

AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA  
MAGGIORE DELLA CARITÀ DI NOVARA

PIANO INTEGRATO  
DI ATTIVITA' ED ORGANIZZAZIONE  
[P.I.A.O.]

2023 -2025

## Premessa

Il PIAO, Piano Integrato di Attività e Organizzazione, introdotto all'articolo 6 del decreto legge n. 80/2021, "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionali all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia", convertito dalla legge 6 agosto 2021, n. 113, è il documento di pianificazione e *governance* dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria.

Il PIAO 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.

Infatti il PIAO possedendo le finalità sopra citate, sostituisce alcuni documenti che l'AOU era tenuta ad approvare annualmente, e in particolare:

1. il Piano della performance
2. il Piano triennale di prevenzione della corruzione e trasparenza (PTPCT)
3. il Piano triennale del fabbisogno di personale
4. il Piano organizzativo del lavoro agile (POLA)

Il Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento di Funzione Pubblica, n. 132 del 30 giugno 2022 "Regolamento recante la definizione del contenuto del Piano Integrato di Attività e Organizzazione" indica la struttura del Piano come di seguito descritto

## Sezioni del PIAO:

- SCHEDA ANAGRAFIA DELL'AZIENDA pag. 3
  
- VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE pag. 15
  - *Valore Pubblico*
  - *Performance*
  - *Rischi Corruttivi e Trasparenza*
  
- ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO pag. 47
  - *Struttura organizzativa*
  - *Organizzazione Lavoro Agile*
  - *Piano triennale del Fabbisogno dei Personale*
  
- MONITORAGGIO pag. 67

## SEZIONE 1 - SCHEDE 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.



*logo aziendale*

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.

### **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.

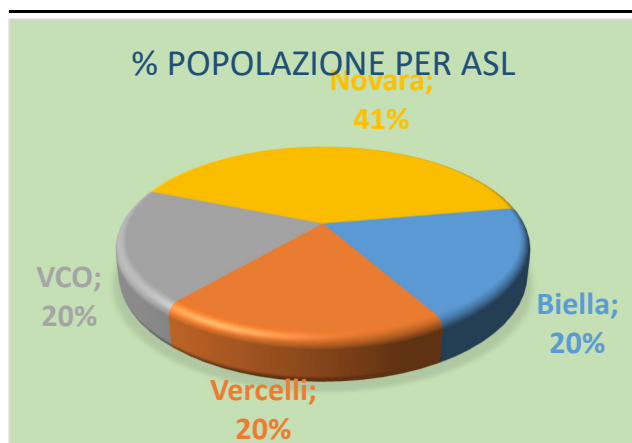
### **Il contesto territoriale**

L’AOU Maggiore della Carità è inserita nell’Area Omogenea di Programmazione Piemonte Nord-Est ex DM 70/2015 (così come identificata con DGR 1-600 del 19/11/2014 e s.m.i) che rappresenta il bacino di garanzia per il soddisfacimento del bisogno del cittadino di prestazioni specialistiche. L’Area Omogenea è costituita da ASL NO, ASL VCO, ASL VC, ASL BI, AOU Maggiore della Carità di Novara. Complessivamente l’Area Omogenea opera su un territorio con un totale di 830.607 residenti di cui il 40% appartenenti all’ambito dell’ASL Novara e il rimanente distribuito in maniera omogenea tra le altre 3 ASL con un 20% ciascuna.

Asl	Totale residenti	% sul totale area
Biella	162.171	20%
Vercelli	162.716	20%
VCO	164.312	20%
Novara	341.408	40%
<b>AREA</b>	<b>830.607</b>	<b>100%</b>

Fonte dati: PISta Piemonte STATistica e B.D.D.E.

[www.ruparpiemonte.it/cms/servizi-rupar/servizio/130-pista--piemonte-statistica-e-bdde.html](http://www.ruparpiemonte.it/cms/servizi-rupar/servizio/130-pista--piemonte-statistica-e-bdde.html);



### ASL Novara.

L'ASL NO di Novara opera su un territorio in gran parte coincidente con quello della Provincia di Novara (sono esclusi 11 Comuni) con un totale di 341.408 abitanti. Il territorio ha un'estensione di circa 1.200 kmq e dal punto di vista oro-geografico è composto prevalentemente da aree pianeggianti (pari al 77% del territorio). L'ASL di Novara confina a est e sud-est con la Lombardia. La distanza tra Novara e Milano è circa la metà di quella da Torino (54 km vs 103 km). I comuni dell'ASL NO sono raggruppati in 3 distretti, e segnatamente:

Distretto urbano di Novara: 1 comune (Novara), superficie: 103,0 kmq

Distretto Area Nord: 44 comuni, superficie: 556,6 kmq

Distretto Area Sud: 29 comuni, superficie: 541,4 kmq

### ASL Vercelli.

L'ASL VC di Vercelli opera su un territorio di 2.038 Km<sup>2</sup>, per un totale di 162.716 abitanti, in gran parte coincidente con quello della Provincia di Vercelli e comprende 88 Comuni. L'ASL VC è costituita da un unico Distretto sanitario, ma si evidenziano due aree territoriali diverse per caratteristiche geografiche: l'area territoriale del Vercellese, pianeggiante, situata a sud con 44 Comuni, fra cui Vercelli, il centro urbano di maggiori dimensioni con circa 46.000 residenti e l'area territoriale della Valsesia, montana, situata a nord, con 44 Comuni e con il centro urbano di maggiori dimensioni, Borgosesia, con circa 12.000 residenti.

### ASL Biella.

L'ASL BI di Biella opera su un territorio prevalentemente collinare e comprende 67 comuni della Provincia di Biella, per un totale di 162.171 abitanti, oltre il 50% dei quali concentrati lungo l'asse Biella-Cossato e nei comuni limitrofi a Biella. I comuni sono organizzati in due distretti

- *distretto Biella*: comprende 43 comuni con un numero complessivo di abitanti circa 111.324
- *distretto Cossato*: comprende 23 Comuni con un numero complessivo di abitanti pari a 50.847

### ASL VCO.

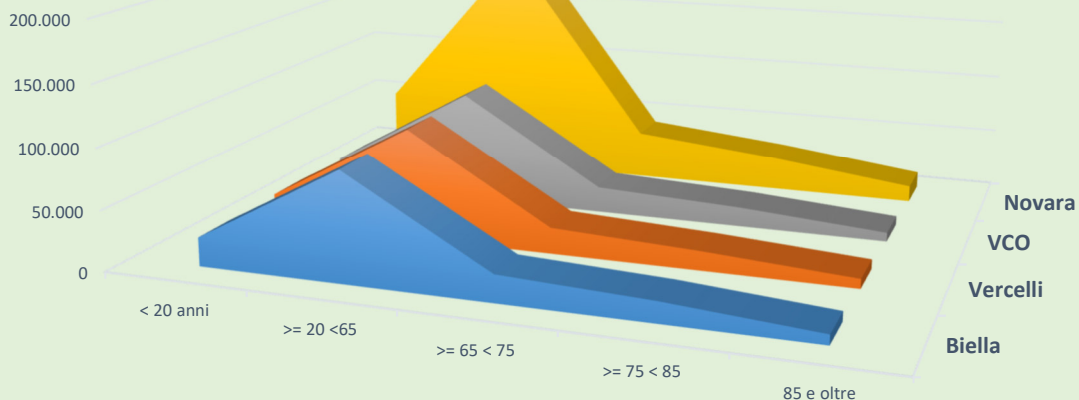
L'ASL VCO Verbano-Cusio-Ossola opera su un territorio di circa 2.332,32 km<sup>2</sup>, per il 96% montani, ha una densità abitativa media di 73 abitanti/Km<sup>2</sup> e comprende 81 Comuni, distribuiti in maniera disomogenea sul territorio del Verbano, Cusio ed Ossola, per un totale di abitanti pari a 164.312. L'ASL VCO è costituita da un unico Distretto sanitario.

### **La Popolazione assistita**

Nell'Area Omogenea Piemonte Nord Est, al 31.12.2021, gli ultrasessantacinquenni risultano 221.880 pari al 27% della popolazione residente (in Regione Piemonte sono pari al 26% della popolazione residente), suddivisi in veri anziani (75-84enni) 9% e grandi anziani (ultra 85enni) 4%. Sul territorio di riferimento per l'AOU la popolazione anziana ha un'incidenza maggiore rispetto alla media regionale in particolare per le fasce 65-74 anni e oltre 85 anni. Le percentuali sono maggiori nelle ASL con territori montani Biella, Vercelli e VCO.

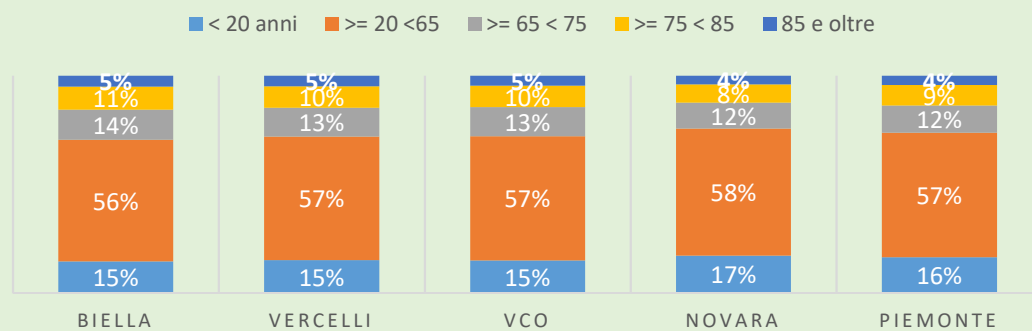
Asl	totale	>=65 anni	%>=65 anni
Biella	162.171	47.771	29%
Vercelli	162.716	45.591	28%
VCO	164.312	45.614	28%
Novara	341.408	82.904	24%
AREA	830.607	221.880	27%
Piemonte	4.252.279	1.115.901	26%

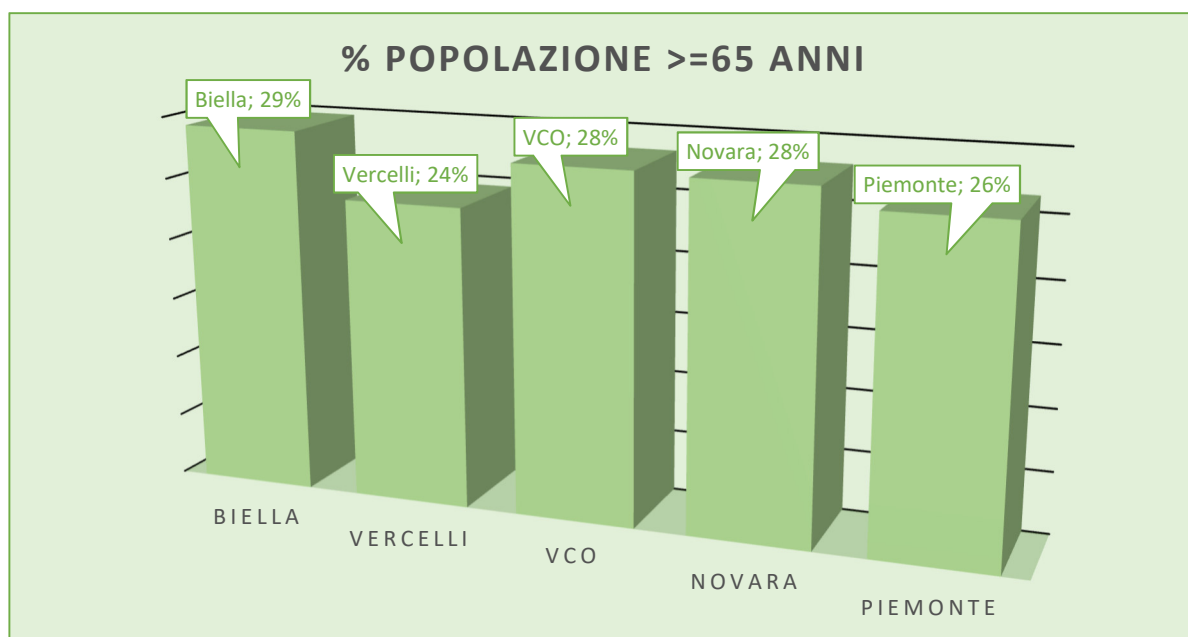
## Distribuzione popolazione per fasce di età



	< 20 anni	>= 20 < 65	>= 65 < 75	>= 75 < 85	85 e oltre
■ Biella	23.736	90.664	22.502	17.152	8.117
■ Vercelli	24.832	92.293	21.679	15.946	7.966
■ VCO	24.723	93.975	21.794	16.399	7.421
■ Novara	58.881	199.623	40.644	28.704	13.556

## DISTRIBUZIONE % PER FASCE DI ETÀ'





Fonte dati: PISta Piemonte STATistica e B.D.D.E. [www.ruparpiemonte.it/cms/servizi-rupar/servizio/130-pista--piemonte-statistica-e-bdde.html](http://www.ruparpiemonte.it/cms/servizi-rupar/servizio/130-pista--piemonte-statistica-e-bdde.html):

Dal confronto con i dati relativi al 2004 si evince che nel corso del tempo la popolazione regionale è diminuita di 172.188 unità (-4%). Nel territorio dell'Area Omogenea si riscontra un calo più importante pari al -4,4% (36.500 residenti) con riduzioni maggiori della media regionale nelle ASL BI (-10.464 unità, -6,5%), ASL VC (-10.593 unità, -6,5%) e ASL VCO (-7.078 unità, -4,3%). L'unica con un calo inferiore alla media della regione è ASL NO (- 8.365 unità, -2,5%). Dal confronto, inoltre, emerge una popolazione sempre più anziana con una percentuale di ultra sessantacinquenni (assistiti ad alta incidenza clinica, assistenziale e farmacologica) in aumento in Regione di 33.361 unità (+0,8%), e più marcata nell'Area Omogenea con 7.497 unità pari al +0,9%. Superiore alla media di anziani della regione risultato le popolazioni dei territori dell'ASL NO e ASL VCO (+1,3%). In aumento ma inferiore alla media regionale risulta l'ASLBI (+0,6%) mentre l'ASLVC rimane praticamente costante (-0,1%).

Asl		Popolazione residente al 31.12.2004			Popolazione residente al 31.12.2021			Scostamento 2021-2004		
		< 65 anni	>= 65	TOTALE	< 65 anni	>= 65	TOTALE	< 65 anni	>= 65	TOTALE
ASL BI	num ab.	125.889	<b>46.746</b>	172.635	114.400	<b>47.771</b>	162.171	<b>-11.489</b>	<b>1.025</b>	<b>-10.464</b>
	% su totale	<b>72,9%</b>	<b>27,1%</b>		<b>70,5%</b>	<b>29,5%</b>		<b>-7,1%</b>	<b>0,6%</b>	<b>-6,5%</b>
NO	num ab.	271.446	<b>78.327</b>	349.773	258.504	<b>82.904</b>	341.408	<b>-12.942</b>	<b>4.577</b>	<b>-8.365</b>
	% su totale	<b>77,6%</b>	<b>22,4%</b>		<b>75,7%</b>	<b>24,3%</b>		<b>-3,8%</b>	<b>1,3%</b>	<b>-2,5%</b>
VC	num ab.	127.522	<b>45.787</b>	173.309	117.125	<b>45.591</b>	162.716	<b>-10.397</b>	<b>-196</b>	<b>-10.593</b>
	% su totale	73,6%	<b>26,4%</b>		<b>72,0%</b>	<b>28,0%</b>		<b>-6,4%</b>	<b>-0,1%</b>	<b>-6,5%</b>
VCO	num ab.	127.867	<b>43.523</b>	171.390	118.698	<b>45.614</b>	164.312	<b>-9.169</b>	<b>2.091</b>	<b>-7.078</b>
	% su totale	74,6%	<b>25,4%</b>		<b>72,2%</b>	<b>27,8%</b>		<b>-5,6%</b>	<b>1,3%</b>	<b>-4,3%</b>
<b>AREA</b>	<b>num</b>	<b>652.724</b>	<b>214.383</b>	<b>867.107</b>	<b>608.727</b>	<b>221.880</b>	<b>830.607</b>	<b>-43.997</b>	<b>7.497</b>	<b>-36.500</b>

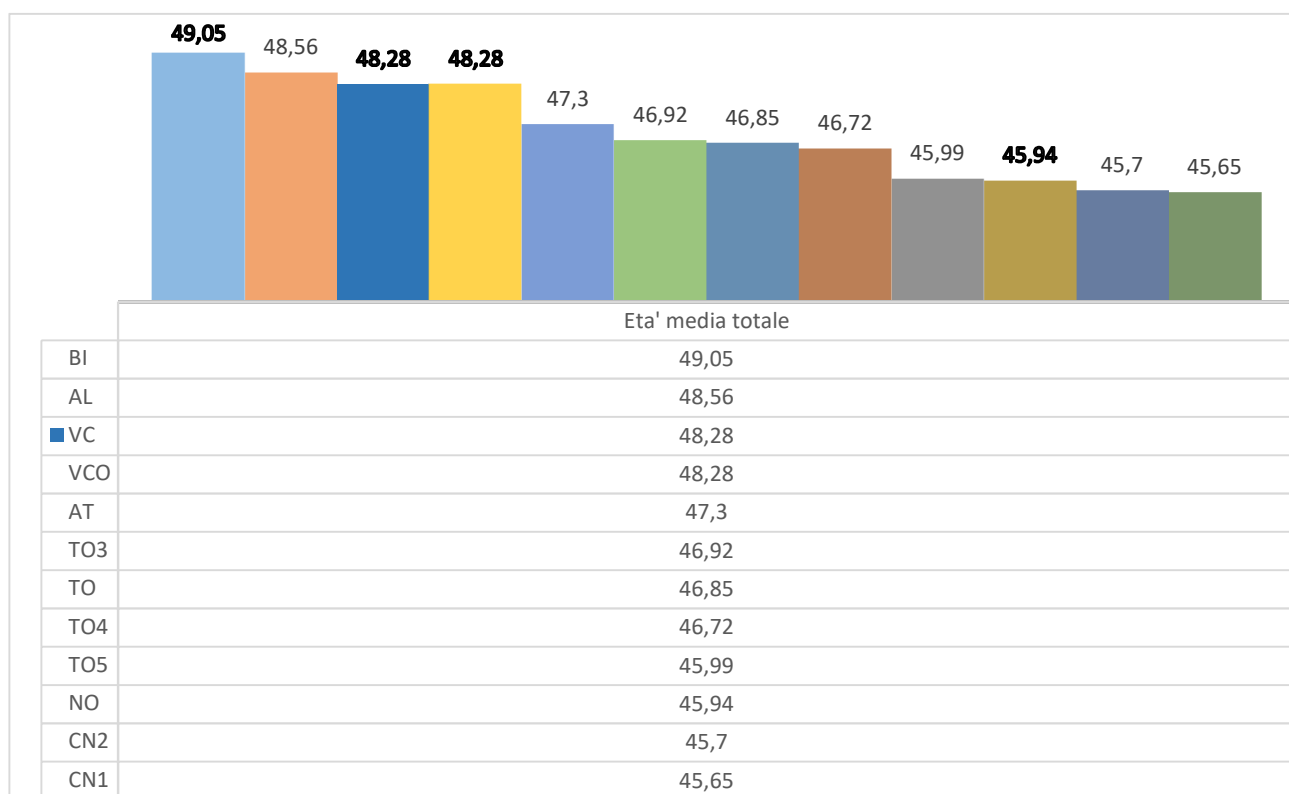


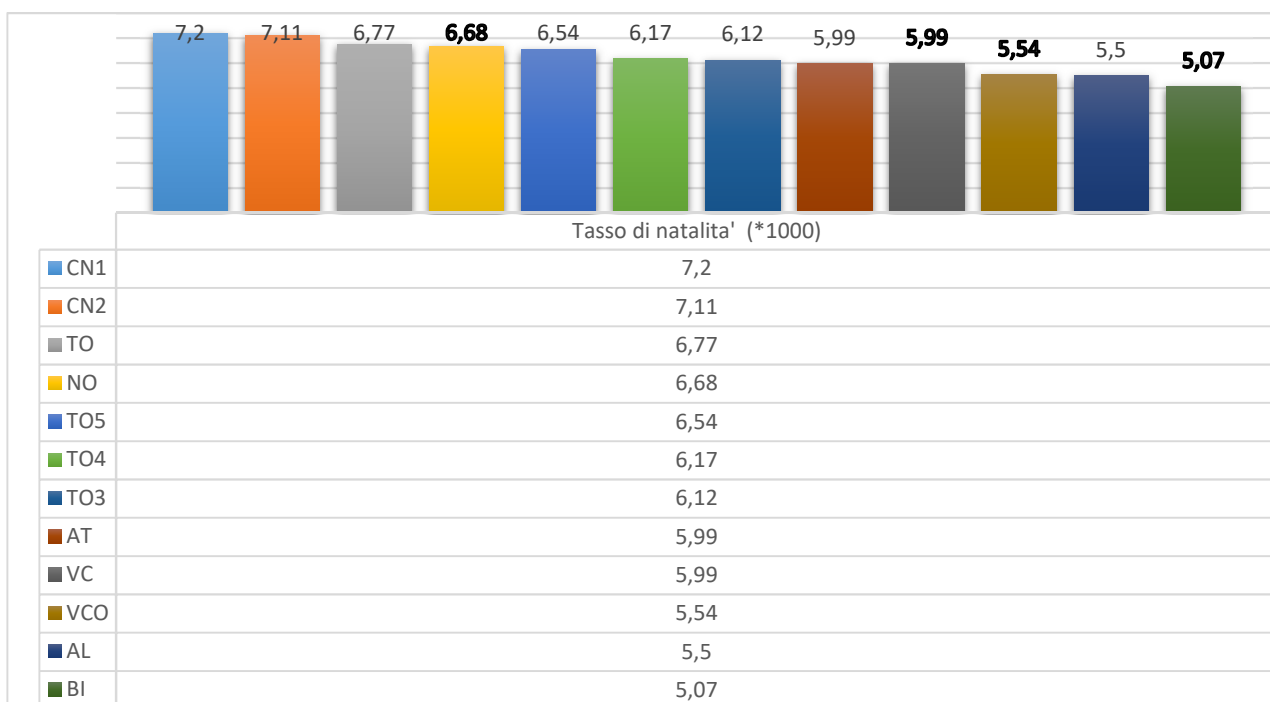
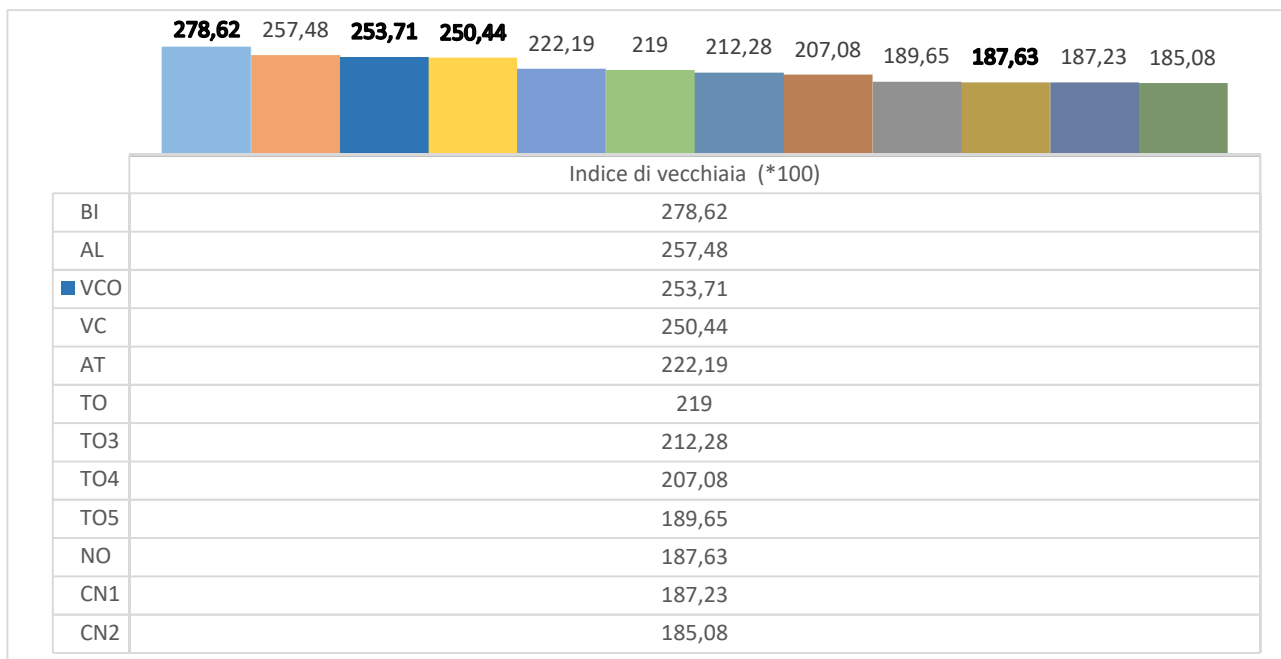
	ab.									
	% su totale	75,3%	24,7%		73,3%	26,7%		-5,3%	0,9%	-4,4%
Regione	num ab.	3.341.927	1.082.540	4.424.467	3.136.378	1.115.901	4.252.279	205.549	33.361	-172.188
	% su totale	75,5%	24,5%		73,8%	26,2%		-4,8%	0,8%	-4,0%

Fonte dati: PISta Piemonte STAtistica e B.D.D.E.

