

ASST DI MONZA

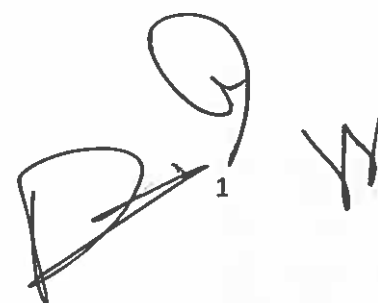
RELAZIONE ANNUALE DELL'ORGANISMO DI VALUTAZIONE¹ SULLO STATO NEL 2016 DEL FUNZIONAMENTO DEL SISTEMA COMPLESSIVO DELLA VALUTAZIONE, DELLA TRASPARENZA ED INTEGRITÀ DEI CONTROLLI INTERNI

Nucleo di Valutazione delle Prestazioni: Davide Croce (Presidente), Giuseppe Lombardo, Riccardo Perini

Sommario

PREMESSA.....	2
FUNZIONAMENTO COMPLESSIVO DEL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE.....	2
FUNZIONAMENTO COMPLESSIVO DEL SISTEMA DI PROGRAMMAZIONE.....	5
ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA.....	6
COLLEGAMENTO CON ALTRI SISTEMI DI CONTROLLO E SISTEMA INFORMATIVO.....	7
MONITORAGGIO OIV.....	8
PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO.....	8

¹ DI CUI ALL'ART. 14, COMMA 4, LETT. A) DLGS. 150/2009

Handwritten signature and initials in black ink, located in the bottom right corner of the page. The signature appears to be 'D.C.' and the initials are 'W'.

PREMESSA

Questa relazione rappresenta il momento di verifica annuale dell'applicazione da parte dell'ASST di Monza dei disposti di cui al D. Lgs. n.150/2009, dell'ANAC e delle metodologie e delle indicazioni dell'OIV della Giunta della Regione Lombardia.

L'ASST di Monza, in ottemperanza a quanto previsto dal D. Lgs. n.150/2009, alla legge regionale 7 luglio 2008 n. 20 "Testo unico delle leggi regionali in materia di organizzazione e personale", all'articolo 1 lettera g) della legge regionale 6 agosto 2010 n. 14 "Interventi di razionalizzazione sul sistema regionale", che riserva all'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance la funzione di indirizzo e coordinamento dei singoli Nuclei di Valutazione delle Prestazioni degli enti del SSR, ai vari decreti attuativi della DG Salute/Welfare e alla DGR N° X / 5539 del 02/08/2016, ha costituito, ai sensi della normativa di cui sopra e della Delibera del DG N. 55/2017, il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni.

Il D. Lgs. n.150/2009 prevede che l'Organismo di Valutazione, tra le altre sue funzioni, è chiamato a svolgere il monitoraggio complessivo del sistema di valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni elaborando una relazione annuale, ai sensi dell'art. 14, comma 4, lett. a).

Il disposto dell'art. 14, comma 4 D. Lgs. n.150/2009, pur non direttamente vincolante per le Aziende Sanitarie, costituisce comunque un punto di riferimento secondo quanto indicato dall'OIV regionale.

L'ASST di Monza si è adeguata ai disposti di cui sopra a partire dalla Deliberazione n. 627 del 2012 per il triennio 2012-2014.

L'incarico della progettazione, gestione e controllo del modello di valutazione delle prestazioni per l'ASST di Monza ai sensi del D. Lgs. 150/09 è data alla SS Controllo di Gestione, incarico ribadito nel POAS 2016/18 di recente introduzione.

Nel 2016 si è assistito ad un avvicendamento del responsabile anticorruzione e trasparenza, che è stato nominato con Delibera del DG N. 670-30/06/2016 nella persona della Dr.ssa Roberta Mazzoli, che è andata a sostituire dal 01/07/2016 l'Avv. Maria Teresa Colico.

Infine il regolamento del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni in vigore nel 2016 è stato introdotto nel 2011 con deliberazione del DG n. 383 del 05/08/2011.

