



VERBALE DELLA RIUNIONE DEL NUCLEO DI VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI DELL'AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE LARIANA SVOLTASI IN DATA 5 FEBBRAIO 2024.

In data 5 febbraio 2024, alle ore 11.30, si è svolta, in presenza, una riunione del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni dell'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale Lariana, istituito con deliberazione del Direttore generale n. 719 del 29 luglio 2021, con il seguente ordine del giorno:

- 1) Verifica degli esiti conclusivi dei progetti aziendali finalizzati alle Risorse Aggiuntive Regionali, anno 2023, personale del Comparto e della Dirigenza;
- 2) Varie ed eventuali.

Sono presenti i seguenti componenti del Nucleo di Valutazione:

- dott. Donato Centrone, presidente
- dott.ssa Marina Cancellieri, componente
- dott. Giuseppe Lombardo, componente.

Prende parte alla riunione:

dott.ssa Annalisa Marelli (funzionario verbalizzante).

1) Verifica degli esiti conclusivi dei progetti aziendali finalizzati alle Risorse Aggiuntive Regionali anno 2023, personale del Comparto e della Dirigenza.

Il Nucleo di Valutazione ha ricevuto, con e-mail del 26 gennaio 2024, le relazioni predisposte dai Coordinatori dei progetti aziendali, riferiti sia al personale del Comparto che della Dirigenza, inerenti agli esiti conclusivi al 31 dicembre 2023, ai fini dell'erogazione del saldo delle Risorse Aggiuntive Regionali.

Il Nucleo procede alla disamina delle rendicontazioni, al fine di verificarne la coerenza con gli indicatori individuati per ciascun progetto e la partecipazione da parte del personale.

- **Progetti coordinati dalla dr.ssa Angela Trentin**
- Adeguamento e costante aggiornamento del Piano Operativo Pandemico a cura della SC Qualità e Risk Management, pubblicazione dei relativi aggiornamenti nella sezione dedicata della intranet aziendale (pubblicazione di almeno l'80 per cento della documentazione richiesta: confermato l'aggiornamento, la documentazione allegata al POP è stata revisionata e pubblicata; la composizione dell'Unità di Crisi è stata aggiornata con deliberazione n. 1426 del 28.12.2023);
- Raccolta e gestione, a cura dell'URP, di eventuali reclami in funzione delle nuove strutture (Case di Comunità, Ospedali di Comunità, COT) sia attraverso l'URP che le piattaforme dei social media aziendali; adeguamento delle carte intestate e dei referti di reparto e ambulatoriali; predisposizione e pubblicazione delle Carte dei servizi: la relazione attesta la corretta gestione dei reclami nelle nuove strutture, l'adeguamento delle carte intestate/referti, la realizzazione – in collaborazione con i referenti dei Distretti – delle Carte dei servizi e la pubblicazione sul sito aziendale, come da direttive della DG Welfare della Regione;
- Adeguamento delle carte intestate e referti di reparto e ambulatoriali dei Dipartimenti/Strutture legati all'aggiornamento del nuovo POAS; pubblicazione nella pagina intranet dedicata e costante aggiornamento:

l'attività è stata realizzata dall'Area web in collaborazione con i Sistemi Informativi Aziendali; la documentazione è stata aggiornata sia nella intranet aziendale che nel programma gestionale PRIAMO.

- Presa in carico delle segnalazioni relative ad ogni forma di aggressione sui luoghi di lavoro e sensibilizzazione attraverso la predisposizione e pubblicazione di campagne attive, a favore degli operatori sanitari di ASST Lariana; mappatura di almeno un Dipartimento per la stratificazione del rischio di aggressione: la relazione dà evidenza dell'attività complessivamente svolta nel 2023 (assistenza psicologica e legale nei casi aggressione, audit, campagna di sensibilizzazione) e degli esiti del monitoraggio effettuato, in particolare, nell'ambito del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze.

