

DOCUMENTO DI VALIDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE

ANNO 2017

PREMESSA

Il Nucleo di Valutazione dà preliminarmente atto che la presente relazione si riferisce al Piano della Performance triennio 2016-2018.

Nell'ambito di tale Piano è prevista una rendicontazione annuale sul raggiungimento dei risultati raggiunti.

Il presente documento è connotato in particolare dalla prima fase attuativa della riforma regionale di cui alla L.R. n. 23/2015 con particolare riferimento alle azioni descritte nel prosieguo nel capitolo 'Contesto Aziendale'.

II CICLO DELLA PERFORMANCE

Si evidenzia che, in conformità alle direttive più recenti, il Piano delle Performance e, conseguentemente, la relazione sulla performance sono qualificati documenti programmatici in cui vengono sintetizzati ed integrati in modo coerente, sistematico e trasversale i diversi documenti di pianificazione e programmazione aziendali quali: il Piano del rischio, gli obiettivi di budget, il Piano della Trasparenza e il Piano della Prevenzione della Corruzione.

Il Nucleo dà atto che la documentazione prodotta è congrua, appropriata e conforme a quanto constatato nel corso dei lavori del Nucleo stesso così come risulta dai verbali di seduta (cfr. atti) depositati presso la Struttura Valutazione risorse umane.

Il presente documento è stato redatto facendo in particolare riferimento alle direttive dell'OIV della Regione Lombardia emanate a suo tempo (anno 2012) non essendo state fornite ulteriori indicazioni successivamente, in particolare tenendo fede al ciclo della performance definito dalle predette direttive (cfr. direttiva e flow chart relativo a cui si fa espresso rinvio e riferimento).

Viene evidenziato altresì che il NVP si è favorevolmente espresso (cfr verbali) sulla approvazione del Piano Performance di riferimento contribuendo al perfezionamento dello stesso anche attraverso proposte ed integrazioni soprattutto in tema di trasparenza e di prevenzione della corruzione.

Il costante monitoraggio infra annuale da parte NVP nonché l'interlocuzione con Direzione Generale e con i dirigenti di riferimento hanno permesso di monitorare puntualmente i temi oggetto di attenzione da parte del legislatore: in particolare la correlazione tra retribuzione di risultato e la percentuale di raggiungimento degli obiettivi individuali.

LA MISURAZIONE DELLA PERFORMANCE

Nell'ambito della misurazione della performance sono state definite le dimensioni della performance (cfr. direttive e documentazione agli atti) così articolata in termini di:

- Efficienza
- Qualità dei processi organizzativi
- Efficacia
- Appropriately e qualità dell'assistenza
- Accessibilità e soddisfazione dell'utenza.

CONTESTO AZIENDALE

Si dà atto che l'Azienda, coinvolta nel processo di revisione ed evoluzione del Sistema Socio Sanitario Lombardo già avviato nel 2016, ha implementato nel corso dell'anno 2017 i principali adempimenti ed azioni correlati ad ulteriori trasferimenti/rettifiche ai sensi della L.R.23/2015 e più in generale allo sviluppo operativo dell'attuazione della riforma e che possono essere così sintetizzati, come si evince dalla relazione:

Presa in carico dell'attività correlata alle Vaccinazioni,
Trasformazione del Dipartimento Salute Mentale in Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze (gestionale) in line alla Direzione Socio Sanitaria, ricomprendente tutte le attività del DSM del SERD e SERT e della NPI;

Integrazione ed attivazione della SC Consultori Familiari all'interno del Dipartimento Materno Infantile;
Creazione e attivazione del Dipartimento delle Fragilità (gestionale) in line alla Direzione Socio Sanitaria,
Attribuzione di tutta l'attività farmaceutica/dispensativa alla SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale;
Revisione dell'organizzazione dei punti di contatto aziendali e attribuzione del governo delle risorse e delle attività amministrative alla SC Gestione Amministrativa Servizi Socio Sanitari

Attivazione del progetto sperimentale per l'attuazione dell'area interaziendale territoriale socio sanitaria casalasco – viadanese

Attivazione del Centro Servizi dedicato alla presa in carico del paziente cronico e/o fragile

Individuazione dei Clinical manager, Processowner e Case manager per le principali patologie

Presa in carico della gestione diretta dell'ex Ospedale di Viadana (31/12/2017) in vista dello sviluppo del progetto di degenza di comunità.

