



**ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE  
AOU POLICLINICO CATANIA**

**RELAZIONE**  
***SUL FUNZIONAMENTO COMPLESSIVO DEL  
SISTEMA DI VALUTAZIONE, TRASPARENZA E  
INTEGRITÀ DEI CONTROLLI INTERNI (art. 14,  
comma 4, lettera a) del D.Lgs. N. 150/2009 s.m.i.)***  
**Anno 2024 relativa al 2023**

<b>PREMESSA.....</b>	<b>.2</b>
<b>FUNZIONAMENTO COMPLESSIVO DEL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE (SMVP).....</b>	<b>.5</b>
<b>A. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA.....</b>	<b>.12</b>
<b>B. PERFORMANCE INDIVIDUALE.....</b>	<b>.26</b>
<b>C. PROCESSO DI ATTUAZIONE DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE. .</b>	<b>.26</b>
<b>D. INFRASTRUTTURA DI SUPPORTO.....</b>	<b>.27</b>
<b>E. SISTEMI INFORMATIVI E INFORMATICI A SUPPORTO DELL'ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA TRIENNALE DELLA TRASPARENZA E L'INTEGRITÀ E PER IL RISPETTO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE.....</b>	<b>.27</b>
<b>F. DEFINIZIONE E GESTIONE DI STANDARD DI QUALITÀ.....</b>	<b>.28</b>
<b>G. UTILIZZO DEI RISULTATI DEL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE.....</b>	<b>.28</b>
<b>H. DESCRIZIONE DELLE MODALITÀ DI MONITORAGGIO DELL'OIV.....</b>	<b>.28</b>

## **PREMESSA**

L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Catania (di seguito AOU di Catania) è un'Azienda Sanitaria di alta specializzazione, avente personalità giuridica di diritto pubblico, dotata di autonomia organizzativa, amministrativa, tecnica, patrimoniale, contabile e gestionale. L'AOU opera nel contesto assistenziale, istituzionale, sociale ed economico del territorio regionale della Sicilia. Dà luogo a processi assistenziali, essenziali anche allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e ricerca della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Catania. La programmazione strategica ed operativa delle attività segue valori di riferimento condivisi con detta istituzione universitaria.

Con riferimento a quanto previsto dal D. Lgs. 150/2009, art. 14, comma 4, lett. A), la presente rappresenta la relazione dell'Organismo di Valutazione della performance dell'A.O.U. di Catania sul monitoraggio del funzionamento complessivo del sistema di valutazione, della trasparenza e dell'integrità dei controlli interni, relativa all'anno 2023.

La relazione descrive, in modo particolare, i principali aspetti del funzionamento del sistema di valutazione esplicitando la capacità dell'Azienda a rispondere ai dettami normativi ed evidenziando le particolarità del sistema e gli eventuali spazi di miglioramento.

L'Organismo Indipendente di Valutazione, costituito con delibera n. 483 del 22/03/2021, ha operato la propria verifica in base a criteri di indipendenza ed imparzialità, tenendo conto dei principi di trasparenza, attendibilità, ragionevolezza, verificabilità, evidenza e tracciabilità.

La relazione è articolata seguendo i principali aspetti del ciclo della performance e delle procedure di valutazione e trasparenza presenti nell'Azienda Ospedaliera Policlinico Universitario di Catania ed è frutto del processo di monitoraggio effettuato dall'OIV nel corso dell'anno 2023 e tenendo in debito conto l'attività eseguita nelle precedenti relazioni, avente il medesimo oggetto, relativa agli anni 2021 e 2022.

Il d.lgs. 74/2017, con il quale il legislatore ha adeguato l'impianto originario del d.lgs. 150/2009, ha ribadito l'esigenza di presidiare l'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e l'efficienza delle amministrazioni, confermando la necessità che anche le Aziende Sanitarie promuovano il merito e il miglioramento continuo dei risultati, mediante l'utilizzo di sistemi premianti selettivi. I sistemi devono essere tali garantire lo sviluppo di una strategia di incentivazione, orientata all'individuazione di obiettivi di miglioramento, che l'Azienda si prefigge di raggiungere nel periodo di tempo considerato. I sistemi devono, pertanto, essere ispirati da logiche meritocratiche, adatte a valorizzare le strutture e i dipendenti che conseguono la migliore prestazione (performance), attraverso la retribuzione selettiva degli incentivi, sia economici che di carriera, evitando, in ogni caso, la distribuzione in maniera indifferenziata dei premi collegati alle prestazioni e ai risultati.

Affinché le prescrizioni normative e, contrattuali, possano essere rispettate, occorre il concorso di alcune condizioni imprescindibili:

1. Adozione del Sistema di Misurazione e di Valutazione della Performance, ovvero la formalizzazione di un insieme di tecniche, risorse, processi e regole chiare che assicurino il corretto svolgimento delle funzioni di programmazione, rendicontazione, misurazione e valutazione e della performance;

2. Definizione dell'albero della performance, con indicazione chiara ed esaustiva degli obiettivi strategici aziendali e, quindi, dei correlati obiettivi gestionali e operativi, con indicazione, per ciascuno di essi dei relativi indicatori (misurabili) e dei risultati attesi (target);

3. Mantenimento di un sistema di reporting che garantisca il monitoraggio in itinere e la misurazione, al termine del periodo di riferimento, del grado di raggiungimento degli obiettivi. Tale funzione deve essere svolta sia dall'amministrazione, nell'esercizio del controllo direzionale, sia dall'O.I.V., nell'esercizio delle proprie funzioni. Occorre quindi prevedere una reportistica adeguata, che consenta alla Direzione Strategica, ai Direttori di Dipartimento e ai Direttori/Responsabili di Struttura, di poter calibrare in corso d'esercizio il setting degli obiettivi adeguandolo in funzione dell'effettiva disponibilità di risorse. La funzione di controllo della performance, organizzativa e individuale, rientra tra le competenze che la norma affida, in via concorrente, all'organismo indipendente di valutazione (O.I.V.), al quale viene assegnato il compito di sovrintendere al funzionamento complessivo del sistema di misurazione e valutazione della performance, e di proporre agli organi di indirizzo la valutazione dei dirigenti apicali.

I documenti inerenti il ciclo della performance sono stati pubblicati sul sito internet istituzionale dell'Azienda, nella specifica area dedicata all'Amministrazione Trasparente, e disponibili dal 1° gennaio 2023 al link:

<https://www.policlinicorodolicosanmarco.it/trasparenza/default.aspx?section=33&title=Performance> e sino al 31.12.2022 nel vecchio sito al link:  
<https://archivio.policlinicovittorioemanuele.it/amministrazione-trasparente#Performance>

Nella sezione Performance di Amministrazione Trasparente sono disponibili i diversi piani della performance al tempo adottati sino al Piano Triennale della Performance 2022-2024, adottato con deliberazione n. 271/2022, il PIAO adottato con deliberazione n. 1510/2022 e l'aggiornamento del PIAO per il triennio 2023 – 2025.

La presente relazione espone le principali evidenze oggetto del monitoraggio sul funzionamento complessivo del sistema della valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni dell'AOUP Catania per l'anno 2023.

## **FUNZIONAMENTO COMPLESSIVO DEL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE (SMVP)**

L'A.O.U. Policlinico "G. Rodolico – San Marco" Catania è nata dall'integrazione fra l'Azienda Ospedaliera Universitaria "Vittorio Emanuele, Ferrarotto, Santo Bambino" e l'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "G. Rodolico", in seguito alla stipula del Protocollo d'intesa fra la Regione Siciliana e l'Università degli Studi di Catania, sottoscritto in data 12 agosto 2009 e approvato con Decreto dell'Assessore della Sanità n. 1759/09 del 31 agosto 2009.

La struttura organizzativa dell'A.O.U. Policlinico "G. Rodolico - San Marco" è in atto quella definita dal vigente Atto Aziendale, giusta deliberazione n. 1176 del 19/06/2020 e deliberazione n. 785 del 01/04/2022 che ha modificato l'Allegato 1 dello stesso documento strategico, in coerenza con il D.A. n. 22 del 11/01/2019 "Adeguamento della rete ospedaliera al D.M. 2 aprile 2015 n. 70", che l'Assessorato Regionale della Salute, alla conclusione del procedimento di controllo e approvazione di cui all'art 16 della L.R. n. 5/2009, ha approvato con D.A. n. 484/2020.

L'Azienda Ospedaliera Policlinico Universitario di Catania è un Ente con personalità giuridica pubblica avente autonomia imprenditoriale costituito in forza dell'art. 8 della Legge Regionale 14 aprile 2009, n. 5. Ha sede legale in Catania, in Via Santa Sofia, 78. La partita IVA dell'Azienda è 04721290874.