- **Progetti coordinati dal dott. Carmine Paparesta**

- Perfezionamento della messa a regime delle Centrali Operative Territoriali nelle Case della Comunità HUB dell'A.S.S.T. Lariana, revisione della procedura avente oggetto "Centrali Operative Territoriali" ed effettuazione di due verifiche ispettive presso le COT: la procedura è stata revisionata ed approvata in data 26.09.2023, mentre ai fini della verifica, i coordinatori di tre COT (Cantù, Como e Olgiate Comasco) sono stati riuniti in un'unica data (18.12.2023) presso la sala convegni dell'Ospedale di Cantù; la verifica, effettuata con modalità prevalentemente informatica, ha dato esito positivo.
- Informativa di base rivolta al personale amministrativo dei Distretti Sociosanitari inerente misure di prevenzione, gestione e contrasto alle varie forme di aggressione sui luoghi di lavoro: come già segnalato dal Coordinatore, per motivi organizzativi, anziché i tre incontri previsti, è stato possibile tenere un unico incontro formativo/informativo in data 27 novembre 2023, con modalità mista (in presenza e in video-call, come da attestazione allegata), in modo da consentire la partecipazione di tutto il personale interessato; la procedura aziendale "*Gestione dell'evento aggressivo del paziente/utente/visitatore e modalità di segnalazione delle aggressioni*" è stata revisionata in data 15 dicembre 2023 e pubblicata.

- **Progetto coordinato dal dott. Cristiano Casartelli**

- Centrali Operative Territoriali (COT), revisione della procedura per lo start up delle Centrali Operative Territoriali, divulgazione al personale della nuova procedura mediante riunioni interne: la procedura è stata revisionata ed approvata in data 26 settembre 2023; la diffusione è attestata dai verbali delle riunioni dei singoli Servizi e dagli fogli firma del personale per presa visione (contestualmente alla riunione o successivamente, con illustrazione a cura del Coordinatore); non hanno partecipato n. 6 dipendenti (causa lunghe assenze o cessazione dal servizio), i cui nominativi sono agli atti della SC Gestione e sviluppo delle risorse umane (l'elenco viene allegato al presente verbale). Questi ultimi non hanno raggiunto l'obiettivo previsto e non accedono, pertanto, alle RAR; va recuperato l'eventuale acconto erogato.

- **Progetto coordinato da dott. Cristiano Casartelli/dr.ssa Carla Longhi**

- Inserimento nel sistema informatico C.O.T. dei pazienti presi in carico in Cure Palliative nei setting Hospice, Unità Cure Palliative - Domicilio e Ambulatorio, ai fini del tracciamento a livello territoriale: tutto il personale coinvolto è stato formato, dotato di credenziali per l'inserimento dei dati ed ha effettuato almeno un accesso.

- **Progetto coordinato dall'ing. Malanchini**

- Acquisizione delle apparecchiature destinate a Case e Ospedali di Comunità (D.G.R. 5970), autorizzate dalla Direzione Strategica, stesura del 100% delle schede tecniche: sono state predisposte tutte le schede previste (n. 21) entro dicembre 2023, con l'apporto di tutto il personale afferente alla S.S. di Ingegneria Clinica.

- **Progetto coordinato da dr.ssa Rosalia De Marco/dr.ssa Patrizia Conti**
- Avvio percorso di sperimentazione su interventi integrati sulla gestione e la presa in carico dei pazienti con doppia diagnosi: psichiatrica e dipendenza da sostanze; compilazione di almeno n. 6 schede di segnalazione, di cui 3 per pazienti sotto i 18 anni e 3 per quelli sopra i 18, relazione conclusiva sugli esiti della sperimentazione. La relazione conclusiva dà conto dell'avvio positivo della sperimentazione, con partecipazione da parte di tutti gli operatori del Dipartimento di Salute Mentale e delle dipendenze; la nuova modulistica è stata diffusa e condivisa tramite i canali istituzionali (riunioni, e-mail) e risultano n. 28 casi di attivazione della nuova procedura di segnalazione.

- **Progetto coordinato dalla dr.ssa Maria Teresa Pasquotti/dott. Giuseppe Errante Parrino**
- Rimodulazione del servizio informatico per la convocazione a visita in Commissione invalidi, mediante sms telefonico da parte della S.S. di Medicina Legale: la rendicontazione finale attesta l'avvenuto l'invio con modalità telematica con sms, del 100% delle convocazioni a visita, nel periodo dal 01.10.2023 al 15.12.2023.