Il NVP con l'occasione e come evidenziato nei verbali relativi ritiene essenziale l'uniformazione ed costante miglioramento del sistema di valutazione aziendale.

GRADO DI CONSEGUIMENTO DEGLI OBIETTIVI

Come si può constatare dalla tabella sinottica allegata (tabella 4.1)il grado di conseguimento degli obiettivi è più che soddisfacente: infatti nella dimensione dell'efficienza ed in quella dell'appropriatezza e qualità dell'assistenza gli obiettivi sono stati pienamente raggiunti; nelle due aree rimanenti (qualità dei processi organizzativi, efficacia ed accessibilità/soddisfazione utenza) solo due obiettivi risultano parzialmente raggiunti (obiettivi connessi ai posti letto) mentre l'unico non raggiunto concerne i donatori di cornee, obiettivo questo tradizionalmente connesso a variabili indipendenti.

Tutto ciò premesso, in conformità a quanto assunto nella relativa seduta (cfr. verbale) il Nucleo di valutazione delle prestazioni dell'ASST di Mantova valida la relazione al Piano della Performance aziendale anno 2017.

f.to Presidente del Nucleo di Valutazione

Dr. Giovanni Lamberti

28 giugno 2018

4.1 Tabella sintesi conseguimento obiettivi anno 2017

DIMENSIONE PERFORMANCE	OBIETTIVI	INDICATORE	RISULTATO ATTESO 2017	RISULTATO OTTENUTO 2017	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO
Efficienza	Produzione	volumi attività e/o valore produzione	Mantenimento	+0,02%	Raggiunto
	Consumi	Rapporto consumo di materiale sanitario/produzione	Ottimizzazione	-0,01%	Raggiunto
	Personale	Rapporto costo del personale/produzione	Ottimizzazione	-0,9%	Raggiunto
Qualità Processi Organizzativi	Trasparenza e prevenzione della corruzione: chiusura delle azioni previste dal piano	n° di azioni previste dal piano chiuse / n° azioni previste dal piano	100%	100%	Raggiunto
	Posti Letto	N° dimissioni e ricoveri da P.S. nelle fasce orarie della mattina e nei giorni festivi	Miglioramento	- Ricoveri da P.S. nelle fasce orarie della mattina: -1,22%; - Dimissioni nei festivi: +1,62%	Parzialmente raggiunto
		Degenza media	Miglioramento	- DM I trimestre 2017 +1%; - DM IV trimestre 2017: -1,7%; - Casistica chirurgica -0,4%; - DM pre-operatoria casistica chirurgica -1,3%	Parzialmente raggiunto
	Sviluppo progetti interaziendali Cremona	numero ambiti/progetti di collaborazione e/o volumi di prestazioni	Miglioramento	+10,4%	Raggiunto
	Sale Operatorie	Progetto di riorganizzazione	Miglioramento	- crea linea dedicata all'urgenza; - miglioramento percorso logistica paziente; - presentato piano di investimenti per adeguamento tecnologico	Raggiunto
miglioramento utilizzo piattaforma (% occupazione)		91%		Raggiunto	
Efficacia	Percorso Nascita	N° partoanalgesie/N° parti totali	Consolidamento/miglioramento	+12,2%	Raggiunto
		numero parti cesarei /numero parti totale	Miglioramento	-2,0%	Raggiunto
	Donazioni & Trapianti	N° donatori segnalati	Mantenimento/miglioramento	2017: 13 segnalazioni; 2016: 7 segnalazioni	Raggiunto
		N° donatori comee/decessi	10%	7,40%	Non raggiunto
	Reti di Patologia	TRAUMA	Rispetto Obiettivi Portale	Sostanziale rispetto Obiettivi Portale di governo	Sostanzialmente raggiunto
		STROKE			
		STEMI			
		ROL-Mammella			
ROL-Colon Retto					
Area Salute Mentale	RENE	evidenza	Vedi rendicontazione pag. 37	Raggiunto	
	REL				