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 2023 relativa al 2022

PREMESSA.....2

FUNZIONAMENTO COMPLESSIVO DEL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE (SMVP).....5

A. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA.....12

B. PERFORMANCE INDIVIDUALE.....26

C. PROCESSO DI ATTUAZIONE DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE. .26

D. INFRASTRUTTURA DI SUPPORTO.....27

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.....27

F. DEFINIZIONE E GESTIONE DI STANDARD DI QUALITÀ.....28

G. UTILIZZO DEI RISULTATI DEL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE.....28

H. DESCRIZIONE DELLE MODALITÀ DI MONITORAGGIO DELL'OIV.....28

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 2022.

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 Universitaria di Catania ed è frutto del processo di monitoraggio effettuato dall'OIV nel corso dell'anno 2022 e tenendo in debito conto dell'attività eseguita nella precedente Relazione, avente il medesimo oggetto, relativa all'anno 2021.

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 al link:

vecchio sito sino al 31.12.2022:

https://archivio.policlinicovittorioemanuele.it/amministrazione-trasparente#Performance

nuovo sito:

https://www.policlinicorodolicosanmarco.it/trasparenza/default.aspx?section=33&title=Performance

Nella sezione Performance di Amministrazione Trasparente sono disponibili i diversi piani della performance al tempo adottati compresi, sia nel vecchio che nel nuovo sito, il Piano Triennale della Performance 2022-2024, adottato con deliberazione n. 271/2022 ed il PIAO adottato con deliberazione n. 1510/2022.

La presente relazione espone le principali evidenze oggetto del monitoraggio sul funzionamento complessivo del sistema della valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni dell'AOU Catania per l'anno 2022.

L'anno 2022 rappresenta il ritorno alle ordinarie funzioni assistenziali dopo due anni caratterizzati dalla straordinarietà dell'emergenza sanitaria della pandemia da Covid-19 che ha comportato un completo stravolgimento dei piani e delle attività precedentemente pianificati e che ha visto l'AOU impegnata in prima linea.

L'OIV nei monitoraggi trimestrali eseguiti relativamente al raggiungimento degli obiettivi assegnati per l'anno 2022 ha rilevato positivamente che l'Azienda e il personale che opera quotidianamente ha saputo tradurre in vera opportunità quanto i sanitari e l'organizzazione stessa hanno dovuto affrontare.

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 Universitaria 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.

<u>Gaspare Rodolico</u>

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 numerose cliniche universitarie e vi convivono specialità di base con alte specialità come la Chirurgia vascolare e dei Trapianti.

Nell'ambito della riorganizzazione aziendale nel corso del 2018 e del 2019 sono state trasferite presso questo Presidio dall'Ospedale Ferrarotto e dal P.O. Vittorio Emanuele

le UU.OO. Cardiochirurgia, Cardiologia ed Emodinamica, Clinica Chirurgica, Chirurgia Vascolare Ortopedia, Ematologia oltre al Servizio Trasfusionale, ed alla fine dell'anno è stato trasferito il Pronto Soccorso Generale e la U.O. MCAU con la Radiologia di PS.

San Marco

La struttura, di nuova costruzione, costituita da 4 edifici collegati 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, 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 Day-surgery (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.

Con il Decreto Assessoriale 14/01/2015 di "Riqualificazione 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, in particolare 474 posti letto sono stati attribuiti al Presidio Rodolico e 437 al Presidio San Marco con la ridistribuzione delle Unità Operative complesse e semplici. 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.

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'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 diverse strutture di terapia intensiva, quali la Rianimazione, la Terapia Intensiva Post Operatoria (T.I.P.O.), l'Unità Terapia Intensiva Coronarica (U.T.I.C.) e l'Unità Terapia Intensiva Neonatale (U.T.I.N.).