[www.ruparpiemonte.it/cms/servizi-rupar/servizio/130-pista--piemonte-statistica-e-bdde.html](http://www.ruparpiemonte.it/cms/servizi-rupar/servizio/130-pista--piemonte-statistica-e-bdde.html);

Gli indicatori riportati nei seguenti grafici si riferiscono all'anno 2020 e rappresentano età media, indice di natalità e indice di vecchiaia.



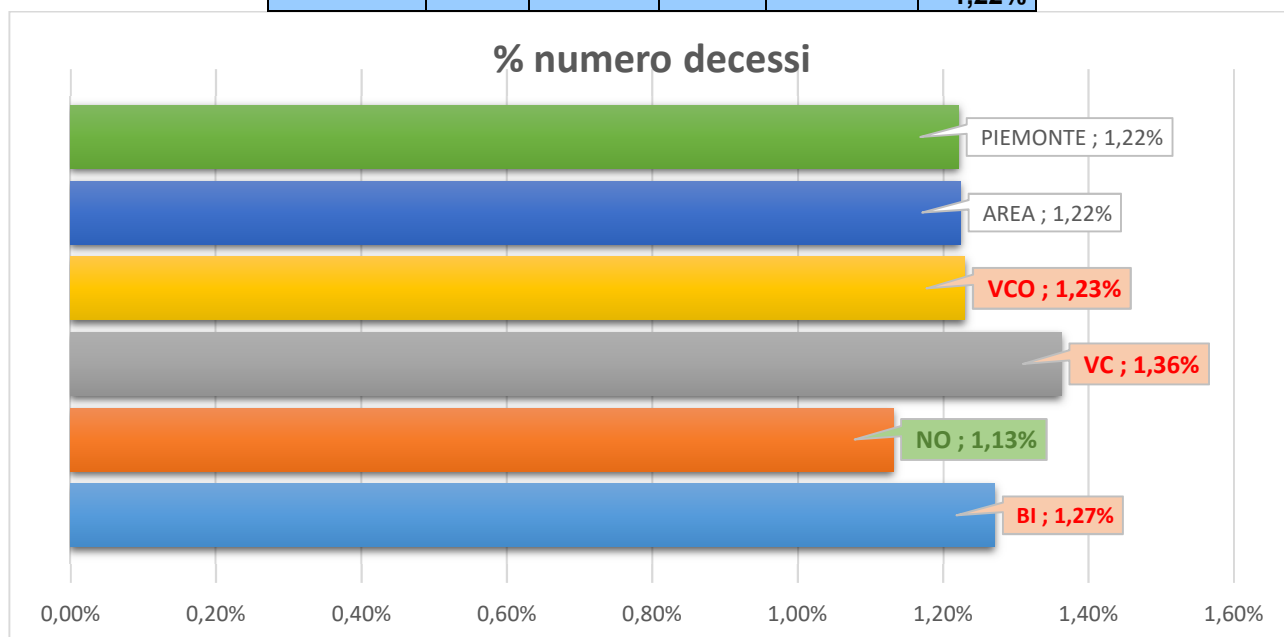


### Mortalità generale e per causa.

I dati disponibili sulla mortalità a livello regionale e locale fanno riferimento all'anno 2019.

Nell'Area Omogenea Piemonte Nord Est nel 2019 si sono osservati 10.327 decessi, pari al 19,6% del valore regionale. La distribuzione fra i sessi vede il 46% dei decessi fra i maschi (4.764) e il 54% fra le femmine 5.563.

Numero decessi totali anno 2019					
Asl	Maschi	Femmine	tot	Pop al 31.12.2019	% decessi
BI	959	1.157	2.116	<b>166.456</b>	1,27%
<b>NO</b>	<b>1.811</b>	<b>2.079</b>	<b>3.890</b>	<b>343.845</b>	<b>1,13%</b>
VC	1.045	1.224	2.269	<b>166.512</b>	1,36%
VCO	949	1.103	2.052	<b>166.826</b>	1,23%
<b>AREA</b>	<b>4.764</b>	<b>5.563</b>	<b>10.327</b>	<b>843.639</b>	<b>1,22%</b>
<b>PIEMONTE</b>	<b>25.062</b>	<b>27.597</b>	<b>52.659</b>	<b>4.311.217</b>	<b>1,22%</b>



Fonte dati: PISta Piemonte STATistica e B.D.D.E.

[www.ruparpiemonte.it/cms/servizi-rupar/servizio/130-pista--piemonte-statistica-e-bdde.html](http://www.ruparpiemonte.it/cms/servizi-rupar/servizio/130-pista--piemonte-statistica-e-bdde.html)

Il tasso standardizzato di mortalità (TS) registra:

- per i maschi valori superiori al dato regionale (533,87) per ALSNO (537,29) e ASLVC (544,75), decisamente inferiori i valori per ASLVCO (517,75) e ASLBI (502,43)
- per le femmine valori superiori al dato regionale (351,27) per ALSVC (364,9,66) e ASLNO (351,66), decisamente inferiori i valori per ASLVCO (345,84) e ASLBI (323,23)

Decessi totali – Tasso standardizzato (TS)		
Asl	Maschi	Femmine
BI	502,43	323,23
NO	<b>537,2</b>	<b>351,66</b>
VC	<b>544,75</b>	<b>364,9</b>
VCO	517,75	345,84
<b>Piemonte</b>	<b>533,87</b>	<b>351,27</b>

Fonte dati: PISta Piemonte STATistica e B.D.D.E.

[www.ruparpiemonte.it/cms/servizi-rupar/servizio/130-pista--piemonte-statistica-e-bdde.html](http://www.ruparpiemonte.it/cms/servizi-rupar/servizio/130-pista--piemonte-statistica-e-bdde.html);

La prima causa di morte in senso assoluto, nell'Area Omogenea Piemonte Nord Est, è rappresentata dalle malattie dell'apparato circolatorio con il 34,69% (lievemente superiore al valore di incidenza regionale). All'interno dell'area le malattie dell'apparato circolatorio si riscontrano valori superiori all'incidenza regionale per l'ASLVC (36,45%) e l'ASLVCO (35,72%).

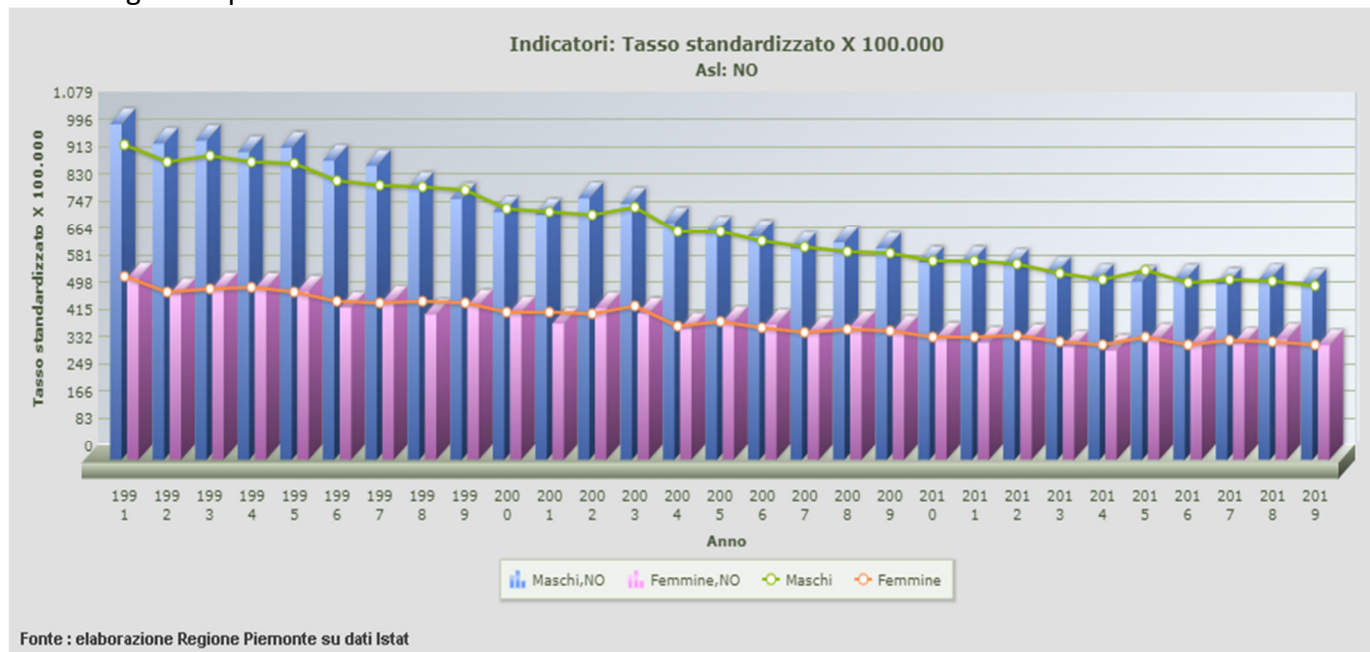
La seconda causa di morte è rappresentata dai tumori maligni (29,38%) con un'incidenza superiore al dato regionale (26,73%) per ASL BI (37,05%), ASLNO (28,48%) e ASLVCO (28,17%).

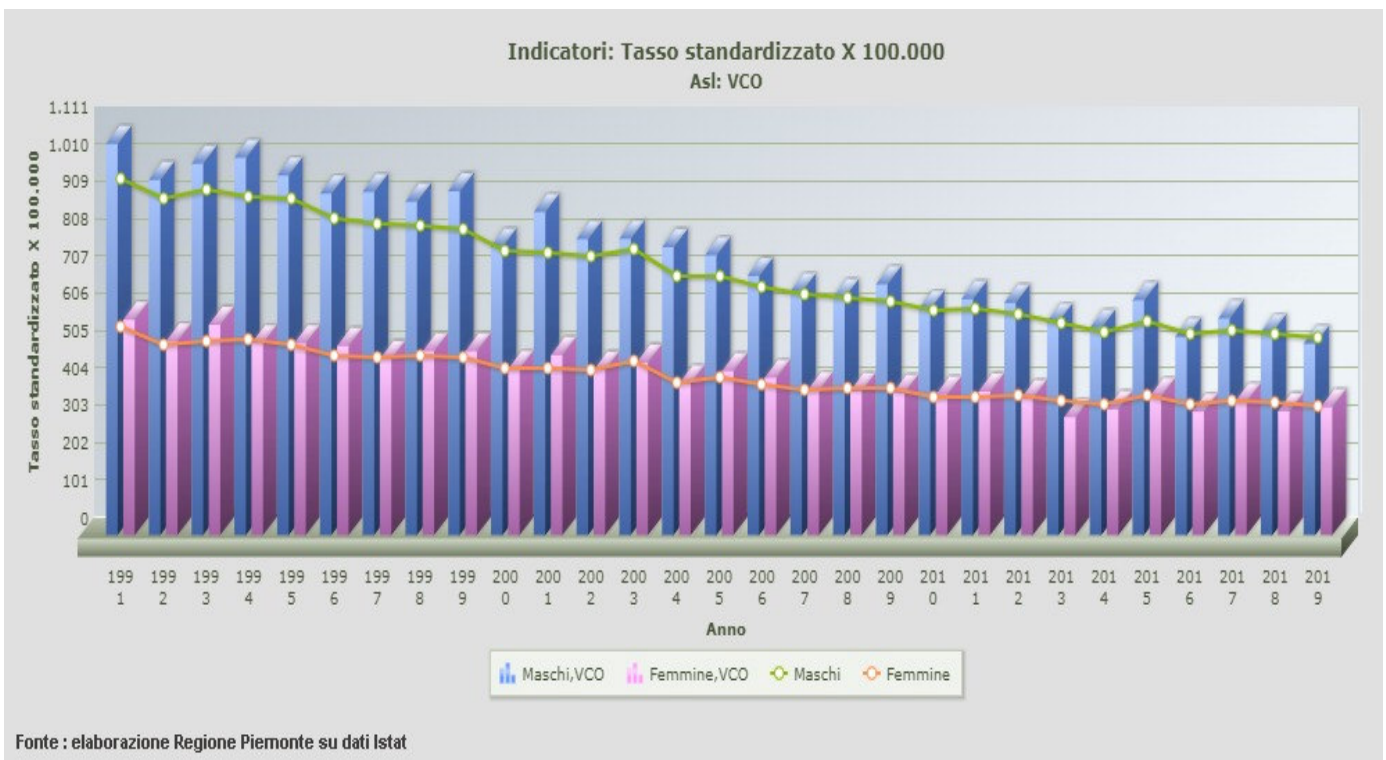
ASL	popol. al 31.12.2019	Tutte le cause		Malattie dell'apparato circolatorio			tumori maligni		
		casi	% su pop	casi	% su tutte le cause	% su pop	casi	% su tutte le cause	% su pop
BI	166.456	2.116	1,27%	723	34,17%	0,43%	784	37,05%	0,47%
NO	343.845	3.890	1,13%	1.299	33,39%	0,38%	1.108	28,48%	0,32%
VC	166.512	2.269	1,36%	827	36,45%	0,50%	564	24,86%	0,34%
VCO	166.826	2.052	1,23%	733	35,72%	0,44%	578	28,17%	0,35%
<b>Area</b>	<b>843.639</b>	<b>10.327</b>	<b>1,22%</b>	<b>3.582</b>	<b>34,69%</b>	<b>0,42%</b>	<b>3.034</b>	<b>29,38%</b>	<b>0,36%</b>
<b>Piemonte</b>	<b>4.311.217</b>	<b>52.659</b>	<b>1,22%</b>	<b>17.999</b>	<b>34,18%</b>	<b>0,42%</b>	<b>14.077</b>	<b>26,73%</b>	<b>0,33%</b>

Fonte dati: PISta Piemonte STAtistica e B.D.D.E.

[www.ruparpiemonte.it/cms/servizi-rupar/servizio/130-pista--piemonte-statistica-e-bdde.html](http://www.ruparpiemonte.it/cms/servizi-rupar/servizio/130-pista--piemonte-statistica-e-bdde.html)

Nei grafici di seguito si riporta il trend del tasso standardizzato X 100.000 abitanti dal 1991 al 2018 per le diverse ASL dell'Area suddiviso per maschi e femmine. Nel corso degli anni il tasso di mortalità presenta un trend in riduzione in maniera più marcata per gli uomini e un allineamento al valore medio regionale per le femmine.





Indicatori: Tasso standardizzato X 100.000  
Asl: BI



Fonte : elaborazione Regione Piemonte su dati Istat

## 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 mission

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

**1) 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.

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

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.

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

### **Il contesto esterno**

L'AOU, ospedale "hub" della rete ospedaliera Piemonte Nord Est, offre un'assistenza qualificata orientata ad accogliere e trattare tutte le patologie complesse dell'area sovrazonale anche per porre un freno alla mobilità passiva extraregionale, in particolare verso la confinante Lombardia. Dall'analisi dei dati disponibili sul fenomeno della mobilità passiva extraregionale in Piemonte emerge con evidenza che questo fattore rappresenta una criticità dell'area del Piemonte nord-est, che riveste un interesse strategico a livello regionale. La mobilità sanitaria è fortemente condizionata dalla vicinanza con i confinanti presidi ospedalieri lombardi pubblici e privati accreditati, dotati di elevata tecnologia e ad alta specializzazione, in non pochi casi con una policy commerciale aggressiva.

La collocazione geografica dell'AOU (posta al confine con la Lombardia) e la situazione logistica di Novara (posizione baricentrica in un nodo viabilistico di primaria importanza a livello di interscambi per l'Italia settentrionale) possono rappresentare sia un punto di forza sia un elemento di debolezza ai fini del contenimento della mobilità passiva extraregionale. Infatti in poco tempo in auto e/o in treno si possono raggiungere da Novara gli ospedali di rilievo nazionale milanesi. L'Azienda Ospedaliera Universitaria di Novara sulla base del suo ruolo nell'ambito della rete ospedaliera



piemontese rappresenta, per la sua posizione geografica e per l'importanza che già riveste, il baluardo fondamentale per arginare la mobilità passiva extraregionale del Piemonte verso la vicina Lombardia. Per questa ragione, oltre al rafforzamento del ruolo di coordinamento dell'AOU di Novara nell'ambito della rete ospedaliera piemontese, si sono resi necessari investimenti in risorse tecnologiche e professionali per rendere l'AOU in grado di ricoprire adeguatamente il suo ruolo. Un'importante e attenta politica di investimenti mirati risulta fondamentale per raggiungere l'obiettivo di interesse regionale di riduzione della mobilità passiva, in attesa della realizzazione della nuova Città della Salute e della Scienza di Novara.

L'AOU svolge funzioni sovra territoriali articolando la propria attività per le altre Aziende Sanitarie attraverso la funzione di supporto specialistiche direttamente nelle sedi periferiche e/o coordinando quelle specialistiche diffuse nella rete ospedaliera nell'ambito sovrazonale Piemonte Nord-Est. Altre funzioni clinico-specialistiche, di cui l'AOU è sede unica nell'ambito territoriale, quali la Chirurgia toracica, la Neurochirurgia, la Cardiocirurgia, la Chirurgia maxillo-facciale, la Chirurgia plastica e ricostruttiva e l'Ematologia sono garantite presso gli ospedali periferici spock nell'area di riferimento, in regime di consulenza, per operare un filtro specialistico qualificato della patologia da eventualmente trattare presso la sede di Novara.

Alcune prestazioni di urgenza trovano nell'AOU il naturale riferimento per l'erogazione di cure di terzo livello. In ambito cardiovascolare è stata rivista la rete per l'emergenza con l'identificazione dell'AOU di Novara quale centro "hub" per le sindromi coronariche acute. Lo stesso dicasi per le patologie acute dei grandi vasi (aneurismi, ischemie critiche) o dei vasi cerebrali.

Il Centro Terapia Anticoagulante Orale (TAO) è riferimento per l'area sovra zonale per la diagnosi e cura delle malattie tromboemboliche e per l'implementazione delle nuove terapie anticoagulanti.

L'AOU Maggiore della Carità Novara è stata riconosciuta dalla Regione Piemonte come centro regionale autorizzato all'esecuzione di interventi di stimolazione cerebrale profonda sui pazienti affetti da Parkinson. Inoltre l'AOU garantisce il funzionamento della rete del Trasporto Emergenza Neonatale per il trasferimento delle gravidanze a maggior rischio e dei neonati che necessitano di un ricovero in Terapia Intensiva Neonatale. Anche la funzione di trapianto renale fa da riferimento ad un ampio bacino di utenza di carattere sovra regionale, come testimoniano i dati di attività che vedono il Centro Trapianti dell'AOU primeggiare per numerosità e qualità degli interventi effettuati in particolare per trapianti fra viventi. L'AOU Maggiore della Carità di Novara ha effettuato l'attività di chirurgia robotica dotandosi per prima in Italia del dispositivo "Da Vinci Xi", utilizzato in ambito multidisciplinare. Inoltre, prima in Italia, ha sostituito completamente le dotazioni radiologiche attraverso il "Partenariato Pubblico Privato" di servizi che consente di dare risposte di elevata qualità ai fabbisogni dei cittadini.

L'AOU, al 31.12.2019, risultava dotata di 711 posti letto, di cui 592 ordinari e 119 di Day Hospital. Inoltre sono attivi 9 letti di Hospice, 10 di Osservazione Breve Intensiva presso il Pronto Soccorso, 33 letti tecnici di dialisi a Novara e 8 presso il Centro di Assistenza Limitata di Galliate. L'Azienda è dotata di 24 sale operatorie presso la sede di Novara e 2 nella sede di Galliate.

