabella in allegato A.

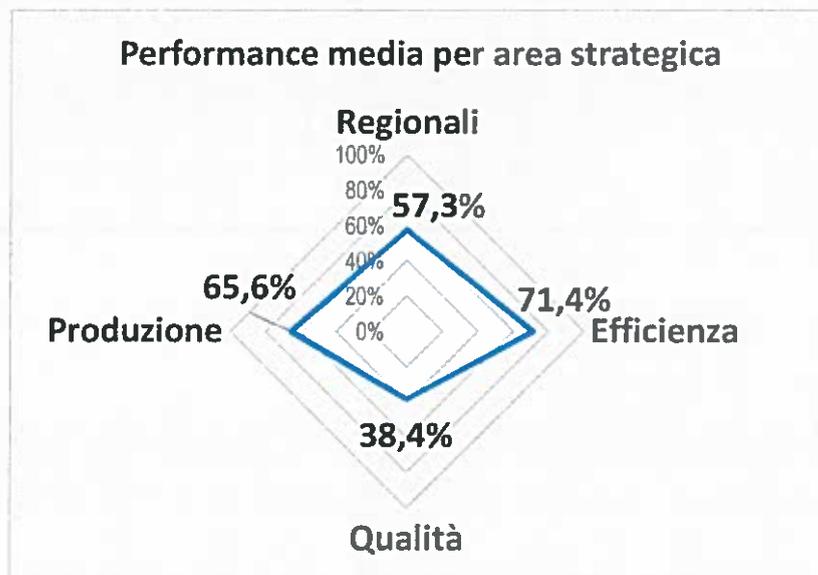
Il Nucleo prende atto della correttezza dell'impostazione complessiva del monitoraggio trimestrale e valida le valutazioni proposte.

Ai fini della valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget al 30/9/2018, si è proceduto alla raccolta delle valutazioni, a cura dei certificatori di prima istanza, di tutti gli obiettivi per i quali era disponibile e/o fattibile una misurazione intermedia.

In sintesi, le misurazioni per la verifica intermedia hanno riguardato 1092 indicatori, pari al 91,1% del totale di (adempimenti e obiettivi).

Le certificazioni intermedie mancanti riguardano obiettivi non valutati (certificazioni non pervenute), o non suscettibili di valutazione intermedia (es. indicatori con riferimento temporale al quarto trimestre), o non ancora valutabili (es. presa in carico).

Le valutazioni medie riportate per ciascuna area strategica sono rappresentate dal seguente grafico:



I risultati delle valutazioni intermedie per CDR sono riassunti nelle seguenti tabelle allegate:

Allegato B: adempimenti

Allegato C: obiettivi

Allegato D: sintesi performance

conservate agli atti del Controllo di Gestione.

Nel corso delle operazioni di monitoraggio degli obiettivi sono emerse alcune criticità:

9
2

1. SS dipartimentale Endocrinologia e Diabetologia: pur avendo assegnato gli obiettivi di budget al responsabile ad interim Direttore di Dipartimento dott. Paolo Bidoli, è emerso che la struttura non sia stata, di fatto, attivata, non avendo attribuzione di personale proprio. La Direzione Sanitaria ha, pertanto, ritenuto di sospendere la valutazione (rif. mail 29/10/2018) procedendo comunque al monitoraggio delle attività.
2. Obiettivi non valutabili per un totale di 42 indicatori, di cui:
 - a) N. 27 "Presenza in carico": obiettivo assegnato a tutte le strutture ma, ad oggi, non applicabile ad alcune strutture che non hanno ricevuto richieste di attivazione del percorso di presa in carico da pazienti cronici;
 - b) N. 7 "Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC)": obiettivo assegnato a diverse strutture amministrative e di staff ma, ad oggi, non applicabile in base alle linee guida regionali;
 - c) N. 8 obiettivi diversi assegnati a 10 CDR ma, ad oggi, non valutabili per mancata realizzazione di attività o di eventi propedeutici all'obiettivo;
 - d) Radiologia e diagnostica interventiva e Neuroradiologia: ritardi nella predisposizione di nuova tecnologia correlata all'obiettivo - RM3T;
 - e) Anestesia e rianimazione Monza: ritardo nella installazione di switch e antenne per rilevazione automatica pazienti;
 - f) Farmacia: mancata convocazione di incontri da parte di ATS;
 - g) Farmacia: non ancora valutabile l'attività riferita all'obiettivo "appropriatezza";
 - h) Medicina Legale e Qualità, Rischio Clinico e Accreditamento: mancata distribuzione del SW gestionale di supporto delle attività medico legali da parte di Regione;
 - i) Gestione Risorse Umane: contenimento dei costi per "lavoro somministrato" non raggiungibile per le motivazioni segnalate con mail del 5/11/2018;
 - j) Qualora, entro la fine dell'anno, dovessero permanere tali criticità, si proporrà la sterilizzazione degli obiettivi prima della valutazione finale.
3. A fronte di alcuni risultati non positivi sono state presentate osservazioni in merito agli obiettivi assegnati, cui è seguito o è in corso un confronto con la Direzione Strategica competente; si tratta, in particolare, di:
 - a) Gestione Risorse Umane (obiettivo regionale non raggiungibile)
 - b) Medicina Legale (mancata attivazione SW regionale)
 - c) Qualità, Rischio Clinico e Accreditamento (mancata attivazione SW regionale)
 - d) Sistema Controlli Interni e Convenzioni (indeterminatezza obiettivo)
 - e) Chirurgia II (criticità risorse)
 - f) Provveditorato ed attività economiche (criticità risorse)
 - g) Dermatologia (criticità risorse)
 - h) Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso (criticità risorse)
 - i) Anatomia Patologica II (criticità risorse)
 - j) Riabilitazione specialistica neurologica (criticità tecnologia)
 - k) Fisica sanitaria (criticità tecnologia)
 - l) Diagnostica per immagini e radiologia interventistica (criticità tecnologia)
 - m) Neuroradiologia (criticità tecnologia)
 - n) Anestesia e rianimazione (criticità tecnologia)
 - o) Urologia (contestazione obiettivi)
 - p) Ortopedia Desio (contestazione obiettivi)
 - q) Cardiologia Clinica (definizione risorse assegnate)