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'AOU Policlinico – Vittorio Emanuele, 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. Nell'ambito dell'emergenza l'Azienda si avvale di una struttura di Medicina e Chirurgia di Accettazione e d'Urgenza (M.C.A.U.), di un Pronto Soccorso Pediatrico, di un Pronto Soccorso Ostetrico Ginecologico, dell'ambulatorio delle urgenze oculistiche e di diverse strutture di terapia intensiva, quali la Rianimazione, la Terapia Intensiva Post Operatoria (T.I.P.O.), l'Unità Terapia Intensiva Coronarica (U.T.I.C.) e l'Unità Terapia Intensiva Neonatale (U.T.I.N.).

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;

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 – terapeutico. 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 stakeholder 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 2022 l'Azienda ha confermato le proprie capacità programmatorie, 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 adottato il PIAO 2022-2024, ben evidenziando i seguenti obiettivi di Valore Pubblico generati dall'azione amministrativa e produttori di outcome che impattano positivamente sul benessere esterno, degli stakeholder 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. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

La "performance organizzativa" dell'AOU 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 Piano della Performance 2022-2024 e come riproposto nel PIAO relativo allo stesso triennio, anche per l'anno 2022, 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, confermandoli nei successivi aggiornamenti del Piano non solo per l'anno 2021 ma anche per l'anno 2022.

Pur avendo previsto che gli stessi 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'AOU 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:

- ✓ Garantire la tempestività nel trattamento della frattura di femore nei pazienti over 65;
- ✓ 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 costante monitoraggio de tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali e per i ricoveri programmati.
8. Migliorare la soglia garanzia dei tempi di attesa sia per livello ex ante che per il livello ex post.
9. Realizzare le condizioni organizzative per favorire la prescrizione dematerializzata fino al 100% delle prescrizioni.
10. Attuare gli adempimenti previsti dal piano annuale controlli analitici (PACA).

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 PS 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 privileges;
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. Mantenimento dell'autorizzazione e dell'accreditamento del Servizio Trasfusionale aziendale, delle articolazioni organizzative e delle Unità di Raccolta associative collegate;
19. Soddisfacimento da parte del Servizio Trasfusionale Aziendale dei requisiti del plasma da destinare alla produzione di medicinali plasma derivati;
20. Sviluppo progetto "Codice Rosa" nei Pronto Soccorso aziendali per la presa in carico dei pazienti vittima di violenza;
21. 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. Informatizzazione Cartella Clinica: completamento UU.OO.CC;
2. Informatizzazione Ordini – NSO;
3. Informatizzazione Fascicolo di liquidazione;
4. Contenimento e razionalizzazione della spesa farmaceutica e dei dispositivi medici;
5. Percorsi attuativi di certificabilità (PAC);
6. Utilizzo dei fondi PSN;
7. Definizione di procedure per la dismissione del patrimonio immobiliare destinato alle attività aziendali non più utilizzato in conseguenza dei programmi di riorganizzazione aziendale;
8. 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. Recupero produttività aziendale attraverso la riorganizzazione dell'attività chirurgica, ed il pieno utilizzo delle tecnologie diagnostiche e degli ambulatori;
2. Implementazione attività Robotica (Robot Da Vinci);
3. Sviluppo piani per l'attuazione delle norme contenute nella legge 190/2012;
4. Rafforzamento del rapporto con le organizzazioni rappresentative dei cittadini;
5. Sviluppare, secondo i modelli regionali, programmi per la valutazione della qualità percepita.

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 tecnologia;

⇒ Valorizzazione della Ricerca Universitaria in ambito Aziendale.

L'Azienda ha considerato rilevanti, anche in riferimento a quanto previsto dal D.L. 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 tecnologia 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 descritto nel Piano della performance 2022 – 2024 e come previsto nel PIAO 2022 - 2024, 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 come riportato nella Relazione avente il medesimo oggetto della presente relativa all'anno 2021 ed ha concluso la valutazione della performance 2021 sulla base della documentazione trasmessa in relazione alle schede di valutazione dei Dirigenti con incarico gestionale.

Si rileva che l'Azienda attraverso l'adozione del Piano della Performance 2022-2024, confluito nel PIAO, 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 2022 è stato gestito nella sua completezza, quindi a partire dai contenuti strategici del Piano triennale delle performance 2022.2024 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 2022 – 2024, 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;
- alla realizzazione di un sistema per la gestione e la programmazione delle attività in materia di prevenzione;
- alla diffusione sistemica dei sistemi di telemedicina in accordo con le linee guida nazionali e regionali;
- 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.