In tabella si riporta la situazione posti letto al 31.12.2021 e al 31.12.2022 (Fonte ARPE)

AREA	2021				2022			
	DH/ DS	Ricoveri Covid19	Ricoveri ordinari	TOT	DH/ DS	Ricoveri Covid19	Ricoveri ordinari	TOT
Area chirurgica	33		170	203	33		155	188
Area materno-infantile	9		84	93	7		80	87
Area medica	46	56	190	292	44	47	222	269
Area non acuzie	7		14	21	7		16	23
Area psichiatria	1		12	13	1		12	13
Area urgenze		2	42	44			42	44
Altro (DH multispec, LP..)	10		1	11	10		1	11
<b>Totale complessivo</b>	<b>106</b>	<b>58</b>	<b>513</b>	<b>668</b>	<b>102</b>	<b>47</b>	<b>484</b>	<b>633</b>

### 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.

L'Azienda ritiene doveroso contribuire 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 "senso di appartenenza", e al miglioramento continuo dello stato dei rapporti.

### La comunicazione esterna e interna – La comunicazione integrata

La comunicazione riveste un ruolo strategico per l'attuazione delle politiche per la salute e viene considerata parte integrante dell'azione aziendale.

L'obiettivo generale delle strategie di comunicazione in sanità è quello di mettere al centro dell'attività le esigenze dei cittadini e degli operatori per sviluppare un rapporto caratterizzato da fiducia, affidabilità e credibilità riducendo in questo modo il divario informativo tra la struttura sanitaria da una parte e i cittadini dall'altra.

Nel contesto sanitario la comunicazione svolge un ruolo importantissimo perché favorisce:

- il corretto utilizzo dei servizi da parte dei cittadini
- l'adeguamento dei servizi ai bisogni della comunità
- l'adozione di scelte consapevoli e stili di vita sani
- la formazione di operatori pronti all'accoglienza e all'ascolto dei cittadini.

L'AOU sottolinea il suo impegno a promuovere il coinvolgimento diretto dei singoli cittadini sia fornendo informazioni adeguate e tempestive circa le prestazioni erogate che tutelando la possibilità di esprimere giudizi con la somministrazione di questionari di gradimento, di fornire suggerimenti e inoltrare reclami su eventuali disservizi, tramite l'ufficio relazioni con il pubblico.

Un elemento strategico per affrontare e in parte superare le difficoltà di comunicazione è rappresentato dalla stretta collaborazione tra AOU e associazioni di cittadini presenti all'interno della *Conferenza aziendale di partecipazione* (istituita ai sensi della Deliberazione della Giunta della Regione Piemonte n. 16-9683 del 30 settembre 2008), organismo istituzionale creato per favorire la partecipazione della società civile all'attuazione degli obiettivi di miglioramento della qualità dei servizi offerti e della comunicazione fra la struttura sanitaria e gli utenti.

### *La comunicazione esterna*

La comunicazione esterna rappresenta uno strumento importantissimo per sviluppare una stabile interazione con i cittadini, singoli e/o associati dal fine di diffondere un'immagine dell'istituzione sanitaria affidabile e vicina ai bisogni degli utenti e alle esigenze del territorio.

Obiettivo della comunicazione esterna è promuovere una corretta e diffusa informazione circa l'offerta sanitaria dell'Azienda per orientare i cittadini nelle scelte del proprio percorso di cura e per permettere loro di avvalersi in modo corretto e appropriato dei servizi.

I destinatari della comunicazione esterna possono essere raggruppati in tre grandi categorie:

- i cittadini, che rappresentano gli utenti principali, segmenti di domanda che occupano un ruolo fondamentale al centro del mondo della sanità
- le diverse Istituzioni (altre AO/ASL, Regione, Università, Enti pubblici territorio, Associazioni Volontariato) con le quali è fondamentale creare legami e gestire relazioni in un'ottica di cooperazione inter istituzionale
- i media, il cui lavoro è contrassegnato dall'urgenza e dalla necessità di una rapida conoscenza e comprensione di fenomeni e fatti, devono essere considerate una categoria speciale di clienti dell'Azienda.

### *La comunicazione interna*

In una situazione di continua evoluzione organizzativa è essenziale che la diffusione di informazioni ed esperienze sia garantita oltre che all'esterno anche all'interno dell'azienda.

La comunicazione interna ha la funzione di portare a conoscenza dei dipendenti le informazioni che li riguardano per favorire un loro maggior coinvolgimento nell'organizzazione.

Gli obiettivi strategici di comunicazione interna puntano a formare, informare, sostenere la flessibilità e la disponibilità al cambiamento dei dipendenti, per accelerare lo sviluppo dei processi legati ai cambiamenti organizzativi.

Una buona comunicazione interna fondata su di un'ampia circolazione delle informazioni sulle attività ed i processi lavorativi aiuta la crescita del senso di appartenenza facendo in modo che tutti gli operatori siano coinvolti nei cambiamenti organizzativi verso modalità di lavoro orientate a sostegno degli utenti: scopo della comunicazione interna è diffondere tra i dipendenti la cultura dell'attenzione all'utenza.

### *La comunicazione integrata*

La comunicazione coinvolge l'intera azienda, tanto nelle relazioni al suo interno quanto in quelle all'esterno, per questo diventa importante gestirle e svilupparle in modo sincrono per evitare la trasmissione di messaggi in contrasto tra loro (nella pratica quotidiana si osserva spesso come la comunicazione interna diventi uno strumento potente di comunicazione esterna, ad esempio attraverso gli operatori di front-line, che rappresentano l'immagine dell'organizzazione. Viceversa iniziative rivolte all'esterno possono avere importanti ripercussioni all'interno dell'ente).

Questo è il motivo per cui è strategico l'approccio che, superando il dualismo tra strutture e tra comunicazione interna ed esterna, sposa il concetto di comunicazione integrata. Con questo termine si vuole sottolineare la necessità che qualsiasi azione di comunicazione debba essere pianificata e realizzata partendo da un punto di vista sistemico. La comunicazione integrata prevede, partendo da medesimi obiettivi, un coordinamento costante tra un certo numero di strumenti e di attività di comunicazione.

Un ambito particolare della *comunicazione* è *quella tra i sanitari dell'Azienda ed i pazienti*.

Il modo di relazionarsi degli operatori sanitari con i pazienti e i loro famigliari è un elemento altamente qualificante dell'assistenza prestata ed è fondamentale per l'instaurarsi di un rapporto di fiducia tra la struttura e i suoi utenti.

### **Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza**

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza è lo strumento che dovrà dare attuazione, in Italia, al programma "Next Generation EU". Attraverso il PNRR l'Italia opererà un vasto programma di riforme, tra cui Pubblica Amministrazione, giustizia, semplificazione della legislazione, concorrenza, fisco, accompagnato da adeguati investimenti. L'azione di rilancio del Piano è guidata dagli obiettivi di policy e interventi connessi ai tre assi strategici condivisi a livello europeo:

- digitalizzazione e innovazione,
- transizione ecologica,
- inclusione sociale.

Il Piano si articola in sedici Componenti, le quali sono raggruppate in sei Missioni:

1. Digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo;
2. Rivoluzione verde e transizione ecologica;
3. Infrastrutture per una mobilità sostenibile;
4. Istruzione e ricerca
5. Inclusione e coesione
6. Salute

In particolare nella sezione della sanità, il Piano elenca i problemi resi ancora più evidenti dalla pandemia Covid-19 ed evidenzia l'importanza delle tecnologie, delle competenze (digitali, professionali e manageriali), per rivedere i processi di cura e per ottenere un più efficace collegamento tra ricerca, analisi dei dati e programmazione.

E' focalizzata su 2 obiettivi: il rafforzamento della prevenzione e dell'assistenza sul territorio, con l'integrazione tra servizi sanitarie e sociali, e l'ammodernamento delle dotazioni tecnologiche del Servizio Sanitario nazionale (SSN). Potenzia il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e lo sviluppo della telemedicina. Sostiene le competenze tecniche, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario, oltre a promuovere la ricerca scientifica in ambito biomedico e sanitario.

La missione si articola in due componenti:

- reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale:
  - potenziare il SSN, allineando i servizi ai bisogni delle comunità e dei pazienti, anche alla luce delle criticità emerse durante l'emergenza pandemica;
  - rafforzare le strutture e i servizi sanitari di prossimità e i servizi domiciliari;
  - sviluppare la telemedicina e a superare la frammentazione e la mancanza di omogeneità dei servizi sanitari offerti sul territorio;
  - sviluppare soluzioni di telemedicina avanzate a sostegno dell'assistenza domiciliare;
- innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale:
  - sviluppare una sanità pubblica che valorizzi gli investimenti nel sistema salute in termini di risorse umane, digitali, strutturali, strumentali e tecnologici;
  - rafforzare la ricerca scientifica in ambito biomedico e sanitario;
  - potenziare e innovare la struttura tecnologica e digitale del SSN a livello Centrale e Regionale, al fine di garantire un'evoluzione significativa delle modalità di assistenza sanitaria, migliorando la qualità e la tempestività delle cure valorizzando il ruolo del paziente come parte attiva del processo clinico-assistenziale e garantendo una maggiore capacità di governance e programmazione sanitaria guidata dalla analisi dei dati, nel pieno rispetto della sicurezza e della tutela dei dati e delle informazioni.

Il 12/01/2022 si è svolta la Conferenza Stato-Regioni in cui si è dato il via libera alla ripartizione dei fondi del PNRR e del Piano per gli Investimenti per la sanità, in cui sono previste per la Regione Piemonte: 82 case di comunità, 27 ospedali di comunità e 43 centrali operative territoriali; l'ammodernamento del parco tecnologico delle strutture sanitarie; l'adeguamento antisismico di diversi ospedali.

Con DGR 6-4630 del 11 febbraio 2022 la Regione Piemonte ha approvato il Programma di investimenti finanziato con il Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) finalizzato all'ammodernamento del parco tecnologico delle strutture sanitarie.

Con DGR 199-3824 del 22 febbraio 2022 la Regione Piemonte ha approvato la programmazione della localizzazione dei siti delle strutture di prossimità ed intermedie: 91 case di comunità, 30 ospedali di comunità e 43 centrali operative territoriali integrando quanto individuato dal PNRR con ulteriori 9 case di comunità e 3 ospedali di comunità finanziati nell'ambito del Piano INAIL di investimento immobiliare nel campo dell'edilizia sanitaria, dei fondi ex art 20 della legge 11 marzo 1988, n.67.

In particolare per la provincia di Novara si prevedono:

- 7 Case di comunità (Borgomanero, Ghemme, Arona, Oleggio, Novara, Trecate e Galliate);
- 2 Ospedali di comunità (Borgomanero e Novara)
- 3 Centrali operative territoriali (Borgomanero, Novara e Galliate)
- ammodernamento tecnologico e l'acquisto di attrezzature dell'Asl e dell'ospedale Maggiore di Novara
- adeguamento sismico del SS. Trinità di Borgomanero.

## L'efficientamento energetico

Le disposizioni impartite dal Ministero della Transizione Ecologica attraverso il Piano Nazionale di Contenimento dei Consumi di Gas Naturale (PNCCGN) introducono nuovi limiti che riguardano i valori della temperatura interna degli edifici e le ore giornaliere di accensione e spegnimento degli impianti termici.

I nuovi valori di temperatura saranno:

- 1) 18°C + 2°C di tolleranza per i locali ad uso tecnico/amministrativo;
- 2) 20°C + 2°C di tolleranza per tutti gli altri locali ad uso sanitario;
- 3) Assenza di riscaldamento in tutti i magazzini e nei locali non presidiati.

La temperatura dei locali sarà impostata secondo i valori di cui sopra per tutto il periodo di occupazione e per una durata giornaliera non superiore a 13 ore.

L'eventuale richiesta di aumento della temperatura dovrà essere formalizzata dal responsabile del servizio e non potrà, comunque, superare il limite di tolleranza pari a 2°C, salvo diverse indicazioni del Servizio di Prevenzione e Protezione.

All'interno dei locali dove è possibile regolare la temperatura manualmente, si raccomanda di:

- impostare le valvole termostatiche dei termosifoni sul valore minimo;
- sui ventilconvettori lasciare la ventilazione alla velocità minore e non impostare valori di temperatura superiori a 19 °C;
- sui termostati ambiente impostare una temperatura non superiore a 19°C;
- non utilizzare apparecchiature elettriche per il riscaldamento (stufe, termoconvettori, ecc...).

L'A.O.U. Maggiore della Carità di Novara ha ottemperato agli obblighi previsti dalla Legge 9 gennaio 91 n. 10 attraverso l'affidamento e la nomina al Ministero dell'Industria del Commercio e dell'Artigianato del tecnico responsabile per la conservazione e l'uso razionale dell'energia (Energy Manager).

L'A.O.U. Maggiore della Carità dispone di un piano di intervento per l'efficientamento energetico che prevede:

- un approccio sistematico per il miglioramento continuo della propria prestazione energetica e del sistema di gestione dell'energia (SGE) in accordo e conformità a quanto stabilito dalla norma UNI CEI EN ISO 50001 "Sistemi di gestione dell'energia - Requisiti e linee guida per l'uso";
- attività di sensibilizzazione e informazione sull'utilizzo corretto dell'energia;
- la creazione di un sistema di monitoraggio dei consumi energetici;
- azioni da intraprendere sugli impianti per ridurre il consumo di energia elettrica;
- azioni da intraprendere sui componenti dell'involucro edilizio;
- interventi di riqualificazione energetica

Gli interventi elencati nei precedenti punti saranno attuati per mezzo:

- a) di finanziamenti propri;
- b) incentivi previsti dal D.M. 28/12/2012 (conto termico);
- c) finanziamenti PR FESR 2021-2027;
- d) l'utilizzo del "SERVIZIO INTEGRATO ENERGIA PER LE PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI" affidato all'azienda A.B.P.Nocivelli S.p.A. per mezzo di Gara CONSIP per l'affidamento del Servizio integrato energia per le pubbliche amministrazioni.

Nel periodo 2023/2024 è prevista la realizzazione dei seguenti interventi:

- e) installazione di impianto fotovoltaico su pensiline area parcheggio San Giuliano
- f) sostituzione gruppi frigoriferi datati e poco performanti
- g) sostituzione UTA con modelli nuovi meno energivori

## 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.

Considerato che la Regione Piemonte ha posticipato l'adozione del bilancio di Previsione 2023 e non sono pervenuti ad oggi gli obiettivi assegnati al Direttore Generale è risultato oggettivamente difficile fare delle previsioni annuali e triennali su parecchi aspetti.

Pertanto la definizione della performance per l'anno 2023 da maggior rilievo alla pianificazione annuale e gli obiettivi dell'Azienda Ospedaliera Universitaria individuati risultano coerenti con gli obiettivi regionali del 2022 (DGR n. 23-5653 del 19 settembre 2022), con le linee di indirizzo regionali e nazionali di programmazione e con i progetti aziendali prioritari.

In tabella si riporta in maniera sintetica quanto individuato dalla Regione Piemonte con DGR n 23-5653 del 19 settembre 2022



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. <b>entro giugno 2022</b> ≥ 60% (Ricoveri, Ambulatoriale e PS) <b>entro ottobre 2022</b> ≥ 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 <b>entro il 31.12.2022</b> 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 ≤ 48 ore) / Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore	Tasso aggiustato ≥ 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 ≥ 85%
	2.3 Appropriatelyzza nell'assistenza al parto	1 (N° parti cesareo primario / N° parti con nessun pregresso cesareo)*100	maternità di II livello tasso aggiustato ≤ 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. <b>Opposizione alla donazione</b> di organi nei reparti di rianimazione afferenti al Presidio ospedaliero/segnalazioni di morte encefalica nei reparti di rianimazione afferenti al Presidio ospedaliero	≤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	≥ 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 <b>entro il 30/09/2022</b>	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 assistenziali 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≤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. FARMACI E DISPOSITIVI MEDICI	3.1 Miglioramento delle qualità flussi informativi farmaceutica	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  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	1. 100% con uno scostamento pari al $\pm 2\%$ sul valore annuale e $\pm 5\%$ sui valori trimestrali
		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	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
		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	3. Accuratezza e coerenza nella compilazione e trasmissione dei questionari entro le tempistiche previste
	3.2 Assistenza farmaceutica - appropriatezza prescrittiva	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	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. <b>OBIETTIVO AOU MAGGIORE = 15.497.542 euro</b>

	3.3 Affidabilità dati rilevati da flussi informativi dispositivi medici	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>  <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>	Coerenza con un margine di tolleranza compreso tra -5% e +10% tra la spesa aziendale per DM rileva 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)
		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) <i>100 x numero record validi con "Forma di negoziazione" compilata/ numero di record validi</i>	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
		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>  <i>Sommatoria delle quantità di dispositivi medici distribuite nel quinquennio 2018-2022, rispettivamente differenziando nelle tre CND J0101, P0704, P0908</i>	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)
4. TRANSIZIONE POST-EMERGENZA	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	$\geq 100\%$
		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	$\geq 100\%$
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

Inoltre, al fine di valorizzare il capitale umano quale leva fondamentale per sostenere i processi di innovazione e migliorare la qualità dei servizi erogati, sono stati assegnati obiettivi inerenti l'applicazione della Direttiva del Ministro per la pubblica amministrazione del 23 marzo 2023 avente per oggetto "Pianificazione della formazione e sviluppo delle competenze funzionali alla transizione digitale, ecologica e amministrativa promosse dal Piano nazionale di Risorsa e Resilienza".

I principali obiettivi dell'anno 2023 riferiti all'assistenza ospedaliera, sono i seguenti:

- porre in essere tutte le azioni possibili per il governo dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie al fine di arrivare ad assicurare l'erogazione dei servizi entro tempi appropriati, rispetto alla patologia e alle necessità di cura, e promuovere il principio di appropriatezza nelle sue diverse articolazioni. In particolare, in conformità e continuità con il nuovo PNGLA per il triennio 2019 – 2021 approvato con l'intesa della Conferenza Stato Regioni n. prot. 28/CSR del 21.02.2019 e con quanto già attuato negli anni precedenti, le azioni saranno volte a perseguire il miglioramento dei tempi di attesa dei ricoveri con codice di priorità A (max 30gg) e B (max 60gg) dei pazienti trattati in degenza ordinaria e a migliorare la capacità dell'organizzazione di rispondere alla richiesta di prestazioni sanitarie ambulatoriali attraverso la diminuzione, qualora si superi lo standard regionale come da DGR 30-3307/2016 e s.m.i. del tempo medio di erogazione delle prestazioni nel rispetto dell'appropriatezza prescrittiva riferita alla distinzione tra primo accesso/altro accesso, data dal quesito diagnostico, nonché delle classi di priorità U/B/D/P. Importante sarà l'applicazione del modello RAO dell'AGENAS (su prestazioni di specialistica ambulatoriale della branca Gastroenterologia, Radiodiagnostica e Cardiologia;
- migliorare il tempo di permanenza dei pazienti in Pronto Soccorso, considerato in letteratura un valido indicatore di outcome della gestione complessiva del percorso di assistenza del paziente in PS;
- garantire la migliore performance aziendale, valutata attraverso le misure annuali definite dal Programma Nazionale Esiti di AGENAS che riguardano indicatori di esito delle cure delle funzioni di produzione ospedaliera;
- promuovere le donazioni di organi e cornee dando piena attuazione al Programma 2023 relativo alle donazioni e ai Prelievi di organi e tessuti e garantendo l'allineamento ai parametri fissati dal Coordinamento Regionale delle donazioni e dei Prelievi di organi e tessuti.
- consolidare il modello organizzativo per percorsi omogenei in Pronto Soccorso definito dalla regione Piemonte con DGR n. 7-3088 del 16 aprile 2022 e azioni di miglioramento del boarding e dei

percorsi di dimissione; il Piano per la gestione del Sovraffollamento del DEA per l'anno 2022-2023 ha visto l'integrazione di un documento accessorio per l'identificazione di un'equipe medica di supporto alla carenza organica del DEA;

- monitorare e migliorare la performance aziendale relative agli indicatori coree del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) in particolare la percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria e la proporzione di interventi per tumore maligno della mammella, per l'anno 2023 saranno completate le azioni previste nel Piano di miglioramento definito a fine 2022 per la certificazione EUSOMA per il riconoscimento, a livello europeo, dei livelli di qualità del centro;
- migliorare la qualità dell'assistenza in terapia intensiva con la presenza di personale altamente qualificato per l'assistenza dei pazienti ad alta complessità con conseguenti elevati costi di gestione. Per l'anno 2023 è previsto il rispetto dell'indicatore di esito sulla mortalità aggiustata per gravità dell'indicatore relativo alle ore di visita concesse ai parenti come individuati dalla regione Piemonte. Inoltre il centro aziendale si è proposto per testare il nuovo connettore Margherita 3 > Prosafe;
- potenziare i Gruppi Interdisciplinari Cure (GIC) per stabilire i percorsi di cura più appropriati attraverso una visione complessiva della persona malata e grazie all'interdisciplinarietà dell'approccio clinico.
- garantire la sicurezza del paziente riducendo la possibilità di eventi avversi legati al processo di trasfusione incrementando l'utilizzo in tutti i reparti del braccialetto e relativo programma informatico.

In ambito vaccinale la premessa fondamentale è la raccomandazione che il Ministero della Salute ha rivolto alle Unità ospedaliero/territoriali del SSN; infatti con la recentissima Circolare 000001 del 01.01.2023 il competente Ministero sancisce "...l'obiettivo di continuare a mettere in sicurezza prioritariamente anziani e fragili, proteggendoli dalla malattia grave e dalla ospedalizzazione...".

L'azione operata a livello di questa A.O.U. sarà in ambito territoriale, come in passato, in accordo e sinergia con l'ASL Novara. L'attuale normativa, modificativa in modo sostanziale della precedente soprattutto relativamente all'obbligatorietà della vaccinazione posta a carico del personale operante in area ospedaliera, in ogni caso induce a mantenere un'attività a beneficio, oltre che del personale che periodicamente rende il proprio nominativo al fine di accedere al servizio, anche delle persone fragili ma, soprattutto, immunodepresse e/o allergiche. L'accordo compensativo rimarrà attestato sulla somministrazione a cura dell'A.O.U., che provvederà 1-2 volte al mese (10 – 14 "slot" posti a disposizione), ad organizzare una seduta apposita, tenuto conto che gli "allergici" necessitano di un periodo di osservazione pari ad 1 ora in luogo dei canonici 15 minuti. Sempre come da accordi che intercorrono con l'Azienda Sanitaria Locale, si provvederà a vaccinare i pazienti che, ricoverati, volessero usufruire della possibilità spontaneamente e/o dopo opportuno suggerimento/prescrizione da parte dei sanitari.

Per quanto riguarda l'attività di prevenzione Covid-19 sarà modificata/implementata soprattutto tenendo conto degli aggiornamenti determinati dagli atti normativi e disciplinanti nonché dall'andamento epidemiologico. Il "gold standard" per quanto attiene la prevenzione (ma anche la diagnosi) sull'infezione sostenuta da Coronavirus rimane sempre il tampone (a/m) e, pertanto, si manterrà un'attività misurata sui 5 giorni lavorativi settimanali.