Ai sensi dell'art. 5 della L.R. 5/2009 l'Azienda ricade nel territorio definito "Bacino Sicilia Orientale" (Province di Catania, Messina, Ragusa, Siracusa ed Enna). L'Azienda è collocata nel contesto urbano della città di Catania con due presidi: il Gaspare Rodolico situato nella immediata periferia nord della città, proteso verso i comuni della cintura etnea e il nuovo ospedale San Marco nell'area di Librino alla periferia sud della città, ambedue facilmente raggiungibili, grazie alla prossimità a grandi assi viari rappresentati dalla circonvallazione e dalla tangenziale di Catania.

### Gaspare Rodolico

La struttura si presenta a padiglioni separati e costituisce il Presidio di riferimento della Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Catania. Deputata alla formazione degli studenti e degli specializzandi, in essa insistono le unità operative a direzione universitaria e unità operative sede di scuole di specializzazione rientranti nella rete formativa regionale. Il presidio Rodolico si caratterizza per la presenza di discipline di alta specialità chirurgica ed interventistica, nonché per specialità mediche afferenti le discipline di area oncologica ed ematologica e dei trapianti. Il completamento dei processi di trasferimento delle unità operative dai presidi Vittorio Emanuele, Ferrarotto e Santo Bambino offre oggi opportunità di diagnosi e cura per i pazienti dell'area urbana ed extra urbana in grado di affrontare la complessità dell'emergenza urgenza (Pronto Soccorso che gestisce oltre 65.000 accessi

anno) e la gestione di patologie croniche e complesse afferenti le discipline quali Cardiocirurgia, Cardiologia ed Emodinamica, Chirurgia Generale, Chirurgia Vascolare, Ortopedia, Ematologia, Neurologia, Pediatria, Ostetrica e Ginecologia, Neonatologia, Oculistica, Oncoematologia Pediatrica, Oncologia oltre a servizi sanitari di supporto quali Radiologia di PS, Radiologia Interventistica, Medicina Trasfusionale, Servizi di terapia intensiva anche post operatoria e Anatomia Patologica.

### San Marco

La struttura, di nuova costruzione, si articola su 4 edifici tra loro collegati e accoglie la gran parte delle UU.OO. in passato ospitate presso l'ospedale Vittorio Emanuele, le Unità Operative del dismesso presidio ospedaliero Santo Bambino e di parte del presidio ospedaliero Ferrarotto, nonché le unità operative programmate nell'ambito dell'attuale rete ospedaliera della Regione Siciliana. In particolare:

- l'edificio A ospita le Unità Operative afferenti al Dipartimento Materno Infantile: ostetricia e ginecologia, neonatologia, cardiologia pediatrica, UTIN, ed i pronto soccorsi ostetrico e pediatrico e la reumatologia. Così come in passato per il Santo Bambino il nuovo Presidio San Marco assicura i Servizi di Trasporto Emergenza Neonatale (STEN) e di Trasporto Assistito Materno (STAM) per la provincia di Catania e gran parte del bacino sud orientale della Regione. L'edificio accoglie altresì Patologia Ostetrica, Broncopneumologia, Pediatria, Servizio sociale, Ufficio nascite e Servizio Infermieristico.

- l'edificio B, che consta di sei livelli, oltre ad ospitare una importante area destinata ad ambulatori ed aree di Day-hospital e Daysurgery (oculistica, ORL e dermatologia), accoglie le aree di degenza dei reparti di Chirurgia generale, Urologia, Chirurgia Toracica, Chirurgia Maxillo Facciale, Psichiatria (Tutela della Salute Mentale ASP CT), Angiologia, Medicina, Cardiologia, Malattie Infettive, Nefrologia e Dialisi e Terapia Intensiva. L'edificio ospita inoltre Terapia del dolore, Neurochirurgia, MCAU, i servizi di endoscopia digestiva ed urologica.

Il bacino della popolazione di riferimento dell'Azienda è quello della Sicilia Orientale ed è pertanto pari a 2.539.516 abitanti (fonte dati ISTAT demo anno 2022), distribuiti su 13.085 mq di territorio, esclusa l'incidenza della mobilità sanitaria extra regionale e della popolazione temporaneamente residente presso la Regione.

Nel corso dell'ultimo triennio a seguito della definitiva attivazione del nuovo P.O. San Marco di Librino, sono stati completati i principali step legati alla disattivazione delle attività sanitarie insistenti presso i presidi storici in uno alla definitiva dismissione del P.O. S. Marta, ed al contestuale trasferimento, senza interruzione di pubblico servizio e senza soluzione di continuità nell'erogazione dei servizi sanitari, presso le nuove strutture sanitarie aziendali dei PP.OO. G. Rodolico e San Marco. Di conseguenza, il trasferimento di tutte le attività sanitarie insistenti presso le strutture dei presidi storici Vittorio Emanuele – Ferrarotto e S. Bambino ha comportato la rimodulazione dei servizi appaltati e della logistica complessiva per il corretto funzionamento delle strutture organizzative aziendali, avviando in ottemperanza alle

linee di indirizzo regionali tempo per tempo diramate, in modo sinergico con diverse amministrazioni pubbliche processi di razionalizzazione, ottimizzazione e valorizzazione del patrimonio pubblico di diretta afferenza. Le iniziative poste in essere hanno riguardato l'avvio di programmi di concessione in utilizzo degli immobili non più destinati ad attività sanitarie con la finalità di rifunzionalizzare le strutture ospedaliere storiche, garantire la razionalizzazione degli spazi o, ancora, assicurare la più idonea collocazione degli uffici periferici di diverse amministrazioni ed enti Pubblici, favorendo la riduzione dei costi per la gestione e conduzione del patrimonio indisponibile aziendale. Di conseguenza, sono state dismesse quasi tutte le strutture dei presidi storici con rimodulazione dei servizi appaltati (pulizie, rifiuti, vigilanza) in ragione dei citati trasferimenti.

Nel corso del 2023, sono state potenziate le attività diagnostiche di Medicina nucleare, le attività ambulatoriali e il Day Surgery di Chirurgia Pediatrica. E' stata avviata l'attività operatoria della UOS Otorinolaringoiatria e delle attività di ricovero ordinario presso le UU.OO. di Recupero e riabilitazione funzionale e Neurologia.

Con il Decreto Assessoriale 14/01/2015 di "Riqualficazione e rifunzionalizzazione della rete ospedaliera – territoriale della Regione Sicilia", l'Azienda è stata dotata di 921 posti letto, di cui: 798 di degenza ordinaria, di cui 11 per attività di riabilitazione, e di 123 posti letto per attività Day Hospital. A seguito della riorganizzazione della rete ospedaliera, è stata ridefinita la dotazione di posti letto assegnati all'Azienda ed in particolare 474 posti letto sono stati attribuiti al Presidio Rodolico e 437 al Presidio San Marco con la redistribuzione delle Unità Operative complesse e semplici. La dotazione di posti letto, la numerosità e la tipologia delle Unità Operative consentono all'Azienda di offrire all'utenza un'offerta sanitaria completa e di elevato livello.

L'A.O.U.P. "G. Rodolico – San Marco" di Catania fa parte della rete sanitaria pubblica che serve la città di Catania, l'area metropolitana con i comuni limitrofi, e l'intera provincia di Catania.

Nel corso del 2024 saranno posti gli ultimi tasselli mancanti al completamento dell'Ospedale, con l'attivazione dell'elisuperficie per il soccorso in emergenza da e per il PO San Marco, già autorizzata a dicembre 2023, e l'attivazione di nuovi dispositivi ad alta tecnologia, che caratterizzeranno l'Ospedale San Marco come uno dei più attrezzati della Sicilia e del Sud Italia.

L'Azienda, quale Policlinico Universitario è caratterizzata da attività di assistenza e cura, ma anche di didattica e ricerca. In ottemperanza alla mission aziendale è sede di attività di sperimentazione avente come scopo principale l'acquisizione, su specifici oggetti di indagine, di nuove conoscenze, generalizzabili, rivolte alla comunità scientifica e come finalità primaria l'acquisizione di conoscenze destinate a contribuire al miglioramento delle capacità di governo dei problemi assistenziali in uno specifico contesto clinico scientifico e valutativo. Ogni ricerca o sperimentazione è condotta sotto la responsabilità clinica e scientifica da personale aziendale che assume il ruolo di Sperimentatore, chiamato ad informare le relative attività alle specifiche previsioni contenute nelle norme di Buona Pratica Clinica (GCP), ai protocolli di studio, in

ottemperanza alla vigente normativa europea, nazionale e regionale, oltre a quanto previsto dalle specifiche procedure e regolamenti aziendali.