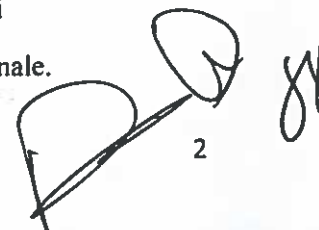
FUNZIONAMENTO COMPLESSIVO DEL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE

L'articolazione del sistema di misurazione e valutazione delle performance è descritto nel documento adottato il 04/09/2012 e disponibile al sito:

<http://hsgerardo.org/documents/10179/18409/Sistema+di+misurazione+e+valutazione+della+perfor+mance.pdf/8c7484be-76bd-460a-af5c-c7d697e1df70>

Nell'ASST di Monza il ciclo di gestione della performance prende avvio con la programmazione regionale riferita, in particolare, ai seguenti documenti:

1. Regole di Gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale, emanate dalla Giunta Regionale e dalla successiva definizione degli obiettivi aziendali di interesse regionale, sui quali si basa la valutazione del Direttore Generale
2. contratti integrativi stipulati con l'ATS Monza e Brianza per l'erogazione di prestazioni sanitarie a pazienti lombardi e per la definizione di ulteriori specifici obiettivi
3. assegnazione del finanziamento e adozione del Conto Economico Previsionale.



2

La Direzione Strategica, supportata dal Controllo di Gestione, valutati gli obiettivi strategici aziendali, individua i target e gli indicatori da assegnare a ciascuna articolazione organizzativa, individuata come Centro di Responsabilità, tenendo conto delle funzioni e mansioni specifiche e delle risorse assegnate. I criteri di assegnazione degli obiettivi ed i criteri di valutazione dei risultati sono esplicitati in un documento, la Direttiva di budget, documento che accompagna le schede di budget illustrandone i contenuti, le norme di riferimento ed i criteri di valutazione.

Obiettivi, indicatori e risorse assegnate e/o necessarie all'attuazione degli obiettivi sono inseriti:

- nella mappa strategica, che evidenzia tutti gli obiettivi aziendali, compresi quelli di interesse regionale, i relativi indicatori, la declinazione rispetto alle UU.OO. coinvolte ed il nominativo dei dirigenti referenti, per la misurazione della performance aziendale;
- nelle schede di budget, predisposte a cura del Controllo di Gestione, per la misurazione della performance organizzativa.

Le schede di budget sono trasmesse ai Direttori di U.O. ed eventualmente discusse nel corso degli incontri di budget.

Una volta definiti e condivisi gli obiettivi, le schede sono firmate dai responsabili di U.O. per presa visione e sono illustrate a tutto il personale dipendente dell'Azienda in momenti di formale coinvolgimento attraverso incontri di presentazione, discussione e verifica a cura dei rispettivi responsabili e documentati dalla formalizzazione di verbali con le firme in calce dei partecipanti.

L'assegnazione degli obiettivi di budget viene formalizzata con delibera del Direttore Generale.

La valutazione della performance individuale è demandata alla dirigenza e comunque il sistema complessivo verrà rivisto nel corso del 2017 alla luce dei nuovi contratti integrativi.

Il Ciclo della performance si chiude con la valutazione individuale del personale dipendente, appartenente alla dirigenza e al comparto, effettuato dai valutatori di prima istanza, ovvero i Responsabili delle Unità Operative aziendali, secondo le regole definite dal sistema di valutazione adottato dall'Azienda.

La valutazione viene effettuata sulla base di obiettivi e competenze mediante compilazione, in contraddittorio, di una apposita scheda di valutazione a tal fine predisposta nell'ambito della contrattazione integrativa aziendale.

La valutazione tiene conto sia della qualità della prestazione resa dal dipendente, sia del livello qualitativo di partecipazione al raggiungimento degli obiettivi della struttura di assegnazione.

Alla valutazione individuale è collegata la retribuzione accessoria di cui al Fondo di Risultato della dirigenza e al Fondo per la Produttività Collettiva del comparto.

Si riportano nelle tabelle seguenti le informazioni di sintesi sul grado di raggiungimento degli obiettivi individuali del personale dipendente e, in particolare, sul grado di differenziazione dei giudizi, in modo tale da rappresentare adeguatamente i risultati del sistema di valutazione individuale:



3

PERSONALE DIRIGENTE

VALUTAZIONE	DIRIGENZA MEDICA		DIRIGENZA MEDICA UNIV.		DIRIGENZA P.T.A.	
	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%
1,2 Eccellente	496	62%	26	45%	13	72%
1 Alto	176	22%	11	19%	4	22%
0,8 Medio-alto	23	3%	0	0%	0	0%
0,6 Medio	4	1%	0	0%	0	0%
0 Insufficiente	0	0%	0	0%	0	0%
N.V./N.P.	100	13%	21	36%	1	6%
TOTALE SCHEDE	799	100%	58	100%	18	100%