L'albero della performance, di seguito riportato, rappresenta graficamente per l'anno 2023 i legami tra aree strategiche, obiettivi strategici e obiettivi specifici, evidenziando come gli obiettivi, ai vari

livelli e di diversa natura, contribuiscano, all'interno di un disegno strategico coerente, alla realizzazione del mandato istituzionale, dei valori e della mission.

Area	obiettivo strategico	Obiettivo aziendale
CITTADINO AL CENTRO	Garantire adeguati livelli produttivi	Garantire il valore di produzione atteso
	Accessibilità ai servizi e comunicazione	Migliorare la comunicazione / informazione sui servizi sanitari
INNOVAZIONE E SVILUPPO	Magazzino Unico Sanitario Area AIC3	Progetto magazzino unico per i beni sanitari
	Transizione al digitale	Progetto Nuovo SIO
	Sviluppo delle competenze dei dipendenti	Adempimento alla Direttiva del Ministro della pubblica amministrazione
	Sistema Amministrativo Contabile unico AMCO regionale	Omogeneizzazione procedure e predisposizione Contesto
QUALITA'	Accreditamento	Certificazioni EUSOMA
	Prevenzione e controllo infezioni ospedaliere	Mantenimento dei requisiti di accreditamento/certificazioni
	Rete Oncologica	Piano Infezioni Ospedaliere 2023
	Rischio Clinico	Potenziamento dei Gruppi Interdisciplinari Cure (GIC)
	Assistenza nei reparti	Rete nazionale per la dispositivo-vigilanza
	Esiti di salute	Realizzazione azioni Piano Rischio Clinico e aggiornamento PTDA
		Migliorare la qualità di assistenza nei reparti di terapia intensiva
		Miglioramento nella gestione e misurazione del boarding
	PNE – Piano Nazionale Esiti (area chirurgia, area osteomuscolare, PTCA e parti)	
	Nuovo Sistema di Garanzia	
SOSTENIBILITA' DEL SISTEMA	Cultura della legalità	Prevenzione della corruzione e dell'illegalità e amministrazione trasparente
	Valutazione rischi	Tutela del diritto alla protezione dei dati personali (GDPR)
	Efficienza organizzativa	Aggiornamento della valutazione dei rischi
		Laboratorio Unico citotossici
	Razionalizzazione delle risorse	Organizzazione delle attività
		Monitoraggio spesa per il personale
		Programmazione degli investimenti
		Efficiente gestione dei contratti di fornitura
		Monitoraggio procedure assunzione
		Efficiente gestione dei budget economici assegnati
		Efficiente gestione dei posti letto
		Governo dei consumi farmaci e dispositivi medici
	Miglioramento qualità flussi informativi farmaci e dispositivi medici	
Gestione Dipartimentale	Implementazione sistema reportistica aziendale	
Valutazione della Performance aziendale	Organizzazione e governo dei dipartimenti	
	Monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi	

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

- il miglioramento dell'accessibilità ai servizi e l'umanizzazione delle cure (area strategica "ACCESSIBILITÀ - 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 PIAO 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.

Nella tabella che segue sono rappresentati gli obiettivi operativi derivanti dagli obiettivi specifici per l'anno 2023.

Tabella Obiettivi operativi anno 2023.

Area- obiettivo strategico	DESCRIZIONE OBIETTIVO	INDICATORE	STRUTTURE	Coordinamento e fonte informativa
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	Comunicazione all'URE degli aggiornamenti	tutte le strutture	URE
	Predisporre un test di usabilità del sito web secondo le linee guida Agid	Presentazione del report dei risultati come da kit Agid e adozione azioni di miglioramento per almeno 2 tra i task più critici	URE	URE
CITTADINO AL CENTRO - Garantire adeguati livelli produttivi - Garantire il valore di produzione atteso e il piano di recupero e abbattimento tempi di attesa	Garantire il valore di produzione atteso per l'attività di degenza e/o attività ambulatoriale	Valore produzione (SDO, ambulatoriale per esterni, pronto soccorso non seguito da ricovero) e rispetto del piano per il recupero e abbattimento tempi di attesa	Tutte le strutture	DSPO
	Rispetto del livello di produzione per l'attività di degenza e/o attività ambulatoriale	Incremento valore produzione chirurgica	Strutture di Anestesia e Rianimazione	DSPO
QUALITÀ - Rete Oncologica - Potenziamento dei Gruppi Interdisciplinari Cure (GIC)	Potenziamento dei Gruppi Interdisciplinari Cure (GIC) per stabilire i percorsi di cura più appropriati attraverso una visione complessiva della persona malata e grazie all'interdisciplinarietà dell'approccio clinico.	Partecipazione ai GIC per ogni struttura	tutte le strutture	DSPO
QUALITÀ: Esiti di salute - Nuovo Sistema di Garanzia	Monitoraggio attivo Nuovo sistema di Garanzia (NSG)	Relazione sull'attuazione delle azioni individuate per il miglioramento degli indicatori individuati dalla Regione	DSPO	DSPO
QUALITÀ - Accreditamento - Certificazioni EUSOMA	Revisione Certificazione EUSOMA	Certificazione senza non conformità maggiori	Strutture coinvolte nella certificazione	Qualità

QUALITA' - Accredimento - Certificazioni JACIE/ISO - 9001-2015 e accreditamento istituzionale	Mantenimento dei requisiti richiesti dalla certificazioni e dall'accreditamento istituzionale	Mantenimento requisiti	Strutture coinvolte nelle certificazioni/Accreditamento	Qualità
QUALITA' : Accredimento - Accredimento istituzionale	Aggiornamento della documentazione di sistema e rendicontazione dell'attività	Consegna di un elenco documenti dell'UPRI con specifica del titolo del documento e data di scadenza	Prevenzione Rischio Infezioni	DSPO
QUALITA' - Rischio Clinico - Realizzazione azioni Piano Rischio Clinico e aggiornamento PTDA	Garantire la tracciabilità e la corretta esecuzione dell'evento trasfusionale	utilizzo del Sistema Secureblood (braccialetto per la trasfusione di sangue e relativo programma emodataweb)	Strutture con degenza ordinaria	DSPO
	Monitoraggio riconciliazione farmacologica nella Lettere di Dimissione Ospedaliera (LDO), secondo prontuario di terapia Cardiologica definito con la Farmacia	% di aderenza alla modalità prescrittiva in dimissione secondo format condiviso delle LDO di Aceweb scelte a campione dal NIC	Cardiologia 1 e cardiologia 2	DSPO
QUALITA' - Assistenza nei reparti - Migliorare la qualità di assistenza nei reparti di terapia intensiva	Miglioramento della qualità dell'assistenza nei reparti di terapia intensiva	indicatore di esito mortalità aggiustata per gravità	Anestesia e Rianimazione 1	DSPO
		ore di visita concesse ai parenti	Anestesia e Rianimazione 1	DSPO
		testare nuovo connettore Margherita 3> Prosafe	Anestesia e Rianimazione 1	DSPO
QUALITA' - Esiti di salute - Miglioramento nella gestione e misurazione del boarding	Miglioramento della compilazione dei campi del tracciato C2 ai fini della corretta misurazione del boarding	Differenza tra data-ora dimissione e data-ora indicazione al ricovero diversa da 0,00 NB: salvo casi specifici e considerati tutti gli accessi seguiti da ricovero nel periodo di riferimento	MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETT. E D'URGENZA	DSPO
QUALITA' - Prevenzione e controllo infezioni ospedaliere- Piano Infezioni Ospedaliere 2023	Prevenzione e controllo Infezioni Ospedaliere	Definizione e Implementazione del Piano Infezioni Ospedaliere 2023: Piano approvato in riunione DSPO e rendicontazione del Piano entro scadenza Regionale	PREVENZIONE RISCHIO INFEZIONI	DSPO
QUALITA' - Rischio Clinico - Rete nazionale per la dispositivo-vigilanza	Adempimenti del nuovo Decreto del Ministero della Salute del 31 marzo 2022 "Istituzione della rete nazionale per la dispositivo-vigilanza e del sistema a supporto della stessa": monitoraggio degli incidenti che avvengono con i dispositivi medici successivamente alla loro immissione in commercio.	Riscontro agli avvisi di sicurezza Dispositivi Medici inoltrati dal Responsabile aziendale: num risposte / num avvisi inviati	TUTTI I REPARTI (Personale CAS)	Responsabile aziendale dispositivo vigilanza
		Numero di segnalazioni di dispositivo vigilanza		
INNOVAZIONE E SVILUPPO - Transizione al digitale - Progetto Nuovo SIO	Partecipazione attiva alla formazione per il nuovo SIO (o LIS o Anatomia Patologica)	numero partecipanti/ numero di personale della struttura * 100	tutte le strutture sanitarie, DSPO e DIPSA	Sistemi Informativi
	Avvio del nuovo Sistema Informativo Ospedaliero (SIO)	Partecipazione ai gruppi di lavoro sul progetto nuovo SIO e supporto per l'implementazione del sistema	Cardiologia 1 e cardiologia 2	Sistemi Informativi
	Partecipazione alle attività di migrazione/attivazione del nuovo SIO (o LIS o Anatomia Patologica)	numero moduli utilizzati/ moduli disponibili*100	tutte le strutture sanitarie, DSPO e DIPSA	Sistemi Informativi
INNOVAZIONE E SVILUPPO - Magazzino Unico Sanitario di Area AIC3 - Progetto magazzino unico per i beni sanitari	Realizzazione del progetto di logistica sanitaria integrata per le Aziende Sanitarie dell'AIC 3	Avvio del servizio secondo il cronoprogramma definito	Farmacia Ospedaliera, Sistemi Informativi, Coordinamento Acquisti sovrazonale, Gestione esecuzioni contrattuali	DIREZIONE



INNOVAZIONE E SVILUPPO - Sistema Amministrativo Contabile unico AMCO regionale - Omogeneizzazione procedure e predisposizione Contesto	Adozione del nuovo Piano dei Conti Unico Regionale come da DD/55A1400A/2023 del 16 gennaio 2023	Utilizzo dei nuovi conti individuati dal Piano regionale	strutture che gestiscono acquisti, ordini e liquidazioni	GEF
INNOVAZIONE E SVILUPPO - Sistema Amministrativo Contabile unico AMCO regionale - Omogeneizzazione procedure e predisposizione Contesto	Implementazione funzione 25-HR CSI per la contabilizzazione degli stipendi: completamento della configurazione delle tabelle di corrispondenza tra voci stipendiali e Conti economici	Numero di voci configurate/numero totale di voci	Gestione Economica Personale	Sistemi Informativi
INNOVAZIONE E SVILUPPO - Sistema Amministrativo Contabile unico AMCO regionale - Omogeneizzazione procedure e predisposizione Contesto	Istruzioni operative per la tenuta della contabilità separata dell'attività di libera professione	Documento di definizione del processo informativo-contabile correlato alla regolare tenuta della contabilità separata	Gestione Economico Finanziaria, Programmazione e controllo, Marketing e libera professione	DIREZIONE
INNOVAZIONE E SVILUPPO - Sviluppo delle competenze dei dipendenti - Adempimento alla Direttiva del Ministro della pubblica amministrazione	Valorizzazione e sviluppo delle risorse umane: adempimenti indicazioni Direttiva del Ministro della Pubblica Amministrazione del 23 marzo 2023	Definizione degli obiettivi formativi specifici come da direttiva Garantire il perseguimento dei target formativi sulle competenze digitali individuati dalla direttiva Definire gli indicatori di monitoraggio ed elaborare e trasmettere report alla direzione generale: 1) di output/di realizzazione, 2) di outcome/impatto	FORMAZIONE	DIREZIONE
SOSTENIBILITA' DEL SISTEMA - Cultura della legalità - Prevenzione della corruzione e dell'illegalità e amministrazione trasparente	Responsabilizzazione dei soggetti individuati come titolari degli obblighi di trasparenza	Rispetto degli "Obblighi di pubblicazione" (D.Lgs. 33/2013 e s.m.i.) parte integrante del Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza aggiornato al 29.03.2021	COORDINAMENTO GESTIONE ACQUISTI, PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO, SISTEMI INFORMATIVI, TEC BIO, GEC, GEP, GGP, PATRIMONIO, GEF, GTE, GESTIONE ATTIVITA' AMM	RESP TRASPARENZA
SOSTENIBILITA' DEL SISTEMA - Cultura della legalità - 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	Aggiornamento registro dei trattamenti	Tutte le strutture	GRUPPO PRIVACY
SOSTENIBILITA' DEL SISTEMA - Razionalizzazione delle risorse - Governo dei consumi farmaci e dispositivi medici	Garantire il valore atteso di produttività attraverso il governo del consumo di farmaci e dispositivi medici	Consumo beni sanitari / valore di produzione	Tutte le strutture	DSPO
	Miglioramento appropriatezza uso farmaci ad alto costo	valore farmaci ad alto costo	Anestesia Rianimazione	DSPO
SOSTENIBILITA' DEL SISTEMA - Razionalizzazione delle risorse - Efficiente gestione dei posti letto	Aumentare la disponibilità effettiva dei posti letto anticipando l'organizzazione delle dimissioni il giorno precedente.	% delle dimissioni entro le ore 13, incluso sabato e domenica	Strutture con degenza ordinaria	DSPO
	Mantenimento della degenza media	degenza media	Strutture con degenza ordinaria	DSPO
SOSTENIBILITA' DEL SISTEMA - Razionalizzazione delle risorse - Monitoraggio spesa per il personale	Monitoraggio mensile delle spese per il personale dipendente in coerenza con la normativa di riferimento	Report mensile di monitoraggio trasmesso al Direttore Amministrativo	Gestione Economica Personale	DIREZIONE

SOSTENIBILITA' DEL SISTEMA - Razionalizzazione delle risorse - Programmazione degli investimenti	Coordinamento, gestione e monitoraggio della programmazione degli investimenti in edilizia e attrezzature sanitarie in coerenza con gli indirizzi della programmazione regionale	Rispetto del programma di acquisizione delle attrezzature sanitarie su indicazioni della Direzione Generale e in coerenza con gli indirizzi della programmazione regionale	Tecnologie Biomediche	DIREZIONE
	Coordinamento, gestione e monitoraggio della programmazione degli investimenti in edilizia e attrezzature sanitarie in coerenza con gli indirizzi della programmazione regionale	Rispetto del programma di interventi e ristrutturazioni su indicazioni della Direzione Generale e in coerenza con gli indirizzi della programmazione regionale	Gestione tecnica e economale	DIREZIONE
SOSTENIBILITA' DEL SISTEMA : Razionalizzazione delle risorse - Efficiente gestione dei contratti di fornitura	Rispetto della programmazione di indizione delle gare	% di indizioni sul totale di gare programmate di competenza della SC	COORDINAMENTO GESTIONE ACQUISTI	DIREZIONE
	Riduzione dell'affidamento tramite proroga dei contratti	% Contratti prorogati sul totale contratti in scadenza nell'anno	COORDINAMENTO GESTIONE ACQUISTI, Gestione Esecuzioni Contrattuali	DIRETTORE AMMINISTRATIVO
	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	Tempo medio di liquidazione delle fatture	strutture che gestiscono liquidazioni	GEF
		Tempo medio di pagamento delle fatture inferiore allo standard richiesto	Gestione Economico Finanziaria	GEF
SOSTENIBILITA' DEL SISTEMA : Razionalizzazione delle risorse - Monitoraggio procedure assunzione	Definire il cronoprogramma dei concorsi in accordo con la Direzione	Documento con cronoprogramma definito	GESTIONE GIURIDICA DEL PERSONALE	DIREZIONE
SOSTENIBILITA' DEL SISTEMA - 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	Incontri dipartimentali e verbali	dipartimenti	DIREZIONE
SOSTENIBILITA' DEL SISTEMA - Razionalizzazione delle risorse - 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	Relazione di accompagnamento ai dati trasmessi con evidenza delle giustificazioni degli scostamenti in corso d'anno e delle eventuali richieste di incrementi di spesa.	strutture che gestiscono autorizzazioni di spesa	GEF
		Rispetto dei termini di invio dei dati richiesti alla SC Gestione Economica Finanziaria per la predisposizione dei bilanci di verifica, consuntivi, previsionali e CE Covid.	strutture che gestiscono autorizzazioni di spesa	GEF
	Monitoraggio dei budget di spesa assegnati ai servizi amministrativi	Relazione di sintesi trasmessa alla Direzione Generale sulle giustificazioni di scostamenti evidenziati dai servizi amministrativi in corso d'anno in riferimento ai budget di spesa assegnati e di incrementi di spesa previsionali.	Gestione Economico Finanziaria	DIREZIONE
SOSTENIBILITA' DEL SISTEMA - Valutazione della Performance aziendale - Monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi	Monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi assegnati alle strutture afferenti al Dipartimento	Relazione su richiesta trasmessa alla Direzione Generale di analisi del raggiungimento degli obiettivi assegnati alle strutture afferenti al Dipartimento e delle eventuali criticità riscontrate	dipartimenti	DIREZIONE
SOSTENIBILITA' DEL SISTEMA - Valutazione rischi - Aggiornamento della valutazione dei rischi	Perseguire azioni connesse all'attività di valutazione dei rischi	Effettuazione di sopralluoghi ai fini dell'aggiornamento della valutazione dei rischi	PREVENZIONE E PROTEZIONE	DIREZIONE

SOSTENIBILITA' DEL SISTEMA - Razionalizzazione delle risorse - Miglioramento qualità flussi informativi farmaci e dispositivi medici	Affidabilità dei dati rilevati da flussi informativi dispositivi medici	Rapporto tra quantità contrattualizzata rilevata dal Flusso Contratti di dispositivi medici per CND J0101, P0704, P0908, e quantità distribuita rilevata da flusso consumi DMRP	COORDINAMENTO GESTIONE ACQUISTI, GEC, SISTEMI INFORMATIVI, TECNOLOGIE BIOMEDICHE	Sistemi Informativi
	Affidabilità dei dati rilevati da flussi informativi dispositivi medici	Rapporto tra numero di record validi con "Forma di negoziazione" compilata e il numero complessivo di record validi inviati con flusso DMRP-contratti	COORDINAMENTO GESTIONE ACQUISTI, GEC, SISTEMI INFORMATIVI, TECNOLOGIE BIOMEDICHE	Sistemi Informativi
	Affidabilità dei dati rilevati da flussi informativi dispositivi medici	Corretta codifica (completezza delle informazioni necessarie e corretta associazione al conto di bilancio) degli articoli dispositivi medici nel rispetto delle indicazioni nazionali e regionali in materia	COORDINAMENTO GESTIONE ACQUISTI, GEC, TECNOLOGIE BIOMEDICHE	Farmacia
	Affidabilità dei dati rilevati dai flussi informativi della farmaceutica	Rispetto delle tempistiche come da indicazioni della SC Farmacia Ospedaliera dei dati di somministrazione e distribuzione diretta per l'inserimento nel file F	tutti i reparti	Farmacia
	Completezza del ciclo di somministrazione delle terapie tramite OK-DH o nuovo applicativo Log-80	Garantire la corretta implementazione del file F secondo le indicazioni fornite dalla SC Farmacia ospedaliera	EMATOLOGIA, ONCOLOGIA, NEUROLOGIA	Farmacia
SOSTENIBILITA' DEL SISTEMA - Razionalizzazione delle risorse - Governo dei consumi farmaci e dispositivi medici	Ottimizzare la gestione e le richieste di reparto per i DISPOSITIVI MEDICI: condividere con farmacia Ospedaliera il calendario di richieste e l'organizzazione del magazzino di reparto	Calendario richieste e organizzazione del magazzino di reparto per i DISPOSITIVI MEDICI condiviso con la Farmacia ospedaliera	CARDIOLOGIA (EMODINAMICA), GASTRO, FARMACIA OSPEDALIERA	Farmacia
	<b>Continuità ospedale-territorio:</b> erogazione da parte del servizio di Distribuzione Diretta del primo ciclo di terapia a base di farmaci biologici, a seguito di presentazione di Piano Terapeutico, e successivo indirizzamento del paziente al servizio di DD territoriale di competenza	% accessi impropri in farmacia Ospedaliera di pazienti senza Distribuzione Diretta del primo ciclo di terapia sul numero di nuovi avvisi con solo una erogazione AOU (solo per alcune categorie di farmaci)	dermatologia reumatologia gastroenterologia	Farmacia
	<b>Continuità ospedale-territorio:</b> definire un percorso interno dei pazienti avviati a trattamento con iPCSK-9 da UTIC a Cardiologia e da Cardiologia verso altri reparti	Documento di definizione del percorso	Cardiologia 1 e cardiologia 2	Farmacia
	Farmacoutilizzazione dei farmaci orali onco-ematologici: monitoraggio dell'aderenza e della persistenza alla terapia onco-ematologica	Calcolo dell'aderenza e della persistenza alla terapia e trasmissione alle strutture del report elaborato	FARMACIA OSPEDALIERA	Farmacia
		Relazione di riscontro al report trasmesso dalla Farmacia Ospedaliera sull'aderenza e persistenza alla terapia	EMATOLOGIA, ONCOLOGIA	Farmacia
SOSTENIBILITA' DEL SISTEMA - Efficienza organizzativa - Laboratorio Unico citotossici	Avvio del laboratorio Unico citotossici	Garantire la messa a regime del laboratorio per allestimento terapie: attuazione parte di competenza	EMATOLOGIA, ONCOLOGIA, SISTEMI INFORMATIVI	Farmacia
SOSTENIBILITA' DEL SISTEMA - Efficienza organizzativa - Organizzazione delle attività	Miglioramento della pianificazione delle attività di reparto	Turnazione quadrimestrale di guardia, pronta disponibilità, ambulatori e sala operatoria	tutte le strutture	DSPO

SOSTENIBILITA' DEL SISTEMA - Efficienza organizzativa - Organizzazione delle attività	Aumento dell'offerta ambulatoriale per esterni	Nuovi ambulatori aperti (o spostati) tra le 15 e le 18 feriali o sabato mattina	strutture con attività ambulatoriale	DSPO
---	--	---	--------------------------------------	------

## SEZIONE 2.3 - RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

In base a quanto disposto dai commi 5 e 6 del D.L. 9 giugno 2021, n. 80, sono stati emanati il DPR 24 giugno 2022 *“Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti da Piano integrato di attività e organizzazione”* e il DM 30 giugno 2022, n. 132, *“Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione”* definendo la disciplina del PIAO e, in tale senso, inserendo la sezione di programmazione 2.3 denominata *“rischi corruttivi e trasparenza”*, nella quale confluisce il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT) Aziendale già previsto e disciplinato dalla L. 6 novembre 2012, n. 190 *“Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”*.

