



**AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA
MAGGIORE DELLA CARITÀ
DI NOVARA**



**PIANO INTEGRATO
DI ATTIVITA' ED ORGANIZZAZIONE
[P.I.A.O.]
2022 -2024**

SEZIONE 1: SCHEDA ANAGRAFICA DELL'ENTE

SEZIONE 2: VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

SEZIONE 2.1: Programmazione: Valore Pubblico

SEZIONE 2.2: Programmazione: Performance

SEZIONE 2.3: Rischi corruttivi e Trasparenza

SEZIONE 3: ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

SEZIONE 3.1: Struttura Organizzativa

SEZIONE 3.2: Organizzazione del lavoro agile

SEZIONE 3.3: Piano triennale dei fabbisogni del personale

SEZIONE 4: MONITORAGGIO

Premessa

Il PIAO, Piano Integrato di Attività e Organizzazione, è introdotto all'articolo 6 del decreto legge n. 80/2021, *“Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia”*, convertito dalla legge 6 agosto 2021, n. 113.

Si inserisce tra le misure operative previste dal **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)** per accompagnare la riforma la Pubblica Amministrazione.

In particolare il Piano si pone un duplice obiettivo:

1. **integrare gli atti di programmazione** in una prospettiva strategica unitaria;
2. **orientare i sistemi di programmazione** (e rendicontazione) anche verso la misurazione degli outcome e del valore pubblico generato.

Ha durata triennale ed è chiamato a definire più profili: obiettivi della *performance*; gestione del capitale umano; sviluppo organizzativo; obiettivi formativi e valorizzazione delle risorse interne; trasparenza ed anti- corruzione; pianificazione delle attività; individuazione delle procedure da semplificare; accesso fisico e digitale; parità di genere.

SEZIONE 1 - SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AZIENDA

Con D.P.G.R. n. 100 del 17.12.2007, l'Azienda Ospedaliera Maggiore della Carità di Novara, già costituita con D.P.G.R. n. 5531 del 29.12.1994, assume dall'1.1.2008 la qualificazione di Azienda Ospedaliero-Universitaria "Maggiore della Carità di Novara".

La sede legale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Maggiore della Carità" è in Novara, corso Mazzini, 18.

L'A.O.U. è dotata di due presidi ospedalieri:

- il Presidio "Ospedale Maggiore della Carità" con due sedi operative in Novara, una in corso Mazzini, 18 e l'altra in viale Piazza d'Armi 1,
- il Presidio "Ospedale San Rocco" di Galliate situato in Galliate in via Cottolengo, 2.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Maggiore della Carità" di Novara, sede dei percorsi di insegnamento e di formazione dei Corsi di Laurea della Scuola di Medicina dell'Università del Piemonte Orientale, secondo ospedale del Piemonte per volume di produzione, è, in ragione della presenza di strutture complesse di elevata specializzazione e della concentrazione di alta tecnologia, il riferimento "hub" nell'ambito della rete ospedaliera dell'Area del Piemonte Nord Est per un bacino d'utenza di quasi un milione di persone, che per alcune funzioni specialistiche raggiunge anche dimensioni di rilievo regionale ed extraregionale.

L'AOU di Novara si articola su due presidi ospedalieri. Il primo (articolato su due sedi) è ubicato nel centro cittadino in corso Mazzini, 18 (sede legale) con sede distaccata in viale Piazza d'Armi (sempre a Novara); il secondo è dislocato a Galliate, dopo il trasferimento della titolarità della struttura dall'ASL di Novara all'AOU, avvenuta l'1.1.2007.

Nella sede centrale di Novara insiste la più rilevante quota aziendale di attività mediche e chirurgiche rivolte al paziente acuto, mentre nella sede staccata cittadina vengono svolte in prevalenza attività riabilitative e ambulatoriali. Nel presidio galliatese la configurazione funzionale è sostanzialmente orientata ad un'area omogenea di degenza di medicina generale, e ad una degenza breve chirurgica, oltre alla concentrazione di una rilevante attività ambulatoriale specialistica sia medica che chirurgica.

Nella sede centrale di Novara insiste la più rilevante quota aziendale di attività mediche e chirurgiche rivolte al paziente acuto, mentre nella sede staccata cittadina vengono svolte in prevalenza attività riabilitative e ambulatoriali. Nel presidio galliatese la configurazione funzionale è sostanzialmente orientata ad un'area omogenea di degenza di medicina generale, ed ad una degenza breve chirurgica, oltre alla concentrazione di una rilevante attività ambulatoriale specialistica sia medica che chirurgica. Nel PSSR 2012-2015, il Presidio Ospedaliero di Galliate è individuato come "Ospedale complementare al Maggiore di Novara", riferendosi al fatto che il suddetto presidio ospita attività sanitarie specialistiche, specifiche ma integrate nell'ambito dell'AOU, che rivestono interesse strategico in quanto poste a presidio dell'estremo sud-orientale dell'area di riferimento, più interessata ai flussi di mobilità extraregionale verso gli ospedali della confinante Regione Lombardia e che non possono essere accorpate nel presidio di Novara a causa della sua attuale situazione strutturale.

Infatti è stata avviata, d'intesa con la Regione Piemonte, la procedura per la realizzazione della nuova "Città della Salute e della Scienza" di Novara.

Il nuovo ospedale: "La Città della Salute e della Scienza":

La realizzazione di un nuovo complesso ospedaliero-universitario, oggi è reso indispensabile ed improcrastinabile dalle problematiche strutturali, logistiche e funzionali legate agli spazi attualmente a disposizione dell'AOU.

Le due sedi del Presidio "Ospedale Maggiore della Carità" di corso Mazzini e viale Piazza d'Armi in Novara sono localizzate all'interno della città in edifici soggetti a vincoli architettonici considerevoli e non rispondenti alle richieste di prestazioni legate all'evoluzione dell'offerta sanitaria; queste problematiche specifiche si assommano a quelle più generali, in particolare:

- la diminuzione del fabbisogno di posti letto di degenza a livello internazionale, non sembra aver esaurito la sua spinta;
- il compimento del progetto universale sul genoma umano delinea scenari diagnostici e terapeutici totalmente innovativi e capaci di comportare in futuro notevoli modifiche organizzative e strutturali;
- il costante sviluppo delle attività sanitarie che si risolvono nell'arco di un giorno, se da un lato deprimono il fabbisogno di degenza, dall'altro esaltano quello degli spazi diagnostico-terapeutici;
- l'inarrestabile invecchiamento della popolazione e la trasformazione etnica della stessa.

A tali esigenze di carattere sanitario si aggiungono quelli di tipo tecnico.

La necessità di interventi manutentivi si fa sempre maggiore col trascorrere del tempo con l'inevitabile incremento dello stato di usura.

A ciò vanno aggiunte le diseconomie energetiche dovute alla vetustà degli edifici.

Le problematiche poste dalla attuale localizzazione all'interno della struttura ospedaliera di corso Mazzini interessano anche la Scuola di Medicina dell'Università del Piemonte Orientale. Oltre all'inadeguatezza degli spazi, si avverte la necessità di operare all'interno di strutture nelle quali la sinergia con l'AOU risulti maggiormente incentivata.

SEZIONE 2: VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

SEZIONE 2.1 - VALORE PUBBLICO

In questa SEZIONE del PIAO, l'Amministrazione esplicita come una selezione delle politiche dell'Ente si traduce in termini di **obiettivi di Valore Pubblico**.

La missione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Maggiore della Carità" di Novara è caratterizzata dalle seguenti macrofunzioni:

- **funzione assistenziale** – l'Azienda è orientata sia alla gestione delle patologie ad alta complessità attraverso l'utilizzo di un approccio multidisciplinare ed il coinvolgimento di tutti gli operatori, sia alla definizione ed applicazione di modelli e linee guida per il miglioramento dei percorsi diagnostico terapeutici, garantendo la continuità nell'emergenza-urgenza delle prestazioni diagnostico-terapeutiche e delle prestazioni di supporto nell'ambito dell'eccellenza.
- **funzione didattica** – l'Azienda è sede di tutti i livelli dell'organizzazione formativa, ovvero Corsi di Laurea in professioni sanitarie, Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, Scuole di Specializzazione, Dottorati di Ricerca, Formazione continua degli operatori sanitari successiva all'abilitazione professionale, anche nell'ottica dell'adempimento dell'Educazione Continua in Medicina prevista dal Ministero della Salute;
- **funzione di ricerca di base e clinica** – l'Azienda realizza attività di ricerca volta a sviluppare procedure diagnostiche e terapeutiche innovative ed a favorire il rapido trasferimento applicativo delle acquisizioni sperimentali. L'Azienda Ospedaliero-Universitaria, sede di Comitato Etico, promuove con ogni mezzo l'attività di sperimentazione clinica dei farmaci, favorendo altresì il reimpiego dei proventi derivanti dalle sperimentazioni nella stessa attività di sperimentazione.
- **promozione della salute** - l'Azienda partecipa a tutte le attività di prevenzione in collaborazione con le aziende sanitarie territoriali con particolare riferimento agli screening per i tumori femminili, a quelli del tratto gastrointestinale, alle attività di educazione sanitaria nella lotta alle malattie cardiovascolari, al fumo di tabacco, ecc.

Le attività assistenziali, didattiche e di ricerca sono obiettivi integrati in tutte le articolazioni organizzative dell'Azienda e per tutto il personale impiegato, fermo restando il rispetto dei compiti istituzionali riferiti allo stato giuridico del personale.

L'AOU ha l'obiettivo della creazione di una figura professionale unitaria di dirigente sanitario, in grado di svolgere in modo eccellente i compiti di didattica, ricerca ed assistenza, indipendentemente dall'istituzione di provenienza. E' peculiarità dell'AOU l'attività di ricerca competitiva nella comunità scientifica internazionale e la massima efficienza didattico-formativa, in quanto possibile sede di tutti i livelli della formazione.

L'Azienda adotta, come riferimento fondamentale per la propria gestione, la programmazione basata sulle risorse disponibili, costruita in base agli indirizzi strategici della Regione Piemonte e

dell'Università del Piemonte Orientale, in sinergia con la programmazione della Scuola di Medicina.

Tali indirizzi vanno a costituire il quadro di riferimento entro il quale viene elaborata la programmazione aziendale.