L'Azienda concorre al raggiungimento degli obiettivi individuati dalla programmazione nazionale e regionale in campo assistenziale, e dei compiti istituzionali dell'Università con particolare riferimento alle funzioni di didattica e di ricerca della Facoltà di Medicina e Chirurgia.

L'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico – Catania è l'Azienda di riferimento per le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e di ricerca e garantisce l'integrazione fra le attività assistenziali e le attività didattiche e di ricerca svolte dal Servizio Sanitario Regionale e dall'Università. Essa opera nel rispetto reciproco degli obiettivi istituzionali e di programmazione del Servizio Sanitario Regionale e dell'Università, nonché nell'ambito del sistema di relazioni fra le Aziende del Servizio Sanitario Regionale. L'Azienda e l'Università, per quanto di propria competenza, promuovono i fondamentali obiettivi, delineati nel Protocollo regionale, di assicurare la qualità e la congruità della formazione del personale medico e sanitario, nonché lo sviluppo della ricerca biomedica e sanitaria e garantire la qualità e la sostenibilità del Servizio Sanitario. In questo ambito, entrambe le Istituzioni promuovono la massima integrazione e collaborazione tra il sistema assistenziale ed il sistema della formazione, accrescendo la qualità e potenziamento della formazione del personale medico e sanitario, dello sviluppo della ricerca medica e dell'efficienza del Servizio Sanitario pubblico. L'Azienda eroga prestazioni sanitarie di diagnosi e cura in regime di ricovero ordinario, in Day Hospital, prestazioni ambulatoriali e di Day Service, oltre all'attività di didattica e ricerca proprie delle Aziende Ospedaliere Universitarie, integrate con la Scuola "Facoltà di Medicina e Chirurgia".

L'Azienda pertanto:

- ✓ Fornisce assistenza per le patologie in fase acuta che richiedono prestazioni di diagnosi e cura caratterizzate da un impegno assistenziale medio alto e da un elevato profilo qualitativo, in ragione della presenza e dell'utilizzo di tecnologie avanzate e di metodologie diagnostiche e terapie innovative.
- ✓ Impronta la propria attività a criteri di efficacia, efficienza ed economicità.
- ✓ Assicura l'erogazione delle prestazioni comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza, lo sviluppo del sistema qualità, la migliore accessibilità dei servizi all'utente, il raccordo con gli enti locali, il collegamento con le altre organizzazioni sanitarie del territorio e con il volontariato.
- ✓ Garantisce la dovuta attenzione ai pazienti attraverso il monitoraggio periodico del livello di soddisfazione e si impegna a fornire costantemente informazioni chiare, corrette e documentate sui servizi offerti.
- ✓ Contribuisce allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e ricerca svolte dalla Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università degli

Studi di Catania promuovendo l'integrazione dell'assistenza con l'attività formativa e di ricerca.

- ✓ Sostiene e valorizza, in collaborazione con l'Università degli Studi di Catania l'attività di ricerca, promuovendo un contesto organizzativo favorevole alla conduzione delle sperimentazioni cliniche.
- ✓ Prosegue nello sviluppo di un sistema di gestione della qualità e del rischio clinico finalizzato a garantire la sicurezza nell'erogazione delle prestazioni.
- ✓ Garantisce l'integrazione con il territorio, in particolare nei seguenti ambiti: gestione del paziente con diabete mellito di tipo 2, gestione del paziente con scompenso cardiaco, percorso nascita, attivazione delle dimissioni facilitate e protette.

Nell'ambito dell'emergenza l'Azienda si avvale di due strutture di Medicina e Chirurgia di Accettazione e d'Urgenza (M.C.A.U.), di un Pronto Soccorso Pediatrico, di un Pronto Soccorso Ostetrico e Ginecologico, dell'ambulatorio delle urgenze oculistiche e di unità di terapia intensiva (n°3 unità operative di rianimazione), n°2 Terapia Intensiva Post Operatoria (T.I.P.O.), un'Unità Terapia Intensiva Coronarica (U.T.I.C.) e n°2 Unità Terapia Intensiva Neonatale (U.T.I.N.) con 12 posti letto.

Presso l'Azienda insistono i seguenti centri di riferimento regionale:

- Diagnosi e cura delle malattie genetiche;
- Disturbi dell'alimentazione;
- Controllo e cura delle malattie metaboliche congenite dell'infanzia;
- Ematologia ed Oncologia Pediatrica con trapianto;
- Trattamento dei Melanomi della Coroide;
- Prevenzione, diagnosi e trattamento dei disturbi dell'apprendimento nell'età evolutiva;
- Diagnosi e Trattamento delle Uropatie congenite;
- Cardiologia Interventistica e Strutturale;
- Prevenzione, Diagnosi e Cura dell'Osteoporosi e delle altre patologie del metabolismo osseo;
- Diagnosi e Terapia della Psicopatologia dei Post-partum;
- Chirurgia Maxillo-facciale e Microchirurgia ricostruttiva;
- Inquadramento clinico e trattamento ortopedico del Piede Torto congenito;
- Diabetologia pediatrica;
- Prevenzione, diagnosi e cura delle malattie reumatologiche del bambino;
- Prevenzione, diagnosi e cura delle malattie reumatologiche dell'adulto;
- Prevenzione, diagnosi e cura delle malattie rare del polmone;
- Prevenzione, diagnosi e cura delle malattie rare di interesse dermatologico;

- Prevenzione, diagnosi e cura delle malattie rare organi di senso di interesse oculistico (cheratocono);
- Prevenzione, diagnosi e cura delle malattie rare della coagulazione e delle anemie rare nel bambino e nell'adulto;
- Prevenzione, diagnosi e cura delle malattie delle ghiandole endocrine e disturbi immunitari (Angioedema ereditario);
- Prevenzione, diagnosi e cura delle malattie rare del metabolismo dell'infanzia;
- Prevenzione, diagnosi e cura delle malattie genetiche rare.

L'Azienda concorre al raggiungimento degli obiettivi individuati dalla programmazione nazionale e regionale in campo assistenziale, e dei compiti istituzionali dell'Università con particolare riferimento alle funzioni di didattica e di ricerca della Facoltà di Medicina e Chirurgia. L'Azienda, assume i seguenti valori di riferimento, che orientano la programmazione strategica e la gestione delle proprie attività:

Centralità della Persona, intesa quale capacità del “sistema azienda” di porre al centro delle sue azioni la persona, concepita sia quale come soggetto fruitore sia come erogatore di assistenza, realizzando una organizzazione di “Persone che si prendono cura di Persone”;

Equità, volta a rendere disponibili e facilmente accessibili le informazioni necessarie a consentire una fruibilità consapevole, corretta e tempestiva dei servizi e delle prestazioni offerte, garantendo in base al bisogno pari e tempestive opportunità di accesso alle prestazioni, e al contempo riducendo la variabilità dell'assistenza attraverso un allineamento delle competenze professionali richieste su dichiarati standard di eccellenza;

Qualità dell'attività assistenziale, mediante la promozione di percorsi assistenziali in grado di avvalersi delle diverse e specifiche competenze professionali allo scopo di realizzare un'assistenza appropriata, fondata sulle migliori evidenze scientifiche e sul principio della sicurezza per i pazienti.

Qualità dell'attività amministrativa, promuovendo l'adozione di procedure amministrative volte a prevenire/mitigare i rischi amministrativi-contabili e a garantire la massima efficienza, sulla base dei principi di legalità, trasparenza, riservatezza, buon andamento, efficacia, efficienza ed economicità;

Didattica e formazione, assicurando lo svolgimento delle funzioni didattiche previste dai percorsi formativi dei corsi di laurea e di specializzazione attivati dalla Scuola di Medicina e Chirurgia, anche integrando e valorizzando il personale del SSN in possesso dei necessari requisiti di qualificazione scientifica e professionale, ed investendo nel sistema di formazione continua del personale, per garantire il mantenimento, l'adeguamento e lo sviluppo delle conoscenze professionali e culturali in grado di incidere sull'appropriatezza e la qualificazione degli interventi;

Ricerca e innovazione, mediante la promozione di processi di avanzamento diagnostico, terapeutico e tecnologico in grado di rispondere ai bisogni di salute dei cittadini che, per complessità, gravità e rarità, necessitano di soluzioni innovative, valorizzando il ruolo della ricerca clinica e gestionale;

Eticità, riconoscere adeguata attenzione alle problematiche di natura etica relative alla pratica clinica, alla sperimentazione e all'organizzazione, impegnandosi a tutelarne i principi;

Trasparenza, assicurando visibilità e chiarezza nei rapporti sia interni che esterni, in una logica di responsabilità dei risultati così da favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento degli obiettivi, e sviluppando un sistema di comunicazione che garantisca omogeneità, coerenza, diffusione e correttezza dell'informazione interna ed esterna;