Le indicazioni per la predisposizione della sezione del PIAO relativa alla prevenzione della corruzione e della trasparenza provengono direttamente dall’Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) che, con delibera del 17 gennaio 2023, n. 7, ha dedicato una parte generale del Piano Nazionale Anticorruzione 2022 volta a supportare i RPCT e le amministrazioni nella pianificazione delle misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza alla luce delle nuove modifiche normative.

La sezione 2.3 è pertanto dedicata ad identificare il grado di esposizione dell’amministrazione ai rischi di corruzione e di indicare quali interventi organizzativi attuare al fine di prevenirli.

Una innovativa particolare *focus* è stato dedicato al *“monitoraggio”* sull’attuazione di quanto programmato al fine di contenere tali rischi, poiché, secondo le indicazioni dell’Autorità, e in base agli ultimi rilievi effettuati su scala nazionale è emersa scarsa attenzione da parte delle amministrazioni alla reale verifica dei risultati dei dati ottenuti con le misure programmate.

### 1. Analisi del contesto esterno

Il Presidente dell’Autorità Nazionale Anticorruzione ha rilasciato una recente dichiarazione (25 gennaio 2022) di commento sull’indagine condotta da Transparency International Italia che ha stilato una classifica di 180 Paesi sulla scorta del livello di corruzione percepito nel settore pubblico, riferito al 2021. Nell’ultimo anno l’Italia ha scalato dieci posizioni nella classifica collocandosi al 42° posto. L’anno precedente l’Italia occupava il 52° posto. L’Indice di Percezione della Corruzione (CPI) di Transparency International misura la percezione della corruzione nel settore pubblico e nella politica in numerosi Paesi di tutto il mondo. Lo fa basandosi sull’opinione di esperti e assegnando una valutazione che va da 0, per i Paesi ritenuti molto corrotti, a 100 per quelli *“puliti”*: il punteggio dell’Italia nel 2021 è 56, ben 14 punti in più rispetto al 2020. L’andamento è positivo dal 2012, anno in cui è stata approvata la legge anticorruzione.

Il Presidente Giuseppe Busia ha dichiarato che *“L’Italia ha fatto importanti passi avanti. Lo dico con orgoglio, ma anche con responsabilità, perché questo ci impegna a proseguire il cammino. L’obiettivo della trasparenza deve essere prioritario per il Paese, specie in questa fase importante di realizzazione dei progetti del PNRR. E’ l’elemento chiave per far sì che la ripresa dell’Italia sia duratura e non si fermi al 2026. La prevenzione della corruzione va coniugata con efficienza della pubblica amministrazione”*.

L’analisi del contesto esterno – secondo quanto delineato da ANAC – ha l’obiettivo di evidenziare se le caratteristiche strutturali e congiunturali dell’ambiente, sociale ed economico nel quale una Pubblica Amministrazione opera, possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi al suo interno. Ciò in relazione sia al territorio di riferimento, sia a possibili relazioni con i portatori di interessi

esterni che possono influenzarne l'attività, agendo nei confronti degli operatori interni. A tal fine risulta necessario chiarire il campo d'azione dell'Azienda, in forza delle sue competenze e sulla base di questi ambiti.

Per contesto esterno si intende tutto ciò che è al di fuori del processo: fattori legati al territorio di riferimento dell'ente, le relazioni e le possibili influenze prodotte da portatori e rappresentanti di interessi esterni, quali i fornitori degli input, i clienti fruitori degli output, lo strumento di contatto con il mondo esterno al processo.

Lo scenario economico-sociale dell'anno 2022 è stato fortemente condizionato, come nel 2020, dalle ricadute della pandemia, anche nella nostra provincia. Le evidenze investigative e giudiziarie nell'anno 2022 non hanno certificato la presenza di criminalità di tipo mafioso radicata nella zona di Novara, resta tuttavia elevato il rischio che possa risentire dell'influenza dei sodalizi operanti nelle vicine province lombarde.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria non dispone di un territorio da gestire tramite l'organizzazione di servizi sanitari territoriali, ma non può considerarsi avulsa dalla realtà territoriale.

La collocazione geografica di prossimità alla Regione Lombardia non è solo elemento di attrazione per una mobilità passiva extra regionale da parte di residenti piemontesi ma costituisce anche la possibile fonte di transito per traffici illeciti. La quotidiana analisi condotta dall'Ufficio Stampa sulla comunicazione e informazione, soprattutto a livello locale, costituisce un buon mezzo di osservazione del contesto esterno.

I principali soggetti che interagiscono con l'AOU sono i cittadini, nella duplice veste di pazienti e familiari, altre amministrazioni pubbliche, le organizzazioni sindacali, le associazioni di volontariato, gli studenti dei vari corsi di laurea, i fornitori e tutti coloro che hanno rapporti "commerciali" con l'Azienda, i commissari delle Commissioni di gara e di concorso, gli informatori farmaceutici.

L'interazione con gli attori sopra indicati, la frequenza anche in relazione alla numerosità dei soggetti, nonché, da un lato la rilevanza degli interessi sottesi all'azione dell'Azienda e, dall'altro lato, l'incidenza degli interessi e i fini specifici perseguiti, in forma singola o associata, dai soggetti di cui sopra, sono tutti elementi che influiscono, sulla base della relazione esistente e del livello di rischio considerato nel presente PTPCT, sul "contesto esterno ed interno".

Il Piano della Performance di questa AOU illustra in dettagliate tabelle numeriche il contesto demografico ed epidemiologico, il mandato istituzionale e la *mission* aziendale. Non pare opportuno riportare quanto già disponibile e consultabile sul sito web nella sezione Amministrazione Trasparente alla voce Performance.

## **2. Mappatura dei processi**

La mappatura dei processi costituisce la prima fondamentale fase dell'analisi del contesto interno finalizzato alla previsione e gestione del rischio in quelle aree e processi che risultano essere particolarmente esposti a fenomeni di corruzione, così da renderli presidiati attraverso il rafforzamento di misure di prevenzione e monitoraggio.

Una mappatura adeguata consente all'organizzazione di evidenziare duplicazioni, ridondanze e inefficienze così da migliorare l'efficienza allocativa e finanziaria, l'efficacia, la produttività, la qualità dei servizi erogati e di porre le basi per una corretta attuazione del processo di gestione del rischio corruttivo.

Il metodo di approccio della mappatura dei processi introduce consapevolezza e coerenza, declinando il concetto della *mission* aziendale. Le informazioni richieste ad ogni struttura sono:

- breve descrizione del processo;

- attività che scandiscono e compongono il processo;
- responsabilità del processo.

Una volta realizzata la mappatura di tutti i processi, diventa agevole gestire il rischio passando attraverso tre fasi: 1) analisi, 2) valutazione, 3) trattamento, che coincidono con le fasi oggetto della mappatura dei processi.

Il Piano Nazionale Anticorruzione 2019 individua, per le Aziende sanitarie, le seguenti prioritarie aree di rischio:

- attività libero professionale;
- liste d'attesa;
- rapporti con soggetti erogatori;
- farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni;
- attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero.

Considerato quanto previsto dal PNA e, vista l'esperienza dei precedenti Piani Aziendali, sono altresì individuate tra le attività svolte dall'AOU "Maggiore della Carità" di Novara le seguenti aree:

1. contratti pubblici, affidamento di lavori, servizi e forniture e affidamento di ogni altro tipo di commessa;
2. acquisizione e progressione del personale, incarichi e nomine;
3. gestione della fase esecutiva dei contratti per lavori, servizi e forniture;
4. gestione farmaci ed altri beni sanitari, dispositivi e tecnologie;
5. gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;
6. attività di vigilanza, controlli, ispezioni e sanzioni;

La mappatura Aziendale è riportata nell'All. 1 di questo Piano "Mappatura dei processi aziendali" in cui viene sintetizzato in maniera schematica il grado di rischiosità per i macroprocessi di competenza di ciascuna Struttura.

### **3. Identificazione e valutazione del rischio**

La valutazione del rischio si compone in due fasi: identificazione e analisi. Per rischio si intende l'effetto dell'incertezza sul corretto perseguimento dell'interesse pubblico e, quindi, sugli obiettivi istituzionali dell'Azienda. L'analisi ha l'obiettivo di stimare le probabilità che l'evento si realizzi e dell'eventuale impatto che produrrebbe. La misurazione del livello del rischio tiene altresì conto dei livelli di monitoraggio in atto per quel processo specifico.

Per ogni processo (o procedimento amministrativo in capo alla Struttura o all'Ufficio) è stata redatta, a cura del relativo Responsabile, una scheda di mappatura dettagliata riportante l'indicazione dei possibili eventi rischiosi che ne possono scaturire, individuandone gli elementi, le cause e le valutazioni, così come riportati schematicamente nell'all. n. 2. Tale rilevazione viene periodicamente integrata, ridefinita ed aggiornata in subordine al verificarsi di eventi significativi, mutamenti organizzativi ed evoluzione normativa.

Al fine di una più agevole identificazione e qualificazione del rischio, sono stati individuati dei criteri guida sulla base dei quali i Responsabili della Struttura e il RPCT (Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza) possono effettuare le valutazioni del livello di esposizione per ogni singolo processo:

<i>Variabile (del processo esaminato)</i>	<i>Descrizione</i>	<i>Livello</i>
<b>Discrezionalità</b> Grado di discrezionalità nelle attività svolte o negli atti prodotti	Ampia discrezionalità relativa sia alla definizione degli obiettivi operativi che alle soluzioni organizzative	Alto
	Apprezzabile discrezionalità relativa sia alla definizione degli obiettivi operativi che alle soluzioni organizzative	Medio
	Modesta discrezionalità relativa sia alla definizione degli obiettivi operativi che alle soluzioni organizzative (processo decisionale vincolato)	Basso
<b>Rilevanza degli interessi esterni</b> Presenza di interessi, anche economici, rilevanti e di benefici per i destinatari del processo	Il processo dà luogo a consistenti benefici economici o di altra natura per i destinatari	Alto
	Il processo dà luogo a modesti benefici economici o di altra natura per i destinatari	Medio
	Il processo dà luogo a benefici di scarso impatto sui destinatari	Basso
<b>Complessità</b>	Il processo coinvolge più di 5 Amministrazioni	Alto
	Il processo coinvolge più di 3 Amministrazioni	Medio
	Il processo coinvolge solo l'Azienda	Basso
<b>Valore economico</b>	Comporta l'attribuzione di vantaggi economici considerevoli a soggetti esterni	Alto
	Comporta l'attribuzione di vantaggi a soggetti esterni, ma non di particolare rilievo economico	Medio
	Rilevanza interna	Basso
<b>Frazionabilità</b>	Il processo viene gestito da un unico decisore	Alto
	Il processo viene gestito da due decisori	Medio
	Il processo viene gestito collegialmente da più decisori	Basso
<b>Controlli</b> (se adeguato a neutralizzare il rischio)	Solo in minima parte	Alto
	Approssimativamente per il 50%	Medio
	Il tipo di controllo applicato è efficace	Basso
<b>Opacità</b> Il processo viene percepito come poco trasparente	Il processo è stato oggetto nell'ultimo anno di solleciti da parte del RPCT per la pubblicazione dei dati, richieste di accesso civico, e/o rilievi da parte dell'OIV in sede di attestazione del rispetto degli obblighi di trasparenza	Alto



#### 4. Progettazione delle misure.

In funzione alle criticità rilevate in sede di analisi, segue la progettazione di misure *ad hoc*, finalizzate al trattamento dello specifico rischio, tese ad individuarne i correttivi secondo le modalità più idonee da redigere caso per caso.

Come da indicazioni contenute nel DPR 30 giugno 2022, n. 132, art. 3, lett. c), n. 5, l'Amministrazione è chiamata a privilegiare misure volte a raggiungere più finalità, prime fra tutte quelle di semplificazione, efficacia, efficienza ed economicità ovvero misure di digitalizzazione.

Le misure attuabili si dividono in

- **misure generali** che intervengono in maniera trasversale sull'intera amministrazione e si caratterizzano per la loro incidenza sul sistema complessivo di prevenzione della corruzione
- **misure specifiche** tese invece ad agire in maniera puntuale su determinati e precisi rischi individuati in fase di analisi andando ad incidere su problematiche contestualizzate, che sfuggono dalle più ampie maglie delle misure generali. Le misure specifiche vanno pertanto progettate in modo adeguato e calibrate sulla base del miglior rapporto costi-benefici e sostenibili da un punto di vista economico e organizzativo.

L'Autorità nazionale, nel PNA 2022, pubblicato con delibera del 17 gennaio 2023, n. 7, ha fornito un elenco dettagliato riportante le possibili misure da adottare finalizzate alla riduzione del rischio:

- misure di controllo;
- misure di trasparenza;
- misure di definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento;
- misure di regolamentazione;
- misure di semplificazione;
- misure di formazione;
- misure di rotazione;
- misure di segnalazione e protezione (che possono essere anche riferite al *Whistleblower*)
- misure di gestione del conflitto di interessi;
- misure di regolazione dei rapporti con i rappresentanti di interessi particolari" (*lobbies*)
- misure di gestione del *pantouflage*;

Nell'all. n. 3) della presente sezione, è riportato uno schema dettagliato sulle misure intraprese e definite per ogni processo aziendale, suddiviso per strutture di appartenenza. Di seguito, si illustrano genericamente le tipologie di misure adottate.

##### Misure per la trasparenza

Secondo quanto introdotto dalla delibera ANAC n. 1310/2016, il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione doveva contenere una sezione dedicata alla trasparenza, all'interno della quale erano indicati:

- i flussi informativi necessari a garantire l'individuazione/elaborazione;
- la trasmissione e la pubblicazione dei dati richiesti dalla norma;
- i nominativi dei soggetti responsabili della trasmissione dei dati, intesi quali uffici tenuti all'individuazione e/o alla elaborazione dei dati e alla pubblicazione.

Il dirigente responsabile di ciascuna struttura aziendale ha la piena ed esclusiva responsabilità della esattezza, completezza e tempestività dei dati, sia in caso di pubblicazione diretta sia in caso di trasmissione dei dati al soggetto individuato per la pubblicazione.

Rispetto agli obblighi ulteriori di pubblicazione, l'AOU "Maggiore della Carità" provvede a pubblicare nella sezione Albo Pretorio – Amministrazione Trasparente – del sito aziendale:

- l'elenco delle deliberazioni del Direttore Generale;
- l'elenco delle determinazioni adottate dai dirigenti aziendali.

La compilazione di tutte le sezioni del sito Amministrazione trasparente è sorvegliata dal Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

### Misure di definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento

Tali misure agiscono, a scopo preventivo, sensibilizzando il dipendente ad operare sempre nel rispetto dell'etica pubblica, evitando le situazioni di conflitto di interessi. Prima misura fra tutte, è l'osservanza del Codice di comportamento, un elemento complementare al Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione ed elaborato in stretta sinergia. La finalità perseguita è infatti quella di far sì che l'attuazione delle misure riguardanti lo standard di comportamento si trasformi in prassi comportamentali di lunga durata dei dipendenti.

Ai sensi del co. 44, art. 1, L. 6 novembre 2012, n. 190, l'AOU ha adottato, con deliberazione del 25 ottobre 2019, n. 979, un proprio Codice di Comportamento dei dipendenti che integra e specifica il codice di comportamento dei dipendenti pubblici di cui al DPR 16 aprile 2013 n. 62.

Nel Codice sono richiamati i doveri di diligenza, lealtà, imparzialità e servizio esclusivo alla cura dell'interesse pubblico, nonché il divieto di favorire con la propria condotta, il conferimento di benefici personali in relazione alle funzioni espletate. Particolare rilievo è stato dato al tema della gestione del conflitto di interessi, all'obbligo della trasparenza, al comportamento in servizio, nei rapporti privati e con il pubblico. Inoltre, è stato introdotto il richiamo all'uso non corretto dei social network attraverso i quali possono essere impropriamente diffuse informazioni e/o commenti pregiudizievoli dell'immagine Aziendale o dei suoi dipendenti.

Specifici doveri di comportamento sono previsti come misure di prevenzione, ad esempio il dovere di collaborare attivamente con il RPCT (dovere la cui violazione deve essere ritenuta particolarmente grave in sede di responsabilità disciplinare, come previsto dalla Determinazione ANAC 12/2015 - par. 4.2. lett. c).

Il questionario sul gradimento del corso relativo a "Conoscenza e corretta applicazione del Codice di comportamento" erogato nel 2021, ha registrato un punteggio medio di 9 (in una scala da 1 a 10) riguardo all'inserimento dell'evento nel programma di sviluppo professionale del singolo partecipante ed un'ottima efficacia formativa rispetto all'acquisizione e/o consolidamento delle conoscenze e competenze professionali.

Il richiamo all'osservanza del Codice di comportamento è stato inserito, nei contratti di lavoro e nei contratti di collaborazione.

Tutto il personale assunto viene informato della presenza del Codice di comportamento aziendale sul sito internet aziendale e invitato alla relativa consultazione e osservanza.

### Misure di regolamentazione / semplificazione /informatizzazione

Gli interventi di regolamentazione aziendali e l’emanazione di Istruzioni Operative interne, hanno contribuito, nell’ultimo biennio, alla formazione di un assetto standardizzato e semplificato al fine di agevolare l’attività degli operatori minimizzando la creazione di situazioni anomale ed esposizioni a rischi esterni.

### Misure di formazione

La formazione del personale dipendente è finalizzata dalla necessità di istruire l’operatore medio a comprendere e riconoscere da sé, eventuali situazioni anomale che possano generare, se non già integrare, fattispecie illecite o rilevanti penalmente.

Nella sezione Formazione Aziendale è infatti stato reso obbligatorio per l’anno 2022, la partecipazione da parte dei dipendenti al corso FAD in materia di anticorruzione “Prevenzione della corruzione e della trasparenza della Pubblica Amministrazione: aggiornamento 2022”, all’interno del quale, vi è una particolare sezione dedicata ai delitti contro la Pubblica Amministrazione che – soprattutto in un’Azienda Sanitaria quale è l’AOU “Maggiore della Carità” costituita principalmente da personale con formazione scientifica – ha reso conoscibile e accessibile la materia anche al personale sanitario.

### Misure di Rotazione

La rotazione rappresenta una misura di difficile attuazione in una azienda sanitaria ed in particolar modo nei confronti del personale medico, assegnato necessariamente alla struttura corrispondente alla propria disciplina di specializzazione. La rotazione è altrettanto complessa nei settori amministrativi e tecnico professionali dove è tuttavia necessario garantire le competenze professionali per lo svolgimento di attività specifiche ad elevato contenuto tecnico. L’orientamento dell’Autorità Nazionale Anticorruzione, è infatti teso a rimettere l’applicazione della misura della rotazione ordinaria all’autonoma programmazione delle amministrazioni e degli enti in relazione alle proprie specificità organizzative individuando, ove non sia possibile, misure di equivalente efficacia.

Va tuttavia segnalato che, pur al di fuori di un atto programmatico definito a livello aziendale per l’attuazione della rotazione del personale, vi è stato nell’ultimo biennio il cambio di Direzione di molti Dipartimenti medici e strutture complesse di area medico-sanitaria, sia ospedaliere sia universitarie, come previsto al punto 1.1. della Determinazione ANAC 831/2016.

### Misure di segnalazione e di protezione

La più ampia e diffusa procedura di segnalazione di situazioni almeno apparentemente illecite è rappresentata dal c.d. *whistleblowing* il cui utilizzo, da parte del personale dipendente, ha di riflesso manifestato la necessità di attuare misure di protezione tese a tutelarne la privacy e garantirne l’anonimato del c.d. *whistleblower*.

Con la legge 30 novembre 2017, n. 179 “*Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell’ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato*” sono state individuate tre distinte disposizioni:

- la tutela dell’anonimato, fatte salve le situazioni in cui la conoscenza del segnalante sia assolutamente indispensabile per la difesa di colui cui è addebitato l’illecito;
- il divieto di discriminazioni, da intendersi, come precisato dal Piano Nazionale Anticorruzione, in azioni disciplinari ingiustificate, molestie sul luogo di lavoro ed ogni altra forma di ritorsione che

determini condizioni di lavoro intollerabili;

- la sottrazione della denuncia al diritto di accesso.

L'adozione di misure discriminatorie è segnalata al Dipartimento della Funzione Pubblica, per i provvedimenti di competenza, dall'interessato o dalle organizzazioni sindacali. Questo tipo di tutela non opera, ovviamente, per i casi in cui la denuncia o la segnalazione integrino i reati di calunnia o diffamazione.

La “procedura per la gestione delle segnalazioni di illeciti e delle irregolarità da parte del dipendente (*whistleblower*)”, è stata approvata con deliberazione del direttore generale n. 256, del 5 giugno 2014, prevedendo l’inserimento, sul sito web aziendale in modalità open source, il *software* che consente la compilazione, l’invio e la ricezione delle segnalazioni di illecito da parte di dipendenti/utenti interni.

La procedura è così sinteticamente riportata:

- la segnalazione viene ricevuta dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e da esso gestita mantenendo il dovere di riservatezza nei confronti del segnalante;
- nel momento dell’invio della segnalazione, il segnalante riceve un codice numerico di 16 cifre che deve conservare per poter accedere nuovamente alla segnalazione al fine di verificare la risposta del RPCT e dialogare rispondendo a richieste di chiarimenti o approfondimenti;
- la segnalazione può essere fatta da qualsiasi dispositivo digitale (pc, tablet, smartphone) sia dall’interno dell’ente che dal suo esterno tramite l’accesso al sito web aziendale – area riservata ai dipendenti – *prevenzione corruzione*. La tutela dell’anonimato è garantita in ogni circostanza;
- attraverso la sezione del sito web riservata ai dipendenti, oltre al link alla piattaforma informatizzata “*Whistleblowing*” è presente anche un modulo che può essere utilizzato in alternativa e fatto pervenire in forma cartacea al RPCT.

E’ inoltre attiva la casella di posta elettronica [whistleblower@maggioreosp.novara.it](mailto:whistleblower@maggioreosp.novara.it) accessibile anche agli utenti esterni.

Nel corso dell’anno 2022 non sono pervenute segnalazioni attraverso la piattaforma.

### Misure di gestione del conflitto di interesse

Si configura come una condizione di conflitto di interesse la situazione in cui la cura dell’interesse pubblico cui è preposto il funzionario potrebbe essere deviata per favorire il soddisfacimento di interessi contrapposti di cui sia titolare il medesimo funzionario direttamente o indirettamente.

Con il comma 41, art. 1 della legge 6 novembre 2012, n. 190, è stato introdotto l’art. 6-*bis* nella legge sul procedimento amministrativo (legge n. 241/1990) contenente un obbligo di astensione in capo al responsabile del procedimento o al titolare dell’ufficio competente ad effettuare valutazioni, a predisporre atti endoprocedimentali nonché ad assumere il provvedimento finale nei casi in cui si trovasse in una situazione di conflitto di interesse, anche potenziale.