Gli impegni che l'Azienda assume si basano sulle seguenti macro aree, che costituiscono i capisaldi della pianificazione strategica:

a - L'integrazione Ospedale-Università:

L'Azienda realizza il principio dell'inscindibilità delle funzioni di didattica, di ricerca e di assistenza attraverso un rapporto di cooperazione e leale collaborazione con l'Università e con la Scuola di Medicina, finalizzato alla qualificazione delle attività stesse e alla realizzazione dei fini istituzionali. A tal fine:

- promuove un contesto favorevole allo sviluppo di un ruolo di leadership per la ricerca in medicina, per l'innovazione assistenziale e organizzativa;
- definisce un assetto di regole e strumenti per la garanzia di trasparenza;
- promuove la partecipazione della componente ospedaliera alle attività di formazione e ricerca.

b - Il sistema del governo aziendale:

L'Azienda individua ed attua strategie mirate alla appropriatezza dei ricoveri sia per gli aspetti organizzativi che per gli aspetti clinici e promuove l'innovazione assistenziale. A tal fine:

- adegua l'organizzazione aziendale e il sistema delle relazioni ai principi ed ai contenuti della L.R. 18/2007 e del protocollo regionale di intesa fra Regione ed Università del Piemonte Orientale del 6.11.2009;
- definisce il sistema per il governo aziendale, che integri e completi gli strumenti per la realizzazione dei programmi di governo clinico e lo sviluppo dei sistemi informativi clinicamente orientati;
- valorizza le persone e lo sviluppo delle competenze anche attraverso l'applicazione innovativa degli strumenti della contrattazione collettiva.
- organizza le strutture amministrative tecniche e di supporto in base al principio della distinzione tra indirizzo e controllo (competenza della Direzione Generale) e attuazione e gestione (competenza della Dirigenza).

c - Il ruolo aziendale nel contesto locale e nazionale:

L'Azienda promuove il potenziamento e lo sviluppo delle aree di eccellenza clinica, anche al fine di interpretare pienamente il ruolo di realtà ospedaliero-universitaria di alta specialità a rilievo regionale e nazionale, oltre che di riferimento per l'utenza dell'Area Sovrazonale. A tal fine:

- adegua la struttura dell'offerta assistenziale alla programmazione sanitaria dell'Area Sovrazonale, evitando duplicazioni non indispensabili di strutture;
- sviluppa percorsi assistenziali integrati all'interno dell'Azienda e fra ospedale e territorio;
- promuove le aree di eccellenza clinica rivolte anche all'utenza extra-provinciale ed extra-regionale;
- promuove l'innovazione assistenziale e l'appropriatezza clinica ed organizzativa.

d - Percorsi per intensità di cura in aree omogenee

L'AOU persegue da tempo il progressivo sviluppo della degenza ospedaliera in aree omogenee per intensità di cura. In ottemperanza a quanto al Piano Sanitario Regionale 2012-2015

l'organizzazione delle attività ospedaliere avviene in aree omogenee differenziate secondo le modalità assistenziali, l'intensità delle cure, la durata della degenza e il regime di ricovero, superando gradualmente l'articolazione per reparti differenziati secondo la disciplina specialistica.

Il principio ispiratore dell'organizzazione della degenza diventa quindi l'omogeneità tra i bisogni e l'intensità di cure richieste, superando così il principio della sola contiguità tra patologie afferenti ad una disciplina specialistica. Molto è già stato fatto in tal senso ma i problemi strutturali dell'attuale presidio ospedaliero rendono difficoltoso il completamento del percorso; il che rafforza l'esigenza della nuova Città della Salute e della Scienza di Novara, che è stata progettata interamente per intensità di cura.

La centralità del cittadino-utente

L'Azienda orienta la programmazione e le strategie organizzative e gestionali alla valorizzazione della centralità del cittadino-utente, inteso non solo come destinatario naturale delle prestazioni, ma come interlocutore privilegiato e movente ispiratore, garantendone l'ascolto, la proposta, il controllo anche, ai fini di verifica, modifica o integrazione di attività. Alla tutela effettiva dei diritti del cittadino è, in particolare, dedicata l'attuazione della carta dei servizi, con riferimento alle funzioni di informazione, accoglienza, tutela, partecipazione e al rispetto degli indicatori e degli standard di qualità prestabiliti, nonché, dei procedimenti previsti per il caso di inadempimento. L'Azienda ritiene doveroso contribuire altresì al superamento delle situazioni di asimmetria informativa e di conoscenza tradizionalmente sussistenti nei rapporti tra strutture sanitarie e utenza, programmando specifiche iniziative nel campo della comunicazione, del marketing, della formazione e dell'aggiornamento del personale, della educazione sanitaria, della consultazione delle rappresentanze dell'utenza, della pubblicazione sistematica di piani e programmi, attività e provvedimenti di particolare rilevanza per l'utenza, e favorendo quanto più possibile momenti istituzionali di incontro e azioni tese all'affermazione del "*sensu di appartenenza*", e al miglioramento continuo dello stato dei rapporti.

Al fine di favorire l'orientamento degli utenti nel Servizio Sanitario Nazionale e verificare la qualità dei servizi e prestazioni erogate al pubblico è stata istituita la **Conferenza Aziendale di partecipazione degli organismi di Rappresentanza**, ai sensi della Deliberazione della Giunta della Regione Piemonte n. 16-9683 del 30 settembre 2008 in armonia con le disposizioni di cui all'art. 14, comma 2 del D.Lgs. 502/92 relativo all'attivazione di organismi di consultazione con le associazioni di volontariato e di tutela dei diritti del cittadino.

L'AOU, in applicazione del Decreto Legislativo n. 33 del 14 marzo 2013, adempie a tutti gli obblighi di pubblicazione e di trasparenza previsti dalle normative vigenti, tenendo costantemente aggiornato la sezione "Amministrazione trasparente" del proprio sito istituzionale.

SEZIONE 2.2 - PERFORMANCE

I legami fra mandato istituzionale, missione, aree strategiche e obiettivi strategici nell'ottica della trasversalità delle funzioni, sono rappresentati con l'albero delle performance che fornisce una rappresentazione articolata, completa, sintetica ed integrata della performance aziendale.

L'albero della Performance è la mappa logica che illustra come gli obiettivi, ai vari livelli e di diversa natura, contribuiscano, all'interno di un disegno strategico complessivo coerente, alla realizzazione del mandato istituzionale e della "mission".

Nella fase di programmazione, l'azienda definisce gli obiettivi che si prefigge di raggiungere nel medio-lungo periodo, in coerenza con il perseguimento di obiettivi strategici per ciascuna area individuata e li declina con l'assegnazione degli obiettivi annuali al personale dell'azienda. Tale fase serve ad orientare le performance organizzative delle strutture aziendali e quelle individuali dei dipendenti alla performance aziendale.

Gli indirizzi derivanti dai documenti di programmazione regionale e nazionale costituiscono la base di partenza dell'albero delle performance. Ad essi si aggiungono tutti gli elementi che emergono dall'analisi del contesto interno e esterno rilevanti ai fini della definizione della programmazione strategica. Dalle aree strategiche individuate vengono individuati e declinati gli obiettivi strategici e da questi gli obiettivi operativi da assegnare alle varie strutture.

Le quattro aree strategiche sono correlate da rapporti di reciproco rafforzamento e completamento, così come sono connessi i diversi obiettivi all'interno delle medesime.

Le aree strategiche sono le seguenti:

- **CITTADINO AL CENTRO:** misura, comprende e modifica (orienta) la percezione che i cittadini/utenti/pazienti hanno dei servizi, prestazioni e dei risultati aziendali;
- **INNOVAZIONE E SVILUPPO:** individua le condizioni necessarie affinché i risultati non siano considerati come il traguardo annuale da raggiungere ma, bensì, come passaggio intermedio nella vita dell'azienda (per poter perseguire risultati ancora migliori negli anni a venire. Questa area è costituita dagli obiettivi e dagli indicatori espressione delle progettualità avviate per lo sviluppo continuo e la crescita dell'azienda;
- **QUALITA'** misura la qualità dei servizi, degli esiti e di appropriatezza delle cure assicurando l'innovazione nel perseguimento della salute;
- **SOSTENIBILITA' DEL SISTEMA:** misura la capacità dell'azienda nello svolgimento dei processi gestionali interni assicurandone l'appropriatezza economica, organizzativa e clinico-organizzativa. Questa area è costituita dagli obiettivi e dagli indicatori espressione di efficienza ed efficacia economica ed organizzativa.

L'esercizio 2022 ha risentito ancora dell'emergenza epidemiologica da Covid-19 che nel 2020 e 2021 ha determinato una generalizzata riorganizzazione delle attività sanitarie, tradotta nell'incremento dei posti letto delle unità operative di terapia intensiva, sub intensiva e malattie infettive, nella riconversione di reparti dedicati ad accogliere in via esclusiva pazienti affetti da contagio, nel trasferimento di personale per la somministrazione di vaccini, nella riduzione dell'attività chirurgica programmata non essenziale e rinviabile. Sicuramente l'epidemia iniziata nel 2020 presenta ancora effetti notevoli sugli aspetti organizzativi, sulle attività, sulle risorse umane, sugli acquisti, ecc. L'incertezza dell'evoluzione ha reso difficile fare delle previsioni triennali su tutti gli aspetti. In fase di adozione del Piano della Performance 2022-2024 (delibera n. 332 del 29/04/2022) si è dato maggior rilievo alla pianificazione annuale e gli obiettivi dell'Azienda Ospedaliera Universitaria risultano coerenti con gli obiettivi regionali del 2021 (DGR n. 8-2814 del 29/01/21 e DGR n. 13-3924 del 15/10/2021), in quanto non erano ancora stati definiti per il 2022. Gli obiettivi pertanto erano in gran parte correlati alle attività poste in essere per fronteggiare l'emergenza Covid-19 ed al ripristino delle attività e dell'organizzazione esistenti nel periodo pre-Covid con particolare attenzione al recupero delle attività più volte sospese.

Con DGR n. 23-5653 del 19 settembre 2022 la regione ha assegnato gli obiettivi di attività ai direttori generali/Commissari delle aziende sanitarie regionali per l'anno 2022 che si riportano in sintesi nella seguente tabella.

