



VERBALE SEDUTA NUCLEO DI VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI 19 Maggio 2017 – NR. 6

In data 19 Maggio 2017, alle ore 15.00, presso la Sala Consiglio, si riunisce il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni della Fondazione nelle persone dei signori:

- avv. Mirella Ciccì;
- d.ssa Valentina Brunelli;
- dott. Francesco Caprara.

Sono inoltre presenti:

- dott. Giacomo Boscagli, Direttore s.c. Risorse Economiche e Finanziarie e Libera Professione;
- Ing. Pietro Caratti di Valfrei, in qualità di Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza;
- Dott. Gustavo Galmozzi, Direttore s.c. Direzione Medica di Presidio
- Dott. Dario Ganci, collaboratore presso la s.c. Affari Generali e Legali.

All'ordine del giorno sono posti i seguenti argomenti:

1. Obiettivi anno 2016 Direttore Generale, Direttore Scientifico, Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo;
2. Attività di controllo inerenti la prevenzione della corruzione e la trasparenza (l.190/2012 e D.lgs 33/2013): *Gestione delle liste di attesa e delle agende di prenotazione ricoveri*;
3. Varie ed eventuali.

1. Obiettivi anno 2016 Direttore Generale, Direttore Scientifico, Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo;

Il presente punto all'ordine del giorno, viene inserito su richiesta dell'Azienda e dunque il dott. Boscagli, sottopone al Nucleo di Valutazione le relazioni redatte dal Direttore Generale e dal Direttore Scientifico della Fondazione, già valutate dal Consiglio di Amministrazione, il quale ha ritenuto che entrambi i Direttori apicali abbiano raggiunto al 100% gli obiettivi loro assegnati dallo stesso CdA per l'anno 2016. Il Nucleo di valutazione esprime l'orientamento generale che tale procedura debba considerarsi irrituale sia a fronte delle competenze del Nucleo stesso, sia in relazione a quelle specifiche del Consiglio di Amministrazione, tra le quali rientra a pieno titolo la valutazione dei Direttori apicali.

Il Dott. Boscagli rappresenta che al Direttore Generale erano stati assegnati 6 obiettivi:

1. Definizione, alla luce della attuali esigenze, del nuovo assetto organizzativo della Fondazione;
2. Sviluppo di un piano di intesa con la Fondazione IRCCS "Istituto Neurologico Carlo Besta" finalizzato alla realizzazione della città della salute;

Handwritten signature and initials in blue ink, including the letters 'SU' and 'me'.



3. Piano Triennale della Prevenzione della corruzione e Programma Triennale della Trasparenza 2016-2018;
4. Miglioramento del processo di gestione del paziente nelle diverse fasi della malattia (multidisciplinarietà);
5. Miglioramento del processo di gestione del paziente nelle diverse fasi della malattia (urgenze);
6. Cartella Clinica Elettronica.

Gli obiettivi del Direttore Scientifico erano invece 4:

1. Piano di miglioramento dell'organizzazione della Direzione Scientifica nell'ambito del PIMO 2016;
2. Piano strategico della Ricerca 2016-2019, creazione di un fondo della ricerca e di un bando istituzionale 2016 per i progetti dell'Istituto;
3. Internazionalizzazione della ricerca e attività di cooperazione;
4. Accredimento INT presso AIFA per condurre sperimentazioni cliniche di Fase I e presso il Ministero della Salute a condurre studi clinici con Terapie Avanzate (Terapia Genica e Terapia cellulare).

Il Consiglio di Amministrazione si esprime, con proprio atto, per una valutazione pienamente positiva dell'operato del Direttore Generale e del Direttore Scientifico, richiamando tra l'altro la metodologia adottata da Regione Lombardia per la valutazione dei Direttori Generali di ASST, ATS e IRCCS. **Al riguardo, dunque, il Nucleo di Valutazione prende atto della valutazione effettuata dal Consiglio di Amministrazione.**

Per quanto riguarda invece, gli obiettivi 2016 del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario, il Dott. Boscagli rappresenta che la valutazione è stata effettuata dal Direttore Generale sulla base di due relazioni redatte dagli stessi direttori. In particolare, per entrambi, alcuni obiettivi erano condivisi con il Direttore Generale: per il D.A. gli obiettivi n. 1 n. 3, per il D.S. gli obiettivi n. 1, n. 2, n. 4, n. 5 e n. 6.

Gli ulteriori obiettivi del D.A. riguardavano invece la programmazione degli acquisti, il Piano Attuativo della Certificabilità, la riorganizzazione dei servizi di accoglienza e la sicurezza.

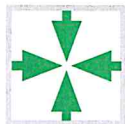
Gli ulteriori obiettivi del D.S. erano invece relativi al miglioramento dell'organizzazione dell'attività di sala operatoria, al governo della spesa dei dispositivi medici tramite l'attivazione del nuovo gruppo di *Health Technology Assessment*.

Il Direttore Generale, dunque, si esprime con propria nota, per una valutazione pienamente positiva dell'operato del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario, dunque, il Nucleo di Valutazione, prende atto della valutazione effettuata dal Direttore Generale.

2. Attività di controllo inerenti la prevenzione della corruzione e la trasparenza (L. n. 190/2012 e D.lgs n. 33/2013): Gestione delle liste di attesa e delle agende di prenotazione ricoveri;

Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni congiuntamente al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, nell'ambito delle attività di controllo programmata inerente la

Handwritten initials and a signature, including the number '2'.



prevenzione della corruzione e la trasparenza delle aree c.d. “sensibili” presenti nel PTPC, verificano l’area di rischio E (Attività libero professionale e liste di attesa) ed in particolare:

1. la gestione delle liste di attesa e delle agende di prenotazione ricoveri;
2. la gestione delle agende per la libera professione.

