



**Nucleo Valutazione delle Prestazioni**

ASST Papa Giovanni XXIII

Presidente: Dr. Giovanni Lamberti

Componente: Dr. Filippo Basso

Componente: Dr. Antonio Giulio De Belvis

## DOCUMENTO DI VALIDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ANNO 2015

Il Nucleo di valutazione delle prestazioni, ai sensi dell'articolo 14, comma 4, lettera c), del D.Legs. n. 150/2009 e delle successive deliberazioni n. 4, n. 5 e n. 6 del 2012, n. 6 e n. 23 del 2013 della CiVIT, ha preso in esame la relazione al Piano della performance presentata dall'ASST Papa Giovanni XXIII nella seduta del 23 giugno 2016.

Il Nucleo di Valutazione dà preliminarmente atto che la presente relazione si riferisce al Piano della Performance triennio 2014 - 2016. Nell'ambito di tale Piano, è prevista una rendicontazione annuale sul raggiungimento dei risultati raggiunti.

Il Nucleo di valutazione evidenzia che il documento riporta nella parte introduttiva cenni relativi all'evoluzione del sistema socio-sanitario lombardo (L. R. 23/2015), lo stato di realizzazione degli obiettivi in base agli indicatori previsti, la congruenza tra risultati conseguiti e obiettivi attesi, tenuto conto delle risorse, rilevando gli eventuali scostamenti.

Si evidenzia anche che, in conformità alle direttive più recenti, la relazione sulla performance e il nuovo Piano sono predisposti come 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 attestato nei verbali agli atti della USSD Valutazione risorse umane e obiettivi di mandato.

Il presente documento è stato redatto facendo riferimento anche alle direttive dell'OIV della Regione Lombardia emanate a suo tempo (anno 2012).

In particolare, si ritiene di evidenziare che il documento in esame contiene e analizza:

- **I dati di attività sanitaria** (attività di ricovero, attività chirurgica, dati sui trapianti e alta specializzazione, cure oncologiche, emergenza-urgenza, attività ambulatoriale);
- **gli obiettivi aziendali di interesse regionale:** governo della prevenzione e tutela della salute, governo dei dati, delle strategie, piani del sistema sanitario, programmazione e governo dei servizi sanitari, affari generali e legali, personale e investimenti, riordino dell'offerta;
- **i tempi di attesa:** miglioramento dei tempi d'attesa (rilevazione ex-ante e ex-post) per le prestazioni individuate come critiche. A tale proposito si evidenzia che l'Azienda rispetta

direttamente i tempi obiettivo per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, di ricovero e radioterapia oggetto di monitoraggio regionale ed indirettamente (secondo indicazioni ASL) per le prestazioni indicate.

- **le disposizioni in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza.** In attuazione della Legge 6 novembre 2012, n. 190 “Disposizioni per la prevenzione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”, l’Azienda Ospedaliera ha adottato il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione 2016-2018 e il Programma Triennale per la Trasparenza e l’Integrità 2016-2018, quale sezione dello stesso Piano. L’ Azienda garantisce il coordinamento e la coerenza fra i loro contenuti, nonché l’ulteriore collegamento con il Piano della Performance. L’attività dell’azienda ospedaliera in tema di *trasparenza*, cioè di obblighi di pubblicità e di diffusione delle informazioni, è a regime secondo gli standard normativi. Sul tema della *prevenzione della corruzione*, alla luce di significativi cambiamenti nell’Ordinamento Giuridico, quali ad esempio l’introduzione di una sezione dedicata alla Sanità nel Piano Nazionale Anticorruzione, si è provveduto all’aggiornamento del Piano triennale di prevenzione della corruzione aziendale, modificando la ponderazione del rischio, ritenendolo rilevante già con punteggio di 6 in luogo del precedente 8,5. L’Azienda inoltre sta implementando il piano attuativo di certificabilità del bilancio e ogni azione è tesa a garantire il maggior livello possibile di prevenzione rispetto a condotte non conformi ai principi etici che potrebbero essere prodromi di illeciti.
- **il posizionamento della qualità dell’assistenza** dell’azienda ospedaliera a partire dalla valutazione di alcuni indicatori del programma nazionale esiti-PNE.
- **la misurazione delle performance**, rappresentata in tabelle sinottiche contenenti indicatori di risultato, processi decisionali e dimensioni di analisi.
- **il programma integrato di miglioramento dell’organizzazione** nell’anno 2015 - **PIMO**, finalizzato alla definizione di strumenti che favoriscano efficienza, appropriatezza e qualità degli interventi sanitari, garantendone l’appropriata valutazione, anche tramite la messa in atto di un *Programma nazionale per la promozione della qualità e della sicurezza delle cure*.

Tutto ciò premesso, Il Nucleo di valutazione delle prestazioni valida la relazione al Piano della performance aziendale anno 2015.

Presidente del Nucleo di Valutazione  
Dr. Giovanni Lamberti



23 giugno 2016