L’obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse è altresì disciplinato dall’art. 7 del Codice di comportamento aziendale che specifica anche la procedura di segnalazione.

### Attività successive alla cessazione del servizio (c.d. *pantouflage*)

L'art. 1, comma 42, lettera l), della legge 6 novembre 2012, n. 190 ha inserito, all'art. 53 del d.lgs. 30 marzo 2001, n. 165, il co. 16-ter che dispone il divieto per i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni, di svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività dell'amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. In caso di violazione del divieto sono previste specifiche conseguenze sanzionatorie che svolgono effetto sia nei confronti del soggetto, che nei confronti dell'atto. I contratti di lavoro conclusi e gli incarichi conferiti in violazione del divieto sono nulli e i soggetti privati che hanno concluso contratti o conferito incarichi in violazione del divieto non possono contrattare con la pubblica amministrazione per i successivi tre anni e hanno l'obbligo di restituire compensi eventualmente percepiti. Tale disposizione è volta a scoraggiare comportamenti impropri del dipendente, che facendo leva sulla propria posizione all'interno dell'amministrazione potrebbe preconstituirsì delle situazioni lavorative vantaggiose presso il soggetto privato con cui è entrato in contatto in relazione al rapporto di lavoro.

### Programmazione dell'attuazione della trasparenza.

Il ruolo di primo piano che il legislatore ha attribuito alla trasparenza si arricchisce oggi, a seguito dell'introduzione del PIAO, con il riconoscimento del suo concorrere alla protezione e alla creazione del c.d. "valore pubblico". È infatti tesa a favorire la più ampia conoscibilità dell'organizzazione e delle attività che realizza in favore della comunità, degli utenti, degli *stakeholder*, sia esterni che interni.

Sin dall'entrata in vigore del d.lgs. n. 14 marzo 2013, n. 33, nei Piani Triennali della prevenzione della corruzione e della trasparenza, era predisposta una specifica programmazione, da aggiornare annualmente, in cui definire i modi e le iniziative volti all'attuazione degli obblighi di pubblicazione, ivi comprese le misure organizzative per assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi. La promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce altresì un obiettivo strategico di ogni amministrazione che deve tradursi nella definizione di obiettivi organizzativi e individuali.

La sezione dedicata alla trasparenza intende favorire l'effettiva realizzazione di forme diffuse di controllo del rispetto dei principi di buon andamento ed imparzialità, nella misura in cui l'adempimento degli obblighi di trasparenza è diretto a fare emergere – ed eliminare – ipotesi di cattiva gestione, agendo in una duplice funzione: "statica", che si configura essenzialmente nella pubblicità di categorie di dati della PA per finalità di controllo sociale, e "dinamica", fortemente ancorata al concetto di performance in un'ottica di miglioramento continuo.

La diffusione in rete di atti e dati concernenti il ciclo della performance e della rendicontazione dei risultati da destinarsi all'organo di indirizzo politico-amministrativo diviene il mezzo per assicurare la trasparenza e la partecipazione dei soggetti esterni, dei cittadini, degli utenti e di tutti i soggetti interessati.

La responsabilizzazione dei soggetti individuati come responsabili degli obblighi di trasparenza deve trovare riscontro negli obiettivi di performance annuali anch'essi a disposizione per la consultazione da parte dei soggetti interessati.

La pagina web “*Amministrazione trasparente*” contiene la sezione titolata “*Performance*” all’interno della quale vengono pubblicati, nei tempi indicati dall’ANAC, i documenti e i dati collegati alla materia della performance. La Direzione Generale aziendale, con deliberazione n. 571 del 9 luglio 2020 ha approvato il Piano di Comunicazione 2020-2022, strumento finalizzato a declinare le iniziative di comunicazione interna ed esterna, volto a promuovere la conoscenza delle decisioni intraprese degli organi dell’AOU per facilitarne l’applicazione, illustrarne le attività, favorire l’accesso ai servizi erogati conferendo visibilità alle attività.

La sezione dedicata alla Trasparenza aziendale è costituita dall’allegato n. 4, “Tabella degli obblighi” approvata con la delibera ANAC n. 1310 del 28 dicembre 2016, nella quale sono indicati i vari Responsabili degli obblighi di pubblicazione dei dati e l’indicazione dei termini entro cui provvedere al completamento dell’obbligo di pubblicità. Per altro verso, l’Azienda è chiamata a valutare costantemente i riscontri dei cittadini e degli *stakeholder* sul livello di utilità dei dati pubblicati, oltre ad eventuali reclami sulla qualità delle informazioni pubblicate, ritardi o inadempienze riscontrate. A tal fine l’utenza potrà far pervenire la proprie osservazioni agli indirizzi: [ufficiostampa@maggioreosp.novara.it](mailto:ufficiostampa@maggioreosp.novara.it) oppure [anticorruzione.resp@maggioreosp.novara.it](mailto:anticorruzione.resp@maggioreosp.novara.it).

#### Accesso civico semplice e accesso civico generalizzato

L’introduzione delle norme in materia di accesso ai documenti amministrativi ha segnato il passaggio da un sistema incentrato sul principio di segretezza a un sistema basato su principi di *pubblicità e trasparenza* sicché, salvo le ipotesi di esclusione specifiche che costituiscono l’eccezione, la regola generale è che tutti i documenti amministrativi sono accessibili dal cittadino.

Il diritto di accesso agli atti nasce con la legge sul procedimento amministrativo 7 agosto 1990, n. 241, prevedendo solo un accesso c.d. *documentale* azionabile solo dal cittadino che vantava, verso la documentazione richiesta, un interesse attuale e concreto, ovvero un soggetto legittimato ad agire.

Negli obblighi e negli adempimenti in materia di trasparenza amministrativa vengono successivamente introdotte altre due tipologie di accesso *civico* – d.lgs. 14 marzo 2013, n. 33 – e *generalizzato* – d.lgs. 25 maggio 2016, n. 97, c.d. decreto FOIA.

La richiesta di accesso civico, come anche per il generalizzato, non necessita di alcuna legittimazione soggettiva del richiedente né di alcuna motivazione.

È gratuita e va presentata in carta libera:

- all’ufficio che detiene i dati, le informazioni o i documenti;
- alla Struttura Semplice Ufficio Relazioni Esterne per accesso generalizzato;
- al Responsabile della Trasparenza, ove l’istanza abbia ad oggetto dati, informazioni o documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria.

Nel sito web aziendale, alla sezione Accesso Civico, si trovano pubblicate le modalità di utilizzo degli istituti di accesso civico in tutte le varianti previste dal FOIA, oltre alla modulistica utile per presentare la relativa istanza.

Nell’ipotesi di mancata pubblicazione dell’atto, l’Amministrazione dovrà procedere alla pubblicazione nella Sezione di Amministrazione Trasparente del dato richiesto e contestualmente trasmetterlo al richiedente ovvero, in alternativa, comunicargli l’avvenuta pubblicazione indicandogli il link di collegamento.

Laddove, invece, il documento risulti già pubblicato ai sensi della normativa vigente, l’Amministrazione comunicherà il link di collegamento.

Nei casi di ritardo o mancata risposta, l'istante potrà rivolgersi al titolare del potere sostitutivo di cui all'articolo 2, comma 9-*bis* della legge 7 agosto 1990, n. 241, che per l'AOU Maggiore della Carità è individuato nella persona del Direttore Amministrativo.

Il rilascio di dati o documenti in formato elettronico o cartaceo è gratuito, salvo il rimborso del costo effettivamente sostenuto e documentato dall'amministrazione per la riproduzione su supporti materiali.

Le due fattispecie rappresentate nel FOIA: Accesso Civico e Accesso Civico Generalizzato risultano comunque differenti rispetto al diritto di accesso "ordinario" già previsto dalla legge 141/1990 e s.m.i., in base al quale è necessario l'accertamento dell'esistenza di un bisogno legittimo del richiedente, diretto, concreto, attuale e differenziato.

Per le figure di accesso civico previste dal FOIA invece non sono necessarie domande motivate che si basino su un interesse qualificato, e non sono quindi sottoposte a limitazione, oltre ad essere completamente gratuite.

Al fine di assicurare l'efficacia di tale diritto, nella sezione "Amministrazione Trasparente" (sotto la voce Altri contenuti – Accesso Civico) sono pubblicati un vademecum informativo sull'esercizio del diritto, la modulistica utilizzabile, i dati relativi al Responsabile della Trasparenza, al Responsabile Ufficio Relazioni Esterne e al titolare del potere sostitutivo, a cui si può indirizzare la richiesta con i relativi recapiti.

I seguenti documenti sono allegati al presente Piano quale parte integrante e sostanziale

[Allegato 1\\_Elenco processi per Struttura](#)

[Allegato 2\\_Valutazione rischi per processi AOU Novara](#)

[Allegato 3\\_Programma delle misure](#)

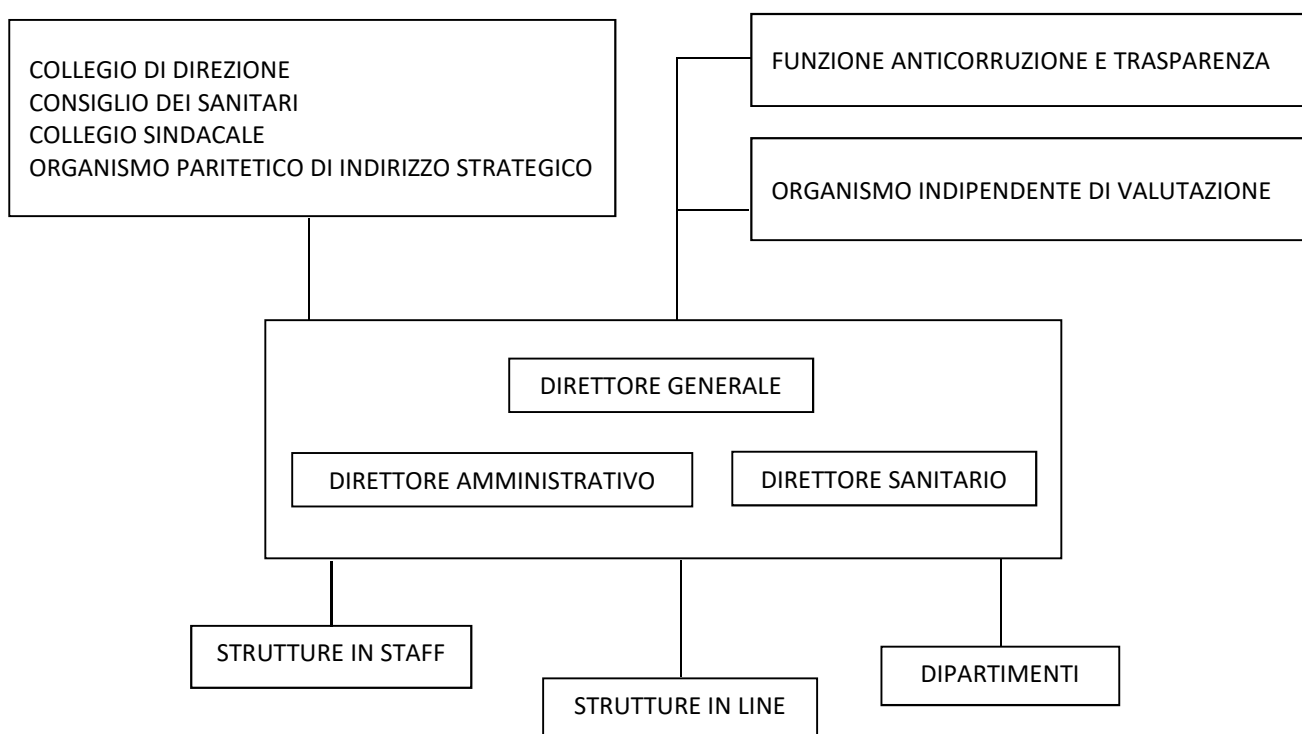
[Allegato 4\\_Elenco obblighi pubblicazione](#)

## SEZIONE 3 – ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

### 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.

***Nel corso del 2023 è obiettivo della Direzione Generale provvedere alla revisione dell’Atto Aziendale che dovrà essere sottoposto all’approvazione della Regione Piemonte e che delinea il nuovo assetto organizzativa per il prossimo futuro.***



L’Atto Aziendale/l’Organigramma è scaricabile:

[https://trasparenza.maggioreosp.novara.it/contenuto6859\\_atto-aziendale\\_865.html](https://trasparenza.maggioreosp.novara.it/contenuto6859_atto-aziendale_865.html)



L'organizzazione dei servizi dell'AOU 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*: 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*: 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*: 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 e Responsabile di Struttura Semplice Dipartimentale*: 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*: 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.

La gestione delle risorse umane costituisce elemento strategico per garantire la partecipazione di professionisti ed operatori ai processi decisionali, la definizione e condivisione dei piani di sviluppo strategico aziendale e di integrazione tra assistenza, ricerca e didattica e la partecipazione al perseguimento degli obiettivi strategici pluriennali e annuali. In quest'ottica la gestione delle risorse umane dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Novara si basa in particolare:

- sulla valorizzazione delle risorse umane e professionali al fine di perseguirne la soddisfazione e la partecipazione ai processi decisionali;
- sullo sviluppo professionale, in particolare, attraverso l'attribuzione di incarichi e funzioni di responsabilità;
- sulla valutazione e incentivazione del personale;
- sulla formazione, finalizzata allo sviluppo delle competenze.

Gli strumenti utilizzati per le finalità sopraesposte sono:

- consolidamento del sistema di governo clinico: per garantire la partecipazione dei professionisti ed operatori ai processi decisionali;
- valorizzazione del ruolo del Collegio di Direzione per garantire la partecipazione della dirigenza alla elaborazione dei piani di sviluppo strategico aziendale e di integrazione tra assistenza, ricerca e didattica;
- Garanzia di adeguata informazione sui provvedimenti e sugli atti di gestione assunti o da assumere sulle materie contenute nell'accordo aziendale sulle relazioni sindacali direttamente ed attraverso le strutture aziendali competenti;
- coinvolgimento delle rappresentanze collettive nel sistema delle relazioni sindacali per garantire la partecipazione dei professionisti ed operatori ai processi decisionali
- assicurazione alle organizzazioni sindacali del pieno rispetto del principio della partecipazione, che si estrinseca con l'informazione, la consultazione, la concertazione e la contrattazione demandata in sede decentrata.

Per quanto concerne lo sviluppo professionale, l'Azienda ha adottato politiche di ridefinizione dei processi produttivi ed articolato le responsabilità, finalizzate prioritariamente allo sviluppo delle competenze. A tal fine l'Azienda ha attribuito autonomia e responsabilità conferendo incarichi e funzioni. Parallelamente ha sviluppato i propri sistemi di valutazione sia sui risultati riferiti agli obiettivi assegnati annualmente, sia su quelli relativi agli incarichi e funzioni conferiti. Dalle esperienze nella riorganizzazione dei servizi e nell'attribuzione di nuove competenze, sono derivati elementi fondamentali per la definizione della programmazione quali-quantitativa della formazione delle diverse professioni.

L'AOU e l'Università hanno definito le modalità ed i termini per la partecipazione del personale del SSR all'attività didattica pre e post laurea, sulla base dei seguenti criteri:

- il personale del SSR partecipa all'attività didattica, esercitando docenza, tutorato ed altre attività formative, nel rispetto dell'ordinamento didattico e dell'organizzazione delle strutture didattiche dell'Università;
- i DAI (Dipartimenti Assistenziali Integrati), i Consigli di Corso di Laurea e i Consigli di Scuola di Specializzazione concordano, nell'ambito delle rispettive competenze, le modalità e le forme di partecipazione del personale del SSR all'attività didattica, nonché la parte del percorso formativo del medico specializzando da svolgersi presso strutture affidate a dirigenti del SSR.

Il personale dipendente rappresenta la risorsa principale per il funzionamento dell'AOU e costituisce la componente fondamentale per poter perseguire la finalità istituzionale dell'AOU di soddisfare i bisogni di salute delle persone che ad essa si rivolgono, attraverso l'erogazione di servizi di tipo

diagnostico, terapeutico e riabilitativo.

Il personale dell'azienda (dipendente e altre forme contrattuali) ha subito l'evoluzione numerica indicata nelle tabelle di seguito riportate, indicanti il personale al 31 dicembre degli anni 2019-2022 e le previsioni per l'anno 2023.

#### Personale dipendente e universitario

Nel corso dell'anno le assunzioni e le cessazioni dei dirigenti medici a tempo indeterminato si sono chiuse con un saldo di -1 rispetto al personale in servizio al 1° gennaio 2022 e con un aumento di n. 2 unità nell'area della dirigenza sanitaria (Biologi).

Nel quarto trimestre è stato espletato il concorso per Tecnici Sanitari di Laboratorio Biomedico e sono stati coperti i posti messi a bando. Purtroppo la graduatoria è già esaurita (come quella dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica, concorso espletato nel terzo trimestre) e si è provveduto con l'emanazione di due avvisi a tempo determinato per i due profili citati.

Nel mese di dicembre, in ottemperanza alle disposizioni regionali, si è proceduto ad adottare gli atti per la stabilizzazione del personale con qualifica di Operatore Socio Sanitario in regola con i requisiti prestabiliti. Tale personale (n. 29 unità) viene assunto con decorrenza 1° gennaio 2023.

Gli Infermieri invece assunti con contratto di 36 mesi proseguiranno anche nel 2023 come personale Covid e verranno stabilizzati nel 2024.

Nel quarto quadrimestre si è provveduto ad attivare un avviso di mobilità per reclutare Infermieri Pediatrici. A fronte di una necessità segnalata di n. 5 unità, si stanno acquisendo i nulla osta delle Amministrazioni di appartenenza degli idonei, ma le prese servizio decorreranno dal mese di aprile 2023 in avanti.

Si è provveduto a completare il numero di assunzioni di personale nel profilo di Coadiutore Amministrativo dalle liste speciali come da convenzione con il Centro per l'Impiego (n. 2 unità nel mese di novembre 2022).

La tabella di dettaglio ruolo e profilo.

La sezione a parte riproduce la situazione del personale a tempo determinato per emergenza Covid-19.

	tempo indeterminato				tempo determinato			
	01.01.	assu	dime	31.12.	01.01.	assu	dime	31.12.
<b>DIRIGENZA MEDICA</b>								
dirigente medici s.c.	18	1	1	18	-	-	-	-
dirigente medico	496	32	33	495	21	26	19	28
<b>totale</b>	<b>514</b>	<b>33</b>	<b>34</b>	<b>513</b>	<b>21</b>	<b>26</b>	<b>19</b>	<b>28</b>
<b>DIRIGENZA SANITARIA NON</b>								
dirigente odontoiatra	3	-	-	3	-	-	-	-
dirigente farmacista s.c.	1	-	-	1	-	-	-	-
dirigente farmacista	9	-	-	9	-	2	-	2
dirigente biologo	14	3	1	16	1	-	1	-
dirigente chimico	2	-	-	2	-	-	-	-
dirigente fisico s.c.	1	-	-	1	-	-	-	-
dirigente fisico	11	-	-	11	-	-	-	-
dirigente psicologo	7	1	1	7	2	1	2	1
dirigente di.p.sa s.c.	1	-	-	1	-	-	-	-
dirigente di.p.sa	2	-	-	2	-	-	-	-
<b>totale</b>	<b>51</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>53</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>
<b>DIRIGENZA P.T.A</b>								

dirigente ingegnere s.c.	1	-	-	1	-	-	-	-
dirigente ingegnere	1	-	-	1	-	-	-	-
dirigente analista	1	-	-	1	-	-	-	-
dirigente assistente sociale	1	-	1	-	-	-	-	-
dirigente amministrativo s.c.	4	1	1	4	-	-	-	-
dirigente amministrativo	8	3	5	6	1	1	2	-
<b>totale</b>	<b>16</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>13</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>-</b>
<b>COMPARTO RUOLO SANITARIO</b>								
c.p.s.e-infermiere ds	37	-	5	32	-	-	-	-
c.p.s.-infermiere d	1.016	109	49	1.076	89	11	66	34
c.p.s.-infermiere pediatrico d	27	-	-	27	-	-	-	-
infermiere generico esperto c	2	-	1	1	-	-	-	-
c.p.s.e-ostetrica ds	1	-	-	1	-	-	-	-
c.p.s.-ostetrica d	65	8	11	62	7	4	9	2
c.p.s.e-fisioterapista ds	2	-	-	2	-	-	-	-
c.p.s.e-ortottista ds	1	-	-	1	-	-	-	-
c.p.s.e-logopedista ds	1	-	-	1	-	-	-	-
c.p.s.-fisioterapista d	35	-	-	35	-	-	-	-
c.p.s.-ortottista d	3	-	-	3	-	-	-	-
c.p.s.-logopedista d	6	-	-	6	-	-	-	-
c.p.s.-tecnico occupazionale d	4	-	1	3	-	-	-	-
c.p.s.-tec. neuro e psicomotricista d	1	-	-	1	-	-	-	-
c.p.s-podologo d	1	-	-	1	-	-	-	-
massofisioterapista c	1	-	-	1	-	-	-	-
c.p.s.e-tecnico san. di radiologia	7	-	2	5	-	-	-	-
c.p.s.-tecnico san. di radiologia	98	14	9	103	1	-	1	-
c.p.s.e-tecnico san. laboratorio	4	-	-	4	-	-	-	-
c.p.s.-tecnico san. di laboratorio	108	11	6	113	1	5	6	-
c.p.s.-tec. Fisiop.resp. e perfusione	1	-	-	1	-	-	-	-
c.p.s.-tec. Fisiop.resp. e perfusione	6	-	-	6	-	-	-	-
c.p.s.e- dietista ds	1	-	-	1	-	-	-	-
c.p.s.-dietista d	6	1	-	7	-	-	-	-
c.p.s.- tec. neurofisiopatologia d	8	-	-	8	-	-	-	-
c.p.s.- tecnico audiometrista d	2	-	-	2	-	-	-	-
c.p.s.-igienista dentale d	2	-	-	2	-	-	-	-
c.p.s.- tec. prevenzione luoghi di	4	1	-	5	-	-	-	-
c.p.s.e-assistente sanitaria ds	1	-	-	1	-	-	-	-
<b>totale</b>	<b>1.451</b>	<b>144</b>	<b>84</b>	<b>1.511</b>	<b>98</b>	<b>20</b>	<b>82</b>	<b>36</b>
<b>COMPARTO RUOLO</b>								
assistente religioso	1	-	-	1	-	-	-	-
<b>totale</b>	<b>1</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>1</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
<b>COMPARTO RUOLO TECNICO</b>								
c.t.p.-assistente sociale d	2	-	-	2	-	-	-	-
collaboratore tecnico professionale	15	6	1	20	-	-	-	-
assistente tecnico c	21	-	5	16	-	-	-	-
operatore tecnico specializzato bs	24	1	1	24	-	-	-	-
operatore socio sanitario bs	315	23	28	310	34	-	4	30

operatore tec. addetto all'assistenza	15	-	2	13	-	-	-	-
operatore tecnico b	45	9	7	47	-	-	-	-
ausiliario spec. serv. Tecnico	4	-	-	4	-	-	-	-
ausiliario spec. ser. Socio	26	-	2	24	-	-	-	-
<b>totale</b>	<b>467</b>	<b>39</b>	<b>46</b>	<b>460</b>	<b>34</b>	-	<b>4</b>	<b>30</b>
<b>COMPARTO RUOLO</b>								
collaboratore amm.vo prof.le d	44	3	2	45	1	-	1	-
assistente amm.vo c	88	25	8	105	21	-	20	1
coadiutore amm.vo esperto bs	62	32	2	92	-	-	-	-
coadiutore amm.vo b	70	5	9	66	-	-	-	-
commesso a	6	-	-	6	-	-	-	-
<b>totale</b>	<b>270</b>	<b>65</b>	<b>21</b>	<b>314</b>	<b>22</b>	-	<b>21</b>	<b>1</b>

Personale a tempo indeterminato n. 2.865

Personale a tempo determinato n. 98

### Personale assunto per situazione emergenziale Covid-19

Tempo det. Covid	01.01.22	assunti	cessati	31.12.22
cps - infermiere	89	11	66	34
cps - ostetrica	7	0	5	2
cps tec. Lab.	1	5	6	3
cps - tec. Rx	1	0	1	0
oss	34	0	4	30
ass. amm.vi	20	0	20	0
<b>Totale generale</b>	<b>152</b>	<b>16</b>	<b>102</b>	<b>66</b>

(questi dati sono un "di cui" della tabella precedente – personale a tempo determinato)

La dotazione organica dell'anno 2019 prevedeva: dirigenti medici n. 598 unità (compresi universitari), la dirigenza sanitaria (area non medica) n. 44 e la dirigenza dell'area professionale tecnica e amministrativa n. 13. Al 31.12.2022 risultavano presenti n. 595 dirigenti medici (compresi universitari), con un decremento di n. 3 unità, n. 56 dirigenti sanitari (+ 12) e n. 13 dirigenti PTA (dato invariato). Il personale del comparto (tutti i ruoli) indicato nella dotazione organica 2019 in 2.324 unità, al 31.12.2022 risultava in n. 2.353, con un **incremento** di n. 29 unità afferenti ai vari profili professionali. Da segnalare nel corso del 2022 l'aumento del numero di Assistenti amministrativi + 17 e Coadiutori amministrativi senior + 30 al netto delle cessazioni.