Tale verifica viene effettuata mediante l’audizione diretta del dott. Gustavo Galmozzi, Direttore della s.c. Direzione Medica di Presidio, che mette a disposizione la documentazione attestante le verifiche ed il monitoraggio delle misure indicate nel Piano Anticorruzione 2017/2019.

Previa una breve introduzione dell’argomento, il Responsabile per la prevenzione della Corruzione, dott. Caratti, da avvio all’attività di controllo e richiede al Dirigente della s.c. Direzione Medica di Presidio una breve descrizione dell’attività di ricovero presso la Fondazione, sia mediante il SSN che in LP, con particolare riferimento alla gestione delle rispettive liste di attesa.

Il dott. Galmozzi, descrive le modalità di gestione dei ricoveri mediante il SSN in relazione ai rischi individuati nel PTPC.

Tale gestione, totalmente proceduralizzata, è stata elaborata in coerenza con le strategie aziendali con lo scopo di descrivere tutte le attività e gli adempimenti connessi alla prenotazione, alla chiamata ed alla accettazione dei pazienti sottoposti a procedure di diagnosi e cura in regime di ricovero (ordinario e DH/DS). La procedura viene applicata alle attività di “ricovero ordinario” mediante il SSN.

Viene chiarito che tale procedura è nata anche dall’esigenza di ottimizzare la gestione dei ricoveri in relazione:

- alle tempistiche di prenotazione;
- alla programmazione delle attività di ricovero e pre-ricovero;
- alla disponibilità dei posti letto.

Viene inoltre chiarito che l’autorizzazione ai ricoveri a “data fissa e/o per insorta gravità” viene rilasciata mediante firma, da parte del Dirigente Medico della s.c. DMP, dei “fogli di ricovero” a seguito di verifica degli stessi, compilati e firmati dal Medico richiedente il ricovero.

Tale autorizzazione è sempre rilasciata per ciascun Paziente per il quale sia ritenuta necessaria dal medico richiedente il ricovero, a seguito di valutazione dello stato di salute.

La scelta di un Ufficio ricoveri unico, centralizzato, e la presenza di una procedura appositamente dedicata (PRO G 13), garantisce trasparenza e certezza dell’organizzazione dei reparti.

La dott.ssa Brunelli sul punto chiede se la misura di trattamento in esame sarà anche adottata per i ricoveri in Libera Professione.

Il dott. Galmozzi chiarisce che è in studio una nuova procedura “gemella della PRO G 13” -prevista nel PTPC vigente- relativa all’autorizzazione del ricovero per l’attività Libero Professionale intramuraria.

Nel contempo, sono già presenti delle regole stringenti per i medici che svolgono LP, sulla base del Regolamento Aziendale per l’Attività in LP (Deliberazioni n. 132F/ 2013 e n. 32F/2016).

Sono costanti le verifiche sulle eventuali irregolarità delle timbrature dei medici (controllo mensile) e di quelle legate al governo delle liste d’attesa.

Gli esiti saranno relazionati al RPC nel corso del semestre in corso.

Si passa, dunque, all’analisi della gestione delle agende per la Libera Professione ed al rischio identificato dal PTPC relativo al pericolo di una veicolazione opportunistica dei pazienti-

Handwritten signature and initials in blue ink, including the number 3.



L'avv. Ciccio chiede chiarimenti in merito al vademecum di supporto alla scelta da parte del paziente del medico al quale rivolgersi.

Il dott. Galmozzi, facendo presente che il vademecum è in corso di redazione, consegna al NVP la lista completa dei Medici che esercitano la libera professione intramuraria per struttura di appartenenza con i relativi orari di ricevimento quale unico strumento attualmente in uso a supporto della scelta del professionista da parte del paziente.

In particolare tale lista, disponibile tra l'altro sul sito web aziendale, viene presentata sia allo sportello che telefonicamente a tutti i pazienti.

L'inserimento del nominativo del medico prescelto è informatizzato, i controlli sono mensili e riguardano la presenza di anomalie sistematiche nelle visite e/o ricoveri svolte dallo stesso professionista.

Concludendo il dott. Caratti richiede ulteriori chiarimenti circa le tempistiche di implementazione del vademecum di supporto alla scelta da parte del paziente del medico al quale rivolgersi.

Il dott. Galmozzi chiarisce che:

- è in studio un percorso formativo per i dipendenti del CUP relativamente questo tema;
- saranno programmate telefonate "c.d. civetta" per valutare l'efficacia delle indicazioni fornite al pubblico;
- il vademecum sarà affisso nei reparti e reso fruibile presso l'URP.

Alle 16,45 il dott. Galmozzi viene congedato.

In via generale, il NVP ed il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione hanno apprezzato le modalità di prenotazione presso gli sportelli del CUP e l'organizzazione dei ricoveri; in particolare viene valutato positivamente il lavoro fatto dalla Fondazione nell'elaborare un regolamento che disciplini specificatamente la gestione dei ricoveri e la redazione di una Procedura di Qualità anche per la libera professione intramuraria.

Alla luce di ciò viene raccomandato l'aggiornamento della Procedura di Qualità PRO G 13, e la creazione di analoga Procedura di Qualità anche per la Libera Professione entro il 2017.

Vengono infine richieste verifiche specifiche su eventuali lamentele presso l'URP sulle Liste d'attesa. L'esito delle verifiche sarà allegato alla relazione finale del NVP e del RPC.

La seduta termina alle h. 17.00

Letto, confermato e sottoscritto

avv. Mirella Ciccio

d.ssa Valentina Brunelli

dott. Francesco Caprara