Certificabilità: L'Azienda nel corso del triennio 2021 – 2023 ha operato una ricognizione straordinaria e conseguente aggiornamento mediante formale adozione e pubblicazione nella sezione Amministrazione Trasparente delle procedure amministrative e contabili quali standard organizzativi e procedurali cui conformare le relative attività, in attuazione del Decreto interministeriale Ministero Salute e dell'Economia e delle Finanze del 01.03.2013 recante "Definizione dei Percorsi attuativi di Certificabilità " e, da ultimo, del D.A. n. 14 del 13.01.2023, con cui l'Assessorato Salute ha rideterminato il termine di conclusione del percorso di consolidamento del P.A.C. al 31.12.2023. Detto processo di codifica ed aggiornamento trova il suo fondamento nell'esigenza di garantire la chiarezza, la veridicità e la correttezza dei bilanci oltre che nella necessità di ricondurre a sistema le previsioni normative nazionali e regionali in materia di certificabilità dei bilanci attraverso:

- Aggiornamento della mappatura dell'assetto organizzativo e dei relativi processi aziendali alla luce delle previsioni contenute nell'atto aziendale vigente;
- Adeguamento e formalizzazione delle procedure amministrativo – contabili per cicli di attività, in conformità alle aree PAC;
- Verifica ed adeguamento dei manuali di controllo interno e definizione delle procedure minime di controllo; • Verifica ed adeguamento dei sistemi informativi e della struttura dei principali flussi informativi;
- Ricognizione ed aggiornamento delle procedure informatiche a supporto delle attività amministrativo – contabili;

Al contempo la necessità di garantire l'effettiva implementazione, funzionalità ed affidabilità delle azioni PAC previste quali imprescindibili fasi del percorso di certificazione dei bilanci, ha imposto il contestuale avvio di specifiche attività di monitoraggio della corretta e completa applicazione degli standard organizzativi aziendali formalmente adottati di concerto con l'Assessorato salute, al fine di consentire

il raggiungimento degli obiettivi PAC, indicando il perimetro delle azioni da sottoporre a periodico e costante controllo.

Sostenibilità, attraverso lo sviluppo di politiche gestionali attente ai problemi di sostenibilità ambientale, economica ed organizzativa.

L'A.O.U., al fine di raggiungere gli obiettivi sopra esposti, favorisce un approccio multidisciplinare nei confronti delle problematiche assistenziali e l'applicazione di modelli e linee guida per il miglioramento dei percorsi diagnostico – terapeutici. Le attività dell'AOU sono svolte sulla base delle moderne conoscenze tecnico scientifiche e delle più avanzate tecnologie a disposizione, nel rispetto dei principi di etica, efficacia, efficienza ed economicità.

L'Azienda, per la sua connotazione ospedaliero universitaria, partecipa alla realizzazione dei compiti istituzionali dell'Università anche nel campo della Ricerca Scientifica e dell'Innovazione, in stretto rapporto con la Scuola di Medicina, e attraverso la collaborazione funzionale con il “Distretto ad Alta Tecnologia Biomedico della Sicilia”.

L'Azienda, in ragione del suo ruolo nell'ambito del sistema formativo universitario, si impegna altresì:

- a garantire la massima integrazione tra il sistema della formazione universitaria e il sistema assistenziale, nel rispetto della pari dignità professionale delle componenti ospedaliera ed universitaria che vi operano;
- a promuovere un quadro di leale collaborazione tra personale ospedaliero e universitario, nel rispetto reciproco delle competenze, al fine di perseguire l'obiettivo aziendale di qualità e sviluppo dell'attività assistenziale, didattica e di ricerca;
- a sviluppare un sistema formativo (di base, avanzata e continua) di eccellenza dei professionisti nell'assistenza e nella ricerca. Funzione assistenziale e funzione di didattica e di ricerca costituiscono un unicum che va perseguito con il metodo della integrazione e della reciproca connessione.

Le aree strategiche costituiscono le prospettive in cui vengono idealmente scomposti e specificati il mandato istituzionale e la missione dell'Azienda: ad esse sono associati gli outcomes attesi, in modo da rendere immediatamente intellegibile agli stakeholders la finalizzazione delle attività dell'amministrazione rispetto ai loro bisogni ed alle loro aspettative. La definizione delle aree strategiche scaturisce da un'analisi congiunta dei fattori interni e dei fattori di contesto esterno ed assume, come riferimenti essenziali di base, la Legge Regionale 5/2009, il Piano Sanitario Regionale e gli obiettivi assegnati annualmente alla Direzione Generale.

L'OIV è costantemente supportato da professionalità aziendali sia afferenti all'area del controllo di gestione, della gestione economica, del personale, dei processi valutativi che del sistema di gestione della trasparenza e prevenzione della corruzione.

Le figure professionali chiamate a dirigere alcune delle principali funzioni di supporto all'OIV hanno dimostrato un elevato livello di professionalità e le relative

conoscenze specialistiche hanno confermato il significativo livello di supporto a favore dello scrivente Organismo.

In relazione al percorso gestionale 2023 l'Azienda ha confermato le proprie capacità programmatiche, sia in termini di contenuti che di tempistica di processo, con estrema reattività e capacità di positivo adattamento delle proprie strategie e dei correlati obiettivi di struttura.

L'OIV rileva che l'Azienda in applicazione alla normativa intervenuta ha ben evidenziato i seguenti obiettivi di Valore Pubblico generati dall'azione amministrativa e produttori di outcome che impattano positivamente sul benessere esterno, degli stakeholders e degli utenti, che orientano la performance organizzativa di efficacia e di efficienza verso il miglioramento, che impattano positivamente sulle risorse dell'ente contribuendo al miglioramento della salute istituzionale, orientando le performance individuali di dirigenti e dipendenti verso il miglioramento di quelle organizzative, che intende perseguire:

- 1) Assicurare i livelli essenziali di assistenza secondo i principi di qualità e sicurezza delle cure
- 2) Ampliare la semplificazione e digitalizzazione dei processi
- 3) Valorizzare le competenze dei dipendenti dell'Azienda generando processi di cambiamento organizzativo
- 4) Sviluppare qualitativamente e quantitativamente delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti e i destinatari dei servizi, anche attraverso lo sviluppo di forme di partecipazione e collaborazione. A tal proposito l'OIV ha rilevato positivamente l'avvio nel corso dell'anno 2023 della valutazione partecipativa.

## **A. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA**

La "performance organizzativa" dell'AOUP di Catania rappresenta la somma dei risultati di gestione conseguiti dalle Unità Operative in ambito sanitario, tecnico e amministrativo, in particolare:

- attuazione di piani e programmi, ovvero la misurazione dell'effettivo grado di attuazione dei medesimi, nel rispetto delle fasi e dei tempi previsti, degli standard qualitativi e quantitativi definiti, del livello previsto di assorbimento delle risorse;
- rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi, anche attraverso modalità interattive;
- modernizzazione e miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali e la capacità di attuazione di piani e programmi;

- efficienza nell'impiego delle risorse, con particolare riferimento al contenimento ed alla riduzione dei costi, nonché all'ottimizzazione dei tempi dei procedimenti amministrativi;
- qualità e quantità delle prestazioni e dei servizi erogati.

A livello operativo generale l'Azienda impiega un sistema di "schede di budget" per effettuare una programmazione per singoli centri di responsabilità.

La valutazione della performance organizzativa rappresenta la principale componente del risultato dei direttori di struttura, al fine di rafforzare l'aspetto della responsabilizzazione.

Come risulta dal PIAO 2023 - 2024, ancora per l'anno 2023, non avendo la Regione – Assessorato della Salute assegnato gli obiettivi strategici, la Direzione aziendale ha scelto di proseguire con gli obiettivi generali già individuati nel Piano della Performance 2020 - 2022, così come confermati nei successivi aggiornamenti del Piano, anche per l'anno 2023. Pur avendo previsto, come nell'anno 2022, che gli obiettivi nel corso dell'anno potevano essere oggetto di implementazione, facendo salva ogni integrazione e modifica che si rendesse necessaria ed opportuna in seguito ad eventuali assegnazioni e specifica attribuzione di obiettivi strategici da parte dell'Assessorato Regionale della Salute alle diverse Aziende Sanitarie, ciò non si è realizzato.

L'articolazione delle aree strategiche segue generalmente una logica trasversale a più strutture organizzative. Le aree strategiche individuate nell'albero della performance sono:

1. Area dell'efficienza organizzativa;
2. Area dell'appropriatezza e rischio clinico;
3. Area della produzione e della gestione;
4. Area dell'innovazione e dello sviluppo ed empowerment.

L'AOUP di Catania ha avviato un percorso di realizzazione del ciclo della performance al fine di dare attuazione a quanto specificamente previsto dalla normativa nazionale.