Raggruppamento qualifica	PREV 2023
Personale dirigente sanitario medico	601
- <i>di cui personale universitario</i>	56
Personale dirigente sanitario non medico	61
- <i>di cui personale universitario</i>	3

Personale infermieristico	1.237
- <i>di cui personale universitario</i>	1
Personale riabilitativo	54
Altro personale sanitario	258
Personale professionale dirigente	2
Personale professionale comparto	1
Personale tecnico dirigente	2
- <i>di cui personale universitario</i>	1
Personale tecnico comparto	496
Personale amministrativo dirigente	10
Personale amministrativo comparto	315
<b>Totale complessivo</b>	<b>3.037</b>

### Altre forme contrattuali

Il personale sanitario medico e non, al quale è stato affidato un contratto libero professionale, ha avuto un picco considerevole nel 2020, anno di esplosione della pandemia da COVID-19, per poi diminuire nell'anno 2021 e soprattutto nel 2022. Il Decreto "Milleproroghe", approvato a fine anno 2022, ha autorizzato nuovamente il ricorso all'affidamento di incarichi libero-professionali per tutto l'anno 2023 per far fronte alle conseguenze derivanti dall'emergenza epidemiologica da COVID-19 (rafforzare strutturalmente i servizi sanitari regionali anche per il recupero delle liste d'attesa e consentire la valorizzazione della professionalità acquisita dal personale che ha prestato servizio anche durante l'emergenza da COVID-19).

INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI				31/12/2022	
	31.12.2019	31.12.2020	31.12.2021	Totale	di cui Covid19
Personale dirigente sanitario medico	2	44	31	17	17
Personale dirigente sanitario non medico		3	3	1	1
Personale infermieristico		1	1		
Altro personale sanitario					
<b>Totale complessivo</b>	<b>2</b>	<b>48</b>	<b>35</b>	<b>18</b>	<b>18</b>

Previsione anno 2023			
Raggruppamento qualifica	Totale personale	Di cui Covid19 (*)	Totale
Personale dirigente sanitario medico	16	16	16
Personale dirigente sanitario non medico		1	1
<b>Totale complessivo</b>	<b>17</b>	<b>17</b>	<b>17</b>

Per fronteggiare il COVID-19 nell'anno 2020, inoltre, si è provveduto ad assumere personale interinale, aumentato nel 2021 per il prosieguo dell'emergenza pandemica.

Nell'anno 2022 grazie ai bandi di concorsi pubblici, la modalità di assunzione "interinale" è stata utilizzata in minor misura, consentendo la conclusione dell'attuale fornitura di personale infermiere professionale al 31/12/2022, che sarà gestito dal 2023 dalla S.S. Gestione Risorse Umane.

Raggruppamento qualifica	31.12.2019	31.12.2020	31.12.2021	31/12/2022	
				Totale	di cui Covid19 (*)
Personale infermieristico		3	20	4	4
Personale tecnico comparto		36	34	0	0
<b>Totale complessivo</b>		39	54	4	4

Per l'anno 2023 si prevede pertanto la permanenza dei contratti interinali per personale del comparto tecnico.

Raggruppamento qualifica	Totale personale	Di cui Covid19 (*)
Personale infermieristico		
Personale tecnico comparto	45	
<b>Totale complessivo</b>	<b>45</b>	

Nel corso dell'ultimo triennio l'Azienda ha provveduto all'assunzione di un numero consistente di personale infermieristico e medico al fine di garantire adeguato supporto all'attività sanitaria programmata per la riduzione dei tempi di attesa sia ambulatoriali che di ricovero, per migliorare l'attrattività dell'Azienda nel rispetto delle indicazioni di cui alla Legge 161/2014 e per consentire il pieno rispetto delle vigenti disposizioni legislative in materia di riposi.

Il DL 9 marzo 2020, n. 14 "Disposizioni urgenti per il potenziamento del Servizio sanitario nazionale in relazione all'emergenza COVID-19" ha definito le misure straordinarie per l'assunzione degli specializzandi e per il conferimento di incarichi di lavoro autonomo a personale sanitario (art. 1).

## SEZIONE 3.2: ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

### Sviluppo di Modelli Innovativi di Organizzazione del Lavoro – Il Lavoro Agile

La modalità applicativa del Lavoro Agile in un'Azienda Ospedaliero-Universitaria, di cui anche alla deliberazione del 23 luglio 2020, n. 593 e deliberazione del 6 agosto 2020, n. 630, riveste caratteristiche differenti rispetto ad altre Pubbliche Amministrazioni, sia in relazione alla tipologia dell'attività esercitata dalla maggior parte dei dipendenti - operatori sanitari dei quali è imprescindibile la presenza fisica sul posto di lavoro – sia perché, nel caso dell'AOU “Maggiore della Carità” di Novara, le dimensioni e la complessità organizzativa dell'Azienda (circa 3.000 dipendenti di cui 2.500 del ruolo sanitario) incidono enormemente sulle modalità di applicazione. Solo una minima parte dei professionisti sanitari, infatti, può lavorare in modalità agile, mentre il personale adibito a funzioni non sanitarie è generalmente più facilitato infatti, solo il personale che svolge attività remotizzabile – sia esso appartenente al comparto o alla dirigenza, con rapporto a tempo indeterminato e determinato ovvero a tempo pieno o tempo parziale, ivi incluso il personale in regime di comando, distacco, assegnazione provvisoria, previo assenso da parte dell'Amministrazione di appartenenza – può essere autorizzato ad avvalersi dello strumento “lavoro agile”, in conformità da quanto previsto dagli articoli seguenti.

Peraltro nell'AOU “Maggiore della Carità” di Novara la fase emergenziale ha coinciso con la fase pilota del lavoro agile, non avendo prima mai sperimentato tale opzione. La prestazione lavorativa viene eseguita all'esterno dei locali aziendali in assenza di una collocazione fissa, nel massimo rispetto della riservatezza dei dati personali e entro i limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva.

Il carico di lavoro, gli oneri e i tempi della prestazione, equivalgono a quelli dei lavoratori che svolgono la prestazione all'interno del posto di lavoro e il Responsabile di Struttura è chiamato ad una pianificazione, condivisa con il dipendente, delle modalità di lavoro e delle fasce orarie di reperibilità al fine di garantire un confronto diretto qualora necessario con il solo vincolo del raggiungimento di obiettivi e risultati.

### Condizionalità e fattori abilitanti

#### Disciplina generale

Il lavoro agile è compatibile con l'organizzazione aziendale, nella misura in cui consente all'Azienda di funzionare perseguendo i seguenti principi:

- Continuità dell'attività;
- Perseguimento degli obiettivi di mandato;
- Sicurezza (sul lavoro, informatica e di protezione dati);
- Tempestività dell'azione
- Assenza di pregiudizio o riduzione della fruizione dei servizi a favore dell'utente.

Lo svolgimento delle mansioni in modalità agile è compatibile con le disposizioni delle contrattazioni collettive e individuali già in essere, così che al dipendente in *smart working* si applica la medesima disciplina dei dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale, anche in relazione al trattamento economico, alle aspettative relative ad eventuali progressioni di carriera, alle iniziative formative nonché alla fruizione delle ferie residue, che deve avvenire nei termini previsti dal vigente C.C.N.L. Durante le giornate in lavoro agile, le ordinarie funzioni gerarchiche ovvero di coordinamento attribuite al rapporto di lavoro subordinato, rimangono inalterate.



I dipendenti che fruiscono del lavoro agile hanno diritto a godere dei medesimi titoli di assenza previsti per la generalità dei dipendenti operanti in sede fatta eccezione, per effetto della distribuzione discrezionale del tempo di lavoro insita nella filosofia dello strumento, dei permessi brevi o altri istituti che comportino riduzioni di orario, incompatibili con questa modalità di espletamento dell'attività lavorativa (come, ad esempio, i permessi per motivi personali o familiari o i permessi per visite mediche, recupero ore accantonate, etc.).

Inoltre, in tali giornate non è previsto il riconoscimento di prestazioni straordinarie, aggiuntive, indennità notturne e festive né spetta il buono pasto. Parimenti, non è prevista l'effettuazione di trasferte e il pagamento delle relative indennità, in quanto incompatibili con lo stesso. Solo in caso di malattia valgono le stesse disposizioni del dipendente in presenza. Al dipendente in lavoro agile restano applicabili le norme sull'incompatibilità di cui all'art. 53 del d.lgs. 165/2001, nonché gli obblighi previsti nel codice di comportamento e l'applicazione delle relative sanzioni.

Lo svolgimento dell'attività lavorativa in lavoro agile non penalizza la professionalità e la progressione di carriera del personale. La posizione legale e contrattuale del dipendente ovvero la sede lavorativa assegnata e la sua qualificazione giuridica rimangono invariate. È altresì garantita parità di trattamento economico e normativo dei lavoratori che utilizzano lo strumento, anche in riferimento alle indennità e al trattamento accessorio.

### *Attività e fattori Abilitanti*

Le attività remotizzabili, indicate dalle Strutture aziendali, sono mappate secondo un albero di aree trasversali a tutte le Strutture, tenendo conto delle diverse tipologie intrinseche ad ogni attività e alle caratteristiche di ognuna.

In linea generale possono essere svolte in regime di lavoro agile le attività che:

- ✓ siano eseguibili attraverso l'utilizzo di tecnologie informatiche;
- ✓ non richiedano la costante presenza fisica del lavoratore in sede;
- ✓ prevedano l'utilizzo di documenti digitalizzabili;
- ✓ non richiedano una relazione costante con il responsabile della Struttura di appartenenza;
- ✓ siano pianificabili e verificabili nell'esecuzione e nella misurazione dei risultati;
- ✓ non pregiudicano in alcun modo o riducono la fruizione dei servizi da parte degli utenti.

Al fine di autorizzare il dipendente allo svolgimento di attività lavorativa in modalità c.d. agile, la cui attivazione avviene *in primis* su base volontaria del dipendente, il Direttore della Struttura di appartenenza è chiamato a prestare particolare considerazione su determinati requisiti di carattere personale quali, ad esempio:

- capacità di lavorare in autonomia al fine di conseguire gli obiettivi assegnati e capacità di risoluzione, in autonomia, di eventuali imprevisti;
- capacità critica in relazione al proprio operato e ai risultati raggiunti;
- capacità di gestione e ottimizzazione del tempo;
- competenze informatiche.

Qualora le richieste dei dipendenti di svolgere attività in *smart working* esuberi numericamente dalla quantità di postazioni che la Struttura aveva messo a disposizione, così da rendere impossibile, a livello organizzativo, il soddisfacimento di tutte le richieste, i responsabili di struttura provvederanno a redigere una graduatoria in base ai seguenti criteri:

- personale fragile, affetto da patologie che lo rendano maggiormente esposto a rischi da contatto con altre persone;
- lavoratrici nei tre anni successivi alla conclusione del periodo di congedo di maternità previsto dall'art. 16 del testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della

maternità e della paternità, di cui al decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151,

- lavoratori con figli in condizioni di disabilità ai sensi dell'art. 3, co. 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104;
- situazioni di disabilità psicofisica tali da rendere disagiata il raggiungimento del luogo di lavoro;
- esigenze di cura adeguatamente documentate nei confronti di familiari o conviventi stabilmente ovvero di figli minori di 12 anni;
- maggior tempo di percorrenza dall'abitazione del dipendente alla sede lavorativa;
- tipologia dell'attività da svolgere, favorendo quella più idonea;
- esigenze collegate alla frequenza, da parte del lavoratore, di corsi di studio o di percorsi di apprendimento che non danno diritto ad altre agevolazioni;
- collaborazione in attività di volontariato sociale.

### *Accesso al lavoro agile*

L'autorizzazione a svolgere il lavoro agile prevede l'adesione volontaria del lavoratore che può avvenire:

- su richiesta individuale del lavoratore afferente alle Strutture Aziendali i cui Responsabili abbiano manifestato disponibilità a tale modalità lavorativa in regime ordinario;
- per scelta organizzativa, previa adesione del dipendente;
- per specifiche esigenze di natura temporanea o eccezionale.

Il dipendente interessato a svolgere l'attività in lavoro agile, è tenuto a sottoscrivere apposito "Accordo" con il proprio Responsabile, che avrà la durata definita dalle parti e sarà eventualmente rinnovabile. Tale Accordo dovrà essere protocollato in uscita e trasmesso alle strutture Gestione Giuridica e Gestione Economica del Personale all'indirizzo e alla S.C. Sistemi Informativi.

L'Accordo deve altresì indicare:

- la durata del periodo di *smart working*;
- le giornate in cui il dipendente lavorerà in lavoro agile;
- le fasce di reperibilità concordate con il responsabile;
- le attività da svolgere;
- gli obiettivi generali e specifici da perseguire;
- le modalità di verifica del raggiungimento degli obiettivi.

La sottoscrizione da parte del Responsabile del suddetto Accordo equivale all'autorizzazione allo svolgimento dell'attività in lavoro agile.

### *Modalità di svolgimento e durata*

Le giornate lavorative da effettuare in lavoro agile, come meglio disciplinato all'art. 8 del di cui alla deliberazione 6 agosto 2020, n. 630, cui si rimanda, devono essere preventivamente pianificate e programmate con il proprio Responsabile di Struttura, in base alle esigenze di servizio.

La prestazione in lavoro agile è distribuita nell'arco della giornata, in relazione all'attività da svolgere, in modo da garantire, in ogni caso, almeno il mantenimento del medesimo livello qualitativo in termini di prestazione e di risultati che si sarebbe conseguito presso la sede istituzionale, sulla base degli obiettivi generali e specifici stabiliti con il proprio dirigente. L'Azienda riconosce il diritto del lavoratore agile a non essere contattabile fuori dalla fascia oraria concordata con il proprio dirigente, in cui dovrà svolgere l'attività lavorativa, ovvero durante l'eventuale pausa pranzo.

Il responsabile di Struttura e il dipendente concordano la data di inizio, la durata e le modalità dello stesso nell'ambito dell'Accordo Individuale.

Il responsabile di Struttura può comunicare il recesso da parte dell'Azienda al lavoro agile, fatto salvo l'eventuale esercizio del potere disciplinare, mediante comunicazione in forma scritta per le seguenti motivazioni:

- necessità di ripresa dell'attività in presenza;
- mutate esigenze organizzative interne alla Struttura;
- mancato raggiungimento degli obiettivi concordati;
- mancato rispetto dell'obbligo di essere contattabili in alcune fasce orarie durante le giornate di lavoro in remoto;
- prolungate disfunzioni dell'attrezzatura e della rete informatica che non consentano il collegamento fra il dipendente e l'Amministrazione e/o gli altri colleghi o utenti;
- trasferimento ad altra Struttura

### *Soggetti coinvolti*

- **Strutture Gestione Giuridica del personale e Gestione Economica del personale:**
  - a) recepiscono la normativa vigente sulla base della quale definisce le linee guida applicative dell'istituto in Azienda, anche tramite il confronto con la Direzione strategica e le OOSS;
  - b) verificano le percentuali di lavoratori in regime di *smart working* in osservanza degli aggiornamenti normativi;
  - c) effettuano la sintesi delle attività amministrative mappate dai Dipartimenti;
  - d) effettuano le comunicazioni di legge al Ministero del Lavoro ai fini assicurativi;
  - e) supportano le Direzioni di Struttura nella gestione di eventuali problematiche di tipo amministrativo che dovessero insorgere.
- **Comitato Unico di Garanzia (CUG, ex L. 183/2010) per le pari opportunità e la valorizzazione del benessere di chi lavora.**

E' garante dei principi di pari opportunità, di benessere organizzativo e contro ogni forma di discriminazione nei confronti dei lavoratori, intervenendo dunque anche in caso di controversie relative all'applicazione del regime di *smart working*.

- **Organizzazioni Sindacali**

L'Azienda, in osservanza delle disposizioni vigenti, adempie agli obblighi informativi verso le OO.SS., ai fini di un confronto collaborativo teso alla realizzazione di un progetto il più ampiamente condiviso.

- **Dirigente responsabile di Struttura:**
  - Garantisce il buon svolgimento delle funzioni di competenza e il rispetto dei tempi normativamente previsti per l'esecuzione delle proprie attività a prescindere dal regime in cui opera il personale;
  - Organizza il proprio ufficio, rivisitando i processi di competenza ed effettuando un'approfondita analisi organizzativa, finalizzata ad un miglioramento continuo (*on-going*) realizzato concentrando il *focus* sui risultati conseguiti dal lavoratore;
  - indica le attività che, nell'ambito della Struttura diretta, possono essere svolte in *smart working* definendo e programmando le priorità e gli obiettivi di ciascun lavoratore che opera in modalità agile, verificandone il conseguimento e garantendo l'assenza di qualsiasi forma di discriminazione;
  - concorre all'individuazione del personale da avviare alla modalità agile, anche alla luce della

condotta dei dipendenti e favorisce la rotazione dello stesso, tesa ad assicurare, nell'arco temporale settimanale o plurisettimanale, un'equilibrata alternanza nello svolgimento dell'attività in modalità agile e di quella in presenza;

- **S.C. Sistemi Informativi**

Verifica l'attuabilità tecnica della prestazione da remoto in base alla dotazione del dipendente e definisce le relative misure di sicurezza tecnica e di comportamento anche per l'attività da remoto

- **S.S. Prevenzione e Protezione (S.P.P.)**

Fornisce le linee guida di comportamento e tutela della salute anche per l'attività da remoto

- **Responsabile Protezione Dati (RPD/DPO)**

Fornisce le linee guida di comportamento in materia di trattamento e riservatezza dei dati anche per l'attività da remoto

- **S.C. Programmazione e Controllo**

Nell'ambito della Relazione sulle *performance*, rendiconta le attività svolte da remoto.

### *La sicurezza dei lavoratori*

Come stabilito dalla Circolare Inail n. 48 del 2 novembre 2017, il lavoratore in regime di lavoro agile ha diritto alla tutela contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali dipendenti da rischi connessi alla prestazione lavorativa resa all'esterno dei locali aziendali.

Inoltre, ai sensi dell'art. 23, co.3, L. 81/2017, il lavoratore in regime di lavoro agile ha altresì diritto alla tutela contro gli infortuni sul lavoro occorsi durante il normale percorso di andata e ritorno dal luogo di abitazione a quello prescelto per lo svolgimento della prestazione lavorativa all'esterno dei locali aziendali...quando la scelta del luogo della prestazione sia dettata da esigenze connesse alla prestazione stessa o dalla necessità del lavoratore di conciliare le esigenze di vita con quelle lavorative e risponda a criteri di ragionevolezza.

### *Dotazione tecnologica aziendale o individuale*

I "requisiti tecnologici", intesi come dotazioni infrastrutturali, software etc., rappresentano un fattore abilitante per lo svolgimento delle mansioni in modalità agile. Come previsto dal D.L. 30 giugno 2022, n. 132, art. 4, lett. a), n. 5, l'AOU "Maggiore della Carità" di Novara provvederà all'adozione di ogni adempimento al fine di fornire al personale dipendente apparati digitali tecnologici adeguati alla prestazione di lavoro richiesta ovvero:

- Acquistando beni e progettando nuovi sistemi informativi nonché servizi informatici idonei a consentire l'accesso da remoto ad applicativi aziendali, dati e informazioni necessarie, nel rispetto della legge 20 maggio 1970, n. 300, del d.lgs. 9 aprile 2008, n.81 e della legge 22 maggio 2017, n.81.
- Assicurando un adeguato livello di sicurezza informatica per la protezione delle proprie reti.
- Promuovendo, anche attraverso la diffusione di apposite linee guida, una responsabile consapevolezza in capo ai lavoratori sull'uso sicuro degli strumenti, con particolare riguardo a quelli erogati tramite fornitori di servizi in *cloud*.