Tabella Sintesi obiettivi assegnati dalla regione con DGR n. 23-5653 del 19 settembre 2022

| | Obiettivo | Indicatore | Valore atteso dell'obiettivo |
|---|---|---|---|
| A. TEMPI PAGAMENTI | A. Rispetto dei tempi di pagamento | a. Rispetto dei tempi di pagamento previsto come noto dall'art. 1, comma 865 della legge n.114/2018 (legge di Bilancio 2018) | Giorni di ritardo pagamenti = 0 |
| | | | |
| 1. GESTIONE PIANI DI SVILUPPO E CONSOLIDAMENTO | 1.1 Completamento degli interventi ex DGR n. 7-1492 del 12.6.2020 (PL di terapia intensiva; semintensiva e PS) - PNRR - M6C2 | 1. PL terapia intensiva: interventi programmati e realizzati al 31.12.2022 | SI |
| | | 2. PL terapia semi-intensiva: interventi programmati e realizzati al 31.12.2022 | SI |
| | | 3. Interventi adeguamento PS: interventi programmati e realizzati al 31.12.2022 | SI |
| | | 4. Completamento dei provvedimenti idonei a garantire il rispetto del calendario previsto per gli esercizi successivi da adottare entro il 31.12.2022 | SI |
| | 1.3 Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) - PNRR - MSC2: Aziende con Repository interoperabile con FSE nel 2021 | 1 distribuzione degli strumenti di firma digitale per digitalizzare i documenti sanitari (LDO, VPS, RIS-PACS, AP, e tutti i restanti referti ambulatoriali) | 1. >95% entro e non oltre agosto 2022 |
| | | 2 assicurare alimentazione dei documenti FSE firmata digitalmente | 2. entro giugno 2022 ≥ 60% (Ricoveri, Ambulatoriale e PS) entro ottobre 2022 ≥ 85% delle attività ospedaliere complessive (Ricoveri, Ambulatoriale e PS) |
| | | 3 interventi di adeguamento dei documenti clinico sanitari alle specifiche HL7 CDA R2 | 3. avvio degli interventi entro il 31.12.2022 con previsione di conclusione entro I sem. 2023 |

| | | | |
|--|--|--|--|
| 2. QUALITA' | 2.1 Area Osteomuscolare | Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore in cui il paziente sia stato operato entro 48 ore dall'accesso in PS (differenza tra data della procedura e data di arrivo in in PS \leq 48 ore) / Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore | Tasso aggiustato \geq 70% |
| | 2.2 Tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi IMA STEMI | Numero di episodi STEMI, in cui il paziente abbia eseguito una PTCA entro 2 giorni / Numero di episodi di STEMI | Tasso grezzo \geq 85% |
| | 2.3 Appropriately nell'assistenza al parto | 1 (N° parti cesareo primario / N° parti con nessun pregresso cesareo)*100 | maternità di II livello tasso aggiustato \leq 20% |
| | | 2 Coerenza tra cartella SDO e scheda CEDAP con DGR di parto da 370 a 375 | 100% |
| | 2.4 Donazioni d'organo | 1. BDI = n° morti encefaliche segnalate nei reparti di rianimazione afferenti al Presidio ospedaliero/n° decessi di soggetti ricoverati nei reparti di rianimazione afferenti al Presidio ospedaliero con una patologia compatibile con l'evoluzione verso la morte encefalica | BDI% > 40% |
| | | 2. Opposizione alla donazione di organi nei reparti di rianimazione afferenti al Presidio ospedaliero/segnalazioni di morte encefalica nei reparti di rianimazione afferenti al Presidio ospedaliero | \leq 33% |
| | | 3. n° donatori di cornea 75% dell'obiettivo previsto per il 2019 con DGR 2 agosto 2019, n. 12-156 | n. 31 donatori |
| | 2.5 Miglioramento nella gestione e misurazione del boarding | Rapporto trimestrale con n° di accessi di PS/DEA avviati ai percorsi fast-track e chiusi dagli specialisti competenti, per ogni PO sede di DEA/PS dell'ASR a partire da aprile 2022 compreso. | 100%. Presenza dei rapporti trimestrali riferiti ai singoli Presidi ospedalieri dell'ASR sede di PS/DEA (3 rapporti/3 trimestri) |
| | | 2. Differenza data/ora dimissione PS e data/ora indicazione al ricovero diversa da 0,00 | \geq 75% su base mensile per tutti i Presidi ospedalieri dell'ASR sede di PS/DEA |
| | | 3. Piano di Gestione Sovraffollamento aziendale e per ogni singolo Presidio ospedaliero dell'ASR sede di PS/DEA da deliberare ed inviare alla Direzione Sanità e Welfare entro il 30/09/2022 | 100%. Presenza Piano di Gestione del Sovraffollamento riferito ai singoli Presidi ospedalieri dell'ASR sede di PS/DEA |
| 4. Monitoraggio per la riduzione del boarding, (Fonte EPICLIN): rilevazione giornaliera ed audit almeno mensile per ogni singolo Presidio ospedaliero dell'ASR sede di PS/DEA tra le Unità Operative Coinvolte | | report con rilevazione giornaliera su boarding per ogni Presidio ospedaliero sede di PS/DEA - un audit clinico assistenziale organizzativo almeno mensile per ogni Presidio ospedaliero sede di PS/DEA | |
| 5. (data/ora di dimissione dal PS - data/ora di accesso al PS)/N° di accessi al PS (Sono esclusi dalla selezione i giunti cadaveri) | | Tempo medio di permanenza in PS. Valore medio regionale per ciascun livello organizzativo di complessità assistenziale individuato dalla rete di Emergenza Urgenza. (DEA II \leq 6 ore). | |
| 2.6 Monitoraggio attivo Nuovo sistema di Garanzia (NSG) | Trasmissione del Piano degli interventi di breve, medio e lungo periodo da avviare/avviati per migliorare la performance aziendale desumibile degli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia | Trasmissione del Piano degli interventi di monitoraggio e miglioramento entro il 31.12.2022 | |

| | | |
|---|---|--|
| 3.1 Miglioramento delle qualità flussi informativi farmaceutica | <p>1. Rapporto tra i costi aziendali rilevati dal Modello di Conto Economico (CE) ed i costi aziendali rilevati dai flussi della farmaceutica (DD, CO) come di seguito formulato: costi aziendali rilevati dal Modello di Conto Economico (CE) nella voce BA0040 - B.1.A.1.1 - Medicinali AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale, e nella voce BA2670 B.15.A - Variazione rimanenze sanitarie, limitatamente ai prodotti farmaceutici</p> <p>costi aziendali rilevati attraverso il flusso informativo della distribuzione diretta (DM 31 luglio 2007 e smi) e flusso dei consumi ospedalieri (DM 4 febbraio 2009) tenendo conto delle eventuali note di credito</p> | <p>1. 100% con uno scostamento pari al $\pm 2\%$ sul valore annuale e $\pm 5\%$ sui valori trimestrali</p> |
| | <p>2. Rapporto tra i costi aziendali rilevati mensilmente dai flussi informativi della farmaceutica (DD, CO) e gli analoghi costi mensili consolidati a fine anno, come di seguito formulato: costi aziendali rilevati mensilmente, attraverso il flusso informativo della distribuzione diretta e il flusso dei consumi ospedalieri / costi aziendali mensili rilevati ad annualità conclusa, attraverso il flusso informativo della distribuzione diretta e il flusso dei consumi ospedalieri</p> | <p>2. il sub-obiettivo sarà valutato positivamente se l'indicatore raggiunge un valore obiettivo pari al 100% per almeno 10 mesi su 12, con uno scostamento massimo ammissibile pari al 2% limitatamente a 2 mesi su 12</p> |
| | <p>3. Trasmissione da parte delle AA.SS.RR. dello strumento di rilevazione, completo di tutti i dati richiesti, entro i termini stabiliti, stante la rilevanza delle informazioni fornite attraverso l'indagine suddetta. Trasmissione di eventuali integrazioni, modifiche o chiarimenti da parte delle Azienda sanitarie, entro i termini a tal fine specificamente previsti</p> | <p>3. Accuratezza e coerenza nella compilazione e trasmissione dei questionari entro le tempistiche previste</p> |
| 3.2 Assistenza farmaceutica - appropriatezza prescrittiva | <p>Spesa indotta dalla propria attività prescrittrice nel 2022 (rilevata Flusso File F ed afferente alla distribuzione diretta di tipologia 03) nel periodo gennaio-dicembre 2022</p> | <p>Spesa indotta nel 2022 \leq al valore più basso tra la spesa media indotta nel triennio 2019-2020-2021 e la spesa indotta nel 2021 OBIETTIVO AOU MAGGIORE = 15.497.542 euro</p> |
| 3.3 Affidabilità dati rilevati da flussi informativi dispositivi medici | <p>1. Rapporto tra spesa rilevata dal Flusso Consumi di Dispositivi medici, esclusa quella rilevata per le CND W e Z - a eccezione delle CND Z13, Z12040115 e Z12040216 - e i costi imputati a Conto Economico alle voci B.1.A.3.1 e B.1.A.3.2. <i>Sommatoria dei costi dei dispositivi medici rilevati nel flusso DMRP-Consumi 2022, esclusi quelli rilevati per le CND W e Z - ad eccezione delle CND Z13, Z12040115 e Z12040216</i></p> <p><i>Somma dei costi rilevati da Modello di Conto Economico 2022 alle voci B.1.A.3.1 e B.1.A.3.2.</i></p> | <p>Coerenza con un margine di tolleranza compreso tra -5% e +10% tra la spesa aziendale per DM rilevata da flusso DMRP (al netto dei dispositivi CND Z - a eccezione delle Z13, Z12040115, Z12040216 - e di CND W) rispetto ai costi imputati in CE alle voci B.1.A.3.1. (dispositivi medici) e B.1.A.3.2 (dispositivi medici impiantabili attivi)</p> |
| | <p>2. Rapporto tra il numero di record validi con "Forma di negoziazione" compilata e il numero complessivo di record validi inviati al flusso DMRP-Contratti (sia a numeratore che a denominatore record validi con medesima chiave univoca di identificazione, pur eventualmente oggetto di invii plurimi in inserimento e/o sostituzione, sono conteggiati una sola volta; esclusi dal conteggio i record oggetto di cancellazione) $100 \times$ numero record validi con "Forma di negoziazione" compilata / numero di record validi</p> | <p>Almeno il 95% dei record inviati al flusso DMRP-Contratti nel 2022 deve presentare la compilazione del campo "Forma di negoziazione". I record oggetto di valutazione sono tutti i record inviati al flusso DMRP-Contratti dal primo gennaio 2022 alla data di consolidamento iscritta per tale flusso nella DGR succitata (al netto dei record oggetto di cancellazione), indipendentemente dalla data di stipula del contratto cui si riferisce il record</p> |
| | <p>3. Rapporto tra quantità contrattualizzata rilevata dal Flusso Contratti di Dispositivi Medici, distintamente per le CND J0101, P0704, P0908, e quantità distribuita di dispositivi medici rilevata da Flusso Consumi di dispositivi medici. Tre distinti per ASR inviate: <i>Sommatoria delle quantità di dispositivi medici contrattualizzate nel quinquennio 2018-2022, rispettivamente differenziando nelle tre CND J0101, P0704, P0908</i></p> <p><i>Sommatoria delle quantità di dispositivi medici distribuite nel quinquennio 2018-2022, rispettivamente differenziando nelle tre CND J0101, P0704, P0908</i></p> | <p>Risultato dei tre sub indicatori $\geq 50\%$ (l'indicatore complessivo è valutato positivamente solo se il risultato di tutti i tre sub indicatori è non inferiore al cinquanta per cento)</p> |