- **Progetto coordinato dalla dr.ssa Maria Polito**
- Revisione, a seguito dell'entrata in vigore del nuovo Codice dei contratti, di tutte le procedure e della relativa documentazione (almeno 15 documenti). La rendicontazione attesta il completamento della revisione di tutta la documentazione (complessivamente 18 documenti) relativa agli atti di gara e attività connesse, nello specifico: avviso esplorativo, lettera di invito per affidamento diretto, lettera di invito relative alle procedure negoziate, disciplinare di gara, capitolato di gara, verbale apertura busta amministrativa, verbale apertura busta tecnica, verbale apertura buste economiche, determina affidamento diretto, determina indizione procedura negoziata, determina aggiudicazione procedura negoziata, delibera indizione procedura aperta, delibera aggiudicazione procedura aperta, nomina commissioni di gara, lettera aggiudicazione, contratto, comunicazione esclusione e comunicazione non aggiudicazione.

- **Progetto coordinato dall'avv. Gabriella Ceraulo**
- Consulenza giuridica e logistica nell'ambito delle attività di revisione della regolamentazione aziendale in materia di accesso e gestione delle salme presso la camera mortuaria degli Stabilimenti ospedalieri aziendali. La relazione illustra nel dettaglio gli adempimenti svolti: riunioni del gruppo di lavoro, analisi della normativa e della documentazione aziendale elaborazione della bozza di procedura in materia di gestione salme; è dichiarato l'apporto di tutto il personale afferente alla S.C. Affari Generali e Legali.

- **Progetto coordinato dalla dott.ssa Elisabetta Mauri**
- Partecipazione al programma formativo sul nuovo Codice dei contratti pubblici (D.lgs. n. 36/23), disponibile sulla piattaforma Syllabus, da parte del personale individuato nell'ambito della S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale (n. 27 dipendenti). Dalla relazione conclusiva, risulta che n. 3 dipendenti (il cui elenco è agli atti della SC Gestione e sviluppo delle risorse umane e viene allegato al presente verbale) non hanno conseguito l'attestato del corso di livello base entro il 31 dicembre 2023, pertanto, non hanno conseguito l'obiettivo che consente l'accesso alle RAR e occorre procedere al recupero dell'acconto erogato.

- **Progetto coordinato dalla dott. Davide Mozzanica**
- Applicazione del Piano operativo regionale per il contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e azioni sull'appropriatezza prescrittiva (D.G.R. 511 del 26/06/2023), diffusione del Piano operativo a tutti gli operatori CUP/operatori interessati alla gestione delle agende e procedura sulla riscossione degli oneri derivanti dalle prestazioni di pre-ricovero non seguite da ricovero. La relazione



conclusiva dà conto del processo di revisione dell'istruzione operativa *"Riscossione degli oneri derivanti dalle prestazioni di pre-ricovero non seguite da ricovero"* (approvata in data 23.11.2023 e pubblicata in data 07.12.2023); per quanto concerne la condivisione con il personale, si è tenuta in data 16.11.2023 una riunione in modalità mista (presenza e video-call); per il personale assente, per esigenze di servizio o per motivazioni personali, la condivisione è stata effettuata a mezzo e-mail in data 20.11.2023; in base alla documentazione allegata, non risultano aver partecipato n. 2 dipendenti, i cui nominativi sono agli atti della SC Gestione e sviluppo delle risorse umane (l'elenco viene allegato al presente verbale). Questi ultimi non hanno raggiunto l'obiettivo previsto e non accedono, pertanto, alle RAR; va recuperato l'eventuale acconto erogato.