È altresì possibile che, in mancanza di dotazione aziendale, il dipendente sia autorizzato dall'Azienda a svolgere il lavoro agile, tramite l'utilizzo di strumenti di informatica di proprietà del dipendente stesso, garantendo tuttavia tutte le precauzioni necessarie e in linea con la normativa vigente sulla sicurezza dei dati.

### *La Riservatezza dei Dati*

Come anche previsto dall'art. 4, lett. a), n. 3, D.L. 30 giugno 2022, n. 132, uno dei principali obblighi del lavoratore agile è sicuramente garantire la più assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni che vengono trattate nello svolgimento della prestazione in lavoro agile.

L'Azienda si assicurerà che tutti i dipendenti siano a conoscenza dell'importanza legata alla protezione delle informazioni riservate tramite la condivisione di un'informativa contenente le policy sul corretto utilizzo degli strumenti informatici forniti dall'Amministrazione, nel rispetto della riservatezza e degli obblighi di cui al Regolamento UE 2016/679 e del d.lgs. n. 30 giugno 2003, n. 196, nonché delle apposite prescrizioni e istruzioni impartite dall'Azienda in qualità di Titolare del Trattamento.

In particolare, il dipendente dovrà:

- collegarsi alla rete aziendale impedendo l'accesso ai soggetti non autorizzati (ad esempio: coniuge, conviventi, familiari);
- conservare le credenziali di accesso con diligenza e riservatezza onde evitarne la conoscibilità da parte di soggetti non autorizzati, inserendole ogni volta che si effettua l'accesso al sistema. Non è possibile memorizzarle per effettuare il login automatico;
- non utilizzare dispositivi esterni di memorizzazione (ad esempio: chiavetta USB, hard disk esterni o preso aree di storage in *cloud* pubblico);

In caso di rischio di violazione di dati sensibili, il dipendente è tenuto a darne immediata comunicazione, segnalando tempestivamente qualunque evento concernente una possibile violazione al Titolare del Trattamento secondo quanto stabilito dalle direttive aziendali nonché sulla base degli obblighi derivanti dal Regolamento UE 2016/679.

Eventuali impedimenti tecnici allo svolgimento dell'attività lavorativa devono essere tempestivamente comunicati via e-mail alla S.C. Sistemi Informativi all'indirizzo [helpdesk.si@maggioreosp.novara.it](mailto:helpdesk.si@maggioreosp.novara.it) affinché venga attivata la soluzione al problema e venga prestata idonea assistenza tecnica. Qualora non sia possibile risolvere prontamente il problema, il lavoratore e il suo diretto responsabile concorderanno le modalità di completamento della prestazione ivi compreso, ove possibile, il rientro del dipendente nella sede di lavoro per la parte residua della prestazione giornaliera.

Se il problema si protrae, la prestazione lavorativa in regime agile viene sospesa fino alla sua risoluzione.

### SEZIONE 3.3 - PIANO TRIENNALE DEL FABBISOGNO DI PERSONALE

La programmazione e la definizione del proprio bisogno di risorse umane avviene sulla base degli obiettivi istituzionali e di performance organizzativi, delle linee evolutive che l'Azienda intende perseguire, tenendo conto dei fabbisogni espressi e della dinamica delle cessazioni previste.

Ciò porta a costruire il Piano Triennale del Fabbisogno del Personale (PTFP) che rappresenta il limite quantitativo della capacità assunzionale per ciascun anno, nel rispetto del tetto di spesa imposto dalla Regione Piemonte, alla quale il PTFP 2022-2024 è stato inviato per l'approvazione.

Una volta ottenuta autorizzazione regionale, il PTFP sarà adottato con deliberazione del Direttore Generale.

La proposta formulata dalla Direzione Strategica è la seguente:

#### Consistenza di personale

inquadramento	Dotazione organica (personale dipendente ordinario) 2022	Dotazione organica (personale dipendente ordinario) 2023	Dotazione organica (personale dipendente ordinario) 2024
<b>Area Sanità – dirigenza medica</b>			
medico - direttore di struttura complessa	42	45	45
medico	538	570	578
<b>TOTALE</b>	<b>580</b>	<b>615</b>	<b>623</b>
<b>Area Sanità – dirigenza non medica</b>			
odontoiatra	3	3	3
fisico - direttore di struttura complessa	1	1	1
fisico	11	11	11
chimico	2	2	2
biologo	16	18	18
farmacista direttore di struttura complessa	1	1	1
farmacista	9	11	11
psicologo	9	8	8
direttore professioni sanitarie	1	1	1
dirigente professioni sanitarie	3	4	4
assistente sociale dirigente	1	1	1

<b>TOTALE</b>	<b>57</b>	<b>61</b>	<b>61</b>
<b>Comparto - Ruolo sanitario</b>			
Infermiere senior	37	31	31
infermiere	1106	1164	1184
infermiere pediatrico	27	27	27
infermiere generico senior	2	1	1
ostetrica senior	1	1	1
ostetrica	63	63	63
fisioterapista senior	2	1	1
ortottista senior	1	1	1
logopedista senior	1	1	1
fisioterapista	35	35	35
ortottista	3	3	3
logopedista	8	6	6
terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva	1	1	1
terapista occupazionale	4	3	3
podologo	1	1	1
massofisioterapista esperto	1	1	1
tecnico sanitario di radiologia medica senior	7	5	5
tecnico sanitario di radiologia medica	99	105	105
tecnico sanitario di laboratorio biomedico senior	4	4	4
tecnico sanitario di laboratorio biomedico	109	117	117
tecnico di neurofisiopatologia	8	7	7
tecnico audiometrista	2	2	2
tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare senior	1	1	1
tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare	6	6	6
dietista senior	1	1	1
dietista	6	7	7
tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro	4	4	4
assistente sanitario senior	1	1	1
igienista dentale	2	2	2

<b>TOTALE</b>	<b>1543</b>	<b>1602</b>	<b>1622</b>
<b>Comparto - Ruolo sociosanitario</b>			
assistente sociale	2	2	2
operatore socio sanitario	347	456	456
<b>TOTALE</b>	<b>349</b>	<b>458</b>	<b>458</b>
<b>Ruolo professionale (dirigenza e comparto)</b>			
ingegnere - direttore s.c.	1	1	1
Ingegnere dirigente	1	2	2
assistente religioso	1	1	1
<b>TOTALE</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>4</b>
<b>Ruolo tecnico (dirigenza e comparto)</b>			
dirigente analista	1	1	1
collaboratore tecnico professionale	15	21	21
assistente tecnico	21	16	16
operatore tecnico specializzato	25	24	24
operatore tecnico/OTA	60	60	60
ausiliario specializzato	30	28	28
<b>TOTALE</b>	<b>152</b>	<b>150</b>	<b>150</b>
<b>Ruolo amministrativo (dirigenza e comparto)</b>			
dirigente amministrativo - direttore di struttura complessa	4	4	4
dirigente amministrativo	9	6	6
collaboratore amministrativo professionale	45	45	45
assistente amministrativo	108	106	106
coadiutore amministrativo senior	62	91	91
coadiutore amministrativo	69	65	65
commesso	6	6	6
<b>TOTALE</b>	<b>303</b>	<b>323</b>	<b>323</b>
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>	<b>2987</b>	<b>3213</b>	<b>3241</b>



## Programmazione strategica delle risorse umane

Alla luce di tale programmazione sono valutate le richieste di reclutamento del personale avanzate dai direttori di struttura e sono autorizzate della Direzione Strategica aziendale secondo principi di efficienza ed economicità. 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, permette di arrivare all'assunzione dei professionisti con tempistiche solitamente ridotte. In casi di urgenza motivata dal mantenimento delle attività, per non incorrere in interruzione di servizio pubblico e nelle more di concorso, l'azienda ricorre all'emanazione di avvisi per incarichi 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 le rispettive discipline normative, assicurando in tal modo un grado di flessibilità utile per rispondere a specifiche e contingenti necessità di personale.

Come è possibile constatare dalla tabella sopra riportata, nel triennio si auspica un incremento del personale medico (soprattutto nelle discipline ove è maggiormente critico il reperimento di risorse), del personale infermieristico, tecnico sanitario e socio-sanitario che sono i settori attualmente in sofferenza.

Ciò dovrebbe essere reso possibile dalla graduale integrazione dell'incremento del tetto di spesa del personale, come indicato dalla Regione Piemonte con propria DGR n. 46-6202 del 7 dicembre 2022. Nel triennio di riferimento si porteranno a compimento le procedure di stabilizzazione già intraprese per il personale assunto a tempo determinato con la qualifica di Operatore Socio Sanitario per fronteggiare l'emergenza sanitaria da Covid-19 e che verranno estese al personale infermieristico di cui è già stato verificato il possesso dei requisiti.

### Formazione del personale

È noto come le organizzazioni sanitarie siano, nel panorama aziendalistico, le più complesse per una serie di ragioni tra cui la necessità di erogare servizi senza alcuna interruzione sulle 24 ore, la delicatezza dei servizi che sono dedicati alla salute della persona, la coesistenza di strutture con caratteristiche differenti e la conseguente coesistenza di professionalità diverse, sia nell'ambito medico-sanitario che nell'ambito economico, giuridico, tecnico e amministrativo.

Peculiare elemento di complessità è la compresenza di diverse tipologie professionali, ciascuna con caratteristiche diverse e con autonomie diverse, date dal legame con i rispettivi ordini professionali e con i rispettivi regimi di responsabilità a cui si aggiunge l'Università e la presenza di personale docente.

Tutto ciò porta l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Novara, come in parte tutte le aziende ospedaliere, a prestare la massima attenzione agli aspetti della formazione, non solo ponendosi al servizio del sistema ECM, nell'ambito dell'organizzazione regionale dei servizi, come provider formativo accreditato, ma anche facendosi promotore di iniziative formative che riguardino tutte le professioni presenti, nessuna esclusa.

Il fattore *“formazione e aggiornamento professionale”* ricopre quindi un ruolo di primaria importanza, dovuto al fatto che le risorse umane costituiscono il primo fattore produttivo e il più importante dal punto di vista strategico per un'azienda, ancorché quello più difficile da governare.

Se si vuole migliorare l'outcome sanitario complessivo, se si vuole monitorare la performance delle strutture in termini qualitativi, risulta essenziale lavorare sul capitale umano e sull'accrescimento delle conoscenze e sulla condivisione delle stesse in un'ottica collaborativa interdisciplinare.

Queste sono le ragioni per le quali l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Novara, struttura hub per il quadrante nord orientale, intende aumentare gli investimenti strategici nella formazione e nell'aggiornamento professionale.

La prospettiva per i prossimi anni non è solo mantenere il ruolo già acquisito come punto di riferimento nell'ambito del sistema ECM regionale, ma migliorare sempre di più la qualità delle attività didattiche e formative.

L'obiettivo per i prossimi 3 anni è un sensibile incremento, rispetto al passato, delle risorse destinate alle attività formative, nell'ordine del 5% annuo, cercando di allineare gli investimenti alla misura prevista dal CCNL Comparto Sanità 2019/2021 firmato il 02/11/2022 (pari all'1% del monte salari lordo annuo).

Altro obiettivo è fornire iniziative formative sempre più orientate al rafforzamento e all'aggiornamento delle hard skills ma, contemporaneamente, tese a valorizzare e sviluppare le soft skills, cioè tutte le competenze di natura "relazionale" che non si acquisiscono durante il percorso "scolastico/universitario" ma che consentono alle figure professionali interessate l'esercizio di attività di problem solving necessaria all'adeguamento delle strutture sanitarie alle mutevoli esigenze dei pazienti e allo sviluppo della ricerca scientifica e tecnologica.

In particolare la S.S. Formazione raccoglie al suo interno competenze amministrative ma anche progettuali sanitarie e scientifiche data la presenza di personale appartenente alle professioni sanitarie e mediche e attraverso il Comitato Scientifico, che si riunisce mensilmente, approva il Piano Formativo (in allegato il Piano Formativo per il 2023) e valuta le iniziative proposte dai vari Responsabili di Struttura in corso d'anno sotto l'aspetto del rapporto costi/benefici, monitorando altresì in merito alla condivisione e alla circolazione delle informazioni e delle nozioni acquisite durante gli eventi formativi.

La S.S. Formazione fornisce quotidianamente attività di consulenza e informazioni a tutti i dipendenti interessati da eventi formativi, indicando i percorsi da seguire e la modulistica da utilizzare caso per caso.

L'AOU Maggiore della Carità di Novara nel corso del 2022 ha inoltre aderito al Progetto del Dipartimento della Funzione Pubblica "*Syllabus per la formazione digitale*" volto allo sviluppo delle competenze digitali delle Pubbliche Amministrazioni e rivolto in particolare al personale dei ruoli tecnico ed amministrativo, favorendone la partecipazione.

Il processo di rinnovamento e valorizzazione del capitale umano (centrale nella strategia del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza) proseguirà seguendo le recenti indicazioni della Direttiva del 23 marzo 2023 del Dipartimento della Funzione Pubblica "*Pianificazione della formazione e sviluppo delle competenze funzionali alla transizione digitale, ecologica e amministrativa promosse dal PNRR*" che ha fornito mirate indicazioni metodologiche e operative per la pianificazione, la gestione e la valutazione delle attività formative al fine di promuovere lo sviluppo delle conoscenze e delle competenze del proprio personale.

**Allegato 5\_PIANO FORMATIVO 2023**

**viene allegato al presente documento quale parte integrante e sostanziale**

## 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” - Comunicazione

L’attuazione del piano di comunicazione è sempre accompagnata da un’attività di monitoraggio e valutazione, finalizzata a misurare i risultati e gli effetti delle specifiche azioni di comunicazione e l’efficacia degli strumenti utilizzati.

Ad ogni attività e/o mezzo di comunicazione viene generalmente associato uno strumento di valutazione che appare più adatto o più affidabile in quel contesto.

L’attività di comunicazione nella AOU di Novara viene puntualmente monitorata attraverso i seguenti strumenti di verifica:

- ✓ le statistiche di accesso e di permanenza nelle pagine web del sito istituzionale
- ✓ le segnalazioni e i reclami legati alle problematiche relazionali o alla scarsa conoscenza dei servizi e delle modalità di accesso
- ✓ le risposte inerenti all’area informazione nei questionari delle indagini di customer satisfaction
- ✓ le uscite sui media a seguito dell’invio di comunicati stampa
- ✓ il risalto mediatico raggiunto da azioni di comunicazione relative a singoli eventi o progetti aziendali ecc.
- ✓ il numero di riunioni e incontri con le Associazioni di Volontariato.

L’esito delle rilevazioni viene resa nota alla direzione aziendale, tramite reportistica annuale sia nell’ambito delle attività dell’ufficio stampa, sia in quello delle attività dell’Urp ed del sistema di ascolto. Ne viene data comunicazione anche attraverso il sito internet aziendale.

### Attività di monitoraggio “Performance”

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

### Attività monitoraggio Rischi corruttivi e trasparenza

#### Corruzione

Il PNA 2022, approvato da ANAC con deliberazione 17 gennaio 2023, n. 7, dedica particolare attenzione al monitoraggio delle misure, descrivendolo come un “nuovo e particolare tipo di modello, inteso come funzionale integrato e permanente” in relazione al fatto che, secondo un’analisi dei dati sui PTPCT condotta da ANAC, è emerso che ad esso viene spesso riconosciuto un ruolo marginale nel processo di gestione del rischio perché identificata come una fase di minor rilievo.

Il monitoraggio riveste invece una fase fondamentale, nonché lo snodo cruciale del processo, volto sia a verificare l’effettiva attuazione delle misure di prevenzione programmate, sia l’effettiva capacità della strategia programmata di contenere il rischio corruttivo così da consentire ai Responsabili di introdurre eventuali misure correttive maggiormente adeguate.

L’attività di monitoraggio è impostata dal RPCT con il supporto dei referenti delle strutture tenendo conto di:

La responsabilità riguardante l'esecuzione del monitoraggio, essendo l'AOU un'amministrazione di grandi dimensioni e con elevato livello di complessità, è pianificata su due livelli: il primo in capo alla stessa struttura organizzativa che attua le misure e il secondo in capo al RPCT, finalizzato a verificare la veridicità dei dati resi in autovalutazione dai referenti.

Il primo livello va eseguito minuziosamente su quasi la totalità dei processi eseguiti in struttura, tuttavia, in una logica di gradualità progressiva, i processi e le misure da monitorare possono essere soprattutto individuati in quei processi che comporteranno, nella prospettiva anche di attuazione degli obiettivi del PNRR, l'uso di fondi pubblici, inclusi i fondi strutturati. In un'azienda complessa come l'AOU "Maggiore della Carità" di Novara, il PNA 2022 consente altresì che tale monitoraggio venga programmato e definito in percentuali ovvero criteri di campionamento delle misure da sottoporre poi a verifica in diversi momenti dell'anno (almeno 2/3 volte l'anno).

Per i referenti di strutture, sono pertanto consigliati:

- la predisposizione di schede di monitoraggio in cui indicare, per ciascuna misura, gli elementi e i dati da monitorare, al fine di verificare il grado di realizzazione delle misure riportate all'interno delle mappature, parametrato al target prefissato, nonché gli eventuali scostamenti rispetto ai risultati attesi, le cause che li abbiano determinati e le iniziative che si intendono intraprendere per correggerli;
- programmare incontri periodici e audit specifici con il RPCT, da effettuare anche in modalità telematiche in cui vengono riportati i dati ottenuti e dimostrare l'effettiva azione svolta attraverso riscontri documentali;
- utilizzare strumenti e soluzioni informatiche idonee a facilitare l'attività di monitoraggio;
- considerare, tra gli strumenti e le soluzioni informatiche idonei a facilitare l'attività di monitoraggio, la Piattaforma di acquisizione dei PTPCT messa a disposizione da ANAC. La compilazione della sezione dedicata al monitoraggio consente in particolare di schematizzare le informazioni relative allo stato di attuazione delle misure (generali e specifiche), nonché di scaricare il documento di sintesi che costituisce la base per la redazione della relazione annuale del RPCT. È infatti previsto che il RPCT Aziendale si avvalga, per la predisposizione della futura relazione annuale, delle risultanze del monitoraggio dalle quali deve emergere una valutazione del livello effettivo di attuazione delle misure contenute nella presente sezione anticorruzione del PIAO;
- raccordare in modo progressivo e graduale gli strumenti del controllo di gestione con quelli del monitoraggio delle misure di piano.
- per il monitoraggio sulle misure generali, può essere un'utile base di partenza la relazione che elaborata annualmente dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, ai sensi dell'art. 1, co. 14, della legge n. 190/2012 secondo la scheda in formato *excel* messa a disposizione da ANAC, che consente di evidenziare gli scostamenti delle misure previste rispetto a quelle attuate e di far emergere una valutazione complessiva del livello effettivo di attuazione delle misure considerate.
- tenere altresì conto del ruolo attivo che hanno gli *stakeholder* e la società civile i quali, in quanto portatori di interessi rilevanti, potranno sempre presentare osservazioni e segnalare eventuali criticità al referente aziendale, che avrà in conseguenza, il dovere di apportare, qualora necessario, gli opportuni correttivi e integrazioni alle misure per la riduzione del rischio.

Il secondo livello può avvenire anche attraverso un campionamento delle misure da sottoporre al vaglio del Responsabile della prevenzione della corruzione da eseguirsi anche con il coinvolgimento dei dirigenti delle aree di competenza e l'eventuale supporto dell'Organismo Indipendente di

Valutazione (O.I.V.), tenendo conto anche degli esiti del monitoraggio sulla trasparenza ed integrità dei controlli interni (art. 14, comma 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009) e degli altri monitoraggi utili a tale fine.

Misura fondamentale è l'approvazione di *regolamenti* che disciplinino compiutamente le singole attività, al fine di creare un assetto ordinato, riducendo non solo la discrezionalità amministrativa ma anche, conseguentemente, il rischio corruttivo.

### Trasparenza

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

- Individuazione dei Dirigenti Responsabili della detenzione dei dati;
- 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

Il monitoraggio sugli obblighi di pubblicazione si connota per essere:

- un controllo successivo: in relazione alla loro gravità, il Responsabile PCT segnala i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi agli organi/soggetti competenti;
- relativo a tutti gli atti pubblicati nella sezione Amministrazione Trasparente (il monitoraggio, deve infatti riguardare anche la pubblicazione di dati diversi da quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria ("dati ulteriori") soprattutto ove concernano i processi PNRR;
- totale e non parziale;
- programmabile su più livelli, di cui: un primo livello ai referenti delle strutture in autovalutazione con cadenza, un secondo livello, di competenza del RPCT a cadenza semestrale con controlli *random* aggiuntivi non programmati.

Il PNA 2022, pubblicato con delibera del 17 gennaio 2023, n. 7, prevede altresì l'inserimento, nella tabella degli obblighi di pubblicazione (all. 4), delle tempistiche in ordine alle quali vadano eseguite le pubblicazioni: l'AOU "Maggiore della Carità" ritiene che un provvedimento, oggetto di pubblicazione obbligatoria nella sezione "trasparenza", immediatamente esecutivo, vada pubblicato entro e non oltre i 15 giorni dalla sua approvazione definitiva. Il rispetto di tali termini rimane in capo al Responsabile della pubblicazione specifica, designato nella tabella dell'allegato 4.

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

Nell'ambito dell'Accordo tra Responsabile e lavoratore devono essere indicati gli obiettivi da raggiungere e gli indicatori utilizzati per valutare gli obiettivi raggiunti.

Il lavoro agile è infatti strettamente correlato con il lavoro per obiettivi che dovranno necessariamente essere specifici, misurabili, raggiungibili, importanti e definiti temporalmente.

Nell'accordo, occorre indicare anche le modalità di verifica che il dirigente intende adottare (report, relazione ect).

Per quanto riguarda gli indicatori, occorre distinguere:

- gli indicatori sullo stato di implementazione del lavoro agile all'interno dell'Amministrazione:

DIMENSIONI	ESEMPI DI INDICATORI SULLO STATO DI IMPLEMENTAZIONE DEL LAVORO AGILE
QUANTITÀ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• % lavoratori agili effettivi / lavoratori agili potenziali</li> <li>• % giornate lavoro agile / giornate lavorative totali</li> </ul>
QUALITÀ PERCEPITA	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ % dirigenti/posizioni organizzative soddisfatte del lavoro agile dei propri collaboratori</li> <li>▪ % dipendenti in lavoro agile soddisfatti</li> <li>▪ soddisfazione per genere: % donne soddisfatte % uomini soddisfatti</li> <li>▪ soddisfazione per età: % dipendenti sopra i 60 anni soddisfatti; % dipendenti sopra i 50 anni soddisfatti; ecc.</li> <li>▪ soddisfazione per situazione familiare: % dipendenti con genitori anziani, soddisfatti; % dipendenti con figli, soddisfatti; ecc.</li> </ul>