| | | | |
|--|---|--|---|
| 4.1 Piano di recupero delle liste di attesa delle prestazioni di ricovero | (n° prestazioni di recupero prodotte nell'anno 2022/ n° prestazioni di ricovero nell'anno 2019)*100 | ≥100% | |
| | 2. percentuale interventi chirurgici in regime di ricovero recuperati per classe di complessità (1 2 3) e di priorità (A B C D) rispetto al fabbisogno stimato nel piano aziendale di utilizzo risorse ex DGR 4 -4878/2022 del 14.4.2022 e smi | 100% n° interventi chirurgici programmati per classe di complessità (1 2 3) e di priorità (A B C D) indicati quale fabbisogno stimato nei piani secondo quanto previsto dalla DGR 4-4878/2022 e smi e valutati della Direzione e Welfare, ai sensi della normativa regionale vigente | |
| | 3. utilizzo, secondo criteri di appropriatezza e in coerenza con il fabbisogno stimato, delle risorse residue ex DL 140/DGR 2-1980 entro il 31.12.2022 | 100% | |
| | 4.2 Piano di recupero delle prestazioni di screening oncologici | 1. COPERTURA INVITI: N° persone invitate + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale COPERTURA ESAMI: n° persone sottoposte al test di screening, incluse le adesioni spontanee/popolazione bersaglio annuale | cfr tabella DGR obiettivi |
| | | 2. Deliberazione del Direttore Generale di approvazione del Piano di Attività per il 2022 | Atto deliberato al 31/12/2022 |
| | 4.3 Piano di recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale | 1.(n° prestazioni di spec. amb. prodotte nell'anno 2022/ n° prestazioni di spec. amb. nell'anno 2019)* 100 | ≥100% |
| | | 2. Percentuale prestazioni di specialistica ambulatoriale recuperate rispetto al fabbisogno stimato nel piano aziendale di utilizzo risorse ex DGR 4-4878/2022 del 14.4.2022 | 100% n° prestazioni specialistica ambulatoriale indicate quale fabbisogno stimato nei piani secondo quanto previsto dalla DGR 4-4878/2022 e valutati dalla Direzione Sanità e Welfare, ai sensi della normativa regionale vigente (prospettiva produzione AO/AOU) |
| | | 3. Utilizzo, secondo criteri di appropriatezza e in coerenza con il fabbisogno stimato, delle risorse residue ex DL 104/DGR 2-1980 entro il 31.12.2022 | 100% |
| | 4.5 Tamponi e vaccini Anti Covid-19 (le AO/AOU dovranno collaborare con le ASL e saranno valutate insieme alle ASL sul cui territorio insistono le strutture ospedaliere. Le AO/AOU dovranno mettere a disposizione le risorse che potranno rendersi necessarie nel caso di una ripresa dell'epidemia) | 1. Presenza sul territorio delle ASL, anche mediante collaborazione con ASO/AOU, di strutture in grado di assicurare la disponibilità per l'effettuazione di tamponi antigenici/molecolari ai fini di sorveglianza di sanità pubblica, per la popolazione piemontese | 1. Presenza di strutture per accesso ai tamponi tutti i giorni compresi i prefestivi ed i festivi |
| | | 2. Disponibilità di risorse umane e informatiche per assicurare la gestione dei periodi contumaciali e ove necessario, la ricerca attiva dei contatti stretti; l'azienda deve disporre di un piano per fronteggiare un eventuale richiesta di aumento in tempi brevi di personale | 2. Capacità di presa in carico dei nuovi positivi e di chiusura dei periodi di isolamento entro le 48 ore |
| | | 3. organizzazione di centri vaccinali e coordinamento delle attività degli MMG/PLS per la somministrazione di vaccini COVID 19 sulla base dei programmi nazionali | Presenza di centri vaccinali e di programmi con MMG/PLS a livello aziendale per assicurare le coperture vaccinali previste |

Pertanto ad integrazione dell'albero della performance indicato dal Piano della Performance 2022-2024 già adottato si ritiene di riportare nel presente PIAO la pianificazione triennale comprensiva anche delle indicazioni regionali di settembre e dei nuovi ambiti strategici.

| AREA STRATEGICA | OBIETTIVO STRATEGICO | OBIETTIVO AZIENDALE | Arco temporale pianificazione |
|------------------------------------|---|---|-------------------------------|
| ACCESSIBILITA' CITTADINO AL CENTRO | Emergenza Sanitaria | Attuazione "Piano operativo per il recupero delle prestazioni sanitarie" | 2022 |
| | | Ripresa attività produttiva | 2022 |
| | Accessibilità ai servizi e comunicazione | Piano vaccinale ed esecuzione tamponi come da piani regionali | 2022-2024 |
| | | Migliorare la comunicazione / informazione sui servizi sanitari | 2022-2024 |
| QUALITA' | Accreditamento | Accreditamento istituzionale | 2022 |
| | Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) | Certificazioni JACIE | 2022 |
| | | Aggiornamento PDTA | 2022-2024 |
| | Rischio Clinico | Realizzazione azioni Piano Rischio Clinico | 2022-2024 |
| | Esiti di salute | PNE - Area chirurgica generale | 2022-2024 |
| | | Area Osteomuscolare Tempestività interventi | 2022-2024 |
| | | Monitoraggio attivo Nuovo sistema di Garanzia (NSG) | 2022-2024 |
| | | Appropriatezza nell'assistenza al parto | 2022-2024 |
| | | Tempestività nell'effettuazione PTCA | 2022-2024 |
| | | Miglioramento nella gestione e misurazione del boarding | 2022-2024 |
| | | Donazioni d'organo | 2022-2024 |
| INNOVAZIONE E SVILUPPO | Piano triennale 2021-2023 per l'informatica | Digitalizzazione dei documenti | 2022-2023 |
| | | Progetto Nuovo SIO | 2022-2023 |
| | PNRR – Missione 6 Componente 2 - innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN | Potenziamento del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) | 2022-2023 |
| | | Interventi per la realizzazione dei Posti letto di terapia intensiva, semintensiva e adeguamento del Pronto Soccorso | 2022-2023 |
| | Magazzino Unica Sanitario di Area AIC3 | Realizzazione del progetto di gestione di magazzino unico per i beni sanitari per l'Area sovrazonale AIC3 | 2022-2023 |
| Sviluppo e ricerca | Presentazione di studi clinici | 2022 | |
| SOSTENIBILITA' DEL SISTEMA | Razionalizzazione delle risorse | Analisi e pianificazione smaltimento ferie | 2022 |
| | | Appropriatezza prestazioni sanitarie | 2022-2024 |
| | | Efficiente gestione dei budget economici assegnati | 2022-2024 |
| | | Efficiente gestione dei contratti di fornitura | 2022-2024 |
| | | Governo dei consumi farmaci e dispositivi medici | 2022-2024 |

| | | | |
|--|---|--|-------------------|
| | | Monitoraggio procedure assunzione e spesa del personale | 2022-2024 |
| | | Programmazione degli investimenti | 2022-2024 |
| | | Riorganizzazione gestione acquisti dispositivi medici | 2022 |
| | | Vendita terreni agricoli | 2022 |
| | | Miglioramento qualità flussi informativi farmaci e dispositivi medici | 2022-2024 |
| | Efficienza organizzativa | Laboratorio Unico citotossici | 2022 |
| | Gestione Dipartimentale | Organizzazione e governo dei dipartimenti | 2022-2024 |
| | Piano integrato di attività e organizzazione e valutazione performance | Definizione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) triennale e aggiornamento annuale | 2022-2024 |
| | | Monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi | 2022-2024 |
| | | Aggiornamento del SiMiVAP e valutazione individuale | 2022 -2024 |
| | Cultura della legalità | Tutela del diritto alla protezione dei dati personali (GDPR) | 2022-2024 |
| | | Prevenzione della corruzione e dell'illegalità e amministrazione trasparente | 2022-2024 |
| | Efficientamento energetico | Azioni per il risparmio energetico | 2023-2024 |

Gli obiettivi strategici così individuati per ciascuna area sono orientati a:

- il miglioramento dell'accessibilità ai servizi e l'umanizzazione delle cure (area strategica "ACCESSIBILITA' - CITTADINO AL CENTRO");
- il mantenimento della produzione delle prestazioni erogate e ottimizzazione produzione NO COVID, azioni di razionalizzazione delle risorse e cultura della legalità (area strategica "SOSTENIBILITÀ DEL SISTEMA");
- l'implementazione degli applicativi informatici a supporto delle attività cliniche e amministrative, la valutazione della performance e il benessere organizzativo (area strategica "INNOVAZIONE E SVILUPPO").
- il miglioramento della qualità dei dati, della sicurezza sul lavoro, dell'appropriatezza prescrittiva e degli esiti di salute, processi clinici e sicurezza del paziente (area strategica "QUALITÀ").