- **Progetto coordinato dalla dott.ssa Anna Armati**
- Implementazione dell'agenda informatizzata atta a gestire gli appuntamenti dell'area ostetrico/ginecologica consultoriale presso ogni singolo presidio: la relazione conclusiva del Coordinatore illustra dettagliatamente le attività poste in essere (analisi della tematica e studio di fattibilità condiviso in riunioni delle singole équipe consultoriali, sessione di addestramento degli operatori e attivazione della funzionalità Agenda in 4D consultori) ed attesta il fattivo coinvolgimento del personale delle otto sedi consultoriali dell'Azienda.
- **Progetto coordinato dal dr Biagio Vincenzo Santoro (Dirigenza)**
- Agende ambulatori di Counseling per i Viaggiatori Internazionali: miglioramento e implementazione degli ambulatori, condivisione ed omogeneizzazione del profilo d'offerta e definizione dei processi: sono rendicontati gli esiti delle due verifiche effettuate sulla corretta applicazione del protocollo operativo; la procedura *"Ambulatorio del viaggiatore internazionale"* risulta validata in data 28.12.2023.
- Corsi di Formazione a distanza (coordinatori che hanno progettato i contenuti dei tre corsi: dr.ssa **Manuela Soncin**, dr.ssa **Susanna Peverelli**, avv. **Gabriella Ceraulo**): la rendicontazione conclusiva sull'effettuazione, da parte dei singoli dipendenti, del corso assegnato, è stata effettuato dalla S.C. Gestione e Risorse Umane, con i seguenti esiti.
- Corso *"La violenza di genere: accoglienza delle donne vittime di violenza, alla luce delle linee guida stilate dalla rete territoriale antiviolenze di Como"*: iscritti n. 1723, dipendenti; che hanno completato il corso e superato il test finale n. 1622; che non hanno frequentato il corso o superato il test finale n. 101;
- Corso *"Whistleblowing: le novità introdotte dal Decreto n. 24/2023 attuativo della Direttiva EU n.1937/2019"*: iscritti n. 295 dipendenti; che hanno completato il corso e superato il test finale n. 278; che non hanno frequentato il corso o superato il test finale n. 17;
- Corso *"Il prelievo delle cornee"*: iscritti n. 328 dipendenti; che hanno completato il corso e superato il test finale n. 279; che non hanno frequentato il corso o superato il test finale n. 49.

In ordine alla posizione di uno dei dirigenti medici che avrebbe dovuto seguire il corso (il cui nominativo è agli atti della SC Gestione e sviluppo delle risorse umane), ma che non ha potuto farlo, non avendo potuto, per documentati motivi, accedere alla piattaforma, il Nucleo condivide la proposta di riaprire una finestra temporale per consentire ex post la fruizione del prescritto corso di formazione (cui è subordinata l'erogazione delle RAR ed il mantenimento dell'acconto già erogato).

In conclusione, il Nucleo accerta le risultanze complessivamente positive dei progetti R.A.R. 2023 – con le eccezioni sopra indicate, riferite a singoli dipendenti - ai fini dell'erogazione della quota *pro capite* spettante a saldo, da effettuare con le competenze stipendiali del corrente mese di febbraio, come previsto dalle Linee Guida regionali e secondo i criteri definiti dagli Accordi integrativi aziendali in materia. La documentazione

esaminata dal Nucleo è conservata agli atti della S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane. L'elenco nominativo dei dipendenti che non hanno svolto il corso e, pertanto, non accedono alle RAR 2023, è allegato al presente verbale.

B) VARIE ED EVENTUALI.

2) Relazione R.P.C.T. anno 2023 - presa d'atto

Il Nucleo prende atto che, ai sensi dell'art. 1, co. 14, della legge 190/2012, il nominato RPCT ha redatto la prescritta Relazione per l'anno 2023. Nel rispetto del termine del 31.01.2024, indicato dal Presidente dell'ANAC nel comunicato del 8 novembre 2023, la Relazione sarà pubblicata sul sito internet istituzionale, *Sezione Amministrazione Trasparente*. Il livello di attuazione della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO risulta sostanzialmente in linea con quanto previsto e definito nel Piano. Nel corso del 2023 è proseguita la collaborazione tra il RPCT ed i Dirigenti responsabili delle Unità Operative dell'azienda ed è stata avviata la revisione dell'analisi del rischio di tipo qualitativo in continuità con quanto fatto nell'anno precedente.

Le attività di monitoraggio, semestrale in ambito misure di prevenzione della corruzione e trimestrale per l'ambito trasparenza, risultano effettuate. Gli audit congiunti hanno interessato l'Area Approvvigionamenti e farmacia, la tematica delle fidejussioni e l'attività di disdette prenotazioni e visite ambulatoriali. E' proseguito il percorso formativo in tema di anti-riciclaggio. L'azione di impulso e coordinamento del RPCT è proseguita nonostante l'Azienda sia stata molto impegnata nell'attuazione della riforma sanitaria.