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

1. 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.
2. 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 IHE, HL7. L'applicativo rende disponibili tutti gli strumenti informatici necessari per supportare l'accesso ai dati clinici storici contenuti nel FSE.
3. 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.
4. ADT e MPI servizi di farmacia informatizzati. Per quanto concerne il sistema di ADT l'Azienda dispone di software che garantisce anagrafica unica tra sistema di accettazione ricoveri, sistema di pronto soccorso, sistema di erogazione delle terapie farmacologiche alla dimissione o in regime di distribuzione diretta. Gli altri sottosistemi (laboratorio analisi, anatomia patologica, ufa, ris/pacs) non sono integrati. Nell'ambito delle strategie di digitalizzazione è stato già previsto l'investimento utile a completare la costituzione di unica anagrafica all'interno di tutti i sottosistemi di area sanitaria. Per quanto riguarda, invece, il sistema MPI, la tracciabilità delle somministrazioni è garantita per la distribuzione diretta e per la somministrazione delle terapie rientranti nel flusso T. Attraverso il sistema di CCE, a seguito della graduale e totale estensione per tutte le unità operative, la tracciabilità delle somministrazioni sarà garantita per il singolo paziente.
5. Prescrizione e somministrazione farmaci con sistema informatizzato – l'Azienda dispone di un software per la gestione dei processi di allestimento del farmaco antiblastico e delle terapie oncologiche della farmacia UFA. Nell'ambito delle strategie di potenziamento del livello di digitalizzazione è previsto un ammodernamento sia delle strutture fisiche di produzione delle terapie sia del software di gestione delle prescrizioni con prevista integrazione con ADT centralizzata.
6. Cartella Clinica Elettronica Ospedaliera – l'Azienda dispone di una soluzione di Cartella Clinica Elettronica (CCE) paperless e multimediale che permette di gestire tutte le informazioni cliniche del paziente dall'ingresso in reparto fino alla dimissione, ivi compresa l'archiviazione digitale sostitutiva della cartella clinica. Tramite l'utilizzo di tecnologie di firma digitale e marche temporali l'applicativo consente la completa dematerializzazione dei documenti clinici. L'attuale copertura dell'applicativo CCE comprende 71 posti letto. Nel corso dell'anno 2022 è stata pianificata una estensione della CCE che prevede prioritariamente la copertura di ulteriori 250 posti letto non ancora informatizzati demandando a fasi successive di progetto la copertura totale.
7. Repository – l'Azienda dispone di specifiche tecnologie dedicate alla conservazione e archiviazione dei dati aziendali secondo i vigenti standard di sicurezza. Tali soluzioni