Al fine di rendere il Piano uno strumento integrato con l'effettivo andamento della gestione aziendale, gli obiettivi operativi con i rispettivi indicatori e valori attesi discendono dagli obiettivi strategici. Vengono annualmente declinati e assegnati alle strutture organizzative aziendali. Di seguito gli obiettivi operativi assegnati ad inizio anno derivanti dagli obiettivi strategici individuati dal piano della performance 2022-2024 approvato in data 29/04/2022.

A settembre 2022 la Regione Piemonte ha assegnato gli obiettivi ai direttori generali ad avvenuta approvazione del Piano della Performance. Si è ritenuto pertanto di non procedere con la revisione delle schede obiettivo già sottoscritte ma sono stati individuati dei referenti aziendali per ciascun obiettivo, incaricati del monitoraggio e del perseguimento dei risultati, che condivideranno le azioni ed eventuali analisi di criticità con la direzione generale.

Tabella Obiettivi operativi assegnati per l'anno 2022

| AREA STRATEGICA | OBIETTIVO STRATEGICO | OBIETTIVO AZIENDALE | DESCRIZIONE OBIETTIVO |
|--|--|---|---|
| CITTADINO AL CENTRO | Accessibilità ai servizi e comunicazione | Migliorare la comunicazione / informazione sui servizi sanitari | Monitorare la correttezza delle informazioni pubblicate sul sito e comunicare all'URE ogni variazione |
| | | | Raccogliere tutte le iniziative e gli articoli, anche in merito alla prevenzione delle patologie, prodotti per l'invio da parte dell'URE agli organi di informazione e ai social |
| | Emergenza Sanitaria | Attuazione "Piano operativo per il recupero delle prestazioni sanitarie" Ripresa attività produttiva | Rispetto del volume di prestazioni atteso secondo le indicazioni del piano aziendale |
| | | | Consolidamento attese Fascia 1 e riduzione della Fascia 2 Rispetto del livello di produzione per l'attività di degenza e/o attività ambulatoriale |
| INNOVAZIONE E SVILUPPO | Sviluppo e ricerca | Presentazione di studi clinici | Presentazione di nuovi studi clinici |
| | Transizione al digitale | Digitalizzazione dei documenti | Migliorare flusso digitalizzazione per l'alimentazione del FSE: % dei documenti sanitari individuati firmati digitalmente (lettera di dimissione ospedaliera, verbale di pronto soccorso, referti ambulatoriali) entro settembre 2022 |
| | | Progetto Nuovo SIO | Avvio del nuovo Sistema Informativo Ospedaliero (SIO) |
| QUALITA' | Accreditamento | Accreditamento istituzionale | Accreditamento Strutture Area Generale |
| | | Certificazioni JACIE | Rinnovo JACIE |
| | Esiti di salute | Donazioni d'organo | Piena attuazione dei parametri fissati dal Coordinamento Regionale delle donazione e dei prelievi di organo e di tessuti |
| | | Miglioramento nella gestione e misurazione del boarding | Attivazione dei percorsi di fast-track in tutti i PO sede di PS/DEA dell'ASR come previsto dall'Allegato C della DGR 7-3088/2021 compatibilmente con la casistica trattata |
| | | | Miglioramento della compilazione dei campi del tracciato C2 ai fini della corretta misurazione del boarding |
| | | PNE - Appropriately nell'assistenza al parto | Completezza e correttezza CEDAP PNE: proporzione di parti con taglio cesareo primario |
| | | PNE - Area chirurgica generale | PNE: Colectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni |
| | | | PNE: Intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella |
| PNE - Area Osteomuscolare Tempestività interventi | PNE: frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro 2 giorni in pazienti ultrasessantacinquenni | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | PNE - Tempestività nell'effettuazione PTCA | PNE: Tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di IMA STEMI |
| | Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali | Aggiornamento PDTA | Aggiornamento dei PDTA e relativi indicatori. |
| | Rischio Clinico | Realizzazione azioni Piano Rischio Clinico | Realizzazione Azioni del Piano Rischio Clinico (strutture coinvolte nei mandati) |

| | | | |
|----------------------------|-------------------------------------|--|--|
| SOSTENIBILITA' DEL SISTEMA | Cultura della legalità | Prevenzione della corruzione e dell'illegalità e amministrazione trasparente | Adeguate formazione del personale in materia di prevenzione corruzione e trasparenza Responsabilizzazione dei soggetti individuati come titolari degli obblighi di trasparenza |
| | | Tutela del diritto alla protezione dei dati personali (GDPR) | GDPR e "Sistema Privacy": adempimenti e obblighi in base alle norme del GDPR - Regolamento UE 2016/679 (relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali). Rispetto delle indicazioni e delle tempistiche individuate dal gruppo Privacy |
| | Efficienza organizzativa | Laboratorio Unico citotossici | Avvio del laboratorio Unico citotossici |
| | Gestione Dipartimentale | Organizzazione e governo dei dipartimenti | Promuovere l'integrazione ed il coordinamento del dipartimento per favorire la continuità, il coordinamento e l'integrazione interdisciplinare ed intersettoriale, |
| | Razionalizzazione delle risorse | Analisi e pianificazione smaltimento ferie | Analisi della situazione ferie del personale assegnato e individuazione delle modalità di smaltimento coerentemente con gli obiettivi del servizio |
| | | Appropriatezza prestazioni sanitarie | Revisione dei profili di richieste per prestazioni diagnostiche |
| | | Efficiente gestione dei budget economici assegnati | Garantire il rispetto del budget finanziario assegnato e ottimizzazione della gestione informatizzata degli ordini e ricevimenti merci/servizi al fine di consentire, oltre alle puntuali rendicontazioni regionali, anche un'analisi da parte della direzione sull'andamento economico dell'azienda |
| | | | Monitoraggio dei budget di spesa assegnati ai servizi amministrativi |
| | | Efficiente gestione dei contratti di fornitura | Garantire il rispetto dei tempi di pagamento come da normativa vigente: liquidare le fatture e le note di credito entro i giorni stabiliti dalla data dell'iter da parte della contabilità |
| | | | Rispetto della programmazione di indizione delle gare |
| | | Governo dei consumi farmaci e dispositivi medici | Analisi della spesa per dispositivi medici, in base al report elaborato semestralmente dal Controllo di Gestione |
| | | | Analisi della spesa per dispositivi medici, in particolare per l'attività di Radiologia Interventistica, in base al report elaborato semestralmente dal Controllo di Gestione |
| | | | Garantire la produttività dell'anno 2019 attraverso il governo del consumo di farmaci e dispositivi medici |
| | | Monitoraggio procedure assunzione | Definire il cronoprogramma dei concorsi in accordo con la Direzione |
| | Monitoraggio spesa per il personale | Monitoraggio mensile delle spese per il personale dipendente in coerenza con la normativa di riferimento | |

| | | | |
|--|---|---|--|
| | | Programmazione degli investimenti | Coordinamento, gestione e monitoraggio della programmazione degli investimenti in edilizia e attrezzature sanitarie in coerenza con gli indirizzi della programmazione regionale |
| | | Riorganizzazione gestione acquisti dispositivi medici | Partecipazione e supporto per le attività necessarie al trasferimento della gestione dei dispositivi medici alla Farmacia Ospedaliera |
| | | Vendita terreni agricoli | Gestione delle procedure ad evidenza pubblica per la vendita dei terreni agricoli |
| | Valutazione della Performance aziendale | Aggiornamento del SiMiVAP | Revisione ed aggiornamento del sistema di Misurazione della Performance (SiMiVAP) |
| | | Monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi | Monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi assegnati alle strutture afferenti al Dipartimento |

Il Piano della Performance 2022-2024 è scaricabile:

https://trasparenza.maggioreosp.novara.it/pagina44_piano-della-performance.html

SEZIONE 2.3 - RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

Il PTPCT 2022-2024 è stato approvato con deliberazione n. 317 del 21.04.2022.

Nel corso dell'anno vi è stato l'avvicendamento, con decorrenza 01 luglio del Responsabile prevenzione della corruzione ed è stata individuata quale nuovo Responsabile la Dott.ssa Raffaella Garone, Direttore SS Gestione attività amministrative – DSPO.

Il Piano fornisce un permanente ed adeguato strumento di programmazione per prevenire e contrastare all'interno delle strutture organizzative dell'AOU ogni forma di corruzione e/o di "maladministration".

Il Piano tiene conto della particolarità dell'Azienda sanitaria, convenzionata con l'Università del Piemonte orientale – UPO – e centro di riferimento per l'area omogenea.