PERSONALE DEL COMPARTO TITOLARE DI POSIZIONE ORGANIZZATIVA

VALUTAZIONE	RUOLO SANITARIO		RUOLO TECNICO		RUOLO AMM.VO	
	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%
Eccellente 81-100	12	100%	6	100%	19	100%
Positivo 50-80						
Negativo -50						
N.V./N.P.						
TOTALE SCHEDE	12	100%	6	100%	19	100%

PERSONALE DEL COMPARTO DEL RUOLO SANITARIO

VALUTAZIONE	Infermiere Professionale		Infermiere Generico e Puericultrice		Tecnico Sanitario e Riabilitazione	
	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%
Eccellente 81-100	1356	85%	40	82%	430	85%
Positivo 50-80	183	12%	5	10%	42	8%
Negativo -50	0	0%	0	0%	0	0%
N.V./N.P.	47	3%	4	8%	36	7%
TOTALE SCHEDE	1586	100%	49	100%	508	100%

PERSONALE DEL COMPARTO DEL RUOLO TECNICO

VALUTAZIONE	Collaboratore, Coll. Esperto, Ass. Sociale		Assistente e Programmatore		Operat. Tecnico		OSS, OTA, AUS	
	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%
Eccellente 81-100	48	92%	53	98%	479	78%	14	78%
Positivo 50-80	0	0%	1	2%	106	17%	4	22%
Negativo -50	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N.V./N.P.	4	8%	0	0%	30	5%	0	0%
TOTALE SCHEDE	52	100%	54	100%	615	100%	18	100%

PERSONALE DEL COMPARTO DEL RUOLO AMMINISTRATIVO

VALUTAZIONE	Collaboratore, Coll. Esperto		Assistente		Coadiutore e Commesso	
	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%
Eccellente 81-100	46	72%	173	88%	125	86%
Positivo 50-80	0	0%	3	2%	9	6%
Negativo -50	0	0%	0	0%	0	0%
N.V./N.P.	18	28%	20	10%	12	8%
TOTALE SCHEDE	64	100%	196	100%	146	100%

RIEPILOGO COMPLESSIVO VALUTAZIONI DEL PERSONALE DEL COMPARTO

VALUTAZIONE	NUMERO	%
Eccellente 81-100	2801	84%
Positivo 50-80	353	11%
Negativo -50	0	0%
N.V./N.P.	171	5%
TOTALE SCHEDE	3325	100%

FUNZIONAMENTO COMPLESSIVO DEL SISTEMA DI PROGRAMMAZIONE

Nella sezione Performance è disponibile il piano della performance aziendale che per il 2016 è all'indirizzo:

http://hsgerardo.org/documents/10179/18409/Piano+Performance+2016_2018.pdf/19293be7-6f1f-4047-ba0b-b6f5834d9874

Il Piano 2016/18, primo del momento di avvio dell'ASST di Monza, costituita dal 1° gennaio 2016 e nata dall'unione dell'Azienda Ospedaliera San Gerardo con Strutture afferite 1) dall'Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate e 2) dall'Azienda Sanitaria Locale di Monza e Brianza, in attuazione della legge regionale di riforma del Servizio Socio Sanitario Regionale n. 23/2015. In questa prima fase non era ancora possibile fornire il quadro del nuovo assetto organizzati la relativa articolazione per ruoli e responsabilità, poiché lo stesso sarà definito con il Piano di Organizzazione Aziendale Strategico, da adottarsi, secondo le Regole Regionali, entro il 2016. Pertanto, il primo Piano della Performance aveva necessariamente un'articolazione essenziale, pur contenendo una esplicitazione degli obiettivi strategici aziendali di cui la programmazione direzionale terrà necessariamente conto.

Il Piano della Performance conteneva il Programma di Miglioramento dell'Organizzazione 2016 (PIMO) e il Programma annuale per la Trasparenza e per la prevenzione della Corruzione.