garantiscono sia la gestione del lavoro in modalità condivisa, sia l'effettuazione delle azioni di backup secondo politiche e tempistiche connaturate alla natura dei dati. Come ulteriore facility vi è l'abilitazione di un sistema cloud sia per permettere l'acceso in modalità sicura alle risorse condivise sia per la localizzazione su altra "area" dei backup ritenuti fondamentali a garantire la continuità operativa.
8. Order Entry – l'Azienda dispone di una soluzione software che permette di ricevere, inviare e consultare gli ordini elettronici che transitano per NSO. La soluzione permette l'accesso agli ordini ricevuti/inviati attraverso il nodo di smistamento e di visualizzarli in formato leggibile. In ragione della superiore analisi sul livello di digitalizzazione già conseguito si è provveduto a redigere le schede di intervento a valere sui fondi di PNRR individuando 18 progetti di cui si condivide di seguito lo stato "as is" e lo stato "to be" che dovrebbe essere raggiunto a completamento delle attività programmate:
1. "Punti rete. Estensione WIFI. Aggiornamento Rete. Infrastruttura di rete per stampe in condivisione da remoto e wifi".
a) Livello attuale. La copertura attuale della rete Wi-Fi, 70% circa al Presidio San Marco e 30% circa al Presidio G.Rodolico, non raggiunge tutte le aree dove si trovano i potenziali fruitori e permette in modo solo parziale: l'utilizzo degli applicativi (quali quello di Cartella Clinica informatizzata) tramite postazioni di lavoro (PDL) su carrello mobile; la produzione di stampe di report/etichette tramite risorse (ad es. stampanti di etichette) condivise. La rete dati del Presidio G.Rodolico ha ormai raggiunto i 15 anni dalla data di installazione originale; le espansioni effettuate nel tempo hanno di fatto generato una situazione tecnologicamente sbilanciata e non a passo con gli attuali standard di operatività e sicurezza.
b) Potenziamento del livello di digitalizzazione. L'intervento è rivolto ad assicurare la copertura totale della rete Wi-Fi per estenderla a tutte le aree dove si trovano i potenziali fruitori al fine di garantire: la possibilità di utilizzo degli applicativi tramite PDL su carrello mobile; la produzione di stampe di report/etichette tramite risorse di stampa condivise; la possibilità di erogare servizio Wi-Fi all'utente che si dovesse trovare in situazione di necessità. L'aggiornamento della infrastruttura di rete dati cablata del Presidio G.Rodolico aumenterà le prestazioni e darà la possibilità di introdurre nuovi servizi quali ad esempio il VoIP.
2. "Potenziamento connettività aziendale".
a. Livello attuale. La connettività Internet aziendale ha una banda in downstream di 100Mbps in tecnologia FTTN che non assicura prestazioni adeguate alla platea degli utilizzatori; l'ulteriore connettività di 1Gbps fornita dal GARR è dedicata solo al personale universitario presente in Azienda.
b. Potenziamento del livello di digitalizzazione. L'intervento è rivolto ad assicurare all'Azienda un aumento della banda in downstream al fine di assicurare prestazioni adeguate alla platea degli utilizzatori.
3. "Firewall centrale".
a. Livello attuale. Il firewall attualmente disponibile rappresenta l'unico dispositivo di frontiera tra la "rete esterna" con gli apparati di routing che sostengono il traffico verso internet, la "rete LAN interna" e la "DMZ" con i servizi offerti all'utenza.

b. Potenziamento del livello di digitalizzazione. La dotazione di un cluster di firewall permetterà risolvere i problemi legati al "single point of failure" e di garantire la continuità operativa in caso di guasti.
4. "Condizionamento - Lavori di ristrutturazione - Cablaggi - Linee elettriche in HA.
a. Livello attuale. I sistemi di climatizzazione attuali sono sotto dimensionati rispetto alle esigenze e di conseguenza non assicurano la temperatura di operatività propria dei sistemi presenti. L'infrastruttura elettrica dei Data Center non assicura un sufficiente livello di ridondanza e di resilienza ai guasti.
b. Potenziamento del livello di digitalizzazione. L'intervento è rivolto ad acquisire sistemi di climatizzazione adeguati che assicurino un maggior controllo della temperatura e permettano una facile espansione della conformazione del Data Center. Gli interventi sulla infrastruttura elettrica permetteranno una maggiore affidabilità e disponibilità nonché una maggiore ridondanza al fine di assicurare un adeguato livello di TIER.
5. "Implementazione sistema di tracciabilità dei dispositivi medici, impiantabili e ottimizzazione dei processi di logistica di farmacia, compreso l'acquisizione dei sistemi di preparazione e distribuzione delle terapie in dosi unitarie sia per le UU.OO (5 anni)".
a. Livello attuale. Il software di gestione del magazzino, permette la tracciabilità dell'intero ciclo di vita del prodotto all'interno dell'Azienda. In particolare, la profondità e completezza della codifica delle anagrafiche di magazzino permette la individuazione dell'effettivo flusso fisico seguito dal singolo dispositivo medico. Per quanto concerne l'area farmaco, la tracciabilità è ad oggi garantita fino alla confezione attribuita al reparto utilizzatore senza possibilità di attribuzione al singolo paziente per le specialità medicinali rientranti nel flusso consumo ospedaliero (CO). Per quanto concerne la gestione del farmaco dedicato alla gestione diretta ovvero con somministrazione di terapie personalizzate (flusso T) la tracciabilità permette l'identificazione del paziente.
b. Trasformazione dei processi logistici e di preparazione del farmaco. L'intervento prevede la riprogettazione del sistema della logistica aziendale con l'individuazione e definizione del nuovo modello dei flussi di trasporto, gestione e tracciabilità dei farmaci e dei dispositivi e estensione/completamento dell'informatizzazione degli armadi di reparto. I dati dei farmaci/dispositivi utilizzati dovranno, ove possibile, essere travasati anche nella cartella clinica. A corredo dello studio della logistica e dei flussi di trasporto dei beni sanitari sarà realizzata una nuova UFA che garantirà l'ottimizzazione dei processi di preparazione delle terapie e migliorerà i livelli di qualità e sicurezza delle cure.
6. "Software e servizi di dematerializzazione e digitalizzazione delle procedure Amministrative compresi i Servizi di posta e messaggistica avanzati e condivisi (eventuale riuso)".
a. Livello attuale. La gestione del protocollo informatico e delle deliberazioni/atti permette allo stato attuale una parziale automatizzazione/dematerializzazione dei flussi amministrativi; l'attuale servizio di posta elettronica risulta essere sottodimensionato rispetto alle esigenze reali.