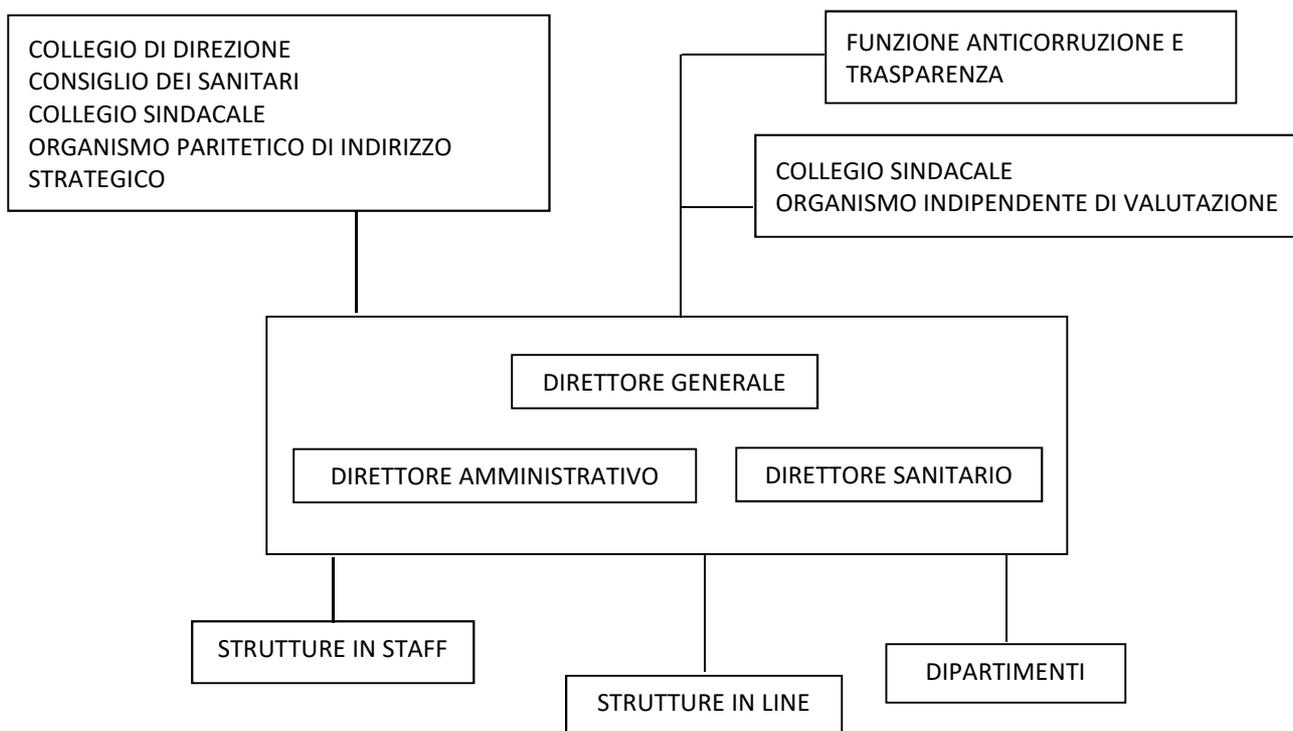
I valori della trasparenza, dell'integrità e dell'etica devono caratterizzare ogni azione e decisione aziendale e devono essere parte integrante della qualità dei servizi, delle prestazioni sanitarie e delle relazioni tra tutti i soggetti facenti parte dell'AOU e gli interlocutori esterni.

In considerazione della specificità dei servizi offerti dalle Aziende Sanitarie il Piano risponde all'esigenza precipua di evitare che alcuni fattori possano interferire nel rapporto tra la domanda e l'offerta sanitaria costituendo potenziali elementi di condizionamento ai fini corruttivi.

Il Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza 2022-2024 è scaricabile:
https://trasparenza.maggioreosp.novara.it/pagina769_prevenzione-della-corruzione.html

SEZIONE 3.1 - STRUTTURA ORGANIZZATIVA

In questa sezione viene presentato il modello organizzativo adottato dall'AOU Maggiore della Carità di Novara. Di seguito, l'organigramma (in vigore da giugno 2019) che offre una rappresentazione grafica della struttura organizzativa aziendale.



L'Atto Aziendale/l'Organigramma è scaricabile:

https://trasparenza.maggioreosp.novara.it/contenuto6859_atto-aziendale_865.html

L'AOU per assolvere a questa *mission* l'organizzazione dei servizi prevede di **identificare diversi ruoli e livelli di responsabilità, con l'obiettivo di valorizzare le competenze e le capacità professionali presenti.**

Schematicamente si possono riassumere i seguenti livelli organizzativi:

1) Direzione Strategica

- **Direttore Generale (DG):** rappresenta legalmente l'AOU, è responsabile della gestione complessiva, assicura il perseguimento della *mission* con l'ausilio degli organi e delle strutture aziendali, in particolare avvalendosi del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo;
- **Direttore Sanitario (DS):** partecipa al processo di pianificazione strategica, esercita le funzioni attribuite alla sua competenza e concorre al governo aziendale. È responsabile del governo clinico dell'Azienda sia con riferimento alla qualità e all'efficienza tecnica e operativa della produzione e distribuzione dei servizi sanitari, che attraverso l'integrazione dei singoli prodotti in singole prestazioni o in programmi di assistenza;
- **Direttore Amministrativo (DA):** partecipa al processo di pianificazione strategica, esercita le funzioni attribuite alla sua competenza e concorre, con la formulazione di proposte e pareri, al governo aziendale coadiuvando, in particolare, il Direttore Generale nella definizione e direzione del sistema di governo economico-finanziario aziendale.

2) Incarichi di direzione

- **Direttore di Dipartimento:** garantisce il funzionamento del Dipartimento stesso, esercitando le funzioni di direzione, organizzazione e gestione dell'insieme della struttura dipartimentale, avvalendosi del Comitato di Dipartimento;
- **Direttore di Struttura Complessa (SC) e Responsabile di Struttura Semplice Dipartimentale (SSD):** gestisce la struttura affidata con responsabilità e autonomia in ordine agli aspetti di tipo tecnico professionale e in relazione alle risorse assegnate. Ogni struttura ha una sua propria valenza strategica definita dal livello dei rapporti con istituzioni o organismi esterni all'Azienda, dal valore delle risorse da gestire, dalla rilevanza della funzione ai fini del raggiungimento degli obiettivi aziendali, dal livello di intersectorialità che caratterizza gli interventi specifici della funzione e dell'estensione dell'articolazione organizzativa per numerosità e complessità delle dotazioni organiche, strumentali e tecnologiche ed eterogeneità dei servizi erogati;
- **Responsabile di Struttura Semplice (SS):** ha responsabilità ed autonomia con valenza gestionale e organizzativa delegata dal direttore di struttura complessa. Gestisce i processi e le relative funzioni, le risorse affidate e risponde del risultato degli obiettivi assegnati annualmente.

Tra le Strutture Complesse aziendali sono presenti la SC Direzione Sanitaria dei Presidi Ospedalieri e la SC Direzione delle Professioni Sanitarie, che hanno funzioni e responsabilità trasversali all'organizzazione delle attività sanitarie.

3) Incarichi dirigenziali

- **Dirigenti medici, sanitari, delle professioni sanitarie, amministrativi, tecnici e professionali:** svolgono le loro funzioni negli specifici ambiti professionali con livelli differenziati di autonomia, da esercitare nel rispetto degli indirizzi del Direttore/Responsabile della struttura a cui afferiscono, e confunzioni di collaborazione e corresponsabilità nello svolgimento delle attività.

L'Azienda, in conformità a quanto previsto dalla normativa contrattuale ed al fine di garantire la crescita professionale del proprio personale, ha adottato, per quanto riguarda il personale dirigenziale, un sistema di graduazione volto a individuare le posizioni dirigenziali aziendali necessarie allo svolgimento delle attività e a valorizzare i professionisti, accompagnandoli nei percorsi di carriera. La graduazione degli incarichi dirigenziali valorizza la diversa rilevanza e responsabilità organizzativo-gestionale e/o professionale richiesta ai diversi ruoli organizzativi rispetto alle finalità aziendali, con scopi motivazionali a livello individuale ed equativi a livello aziendale. La graduazione delle posizioni dirigenziali avviene in base ad un sistema che prevede *items* che descrivono le competenze e conoscenze specialistiche, il coinvolgimento in attività complesse o in progettualità specifiche, l'utilizzo di tecniche innovative, l'integrazione multidisciplinare e multiprofessionale, il grado di autonomia e responsabilità, lo svolgimento di attività di tutoraggio e formazione interna ed esterna. Alla graduazione delle posizioni è agganciata parte della retribuzione accessoria riconosciuta ai dirigenti, che a fine incarico sono sottoposti a specifica valutazione professionale da parte del Collegio Tecnico.

L'AOU, che tra le finalità della propria *mission* ha anche quella di porsi come ospedale di insegnamento, pone tra gli obiettivi strategici una costante e qualificata formazione del personale. Per questo, tra gli indicatori è stato inserito il monitoraggio delle giornate medie di formazione per ogni dipendente (primo indicatore). Occorre rilevare che, a causa del contesto di emergenza pandemica, l'attività formativa ne ha risentito.

SEZIONE 3.2: ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

L'emergenza sanitaria da COVID-19 ha reso maggiormente necessario un utilizzo massivo del c.d. "smart-working", consentendo ai dipendenti di poter svolgere la prestazione lavorativa presso il proprio domicilio.

La Direttiva n.2/2020 del Ministro per la Pubblica Amministrazione e l'art.1 del DPCM del 11.03.2020 escludono dal lavoro agile:

- i dipendenti dei servizi direttamente coinvolti nella gestione dell'emergenza sanitaria che svolgano attività sanitaria e socio assistenziale richiedente contatto diretto con il paziente, nonché dei servizi direttamente a supporto di dette attività
- i dipendenti impiegati in attività che prevedono l'utilizzo costante di strumentazione non utilizzabile da remoto.

Si deve qui evidenziare la problematica, che riguarda in modo specifico le Aziende Sanitarie, in merito allo svolgimento di smart working da parte degli Operatori Sanitari, per i quali, in relazione alla particolarità e alla peculiarità delle loro mansioni professionali, non è possibile lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile ad esclusione del personale amministrativo-

L'AOU dall'inizio della situazione emergenziale ha immediatamente attivato le modalità di lavoro in Lavoro Agile con disposizioni temporanee in ottemperanza alle misure di contenimento dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 contenute nel DPCM 13.10.2020 così come modificato dal successivo DPCM del 18.10.2020 e del Decreto Ministeriale del 19.10.2020 al fine di dare atto a quanto previsto dai succitati Decreti è stato predisposto apposito "Regolamento Aziendale Smart Working" di cui alla Deliberazione n. 593 del 23/07/2020, integrata con deliberazione n. 630 del 6 agosto 2020.

Con il decreto-legge 21 settembre 2021, n. 127, il Governo ha esteso a tutto il personale delle pubbliche amministrazioni l'obbligo di possedere e di esibire, per l'accesso al luogo di lavoro, la certificazione verde COVID-19 (il cosiddetto green pass), escludendo da tale obbligo i soli soggetti esentati dalla campagna vaccinale per motivi sanitari.

Estendendo l'obbligo della certificazione verde Covid-19 anche ai lavoratori del settore pubblico, il Governo ha incrementato l'efficacia delle misure di contrasto alla circolazione del virus e ha consentito, tramite il rientro in presenza dei pubblici dipendenti, di incrementare l'efficienza delle pubbliche amministrazioni.