I suoi risultati, descritti dalla relazione sulla performance 2016 è disponibile all'indirizzo:

http://hsgerardo.org/documents/10179/18409/Relazione_sulla_Performance_2016.pdf/34791754-3067-4d34-ba2c-a00a1db8a9fb

Il documento finale è predisposto dall'UO Controllo di Gestione, in coerenza con le indicazioni fornite dalla Direzione Generale Welfare e dal Nucleo di Valutazione delle Prestazioni e, per quanto non disciplinato, con le indicazioni tecniche della CIVIT, le cui competenze relative alla misurazione e

valutazione della performance, di cui agli articoli 7, 8, 9, 10, 12, 13 e 14 del decreto legislativo 150 del 2009, già trasferite all'ANAC, sono trasferite al Dipartimento della Funzione pubblica ai sensi della legge 11 agosto 2014, n. 114 di conversione del decreto legge 23 giugno 2014, n. 90.

Il raggiungimento degli obiettivi ha avuto una valutazione media di 96,7 punti su 100 ed è rappresentato nella tabella seguente.

area strategica					
area contrattuale	risposta ai bisogni di salute	efficienza ed economicità	qualità	politiche sanitarie regionali	performance organizzativa 2016
dirigenza medica e sanitaria UUOO di diagnosi e cura	97,7%	75,0%	100,0%	91,0%	84,0%
dirigenza UUOO di staff Dir.Strategica	99,0%	99,0%	100,0%	99,0%	99,0%

area contrattuale	risposta alla domanda di salute	efficienza	qualità dei processi e delle prestazioni	politiche regionali	performance organizzativa 2016
UUOO di staff Personale non dirigente	99,60%	100,00%	100,00%	99,00%	100,00%

Area strategica					
dipartimento personale del comparto sanitario	infezioni	efficiente utilizzo SO	trasporti	ALTRO	performance organizzativa 2016
area chirurgica	100,0%	94,0%	100,0%		97,0%
area medica	100,0%		100,0%		100,0%
area servizi sanitari	99,6%			100,0%	100,0%
area salute mentale	100,0%		100,0%	100,0%	100,0%
area pronto soccorso	100,0%		100,0%	100,0%	100,0%
emergenza urgenza		99,0%		100,0%	99,0%

Il primo anno di applicazione del sistema alla nuova azienda ha evidenziato problematiche di adattamento ai differenti sistemi in vigore nelle aziende sanitarie conferenti le strutture organizzative, che richiederanno un lavoro di affinamento nei prossimi anni.

ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA

Il piano anticorruzione 2016 è stato adottato con deliberazione del dg n. 12-26/01/2016 ed è stato definito come strumento preventivo redatto in ossequio delle disposizioni normative e delle indicazioni che promanano dall'ANAC.

Il supporto metodologico del piano prevedeva: a) l'analisi del contesto esterno ed interno; b) la mappatura dei processi, che si raccomanda sia effettuata su tutta l'attività svolta dall'amministrazione non solamente con riferimento alle cd. "aree obbligatorie" ma anche a tutte le altre aree di rischio; c) la valutazione del rischio, in cui è necessario tenere conto delle cause degli eventi rischiosi; d) il trattamento del rischio, che deve consistere in misure concrete, sostenibili e verificabili.

Queste attività sono state realizzate solo in parte e molte rimandate al 2017.

Il livello effettivo di attuazione del PTPC risulta ancora sostanzialmente in linea con il cronoprogramma aziendale (l'ASST di Monza è stata costituita a decorrere dal 1/01/2016 a seguito della L.R. n. 23/2015 e successivi decreti attuativi e che in data 1/07/2016 è stato nominato il nuovo

RPCT). Molte delle iniziative di seguito riportate sono state avviate solo a partire dal mese di settembre:

- adozione del Regolamento del whistleblower con attivazione di casella di posta elettronica dedicata alla segnalazione degli illeciti, con diffusione a tutto il personale e loro pubblicazione sul sito istituzionale
- realizzazione di eventi formativi mirati alla gestione del rischio di corruzione e volti alla cura della legalità e trasparenza
- diffusione del Codice etico e comportamentale a tutti i dipendenti
- mappatura e analisi dei processi a maggior rischio corruttivo, attraverso la collaborazione del Responsabile dell'Internal Audit, del Risk Management e con la partecipazione dei dirigenti delle aree e dei processi interessati, con definizione del grado di rischio e delle azioni messe in atto per il contenimento dello stesso
- effettuazione di monitoraggi a campione sull'area dei contratti pubblici, sull'area del personale, sulle liste di attesa e sull'attività libero professionale.

L'analisi dei rischi si è conclusa nel 2017.