Per tali osservazioni sarà predisposta un'istruttoria specifica per la valutazione finale.

Il Nucleo rileva che le percentuali di raggiungimento degli obiettivi di budget e degli adempimenti in molti casi sono al di sotto del 50% e chiede pertanto di condividere i risultati proposti con i direttori interessati al fine di attivare le azioni correttive propedeutiche al raggiungimento al 31.12.2018.

Comelli ribadisce che gli esiti del monitoraggio sono sempre pubblicati sul portale del Controllo di Gestione e della pubblicazione viene data adeguata comunicazione a tutti i direttori delle strutture.

Anche per gli obiettivi non valutabili suggerisce di procedere alla loro sterilizzazione prima della chiusura dell'esercizio 2018.

Il Nucleo rileva la numerosità degli obiettivi assegnati alle strutture e propone per il prossimo anno, di classificare gli obiettivi ormai consolidati e ripetitivi quali adempimenti, da monitorare in corso d'anno.

Infine il Nucleo prende visione anche del monitoraggio degli obiettivi aziendali di interesse regionale e degli obiettivi di cui al contratto ATS 2018 e di cui alla documentazione agli atti del Controllo di Gestione, raccomandando anche in questo caso di porre in essere azioni correttive nei casi in cui la valutazione intermedia è al di sotto del 50%.

Argomento 3

Si procede alla presentazione dei risultati degli obiettivi assegnati ai medici specialisti ambulatoriali per l'anno 2017 e di cui alla documentazione agli atti del Controllo di Gestione.

Il Nucleo prende atto della corretta valutazione effettuata dalla Direzione Medica del Presidio di Monza, con percentuali di raggiungimento assegnati ai singoli professionisti pari al 100%, ad eccezione delle valutazioni di due professionisti a cui è stata assegnata una percentuale di raggiungimento pari al 90%. L'azienda può procedere all'adozione dei provvedimenti di competenza.

Per gli obiettivi 2018 invece si segnala che, in attuazione della nota prot. G.2018.0023171 del 10.7.2018, pervenuta dalla Direzione Generale Welfare della Regione Lombardia, si è provveduto all'esclusione dell'obiettivo riguardante la ricetta dematerializzata.

Argomento 4

Il nuovo Codice Etico e di Comportamento della ASST di Monza sarà inviato a mezzo posta elettronica ai componenti NVP, che procederanno alla validazione, sempre a mezzo posta elettronica, del documento entro una settimana.



Handwritten signature and a stamp with the number 4.

Varie ed eventuali

Sarà trasmessa a mezzo posta elettronica ai componenti NVP la versione definitiva della Relazione sul funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14 co. 4 a) D.Lgs. 150/2009, per approvazione e sottoscrizione.

Il prossimo incontro è fissato per il 20.12 ore 9.30.

Da inserire all'ordine del giorno:

- audit con i referenti del benessere organizzativo,
- audit con il Responsabile del SIA,
- audit con almeno due direttori di dipartimento,
- incontro con il Collegio Sindacale.

Letto, confermato e sottoscritto.

Monza, 07.11.2018

IL PRESIDENTE

Ing. Davide Croce



I COMPONENTI:

Dott. Riccardo Perini

Dott. Giuseppe Lombardo