Il quadro sopra esposto ha posto, dunque, le premesse per superare l'utilizzo del lavoro agile quale strumento di contrasto al fenomeno epidemiologico e ha consentito al Governo di stabilire - con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23/09/2021 e a seguire il D.M. della Pubblica Amministrazione firmato in data 8/10/2021 - che, a decorrere dal 15 ottobre 2021, la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa nelle pubbliche amministrazioni è soltanto quella svolta in presenza.

Pertanto con deliberazione del Direttore Generale n. 593 del 23/07/2020, integrata con deliberazione n. 630 del 6/08/2020, è stato adottato il Regolamento aziendale per lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità di lavoro agile.

La materia è stata oggetto di profondi cambiamenti tuttora in atto: è stato infatti approvato il 30 novembre 2021 lo schema di "Linee guida in materia di lavoro agile nelle PP.AA., ai sensi dell'art. 1 comma 6 del citato D.M. 8.10.2021" che deve superare ancora altri step approvativi modificando sostanzialmente le indicazioni iniziali.

Il Regolamento aziendale definisce, quindi, le modalità operative di dettaglio del lavoro agile fermo restando il rispetto della normativa e degli accordi collettivi vigenti in materia e si applica ai lavoratori dipendenti del Comparto, specificando che per lavoro agile si intende una modalità di esecuzione del rapporto di Lavoro subordinato, stabilita mediante accordo tra le parti, anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro, con il possibile utilizzo di strumenti tecnologici per lo svolgimento dell'attività lavorativa.

Il Regolamento aziendale "smart working" è scaricabile:

https://trasparenza.maggioreosp.novara.it/pagina39_regolamenti.html

SEZIONE 3.3 - PIANO TRIENNALE DEL FABBISOGNO DI PERSONALE

Per quanto riguarda il Piano Triennale del Fabbisogno del Personale, si rinvia alla Deliberazione del Direttore Generale n. 774 del 29/07/2021 di presa atto della DGR 12-3432 23/6/21 di approvazione del PTFP 2020-2022.

Consistenza di personale

| | Uomini 31.12.21 t. ind. | Donne 31.12.21 t. ind. | Uomini media t. ind. | Donne media t. ind. | Uomini 31.12.21 t. det. | Donne 31.12.21 t. det. | Uomini media t. det. | Donne media t. det. |
|--|-------------------------------|------------------------------|----------------------------|---------------------------|-------------------------------|------------------------------|----------------------------|---------------------------|
| medici - direttori s.c. | 15 | 3 | 15,74 | 2,83 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| medici | 215 | 285 | 214,66 | 277,33 | 8 | 12 | 9,91 | 15,36 |
| TOTALE | 230 | 288 | 230,40 | 280,16 | 8 | 12 | 9,91 | 15,36 |
| odontoiatra | 2 | 1 | 2,00 | 0,04 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| fisico direttore s.c. | 1 | 0 | 1,00 | 0,00 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| fisici | 4 | 7 | 3,00 | 6,33 | 0 | 0 | 0,66 | 0,00 |
| chimici | 1 | 1 | 1,00 | 1,00 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| biologi | 0 | 14 | 0,00 | 11,79 | 0 | 1 | 0,00 | 0,00 |
| farmacista direttore s.c. | 0 | 1 | 0,00 | 1,00 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| farmacisti | 3 | 6 | 3,00 | 5,58 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| psicologi | 1 | 6 | 1,00 | 6,41 | 0 | 2 | 0,00 | 1,50 |
| direttore di.p.sa | 0 | 1 | 0,00 | 1,00 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| dirigente delle professioni sanitarie | 1 | 1 | 1,00 | 1,00 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| TOTALE | 13 | 38 | 12,00 | 34,15 | 0 | 3 | 0,66 | 1,50 |
| cpse - infermiere | 8 | 29 | 8,00 | 30,79 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| infermiere | 218 | 809 | 222,33 | 821,67 | 24 | 65 | 27,02 | 59,36 |
| infermiere pediatrico | 1 | 26 | 1,00 | 26,00 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| infermiere generico esperto | 1 | 1 | 1,00 | 1,00 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| cpse - ostetrica | 0 | 1 | 0,00 | 2,25 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| ostetrica | 1 | 64 | 1,00 | 62,67 | 0 | 7 | 0,00 | 11,83 |
| cpse - fisioterapista | 0 | 2 | 0,00 | 2,08 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| cpse - ortottista | 0 | 1 | 0,00 | 1,00 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| cpse - logopedista | 0 | 1 | 0,00 | 1,00 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| fisioterapista | 10 | 25 | 10,17 | 23,80 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| ortottista | 0 | 3 | 0,00 | 3,00 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 |

| | | | | | | | | |
|---------------------------------------|------------|-------------|---------------|----------------|-----------|-----------|--------------|--------------|
| logopedista | 0 | 6 | 0,00 | 5,83 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| neuropsicomotricista | 0 | 1 | 0,00 | 1,00 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| tecnico occupazionale | 0 | 4 | 0,00 | 2,50 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| podologo | 1 | 0 | 1,00 | 0,00 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| massofioterapista esperto | 0 | 1 | 0,00 | 1,00 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| cpse - tec. San. di radiologia medica | 5 | 2 | 5,00 | 2,00 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| tec. San. di radiologia medica | 43 | 56 | 46,00 | 54,00 | 1 | 0 | 1,79 | 2,73 |
| cpse - tec. San. di laboratorio biom. | 1 | 3 | 1,00 | 3,00 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| tec. San. di laboratorio biom. | 27 | 82 | 26,66 | 78,67 | 0 | 1 | 0,33 | 1,42 |
| tec. Neurofisiopatologia | 1 | 7 | 0,00 | 7,45 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| tec. Audiometrista | 1 | 1 | 1,00 | 1,00 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| cpse - perfusore | 0 | 1 | 0,00 | 1,00 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| perfusore | 0 | 6 | 0,00 | 6,00 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| cpse - dietista | 0 | 1 | 0,00 | 1,00 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| dietista | 0 | 6 | 0,00 | 5,50 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| tec. Prevenzione | 2 | 2 | 2,00 | 2,00 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| assistente sanitaria esperta | 0 | 1 | 0,00 | 1,00 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| igienista dentale | 0 | 2 | 0,00 | 1,85 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| TOTALE | 320 | 1144 | 326,16 | 1150,06 | 25 | 73 | 29,14 | 75,34 |
| | | | | | | | | |
| ingegnere - direttore s.c. | 1 | 0 | 1,00 | 0,00 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| ingegnere | 0 | 1 | 0,00 | 1,00 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| assistente religioso | 1 | 0 | 1,00 | 0,00 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| TOTALE | 2 | 1 | 2,00 | 1,00 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| | | | | | | | | |
| dirigente analista | 0 | 1 | 0,00 | 1,00 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| dirigente assistente sociale | 0 | 1 | 0,00 | 0,83 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| assistente sociale | 0 | 2 | 0,00 | 2,00 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| collaboratore tec. Professionale | 11 | 4 | 10,50 | 4,00 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| assistente tecnico | 20 | 1 | 20,83 | 1,00 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| op.tec. Spec. Esperto | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 |

| | | | | | | | | |
|---|------------|-------------|---------------|----------------|-----------|------------|--------------|---------------|
| op. tec. Specializzato | 16 | 9 | 16,00 | 9,00 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| operatore socio sanitario | 34 | 276 | 33,66 | 283,33 | 7 | 29 | 9,72 | 30,86 |
| op. tecnico | 24 | 21 | 24,00 | 20,05 | 0 | 0 | 0,41 | 0,90 |
| op. tecnico addetto all'assistenza | 0 | 16 | 0,00 | 16,50 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| aus. Spec. Servizi tecnico-economali | 4 | 0 | 4,00 | 0,00 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| aus. Spec. Serv. Socio assistenziali | 3 | 23 | 3,00 | 25,08 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| TOTALE | 112 | 354 | 111,99 | 362,79 | 7 | 29 | 10,13 | 31,76 |
| dirigente amministrativo - direttore s.c. | 2 | 2 | 2,00 | 2,00 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| dir. Amm.vo | 2 | 6 | 1,25 | 5,33 | 0 | 1 | 0,00 | 1,19 |
| coll. Amm.vo esperto | 0 | 0 | 0,75 | 0,00 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| collaboratore Amm.vo | 7 | 37 | 6,83 | 34,70 | 1 | 0 | 0,96 | 0,00 |
| assistente amm.vo | 12 | 77 | 12,83 | 79,65 | 2 | 20 | 2,00 | 21,44 |
| coad. Amm.vo esperto | 10 | 52 | 10,00 | 52,33 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| coad. Amm.vo | 23 | 47 | 21,16 | 45,83 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| commesso | 1 | 5 | 1,66 | 5,00 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| TOTALE | 57 | 226 | 56,48 | 224,84 | 3 | 21 | 2,96 | 22,63 |
| TOTALE COMPLESSIVO | 734 | 2051 | 739,03 | 2053,00 | 43 | 138 | 52,97 | 146,59 |

Programmazione strategica delle risorse umane

Attraverso il Piano Triennale del Fabbisogno del Personale (PTFP), l'Azienda esprime la programmazione triennale del **fabbisogno delle risorse umane necessarie**, in relazione agli **obiettivi istituzionali e di performance organizzativi**, secondo principi di efficienza ed economicità.

Il PTFP rappresenta il limite quantitativo della capacità assunzionale per ciascun anno, nel rispetto degli obiettivi finanziari imposti e del budget assegnato. Rientra nella programmazione la stima della dinamica delle cessazioni, sia per pensionamento che volontarie.

La Direzione Strategica, sulla base delle linee evolutive che intende perseguire e dei fabbisogni espressi, tenuto conto dei limiti derivanti dalle linee guida regionali, definisce il contenuto economico quantitativo del PTFP.

Una volta redatto, il PTFP è autorizzato formalmente dalla Regione e adottato con provvedimento del Direttore Generale.