b. Potenziamento del livello di digitalizzazione. L'intervento è rivolto a garantire: l'automatizzazione dei processi di classificazione, fascicolazione e definizione dei metadati dei documenti; l'attuazione dei work flow approvativi; la conservazione a norma di legge; l'adeguata gestione dei documenti tramite servizi di posta e di messaggistica istantanea.
7. "Sistema di gestione progetti di ricerca e delle sperimentazioni cliniche".
a. Allo stato attuale il livello di digitalizzazione è altamente frammentato e non consente la definizione di un processo documentale univoco e tracciabile. Le fasi dei progetti di ricerca così come le fasi di gestione delle sperimentazioni cliniche risiedono su applicativi "home made" e stand alone rispetto al resto dell'architettura del sistema informativo.
b. Digitalizzazione tramite processi di gestione documentale (workflow). L'intervento intende realizzare un ambiente interoperabile rispetto al sistema informativo di area amministrativo/contabile, GDPR compliant.
8. "Sistema integrato di refertazione".
a. Livello attuale. Il sistema di refertazione (RIS) non offre strategie ottimali per l'acquisizione, archiviazione e distribuzione delle immagini cliniche e multimediali in modo consistente ai fini dell'alimentazione della cartella clinica elettronica.
b. Potenziamento del livello di digitalizzazione. L'intervento è rivolto a garantire l'implementazione di strategie ottimali che permettano l'acquisizione, archiviazione e distribuzione delle immagini cliniche e multimediali in modo consistente ai fini della alimentazione della cartella clinica elettronica.
9. "Sistema integrato di conservazione".
a. Livello attuale. Il sistema di conservazione delle immagini (PACS) non offre strategie ottimali per l'acquisizione, archiviazione e distribuzione delle immagini cliniche e multimediali in modo consistente ai fini dell'alimentazione della cartella clinica elettronica.
b. Potenziamento del livello di digitalizzazione. L'intervento è rivolto a garantire l'implementazione di strategie ottimali che permettano l'acquisizione, archiviazione e distribuzione delle immagini cliniche e multimediali in modo consistente ai fini della alimentazione della cartella clinica elettronica.
10. "Sistemi di gestione integrata delle agende di prenotazione, delle poltrone infusionali e delle liste di governo dei processi assistenziali delle singole UU.OO.".
a. Livello attuale. Il processo di gestione delle agende di prenotazione delle terapie e la gestione degli accessi delle poltrone di DH non è digitalizzato. Non è previsto un sistema automatizzato di calcolo delle disponibilità di poltrone/terapia. Nella programmazione delle terapie non si dispone di sistema che ottimizzi i tempi di attesa del paziente e tenga conto delle priorità determinate dalla "produzione delle terapie" presso l'UFA.
b. Potenziamento del livello di digitalizzazione. L'intervento prevede l'acquisizione di sistema di gestione delle liste di attività UFA/Reparto che definisca le agende di prenotazione giornaliere sulle tempistiche originate dalle prescrizioni. Attraverso l'integrazione con il sistema ADT, il software di gestione dell'UFA e la cartella clinica