Le quattro aree strategiche richiamano le dimensioni tipiche della balance scorecard e sono riferibili a differenti stakeholders. Le quattro aree strategiche individuate sono correlate da rapporti causa effetto e da rapporti di reciproco rafforzamento e completamento, così come sono tra loro correlati i differenti obiettivi all'interno di ciascuna area strategica. Per ogni area strategica sono individuati gli Obiettivi Strategici e generali. Il sistema diventa quindi "a cascata", integrando pianificazione, programmazione e controllo aziendali con gestione delle risorse e sistema premiante. Il secondo livello di costruzione dell'albero della performance comprende gli obiettivi operativi individuati dalla direzione strategica aziendale ed assegnati alle Strutture complesse aziendali coerentemente al sistema di budgeting annuale.

**Area strategica 1**  
**Efficienza Organizzativa**  
**Strutture interessate:**

**Direzione Strategica – Staff/ Strutture Sanitarie/ Settori amministrativi**

1. Messa a Regime del modello organizzativo aziendale di cui alla deliberazione n. 117 del 19/06/2020 con riordino dei Dipartimenti dell'azienda in adeguamento al D.A. n. 22 del 11/01/2019 “Adeguamento della rete ospedaliera al D.M. 2/04/2015 n. 70”.
2. Messa a regime del Nuovo Piano dei Centri di Costo e dei Centri di Responsabilità.
3. Implementazione Protocollo d'Intesa Regione – Università.
4. Stesura dei regolamenti per l'individuazione, conferimento e valutazione degli incarichi dirigenziali.
5. Adeguamento Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance.
6. Impiego degli indicatori e dei risultati espressi nel Piano Nazionale Esiti per la valutazione della performance delle Unità Operative Aziendali:
  - Riduzione degenza media.
  - Garantire tempestività nel trattamento della frattura di femore nei pazienti over 50
  - Ridurre l'incidenza dei parti cesarei primari.
  - Assicurare tempestività nell'effettuazione della PTCA nei casi di IMA STEMI.
  - Contenere la degenza post-operatoria entro tre giorni dopo intervento di colecistectomia laparoscopica.
7. Assicurare il monitoraggio mensile del sovraffollamento in Pronto Soccorso.
8. Assicurare il costante monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali e per i ricoveri programmati.
9. Migliorare la soglia garanzia dei tempi di attesa sia per livello ex ante che per il livello ex post.
10. Realizzare le condizioni organizzative per favorire la prescrizione dematerializzata fino al 100% delle prescrizioni.
11. Attuare gli adempimenti previsti dal piano annuale controlli analitici (PACA).
12. Tempestiva chiusura delle SDO.

**Area strategica 2**  
**Appropriatezza e governo clinico**

**Strutture interessate: Direzione Sanitaria – Staff / Strutture Sanitarie**

1. Assicurare il monitoraggio degli eventi sentinella e la trasmissione del flusso SIMES.
2. Attuare il programma regionale Global Trigger Tool.
3. Monitorare l'applicazione della raccomandazione per la gestione della terapia oncologica.

4. Valutazione dell'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni.
5. Valutazione dell'appropriatezza nella prescrizione degli esami nell'ambito della diagnostica di laboratorio.
6. Valutazione dell'appropriatezza nella prescrizione degli esami nell'ambito della diagnostica di laboratorio e nella diagnostica radiologica.
7. Definizione di specifici PDTA per aree assistenziali, con particolare riferimento ai percorsi assistenziali strettamente collegati alla nuova apertura del P.S. del Presidio San Marco.
8. Definizione di specifici PDTA per aree assistenziali, con particolare riferimento ai percorsi assistenziali strettamente collegate alla programmazione aziendale.
9. Garantire gli standard di sicurezza dei punti nascita, superando le criticità riscontrate in sede di autovalutazione.
10. L'integrazione della attività con le altre aziende dell'area metropolitana per lo sviluppo e l'adesione alle reti (IMA, Oncologica, Politrauma, Stroke e Percorso Nascita).
11. Contenimento ricoveri inappropriati.
12. Migliorare la valutazione del rischio di caduta.
13. Esecuzione appropriata profilassi antibiotica.
14. Attuare il programma regionale per la riduzione delle batteriemie/sepsi correlate all'utilizzo di cateteri vascolari – targeting.
15. Aderire ai programmi regionali di formazione per l'attribuzione dei privilegges.
16. Sviluppare programmi di formazione per il contrasto al rischio clinico.
17. Adesione agli standard previsti dal PNE e svolgimento attività di auditing nelle strutture segnalate sulla piattaforma PNE.
18. Attuare le procedure di mantenimento dell'autorizzazione e dell'accreditamento istituzionale per le diverse UU.OO. Aziendali.
19. Mantenimento dell'autorizzazione e dell'accreditamento del Servizio Trasfusionale aziendale, delle articolazioni organizzative e delle Unità di Raccolta associative collegate.
20. Soddisfacimento da parte del Servizio Trasfusionale Aziendale dei requisiti del plasma da destinare alla produzione di medicinali plasma derivati.
21. Sviluppo progetto "Codice Rosa" nei Pronto Soccorso aziendali per la presa in carico dei pazienti vittima di violenza.
22. Adesione ai programmi di telemedicina (es.: procedure di tele cardiologia, tele radiologia, ecc.) attraverso la valorizzazione delle professioni sanitarie e l'integrazione con le altre aziende dell'area metropolitana di Catania.

### **Area strategica 3**

#### **Produzione e gestione**

#### **Strutture interessate:**

**Direzione Strategica – Staff / Strutture Sanitarie/Settori amministrativi**

1. Incremento del fatturato derivante da ricoveri ordinari e in DH sia in termini qualitativi sia quantitativi.
2. Ottimizzazione utilizzo risorse critiche per l'erogazione delle prestazioni assistenziali (Sale Operatorie, Ambulatori, posti letto DH, ecc.).
3. Contenimento e razionalizzazione della spesa farmaceutica e dei dispositivi medici.
4. Riorganizzazione dei processi logistici dei magazzini farmaceutici.
5. Ottimizzazione dei processi di preparazione e dispensazione delle terapie personalizzate per i pazienti.
6. Percorsi attuativi di certificabilità (PAC).
7. Utilizzo dei fondi PSN.
8. Utilizzo dei fondi PNRR.
9. Definizione di procedure per la dismissione del patrimonio immobiliare destinato alle attività aziendali non più utilizzato in conseguenza dei programmi di riorganizzazione aziendale.
10. Definizione di procedure per l'alienazione del patrimonio immobiliare non funzionale alle attività assistenziali.

#### **Area strategica 4**

#### **Innovazione, Sviluppo, Empowerment**

#### **Strutture interessate: Direzione Strategica – Staff / Strutture Sanitarie**

1. Informatizzazione Cartella Clinica: completamento UU.OO.CC.
2. Sviluppo sistemi digitali di interazione con gli utenti e con le altre PA.
3. Migrazione verso Cloud Nazionale e sviluppo modello avanzato di Cybersecurity.
4. Informatizzazione Fascicolo di liquidazione.
5. Completamento informatizzazione dei Complessi Sala Operatori.
6. Sviluppo di sistemi avanzati di order entry con digitalizzazione processi clinici di prescrizione.
7. Recupero produttività aziendale attraverso la riorganizzazione dell'attività chirurgica ed il pieno utilizzo delle tecnologie diagnostiche e degli ambulatori.
8. Implementazione attività Robotica (Robot Da Vinci).
9. Sviluppo piani per l'attuazione delle norme contenute nella legge 190/2012.
10. Rafforzamento del rapporto con le organizzazioni rappresentative dei cittadini.
11. Sviluppare, secondo i modelli regionali, programmi per la valutazione della qualità percepita.
12. Sviluppo di percorsi formativi orientati agli specifici bisogni per area professionale/categoria di appartenenza.

Oltre agli obiettivi strategici sopra elencati e distribuiti per aree specifiche di intervento, in considerazione della connotazione ospedaliero universitaria dell'Azienda e delle funzioni di Ricerca e Didattica ad essa attribuite, il Rettore ha assegnato al Direttore Generale alcuni obiettivi specifici per il triennio 2022-2024 suddivisi tra le seguenti Aree:

1. Area Didattica

- ⇒ Implementazione della funzionalità delle aule e delle attrezzature e completamento area didattica del Presidio san Marco;
- ⇒ Implementazione delle aule di simulazione;
- ⇒ Creazione di un team integrato tra Azienda e Università per la didattica;
- ⇒ Potenziamento Scuole di Specializzazione.