Alla luce di tale programmazione sono valutate le richieste di arruolamento del personale avanzate dai direttori di struttura e sono autorizzate dalla Direzione Strategica aziendale. La modalità di arruolamento fa parte delle scelte di politica di gestione delle risorse umane. È, infatti, priorità strategica poter contare su graduatorie proprie attive per i principali profili professionali, così da poter governare in autonomia le fonti di accesso. L'utilizzo di graduatorie di altri enti secondo accordi con gli stessi, qualora rispondenti ai requisiti ricercati, permettono arruolamenti con tempistiche solitamente ridotte. In casi di urgenza motivata dal mantenimento delle attività per non incorrere in interruzione di servizio pubblico, nelle more di concorso, l'azienda ricorre a procedure di arruolamento a tempo determinato.

L'azienda ricorre in via minoritaria anche alle altre tipologie contrattuali disponibili, come i contratti di lavoro autonomo oppure di somministrazione, secondo la rispettiva disciplina normativa, assicurando in tal modo un grado di flessibilità utile per rispondere a specifiche e contingenti necessità di personale.

Formazione del personale

Le disposizioni normative e contrattuali prevedono una programmazione delle attività formative, in particolare, l'AOU, sulla base degli obiettivi formativi nazionali e regionali, dalle indicazioni di priorità della Regione e dalle analisi dei bisogni formativi condotte a livello aziendale, elabora il proprio Piano Formativo, esplicitando le iniziative formative pianificate annualmente.

La normativa nazionale, recepita a livello regionale, dispone che i Provider accreditati ECM sono tenuti a trasmettere all'ente accreditante il Piano Formativo relativo all'anno successivo inteso come elenco delle iniziative che si intendono attuare e che vengono approvate dal Comitato Scientifico.

A tal proposito, la SS Formazione, coadiuvata dall'Area Sviluppo Professionale DIPSA, raccoglie ed esamina le proposte che pervengono, tenendo conto dei bisogni specifici evidenziati dalle singole Strutture e/o Dipartimenti, formalizzandole secondo il modello proposto dalla Regione. Tale elenco viene sottoposto ed approvato dal Comitato Scientifico della Formazione Aziendale.

Tenuto presente quanto premesso, viene elaborato il Piano annuale della Formazione ed aggiornamento del personale dipendente, evidenziando che si procederà con singoli provvedimenti ad autorizzare l'attivazione e l'accreditamento ECM dei corsi, man mano che gli stessi verranno definiti nel dettaglio di progettazione ed erogazione.

Il Piano Formativo prevede proposte derivanti dai bisogni formativi che rispondono alle richieste degli operatori, all'adempimento degli obblighi di legge (es. D.Lgs 81/08 o GDPR 2016/679) ed alle indicazioni derivanti da problematiche particolari (es formazione COVID). L'azienda ha aderito, inoltre, al progetto Syllabus relativo alla digitalizzazione della PA.

Ogni anno la proposta del Piano Formativo viene sottoposta anche per opportune competenze alle Organizzazioni Sindacali.

SEZIONE 4 – MONITORAGGIO

In questa sezione vengono indicati gli **strumenti e le modalità di monitoraggio**, incluse le rilevazioni di soddisfazione degli utenti, **delle sezioni precedenti**.

Attività monitoraggio “Valore Pubblico” e “Performance”

Il monitoraggio delle sezioni “Valore pubblico” e “Performance”, **avviene secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b) del decreto legislativo n. 150 del 2009**.

La valutazione della performance si realizza nel momento in cui le informazioni relative a risorse impiegate, attività, prodotti e impatti realizzati, vengono interpretate alla luce degli obiettivi da raggiungere. Il processo di valutazione è tipicamente un processo comparativo, di raffronto cioè tra il valore che gli indicatori definiti in fase di misurazione hanno assunto e il valore obiettivo che era stato definito. Se la valutazione si colloca al termine del periodo cui un determinato obiettivo si riferisce, il monitoraggio consiste nel **confronto periodico e sistematico dei dati rilevati e degli obiettivi definiti**. Il monitoraggio comprende il concetto di controllo in itinere e di intervento correttivo, qualora necessario.

Attività monitoraggio Rischi corruttivi e trasparenza

Corruzione

Il monitoraggio del RPCT consiste nel verificare l'osservanza delle misure di prevenzione previste nel piano da parte delle unità operative. Esso consente di verificare l'attuazione e l'adeguatezza delle misure di prevenzione ed il complessivo funzionamento del processo, nonché di apportare tempestivamente le modifiche necessarie. Essendo il PTPCT un documento di programmazione, un adeguato monitoraggio e controllo della corretta attuazione delle misure in esso indicate sono conseguenza logica. Le misure di monitoraggio e vigilanza sull'efficacia del PTPC non riguardano soltanto le attività di semplice controllo sulla sua attuazione, ma si estendono a tutti gli interventi di implementazione e di miglioramento del suo contenuto. Tali misure essenzialmente comprendono: a) la predisposizione da parte del RPCT - sulla base delle indicazioni ANAC - di una Relazione annuale che riporti il rendiconto sull'efficacia delle misure di prevenzione definite dal Piano; b) l'implementazione di un sistema di reportistica, aggiuntiva a quella usualmente utilizzata in sede aziendale per illustrare lo stato di realizzazione degli obiettivi annuali di attività, sia in fase di verifica intermedia sia in fase di rendicontazione finale tale da consentire al RPCT un monitoraggio costante in merito allo stato di avanzamento di attuazione delle misure contenute nel PTPC; c) il collegamento con il Ciclo della Performance e gli obiettivi aziendali che devono comprendere anche quelli di cui al presente Piano per la prevenzione della corruzione, in capo ai singoli Direttori; d) le attività di verifica e valutazione svolte dall'Organismo Interno di Valutazione nell'ambito del Ciclo della performance aziendale, stante la stretta correlazione esistente con il PTPCT. Quanto al riesame, occorre tenere in considerazione il fatto che il processo di gestione del rischio deve essere organizzato e realizzato in modo tale da consentire un costante flusso di informazioni e deve essere svolto secondo il principio del miglioramento progressivo e continuo. Il riesame periodico viene svolto annualmente e si configura come un momento di confronto e dialogo tra i soggetti coinvolti nella programmazione delle attività aziendali al fine di potenziare gli strumenti in atto ed

eventualmente promuoverne di nuovi. Il monitoraggio fin qui condotto ha dimostrato che le misure vengono attuate e sono adeguate. Le norme del Piano recepiscono dinamicamente le modifiche alla legge 190/2012, secondo le successive modificazioni ed integrazioni da parte della normativa nazionale o regionale di attuazione

Trasparenza

Le principali misure dirette ad assicurare regolarità e tempestività dei flussi informativi sono quindi costituite da:

- Individuazione dei Dirigenti Responsabili della detenzione degli obblighi di legge
- Utilizzo del sito web aziendale secondo le caratteristiche editoriali stabilite dalle norme di riferimento nell'apposita Area Amministrazione Trasparente
- Organizzazione e pubblicazione dei dati secondo le prescrizioni di carattere tecnico stabilite dalle norme di riferimento, e gli input informatici della SC Sistemi Informativi
- Previsione di un cronoprogramma che gradualmente indichi gli adempimenti ancora da completare
- Trasmissione di disposizioni operative e di specifiche iniziative formative in materia di trasparenza da parte del Responsabile della Trasparenza.

Le misure di monitoraggio e vigilanza sull'attuazione degli obblighi di trasparenza spettano ad organismi istituzionali quali ANAC a livello centrale ed OIV a livello locale, oltre che naturalmente dal Responsabile Aziendale della Trasparenza. Il Responsabile della Trasparenza viene nominato direttamente dalla Direzione Aziendale tra i Dirigenti presenti in Azienda e di norma, per indicazione dell'Autorità Nazionale AntiCorruzione, coincide con il Responsabile Aziendale per la Prevenzione della Corruzione. Questa figura ha il compito di:

* monitorare sistematicamente la regolarità e tempestività dei flussi informativi e qualora riscontri inadempienze e/o irregolarità di livello significativo, sollecita il Responsabile degli obblighi titolare a provvedere in merito, concordando un termine congruo, salvo eccezioni debitamente motivate. Nel caso di mancato o incompleto riscontro alla richiesta di adempimento, il Responsabile della Trasparenza provvede a segnalare la circostanza alla Direzione Aziendale e all'OIV;

* predisporre la relazione a fine anno sullo stato di attuazione del PTTI, a completamento della relazione annuale del Responsabile Prevenzione Corruzione;

* supportare l'OIV, secondo le sue specifiche richieste ed ai fini dell'attività di verifica di sua competenza, predisponendo una analitica tabella di riscontro degli obblighi di pubblicazione da parte dell'Azienda, da aggiornare in base alle disposizioni dell'A.N.A.C.

L'OIV, quale responsabile della corretta applicazione delle linee guida predisposte dall'ANAC, esercita un'attività di impulso per l'elaborazione del PTPCT ed ha il compito di attestare l'assolvimento da parte dell'Azienda degli obblighi relativi alla trasparenza ed all'integrità. Gli esiti di tale attività di controllo e certificazione dell'OIV sono pubblicati nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web aziendale.

L'OIV svolge i propri compiti anche attraverso un'attività di audit e tiene conto dell'apporto delle diverse strutture all'attuazione del PTTI ai fini della misurazione e valutazione della performance dei Dirigenti delle strutture medesime. All'A.N.A.C. compete un ruolo generale di coordinamento, indirizzo e supervisione esercitato anche attraverso l'adozione di specifiche linee guida che fungono da riferimento per tutte le pubbliche amministrazioni. Inoltre l'Autorità svolge funzioni di vigilanza diretta rispetto alle verifiche effettuate dagli Organismi Indipendenti di Valutazione, e di vigilanza indiretta rispetto alle amministrazioni per le quali riceve segnalazioni (dal Responsabile della Trasparenza e/o da privati cittadini) di mancato o parziale adempimento degli obblighi di

pubblicazione. Al fine di ottemperare all'obbligo di formazione previsto dalla normativa, il Responsabile della Trasparenza si impegna all'attuazione di incontri con il personale dipendente, al fine di rendere sempre più condivisi e partecipati gli adempimenti legati alla trasparenza amministrativa.

Attività monitoraggio Organizzazione Lavoro Agile

Stante quanto indicato nel Regolamento aziendale, ciascun Responsabile predispone un sistema di monitoraggio al fine di verificare costantemente i risultati conseguiti attraverso la prestazione lavorativa svolta a domicilio o sede diversa da quella di assegnazione.