Talune criticità nella tardiva e completa attuazione del PTPC e il suo scorrimento al 2017 sono riconducibili alla riorganizzazione in corso presso l'ASST di Monza, nel rispetto della Legge Regionale n. 23/2015.

Si evidenzia che è avvenuta una segnalazione anonima che è stata processata e ricondotta alle strutture competenti.

Il sistema anticorruzione è collegato con l'anticorruzione regionale (resp. M.P. Redaelli) con il quale si coordina.

Per il 2017 si è proposto di inserire negli obiettivi alcuni aspetti dell'anticorruzione.

In conclusione il sistema, pur in corso di adeguamento, non presenta criticità evidenti, anche in funzione del cambio di responsabile.

Nel corso del 2016 sono state avviate e concluse due procedure per provvedimenti disciplinari nel personale del comparto (sospensione) per attività non autorizzate al dipendente.

COLLEGAMENTO CON ALTRI SISTEMI DI CONTROLLO E SISTEMA INFORMATIVO

Come da indicazione della DGR N° X / 5539 del 02/08/2016 il nucleo di valutazione delle prestazioni si deve confrontare con il Collegio sindacale (adempimento programmato nel 2017 a causa del rinnovamento previsto del collegio sindacale).

Il nucleo di valutazione delle prestazioni ha richiesto che l'analisi del benessere organizzativo sia affrontata da punti di vista differenti (medico competente, servizi psicologia ecc.) e sarà vista nel 2017 (causa accorpamento di funzioni da altre aziende).

Il "Comitato Unico di Garanzia² per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni" in corso di identificazione sarà un altro dei punti di lavoro del Nucleo per il 2017, dato l'accorpamento aziendale in corso e l'opportunità di attendere il consolidamento dello stesso.

La LR 4/06/2014 n. 17 e successive DGR di definizione per l'attuazione hanno introdotto in Lombardia il sistema di internal auditing. La funzione è regolamentata sul sito trasparenza all'indirizzo

² Tale Comitato ha composizione paritetica ed è formato da un componente designato da ciascuna delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative - ai sensi degli artt. 40 e 43 del d.lgs. 165/2001 - e da un pari numero di rappresentanti dell'amministrazione. Il CUG svolge importanti funzioni nell'ambito delle parità e pari opportunità tra uomini e donne e della garanzia di tutela di ogni forma di discriminazione, diretta e indiretta, collaborando con funzioni consultive con la Direzione Aziendale.

<http://hsgerardo.org/documents/10179/18406/deliberaz+550+del+18.04.17+Regolamento+IA.pdf/eba586bd-14ec-4248-9176-b1b8d15dbb0c>

Il nucleo di valutazione deve individuare una modalità di coordinamento con la Commissione internal auditing identificata dal regolamento.

Resta ancora da definire il collegamento con il sistema informativo dato l'accorpamento aziendale in corso.

MONITORAGGIO OIV

Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni ha attivato nel 2016 alcuni modelli di monitoraggio:

- a) Con il sistema anticorruzione;
- b) Con il Collegio Sindacale (per il sistema incentivante);
- c) Con la direzione strategica (per il sistema performance).

Restano da individuare le dimensioni viste nel precedente paragrafo per le evidenti priorità di altro genere per le nuove funzioni aziendali (passaggio da azienda ospedaliera a azienda socio-sanitaria territoriale).

Inoltre verranno definite le modalità di verifica interne sul sistema di valutazione delle performance.

PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO

È evidente che il 2016 è un anno di transizione. Aggregare unità operative di diverse aziende infatti comporta problematiche importanti di gestione del personale che l'ASST di Monza ha affrontato nel 2016 e che il nucleo di valutazione delle prestazioni ha rispettato in termini di priorità. L'aggregazione è infatti avvenuta a parità di risorse e quindi i temi andavano affrontati in ordine di urgenza e priorità.

Il 2017 vedrà la messa a regime di alcune funzioni aziendali e lascerà maggiori possibilità al nucleo di attivare funzioni e controlli.

Per tale ragioni non si programmano miglioramenti che sono evidenti in questa relazione e che verranno affrontati ad uno ad uno.

Monza, Dicembre 2017

Il Presidente del Nucleo di Valutazione delle prestazioni

Davide Croce



I componenti del Nucleo di Valutazione delle prestazioni

Riccardo Perini



Giuseppe Lombardo