## 2. Area Ricerca

- ⇒ Implementazione di un Team per la promozione e facilitazione dei progetti di ricerca in area sanitaria;
- ⇒ Implementazione di un Team amministrativo per la collaborazione nelle ricerche e studi clinici;
- ⇒ Utilizzo della quota per l'Azienda relativa agli studi clinici per l'implementazione della ricerca;
- ⇒ Implementazione di percorsi dedicati alla realizzazione di Studi Clinici di fase II e III;
- ⇒ Implementazione nuove tecnologie;
- ⇒ Valorizzazione della Ricerca Universitaria in ambito Aziendale.

L'Azienda ha considerato rilevanti, anche in riferimento a quanto previsto dal D.Lgs. 150/2009, per il periodo 2022-2024, i seguenti obiettivi strategici:

- Il perseguimento degli obiettivi contenuti nel Piano Qualità e Rischio Clinico, al fine di minimizzare i rischi per il paziente e garantire la qualità nei percorsi di cura ed assistenza, attraverso le seguenti aree prioritarie di intervento:

1. gestione della documentazione sanitaria;
2. trasporto secondario;
3. gestione dei farmaci;
4. ascolto e comunicazione con pazienti;
5. valutazione degli esiti.

- Lo sviluppo degli indicatori di performance già adottati, quali quelli dell'AHRQ per la valutazione, anche sotto l'aspetto degli esiti, delle prestazioni erogate.

- Il coinvolgimento e la crescita del personale attraverso lo sviluppo delle attività di formazione;

- L'implementazione dei sistemi degli incarichi professionali e gestionali sia per il personale dirigenziale sia per quello non dirigenziale.

- L'uso di strumenti concordati per la valutazione delle performance del personale e delle strutture al fine di valorizzare l'efficienza ed il merito.

- Lo sviluppo strutturale e tecnologico attraverso la costante valutazione dell'utilizzo delle tecnologie per valutarne efficienza/obsolescenza, e l'implementazione delle tecniche di HTA per valutare, anche in sede di acquisizione, l'efficacia delle tecnologie e dei dispositivi impiegati e da impiegare.

- Il pieno sviluppo dei rapporti con le associazioni dell'utenza attraverso il contributo di coordinamento e confronto del Comitato Consultivo Aziendale.

- La valutazione del benessere organizzativo.

- La valutazione della soddisfazione dell'utenza mediante periodiche indagini di customer satisfaction e l'analisi costante delle segnalazioni e dei reclami provenienti dall'utenza ed il loro utilizzo quali strumenti di miglioramento.
- L'efficienza organizzativa attraverso lo sviluppo di modelli che favoriscano, anche in una logica dipartimentale, l'integrazione intraaziendale dei servizi offerti, evitando inefficienti sovrapposizioni e duplicazioni.
- Lo sviluppo dell'attività di ricerca e la partecipazione a gruppi di ricerca nazionali e internazionali, sviluppando collaborazioni con partner pubblici e privati.
- Una adeguata pianificazione degli investimenti per la manutenzione delle strutture e l'acquisizione di nuove tecnologie.

Il sistema, come previsto nel PIAO 2023 - 2025, permette di valutare gli obiettivi strategici, individuati per le quattro aree, non avendo la necessità di rispettare specifici valori attesi dal competente Assessorato, che non ha assegnato gli obiettivi di riferimento.

Questo Organismo insediatosi il 7 maggio 2021 ha già acquisito una visione complessiva del sistema di misurazione e valutazione della performance, avendo già redatto la Relazione avente il medesimo oggetto della presente relativa agli anni 2021 e 2022 ed avendo concluso la valutazione della performance per lo stesso biennio, sulla base della documentazione trasmessa in relazione alle schede di valutazione dei Dirigenti con incarico gestionale.

Si rileva che l'Azienda, come negli anni precedenti, attraverso l'adozione del PIAO, nel quale è confluito il piano della performance, ha identificato i valori e gli obiettivi generali da perseguire nel triennio di riferimento, dando una rappresentazione analitica delle strutture e dei bisogni del territorio della Provincia di Catania, pur in mancanza da parte della Regione – Assessorato della Salute, dell'assegnazione degli obiettivi strategici, quindi, scegliendo di proseguire con gli obiettivi generali già individuati.

Il percorso di budgeting operativo 2023 è stato gestito nella sua completezza, quindi a partire dai contenuti strategici del Piano triennale sono stati declinati gli obiettivi dei singoli Centri di Responsabilità attraverso un processo di negoziazione a due livelli, che ha visti coinvolti in prima battuta i Direttori di macrostruttura, i quali hanno successivamente “ribaltato” i relativi obiettivi alle relative unità operative interne afferenti. In particolare gli obiettivi operativi oggetto della negoziazione di budget, fanno riferimento a tre macro aree:

1. Area Produttività attraverso l'attribuzione di target di produzione di prestazioni sanitarie secondo specifici parametri quali-quantitativi;
2. Area Economica attraverso l'individuazione dell'ammontare delle risorse economiche disponibili e risorse umane assegnate;
3. Area Strategica / di Qualità / Trasparenza e Anticorruzione attraverso l'indicazione delle procedure e delle best practices aziendali da attuare o implementare ed attraverso l'implementazione di una cultura della pubblicizzazione piena delle attività aziendali anche in un'ottica della prevenzione e contrasto dell'illegalità.

A questi si aggiungono gli obiettivi di digitalizzazione, accessibilità digitale e procedure da reingegnerizzare previsti nel PIAO 2023 – 2025, con lo scopo, anche ricorrendo alle risorse messe a disposizione del PNRR, di consolidare ed innalzare il livello medio di digitalizzazione dei vari processi diagnostici, clinici, assistenziali ed amministrativi all'interno delle singole strutture aziendali.

Sono stati individuati come prioritari gli interventi mirati:

- all'evoluzione del Fascicolo Sanitario Elettronico;
- alla più ampia diffusione di applicativi software di cartella clinica informatizzata in tutti i setting assistenziali, alla informatizzazione dei PDTA (percorsi diagnostica terapeutici assistenziali), delle reti delle patologie e della presa in carico dei cronici;
- alla capillare dematerializzazione della documentazione sanitaria ed amministrativa;
- all'empowerment del paziente, mediante sia l'evoluzione di sistemi di interazione con il sistema sanitario soprattutto in mobilità (app) e l'utilizzo di sistemi di rilevazione (anche in remoto) di parametri vitali e clinici;
- alla diffusione di strumenti di governance per finalità di ricerca, programmazione e gestione sanitaria basate su piattaforme di data warehouse (viste di sintesi per area/ambito, viste di dettaglio, indicatori di appropriatezza e performance generali e specifici);
- ad un maggior controllo a livello regionale dei fattori di produzione, mediante la realizzazione di un sistema regionale di monitoraggio contabile delle Aziende sanitarie;
  - a favorire l'interoperabilità tra i sistemi informativi;
  - alla promozione di completa e nativa digitalizzazione dei processi ospedalieri con eliminazione del supporto cartaceo e produzione di dati e documenti digitali originali a pieno valore legale;
  - alla garanzia di multidimensionalità degli atti assistenziali e di cura in ogni singolo atto, per almeno tre distinte valenze: una clinica-documentale, una organizzativo-logistica e una di tipo economico (costi e ricavi/rimborsi). I sistemi, in linea con l'approccio ONCE ONLY, dovranno tracciare e gestire per ogni singolo evento/atto almeno tutte e tre queste valenze e dimensioni, tanto rispetto al paziente quanto rispetto alla struttura organizzativa;
  - alla disponibilità di strumenti di consuntivazione e di programmazione del percorso assistenziale del paziente, non solo in regime di ricovero "ordinario" ma anche in day hospital e/o day surgery, o in accessi di tipo ambulatoriale (chirurgia ambulatoriale, cicli terapeutici, day service, PDTA o anche semplice accesso ai servizi specialistici delle strutture);
  - al miglioramento della sicurezza del percorso del paziente monitorando tutte le fasi del processo stesso attraverso una rilevazione puntuale che riduca il più possibile il rischio per i pazienti in ambito ospedaliero;
  - allo sviluppo e promozione di ambienti di analisi strutturata dei dati raccolti durante i percorsi di cura dei pazienti ospedalieri capitalizzando il valore del dato clinico ai fini della ricerca;
  - al miglioramento dell'integrazione dei percorsi di cura e assistenza tra l'ambito ospedaliero e quello territoriale.