3) P.I.A.O. 2024 – 2026 - presa d'atto adozione

Il Nucleo prende atto che l'Azienda ha approvato, entro i termini, il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), nel quale confluiscono una serie di documenti di pianificazione e programmazione. Il Piano risulta redatto in aderenza a quanto prescritto dal Dpcm n. 132 del 30 giugno 2022 e approvato, formalmente, con la deliberazione aziendale n. 78 del 31 gennaio 2024. Il Piano definisce, altresì, le modalità di monitoraggio degli esiti, con cadenza periodica, inclusi gli impatti sugli utenti, anche attraverso rilevazioni della soddisfazione. L'Azienda si riserva, comunque, di procedere ad eventuali modifiche e/o integrazione del Piano a seguito di novità normative e/o indicazioni regionali che dovessero intervenire successivamente all'approvazione.

4) Obiettivi di budget. Relazione al 30 novembre 2023

Il Nucleo, in aderenza a quanto richiesto con precedente verbale, ha ricevuto relazione sugli esiti del monitoraggio degli obiettivi di budget al 30 novembre 2023. In un quadro di complessivo raggiungimento degli obiettivi programmati, nel presente verbale sono riportati, in sintesi, le criticità evidenziate dal Controllo di gestione aziendale

AREA PRODUZIONE RICOVERI Criticità

0101-SC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza - S. Fermo: la flessione rispetto al 2022 è dovuta alla riduzione, avvenuta nel corso del 2023, di n. 6 posti letto che sono stati destinati all'attività di ricovero della SC Cardiologia-Laboratorio di Emodinamica

0102-SC Anestesia e Rianimazione 2 - S. Fermo, 0105-SC Anestesia e Rianimazione - Cantù: queste SC non hanno l'obiettivo sulla produzione di ricovero in quanto tutti i loro dimessi sono pazienti deceduti o trasferiti ad altro ospedale; tuttavia, la valorizzazione della loro attività concorre al risultato aziendale. Per quanto riguarda la 0108-SC Anestesia e Rianimazione – Menaggio, invece, dal mese di maggio 2022 a tutt'oggi, sono stati chiusi i relativi posti letto per carenza di personale.

0202-SSD Dermatologia e 0304-SC Ortopedia e Traumatologia: per queste due Strutture la variabile che ha influito negativamente è la carenza di personale medico.

0203-SC Geriatria: nel corso dell'anno sono stati ridotti i posti letto a disposizione di questa SC per far fronte alla, se pur lieve, recrudescenza dei casi Covid.

204-SC Malattie Infettive: il personale medico di questa SC ha continuato a seguire (e quindi a dimettere) anche i pazienti Covid ricoverati in altri reparti, con il conseguente sovradimensionamento della produzione presa a riferimento per la valutazione dell'attività. A consuntivo sarà effettuata la verifica puntuale dei casi da "stornare" per l'esatta misurazione del livello di raggiungimento dell'obiettivo.

0208-SC Neurologia: la leggera flessione che si registra è principalmente dovuta all'incidenza dei casi gestiti in Stroke Unit, il cui andamento non può essere programmato a priori (pazienti dell'area dell'urgenza).

0308-SSD Chirurgia Plastica Ricostruttiva e 0310-SC Chirurgia Generale ad Indirizzo Toraco-Vascolare: nel 2023 l'attività di queste due SC è stata penalizzata dalla riduzione della disponibilità di sale operatorie.

0401-SC Ostetricia e Ginecologia e 0405-SC Terapia Intensiva Neonatale: l'andamento negativo della natalità influisce sui risultati di queste due SC.

0501-SC Psichiatria Lariana Ovest: l'attività di ricovero di questa SC comprende sia quella del reparto SPDC dell'Ospedale di San Fermo che del reparto SPDC dell'Ospedale di Menaggio; la riduzione dell'attività è da far risalire alla chiusura del reparto SPDC dell'Ospedale di Menaggio avvenuta nel maggio 2022.

AREA PRODUZIONE AMBULATORIALE Criticità (rilevate nel confronto dei dati 2023 vs 2022)

La programmazione dell'attività ambulatoriale è spesso condizionata da variabili interne alle singole Strutture (di tipo organizzativo, di disponibilità di personale medico e/o infermieristico, di spazi, ecc.). Si riportano le principali criticità rilevate d'ufficio o segnalate in corso d'anno dai Direttori di SC:

0206-SC Nefrologia e Dialisi: nel monitoraggio del periodo gennaio-novembre 2023 manca l'attività di dialisi a causa di un ritardo nel caricamento dei dati del mese di novembre.

0304-SC Ortopedia e Traumatologia: la carenza di personale medico, già segnalata per l'attività di ricovero, impatta anche sull'andamento dell'attività ambulatoriale.