informatizzata sarà possibile migliorare la qualità e le tempistiche di erogazione delle prestazioni sanitarie ottimizzando i flussi interni delle singole unità operative coinvolte e massimizzando le risorse utilizzate. Il sistema prevede anche la costruzione di un sistema di dialogo con il paziente che permette di conoscere in anticipo eventuali condizioni impedienti la terapia così da minimizzare gli sfridi di specialità medicinali e dispositivi medici nonché gestire in tempo reale eventuali riprogrammazioni, in base alle liste di priorità, di utenti sugli "slot terapia" resisi liberi.

11. "Upgrade Hardware di gestione delle Sale Operatorie".

a. Livello attuale. Attualmente solo il Presidio San Marco presenta una dotazione di workstation medicali nelle Sale Operatorie.

b. Potenziamento del livello di digitalizzazione. L'intervento è rivolto ad acquisire ulteriori workstation medicali ad elevate prestazioni multimediali adatte agli ambienti di sala operatoria. I Point of Care (P.O.C.) da acquisire permetteranno la consultazione da tutte le sale operatorie dei dati provenienti dal sistema informativo.

12. "Sistema di gestione in Cloud Diffuso e centralizzato".

a. Livello attuale. L'attuale cloud contrattualizzato è utilizzato esclusivamente dal sistema di backup per la replica in remoto, tramite meccanismi di deduplica, delle copie incrementali delle istanze di database.

b. Potenziamento del livello di digitalizzazione. L'intervento è rivolto a realizzare, in ottica cloud-first, l'acquisizione di servizi di gestione in cloud in accezione PaaS (Platform as a Service) con particolare riferimento al servizio DBaaS (Database as a Service) allo scopo di abbattere i costi di amministrazione dell'infrastruttura quali approvvigionamento dell'hardware, configurazione dei RDBMS, aggiornamenti e backup.

13. "Upgrade e integrazione PDL e client di accesso LIS".

a. Livello attuale. Si rilevano postazioni di lavoro e soprattutto client di accesso LIS che installano Sistemi Operativi (S.O.) obsoleti. Ciò rappresenta un problema in quanto gli upgrade del sistema LIS sono vincolati all'aggiornamento degli S.O. di tutte le PDL e client di accesso LIS.

b. Potenziamento del livello di digitalizzazione. L'intervento è rivolto all'aggiornamento/acquisizione di nuove PDL con S.O. di ultima generazione ed all'upgrade di tutti i client LIS con successivo aggiornamento all'ultimo rilascio del sistema informativo LIS.

14. "Upgrade e integrazione postazioni avanzate Refertazione Radiologica".

a. Livello attuale. Si rilevano postazioni di lavoro per la Refertazione Radiologica in numero insufficiente o con caratteristiche insufficienti.

b. Potenziamento del livello di digitalizzazione. L'intervento è rivolto a garantire l'acquisizione di postazioni avanzate di Refertazione Radiologica con caratteristiche adeguate in termini di risoluzione, diagonale, luminanza e sensori integrati.

15. "Upgrade Cartella Clinica informatizzata e integrazione FSE".