Nello stesso PIAO è stato evidenziato lo stato dell'arte della dotazione di sistemi e tecnologie già in possesso dell'Azienda:

1. Sono stati installati tutti i principali sistemi clinici ausiliari. Il Clinical Data Repository (CDR) dispone di più del 90% dei dati di laboratorio per l'analisi dei trend e il supporto alle decisioni cliniche. Inoltre, il CDR dispone di oltre il 90% di tutte le immagini DICOM e non-DICOM archiviate e incentrate sul paziente e disponibili in tutta la rete ospedaliera con una disponibilità minima del 25% per i medici online. Oltre il 25% della documentazione clinica è creata usando strumenti online ed è disponibile nel CDR. È stata implementata un Applicazione per la Registrazione Elettronica della somministrazione dei farmaci (eMAR) per tutti i farmaci;

2. Oltre il 50% di tutti gli ordini medici viene effettuato con il sistema Computerized Practitioner Order Entry (CPOE) da qualsiasi medico abilitato a creare ordini. Il CPOE è supportato da un motore di regole di supporto alle decisioni cliniche per il controllo rudimentale dei conflitti e gli ordini vengono aggiunti all'ambiente infermieristico e al CDR;

3. LISS, RIS-PACS – l'Azienda dispone di sistema LISS che permette la gestione e tracciabilità dell'attività di diagnostica di laboratorio e l'estrazione di reportistica base. Nell'ambito delle linee di evoluzione digitale e ammodernamento dei sistemi informativi sono stati previsti alcuni upgrade che garantiscono il raggiungimento degli obiettivi previsti per il FSE e l'invio/integrazione dei referti all'interno della documentazione clinica della cartella. Sono disponibili altresì un sistema di refertazione (RIS) e di conservazione immagini (PACS) che attraverso l'implementazione di strategie di ottimizzazione previste nelle linee di evoluzione digitale permettono l'acquisizione, archiviazione e distribuzione delle immagini cliniche e multimediali in modo consistente ai fini della alimentazione della cartella clinica elettronica (CCE) e del FSE.

4. Sistema informativo per la gestione dell'attività clinica di Pronto Soccorso – l'Azienda dispone di un applicativo per la gestione completa dei processi di emergenza-urgenza. L'applicativo si integra secondo standard internazionali con il sistema informativo aziendale al fine di condividere i dati anagrafici e nosologici dei pazienti e dialoga con i sistemi diagnostici tramite. L'applicativo rende disponibili tutti gli strumenti informatici necessari per supportare l'accesso ai dati clinici storici contenuti nel FSE.

5. Sistema informativo per la gestione dell'attività clinica dei blocchi operatori – l'Azienda dispone di un software capace di gestire l'intero percorso del paziente chirurgico dalla visita specialistica fino alla stesura del Registro Operatorio. Il sistema garantisce trasparenza, la completa conoscenza della situazione dei pazienti e la programmazione degli interventi. L'intero percorso viene registrato ed i dati firmati digitalmente sono accessibili da medici, anestesisti ed infermieri.

Questo O.I.V. ha preso atto degli obiettivi assegnati alle singole strutture complesse per l'anno 2023 in sede di monitoraggio degli stessi. In attuazione all'art. 6 del d.lgs. 150/2009, così come modificato dal d.lgs. 74/2017, che prevede che: *“Gli Organismi indipendenti di valutazione, anche accedendo alle risultanze dei sistemi di controllo strategico e di gestione presenti nell'amministrazione, verificano l'andamento delle performance rispetto agli obiettivi programmati durante il periodo di riferimento e*

*segnalano la necessità o l'opportunità di interventi correttivi in corso di esercizio all'organo di indirizzo politico-amministrativo, anche in relazione al verificarsi di eventi imprevedibili tali da alterare l'assetto dell'organizzazione e delle risorse a disposizione dell'amministrazione.. ... Omissis*" ed in coerenza con le previsioni normative e con il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance della Azienda attualmente vigente deve essere realizzato un monitoraggio intermedio, al fine di verificare lo stato di avanzamento degli obiettivi.

L'OIV ha proceduto all'analisi delle schede di monitoraggio della performance al fine di verificare lo stato di avanzamento degli obiettivi assegnati per l'anno 2023 ed ha rilevato alcune criticità dando i dovuti suggerimenti, sia in relazione alla completezza delle informazioni acquisite sia per evidenti scostamenti tendenziali da sottoporre a specifica valutazione ed interventi correttivi per raggiungere la migliore performance nell'anno 2023 rispetto a quella programmata. Nell'ambito del monitoraggio al IV trimestre, è stato comunicato solo con nota prot. n.15165 del 11/03/2024 che erano disponibili i report relativi al IV trimestre 2023 con l'attribuzione del punteggio conseguito dalla singola Unità Operativa che ha negoziato obiettivi con attestazione contestuale del livello di performance organizzativa conseguito. Presa visione del report è stato rilevato che su n. 73 UU.OO. di area sanitaria, solo 15 UU.OO. hanno raggiunto una performance inferiore al 60% e n. 9 hanno raggiunto una performance pari al 100%.

Preso atto che i report di monitoraggio sono di Area dirigenziale ed organizzativa di struttura complessa deve rilevarsi, come già evidenziato negli anni precedenti, che la tempistica di monitoraggio ha margini di miglioramento, non solo per lo svolgimento delle funzioni dell'Organismo, ma anche per le UU.OO. Infatti, la tempistica della documentazione acquisita e la mancata completa indicazione dei dati al 1° semestre 2023, non consente all'Organismo di svolgere una valutazione completa di indicazioni e suggerimenti volti a segnalare la necessità o l'opportunità di interventi correttivi, in base all'art. 6 del d.lgs. 150/09 ed all'art. 12 del Sistema di misurazione e valutazione, potendosi limitare solo a verificare l'andamento delle performance per singola unità operativa rispetto agli obiettivi programmati e ad esprimere un giudizio sui risultati raggiunti attraverso il confronto tra i livelli di performance conseguiti e programmati, individuando gli eventuali scostamenti più rilevanti.

Si ribadisce, pertanto, quale azione di miglioramento la trasmissione tempestiva del monitoraggio sia all'Organismo che alle UU.OO. ed il rilevamento a novembre dei dati pre – consuntivi, che saranno oggetto della valutazione dell'anno di riferimento.

Per quanto riguarda la Sezione dedicata alla Prevenzione Corruzione e Trasparenza, si apprezza la completa integrazione realizzata nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2023/2025, quale metodologia, già sperimentato nell'aggiornamento 2022, e perfettamente implementato nell'unico Piano con le specifiche sezioni perfettamente integrate tra di loro. Ciò, con ancora marcata evidenza, ha permesso di definire obiettivi pertinenti rispetto ai bisogni della collettività e volti alla realizzazione del valore pubblico. Gli stessi sono misurabili in termini concreti e chiari, coerenti con la mission strategica dell'Azienda e miranti a realizzare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati.

Il sistema utilizzato mette in rilievo i risultati conseguiti con riferimento agli obiettivi assegnati che prevedono due sezioni di valutazione e precisamente obiettivi di attività e obiettivi di qualità.

Dall'esame dell'allegato 1 alla delibera Civit n. 23/2013 debitamente compilato e trasmesso dal Direttore dell'Unità Operativa Controllo di gestione con mail del 22 aprile 2024, si evince che la frequenza dei monitoraggi intermedia per misurare lo stato di avanzamento degli obiettivi è stata trimestrale ed i destinatari della reportistica sono stati la Direzione Generale, i direttori delle unità operative complesse e l'Assessorato della Salute. Le eventuali criticità rilevate nei monitoraggi intermedi hanno in talune ipotesi portato a modificare gli obiettivi operativi.

Per quanto riguarda gli strumenti di rappresentazione della performance, infine, si auspica che l'attività di monitoraggio intermedio per l'anno 2024 possa essere effettuata con specifici report relativi agli indicatori riguardanti l'attività sanitaria ed il conto economico a scalare, con indicazione del singolo margine di contribuzione da leggere in forma coordinata rispetto ai dati sull'andamento degli obiettivi negoziati.

L'OIV esprime una valutazione di adeguatezza del monitoraggio in esame, pur rilevando la necessità di una maggiore tempestività e completezza dello stesso.

## **B. PERFORMANCE INDIVIDUALE**

La performance individuale riguarda tutto il personale dell'Azienda - dirigenziale e non - ed è strettamente connessa alla performance organizzativa dell'Ente.

Dall'esame dell'allegato 1 si evince che i Dirigenti di I fascia e assimilabili in servizio cui sono stati assegnati obiettivi sono 920 unità e per il 50% - 100 % degli stessi l'assegnazione è avvenuta tramite colloquio con il valutatore e con scheda obiettivi controfirmata.

I Dirigenti di II fascia e assimilabili destinatari di obiettivi sono stati n. 87 unità ed anche per il 50% - 100 % degli stessi l'assegnazione è avvenuta tramite colloquio con il valutatore e con scheda obiettivi controfirmata.

Il personale del comparto destinatario di obiettivi è pari a n. 2556 unità ed anche per tale personale vale la distinzione percentuale di cui sopra.