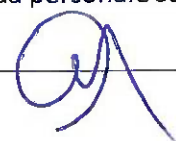
0306-SC Urologia: a seguito della riorganizzazione e implementazione dell'attività urologica presso l'Ospedale di Cantù, si è avuto un incremento degli interventi chirurgici in regime di ricovero a scapito di quelli rientranti nell'attività ambulatoriale (BIC).

0604-SC Radioterapia: nel corso del 2023 è stata chiusa la linea di attività diagnostica ad alto valore legata all'utilizzo di un'apparecchiatura.

0606-SC Laboratorio Analisi: l'attività diagnostica di laboratorio è stata condizionata dall'incidenza dell'esecuzione dei tamponi Covid che inficia il confronto fra i dati dei due anni. Per la valutazione finale, questa linea di attività sarà stornata dal confronto fra i due periodi.

AREA PNRLA – AMBULATORIALE (gli indicatori sono due: prime visite e prestazioni strumentali)

Il target delle singole prestazioni individuate da Regione Lombardia nel piano di rientro per il recupero delle liste d'attesa è definito a livello aziendale e suddiviso fra prestazioni da effettuare in attività ordinaria e prestazioni da effettuare in attività aggiuntiva. L'obiettivo aziendale è perseguito sia da personale strutturato



che da specialisti ambulatoriali (SUMAI), la cui attività viene monitorata (sia in termini di volumi che di criticità) da un'altra SC aziendale. La declinazione degli obiettivi per singola SC è stata effettuata, a suo tempo, tenendo conto dei dati storici, con tutti i limiti e le criticità già segnalati per la programmazione dell'attività ambulatoriale. Per quanto sopra l'Azienda ritiene, pertanto, che la valutazione finale di questo obiettivo debba essere effettuata integrando la lettura dei dati e delle criticità delle singole SC con quelli rilevati per l'attività svolta dagli specialisti ambulatoriali

AREA PNRLA – INTERVENTI - Criticità

Rispetto ai singoli interventi si evidenziano di seguito le criticità emerse ad oggi per alcuni di essi:

Riparazione ernia inguinale, Riparazione per ernia, eccetto inguinale e femorale, Interventi per tumore della mammella ed Interventi sul ginocchio: la gran parte di questi interventi è effettuata in regime di day surgery, mentre la rilevazione richiesta da Regione si riferisce agli interventi effettuati in regione di ricovero ordinario. Tale incongruenza è già stata segnalata alla Direzione e sarà tenuta in considerazione.

Interventi di tonsillectomia e/o adenoidectomia > 17 anni e Interventi di Endoarteriectomia carotidea: per questa tipologia di interventi la criticità risiede nella ridotta casistica in lista di attesa.

5) Percentuali dati pubblicati su sito internet aziendale

Con riferimento all'ultimo monitoraggio al 30/11/2023, effettuato dal Nucleo ai fini dell'attestazione assolvimento obbligo di pubblicazione (delibera ANAC n. 203/2023), la SC Gestione Tecnico Patrimoniale ha comunicato, come da file allegato, l'incremento della percentuale di pubblicazione, pari al 84 per cento, sulla piattaforma BDAP relativamente alla sezione *Tempi, costi unitari e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate*. La medesima Struttura ha precisato che, per problemi legati all'implementazione della piattaforma BDAP, segnalati al Ministero, non è stato possibile raggiungere la percentuale del 100 per cento.

6) Inclusione e accessibilità nei servizi pubblici

Il Nucleo richiama l'attenzione sulla tempestiva e corretta applicazione dell'art .3 del d.lgs. 13 dicembre, n.222, in particolare in ordine all'individuazione di un dirigente responsabile (da indicare nel Piano integrato delle attività e dell'organizzazione) e sulle prescritte comunicazioni da effettuare alla Presidenza del Consiglio dei Ministri-Dipartimento per la Funzione pubblica.

Il Nucleo si riserva di calendarizzare la prossima riunione.

La riunione si conclude alle ore 13:00 del 5 febbraio 2024.

Il Nucleo di valutazione:

- dott. Donato Centrone (presidente)

- dott.ssa Marina Cancellieri (componente)

- dott. Giuseppe Lombardo (componente)

 DONATO CENTRONE
CORTE DEI CONTI
12.03.2024 14:53:37
GMT+01:00