a. Livello attuale. La dotazione informatica specifica per l'utilizzo dello strumento di CCI, ovvero PC medicali carrellati e tablet dedicati, non è sufficiente a ricoprire le necessità delle UU.OO. aziendali. La gestione dei documenti clinici non è ottimizzata.
b. Potenziamento del livello di digitalizzazione. L'intervento è rivolto all'acquisizione di ulteriori PDL con particolare riferimento alle postazioni su carrello mobile da utilizzare per inserire i dati clinici al cospetto del paziente in Reparto/Sala Operatoria. Sarà inoltre ottimizzata la gestione dei documenti clinici secondo le norme Agid con particolare riferimento alla conservazione digitale a norma di Codice dell'Amministrazione Digitale.
16. "Ottimizzazione servizi dedicati allo smart working".
a. Livello attuale. In occasione dell'emergenza pandemica sono stati erogati ai dipendenti servizi di collegamento alle postazioni di lavoro tramite SSL VPN. Le strategie pur avvenendo tramite canale sicuro non sono adeguatamente strutturate e vanno ottimizzate.
b. Potenziamento del livello di digitalizzazione. L'intervento è rivolto ad ottimizzare i servizi dedicati allo smart working tramite tunnel di traffico sicuri nonché Application Control ed ispezione del traffico. La dimostrazione della reale identità degli utenti sarà verificata in modo forte con metodi di autenticazione aggiuntivi quale l'autenticazione a due fattori (2FA).
17. "Upgrade servizi di Laboratorio Analisi".
a. Livello attuale. La soluzione in uso non è allineata all'ultimo rilascio della piattaforma LIS. L'infrastruttura hardware non è ottimizzata in termini di HA.
b. Potenziamento del livello di digitalizzazione. L'intervento è rivolto ad allineare la soluzione LIS in uso all'ultima versione disponibile ed alla sua migrazione su una infrastruttura hardware ottimizzata. L'allineamento di versione permetterà: l'accesso web via tablet/smartphone; l'utilizzo esteso di firme digitali e marche temporali; l'implementazione di funzionalità per la consegna dei referti online.
18. "Hardware & Software Storage Aziendale".
a. Livello attuale. Si dispone di due NAS che forniscono le share necessarie al servizio di gestione delle cartelle condivise per i gruppi di lavoro aziendali ed al servizio MS DPM per il backup dei ruoli dell'infrastruttura di virtualizzazione. Le due NAS sono configurate in mirroring.
b. Potenziamento del livello di digitalizzazione. L'intervento è volto ad acquisire ulteriori risorse hardware/software al fine di garantire rispetto allo stato attuale: una maggiore scalabilità in termini di utenze concorrenti e quantità di storage; la possibilità di utilizzare servizi di dati non strutturati sia nel Data Center che nel Cloud; l'utilizzo di strumenti di amministrazione che rendano immediato per l'utilizzatore il monitoraggio delle performance e della capacità utilizzata; una maggiore sicurezza tramite l'utilizzo di strumenti di encryption; una maggiore affidabilità in termini di disaster recovery e backup.
Questo O.I.V. ha preso atto degli obiettivi assegnati alle singole strutture complesse per l'anno 2022 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 di n. 60 Unità Operative trasmesse in data 17.11.2022, complete delle schede di budget, delle note protocollo di comunicazione alle singole UU.OO., conto economico scalare e report indicatori per il monitoraggio obiettivi III trim. 2022.

Preso atto che i report di monitoraggio sono di Area dirigenziale ed organizzativa di struttura complessa e relativi al periodo 1 gennaio 2022/30 settembre 2022, si è rilevato, come già registrato per l'anno 2021, 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 documentazione acquisita quasi a fine anno 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, ma solo di verificare l'andamento delle performance per singola unità operativa rispetto agli obiettivi programmati e di esprimere un giudizio sui risultati raggiunti attraverso il confronto tra i livelli di performance conseguiti e programmati, individuando gli eventuali scostamenti più rilevanti.

Ma anche per le singole UU.OO., la tempistica non permette, di attuare interventi correttivi per almeno le n. 26 UU.OO. che presentano scostamenti rilevanti, avendo proceduto alla comunicazione delle stesse i primi di novembre dei dati relativi al III trimestre, che quale azione di miglioramento si auspica che vengano trasmessi con la massima tempestività, in modo che a novembre vengano rilevati i dati pre – consuntivi, che saranno oggetto della valutazione dell'anno di riferimento.

Per quanto riguarda il Piano Triennale per la Prevenzione Corruzione e Trasparenza si apprezza la scelta dell'Azienda di non procedere solo al suo aggiornamento annuale, ma di approvare il Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2022/2024, quale nuova metodologia di un unico Piano con le specifiche sezioni perfettamente integrate tra di loro. Ciò ha permesso, con maggiore evidenza rispetto all'anno precedente, 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.