L'O.I.V. esprime, pertanto, una valutazione positiva in merito allo svolgimento del processo di assegnazione degli obiettivi ed alla coerenza con le disposizioni del Sistema.

## **C. PROCESSO DI ATTUAZIONE DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE**

Come già rilevato, nelle precedenti relazioni aventi il medesimo oggetto della presente, il processo relativo alla misurazione e valutazione della performance, fissato all'interno del Sistema di misurazione e valutazione della performance dei dirigenti e del personale del comparto aziendale, appare delineato in maniera chiara. Sono previsti i

tempi, le fasi e i diversi attori, che devono intervenire nel corso del processo con i loro ruoli.

Il SVMVP necessita di un aggiornamento, evidenziato già alla fine dell'anno 2021 ma nonostante i vari confronti e la valutazione espressa da questo OIV sulla bozza trasmessa il 26 marzo 2023, anche in accoglimento alle osservazioni formulate, ed il successivo incontro, ad oggi non si è ancora avuta la dovuta informazione per il relativo parere, né è stato pubblicato in A.T. il nuovo regolamento.

Per quanto riguarda, la STP la modifica nella sua composizione, ha comportato nell'anno 2023, soprattutto nella fase iniziale dell'anno qualche rallentamento operativo. Dall'esame dell'allegato 1 si evince che una sola persona risulta assegnata alla STP, con un costo del lavoro annuo pari ad € 34.654,00, la STP ha, pertanto un numero insufficiente di personale, anche se con competenze adeguate in ambito economico gestionale.

L'OIV rileva e apprezza comunque il costante contributo dato a supporto delle attività dell'Organismo da parte della STP aziendale.

## **D. INFRASTRUTTURA DI SUPPORTO**

Per la raccolta e l'analisi dei dati, ai fini della misurazione della performance, l'OIV ha utilizzato i dati e le informazioni messe a disposizione dal controllo di gestione ed ha riscontrato che i sistemi di controllo di gestione sono utilizzati per la misurazione degli indicatori degli obiettivi strategici e operativi.

Le modalità di alimentazione del sistema CDG, della contabilità analitica, del sistema di gestione del personale, del sistema di gestione delle sale operatorie, LIS, RIS/PACS, sistema di gestione della cartella clinica e dei flussi dell'attività sanitaria è prevalentemente manuale.

I dati sulle risorse finanziarie assegnate agli obiettivi strategici e operativi provengono dalla Contabilità Generale, da quella Analitica e dal sistema gestione ordini.

In via generale tutte le figure professionali coinvolte nelle attività di controllo di gestione e di struttura tecnica permanente (STP) a supporto dell'OIV confermano una professionalità assolutamente adeguata rispetto alle finalità richieste dalla normativa di riferimento ed alle esigenze informative di questo Organismo.

La positiva interazione sin qui riscontrata fra OIV e funzioni di STP ha permesso di affrontare tutte le necessarie questioni nei tempi prestabiliti, oltre a formulare ipotesi di sviluppo degli stessi strumenti di programmazione e controllo.

## **E. SISTEMI INFORMATIVI E INFORMATICI A SUPPORTO DELL'ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA TRIENNALE DELLA TRASPARENZA E L'INTEGRITÀ E PER IL RISPETTO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE**

L'adozione della sottosezione del PIAO relativa alla trasparenza e l'integrità e l'attività del Responsabile della Trasparenza hanno costituito la base fondamentale del processo sviluppato dall'Azienda per rendere trasparente la propria organizzazione, l'attività, e l'utilizzo delle risorse, in un'ottica che supera la logica del mero adempimento degli obblighi di pubblicazione e l'aggiornamento scaturenti dalla disciplina vigente.

Per quanto riguarda i Sistemi informativi e informatici per la pubblicazione, archiviazione, trasmissione dei dati, l'OIV rileva che con riferimento alle tipologie di dati osservate nell'Allegato 1 la trasmissione dei dati al soggetto responsabile della pubblicazione avviene telematicamente, mentre la pubblicazione nella sezione Amministrazione Trasparente avviene tramite inserimento manuale, con la sola eccezione per i bandi di gara ed i contratti che vengono resi pubblici mediante accesso diretto o attraverso link alla/alle banca/banche dati di archivio. I dati relativi ai consulenti e collaboratori ed agli incarichi conferiti ed autorizzati ai dipendenti vengono, altresì, trasmessi telematicamente al Dipartimento della Funzione Pubblica mediante accesso al portale, nel rispetto delle scadenze normative, mentre i dati relativi ai bandi di concorso, con le medesime modalità, vengono trasmessi alla GURS ed alla GURI.

La raccolta dei dati è in capo al dirigente responsabile della Unità Operativa che li detiene ed in capo al responsabile della comunicazione.

In relazione al monitoraggio sulla pubblicazione dei dati, questo Organismo svolge le attività di monitoraggio sull'avvenuta pubblicazione dei dati, sulla completezza, aggiornamento ed apertura degli stessi attraverso la verifica sul sito. L'estensione del monitoraggio è sul campione dei dati, mentre la frequenza dello stesso è annuale.

L'OIV, secondo le indicazioni dell'ANAC (Delibera 203/2023), ha eseguito la verifica degli obblighi di trasparenza mediante il portale ANAC al 30/06/2023 e successivamente il 30.11.2023 in relazione alle criticità segnalate al momento della compilazione della griglia di rilevazione dell'assolvimento degli obblighi di trasparenza, quali carenze significative di pubblicazione.

L'apposita sezione denominata "Amministrazione Trasparente" è stata implementata dei prescritti contenuti e resa più fruibile sotto il profilo della quantità e qualità delle informazioni e dei dati presenti. In particolare, l'Azienda ha adeguato il nuovo sito aziendale nella parte relativa ai contratti pubblici, nel rispetto delle indicazioni dell'ANAC.

## **F. DEFINIZIONE E GESTIONE DI STANDARD DI QUALITÀ**

L'OIV rileva positivamente che l'Azienda abbia dedicato nel PIAO 2023 – 2025 la soddisfazione dell'utente quale principio cardine e realizzazione del valore pubblico, con particolare attenzione agli standard di qualità erogata e la gestione dei reclami.

Infatti, l'AOU riconosce l'importanza del ruolo dell'utente quale elemento centrale del processo di erogazione dei servizi, convenendo sulla necessità di orientare i servizi assistenziali, dall'accettazione alla dimissione, verso una più efficace risposta alle esigenze ed alle aspettative dell'utente, così come è impegnata a favorire il

coinvolgimento dei familiari fornendo le necessarie informazioni circa le prestazioni sanitarie effettuate, accogliendone nel contempo i suggerimenti e le segnalazioni.

Il miglioramento della qualità delle cure rappresenta il focus dell'Azienda, nella convinzione che fornire un servizio di qualità sia la missione che ogni professionista presente in Azienda debba fare propria nell'interesse del paziente che ha di fronte. La qualità in sanità è tracciata in particolare attraverso degli indicatori di esito che indagano se effettivamente è stato erogato il livello di performance che garantisce la massima efficacia delle cure. L'accessibilità ai servizi è importante affinché la "qualità" sulla quale l'Azienda lavora arrivi al maggior numero di individui che ne hanno bisogno. In taluni casi performance elevate per un ridotto numero di malati non rappresentano il bene per la collettività in senso ampio; è necessario favorire l'accesso ai servizi, tenendo in considerazione i principi di appropriatezza e rovesciando il paradigma per il quale il paziente con necessità si reca nelle strutture sanitarie a favore di un servizio sanitario che cerca quanto più possibile di raggiungere il paziente al suo domicilio.

Con mali del 22 aprile 2024 il Dr Del Campo ha comunicato che questa Sezione relativa agli standard di qualità è in corso di aggiornamento come da nota prot . 22115 del 14/04/2024, pertanto la sezione F sarà integrata con i dati che saranno forniti dall'Azienda e riportati nel più volte citato "Allegato 1".

## **G. UTILIZZO DEI RISULTATI DEL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE**

Si è proceduto alla redazione del presente documento sulla scorta degli atti trasmessi dall'Azienda a questo OIV e dell'esame PIAO adottato dall'Azienda per il triennio 2023/2025 e successivo aggiornamento 2024/2026.

## **H. DESCRIZIONE DELLE MODALITÀ DI MONITORAGGIO DELL'OIV**

Le attività di verifica che hanno costituito il supporto documentale della presente relazione sono state svolte durante la stesura della stessa, mediante analisi dei dati e delle informazioni ricavate dalla documentazione messa a disposizione dall'Azienda nel corso dell'anno 2023 e delle valutazioni espresse da questo Organismo.

Data, 25/04/2024

OIV

**(Daniela Costantino)**

**(Loredana Di Salvo)**

**(Davide Mingrino)**