Per quanto riguarda gli strumenti di rappresentazione della performance, l'OIV ha rilevato che l'attività di monitoraggio intermedio è stata effettuata, da ultimo con comunicazione inviata a tutte le UU.OO. in data 04.11.2022, con la quale è stato trasmesso alle singole UU.OO. il report di monitoraggio relativo all'andamento delle stesse al III trimestre, rispetto agli obiettivi negoziati per l'anno 2022, con ulteriore report contenente alcuni indicatori specifici 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 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.

Come comunicato con email del 28 aprile, non sono state compilate dall'Azienda le sezioni del modello allegato 1 alla delibera CIVIT n. 23/2013, in quanto non è stato possibile ancora elaborare i dati non avendo ancora concluso per l'anno 2022 la procedura di valutazione attraverso la piattaforma ValuPER, nel rispetto del regolamento sul Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance. Infatti, la data di definizione è stata fissata al 30 aprile, termine posticipato al 10.05.2023, per problemi tecnici avendo dovuto effettuare diverse variazioni sia in merito alla tipologia di schede dell'area dirigenza sia in merito alle afferenze del personale, come si può evincere dalle note allegate alla stessa mail.

In conclusione, l'O.I.V. esprime una valutazione positiva in merito allo svolgimento del processo di assegnazione degli obiettivi ed alla coerenza con le disposizioni del Sistema e rinvia le valutazioni di competenza successivamente all'acquisizione del modello "Allegato 1 alla delibera Civit n. 23/2013", debitamente compilato.

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.

Per quanto riguarda, la STP risulta che sia adeguata per numero di personale e competenza, pur se a fine dell'anno 2022 è stata modificata la sua composizione,

pertanto, l'OIV rinvia le valutazioni di competenza successivamente all'acquisizione del modello "Allegato 1 alla delibera Civit n. 23/2013", debitamente compilato.

L'OIV rileva 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.

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; tra l'altro, è in corso la definizione del nuovo regolamento di misurazione e valutazione della performance che terrà conto della c.d. valutazione partecipativa, già trasmesso alle OO.SS. ad inizio anno 2023.

La presente sezione, come le precedenti, sarà integrata a seguito dell'acquisizione del modello "Allegato 1 alla delibera Civit n. 23/2013", debitamente compilato.

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 del Piano triennale per la 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 positivamente l'attenzione dedicata all'Azienda nel PIAO 2022 – 2024, nel quale sono riportati specifici obiettivi ed una dettagliata analisi dei sistemi in uso, con riserva di integrare con i dati che saranno

comunicati con la compilazione della sezione relativa del modello Allegato 1 alla delibera Civit, oggi ANAC, n. 23/2013.

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 201/2022), ha eseguito la verifica dei dati al 31.05.2022 e successivamente il 31 ottobre 2022 in relazione alle criticità segnalate al momento della compilazione della griglia di rilevazione dell'assolvimento degli obblighi di trasparenza, quali carenze significative di pubblicazione, attribuendo nella colonna "completezza di contenuto" un valore inferiore a 3.

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 nel corso dell'anno ha realizzato il nuovo sito aziendale.

F. DEFINIZIONE E GESTIONE DI STANDARD DI QUALITÀ

L'OIV rileva positivamente che l'Azienda abbia dedicato nel PIAO 2022 – 2024 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.

La sezione 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 di questo OIV e dell'esame del Piano della performance e del PIAO adottati dall'Azienda per il triennio 2022/2024.

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 2022 e delle valutazioni espresse da questo Organismo.

Data 29/04/2023

OIV

(Daniela Costantino)

Firmato digitalmente da
DANIELA COSTANTINO
CN = DANIELA COSTANTINO
C = IT

(Loredana Di Salvo)

LOREDANA DI SALVO
29.04.2023 14:13:14
GMT+00:00

(Davide Mingrino)

Firmato digitalmente da
davide mingrino
CN = mingrino davide
SerialNumber = TINIT-MNGDVD69H17C342J
C = IT