



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

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

***2024 -2026***

## 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)
5. il Piano Azioni Positive

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 ANAGRAFICA 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 Azioni Positive*
  - *Piano triennale del Fabbisogno del Personale*
- **MONITORAGGIO** *pag. 67*

***Ogni norma, regolamento, disposizione che dovesse intervenire dopo l'approvazione del presente Piano sarà oggetto di integrazione dello stesso.***

## 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.

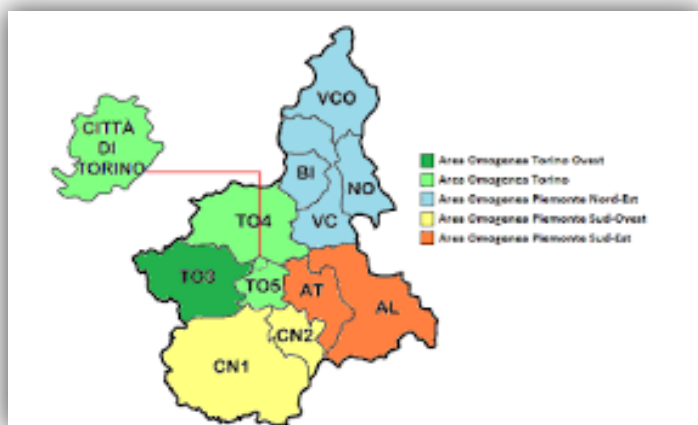
### **Il contesto territoriale**

L’Area Omogenea di Programmazione ex DM 70/2015 (così come identificata con DGR 1-600 del 19/11/2014 e s.m.i) rappresenta il bacino di garanzia per il soddisfacimento del bisogno del cittadino di prestazioni specialistiche. L’Area Omogenea Piemonte Nord-Est 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 828.680 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 (dati popolazione residente al 31.12.2022 provvisori da stima ISTAT).

ASL	Totale residenti	% sul totale area
Biella	161.470	19%
Vercelli	162.454	20%
VCO	163.657	20%
Novara	341.099	41%
<b>AREA</b>	<b>828.680</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 341.099 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 162.454 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 161.470 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 110.600
- *distretto Cossato*: comprende 23 Comuni con un numero complessivo di abitanti pari a 50.870

### ASL VCO

L'ASL VCO Verbano-Cusio-Ossola opera su un territorio di circa 2.332,32 kmq, per il 96% montani, ha una densità abitativa media di 73 abitanti/Kmq e comprende 81 Comuni, distribuiti in maniera disomogenea sul territorio del Verbano, Cusio ed Ossola, per un totale di abitanti pari a 163.657. L'ASL VCO è costituita da un unico Distretto sanitario.

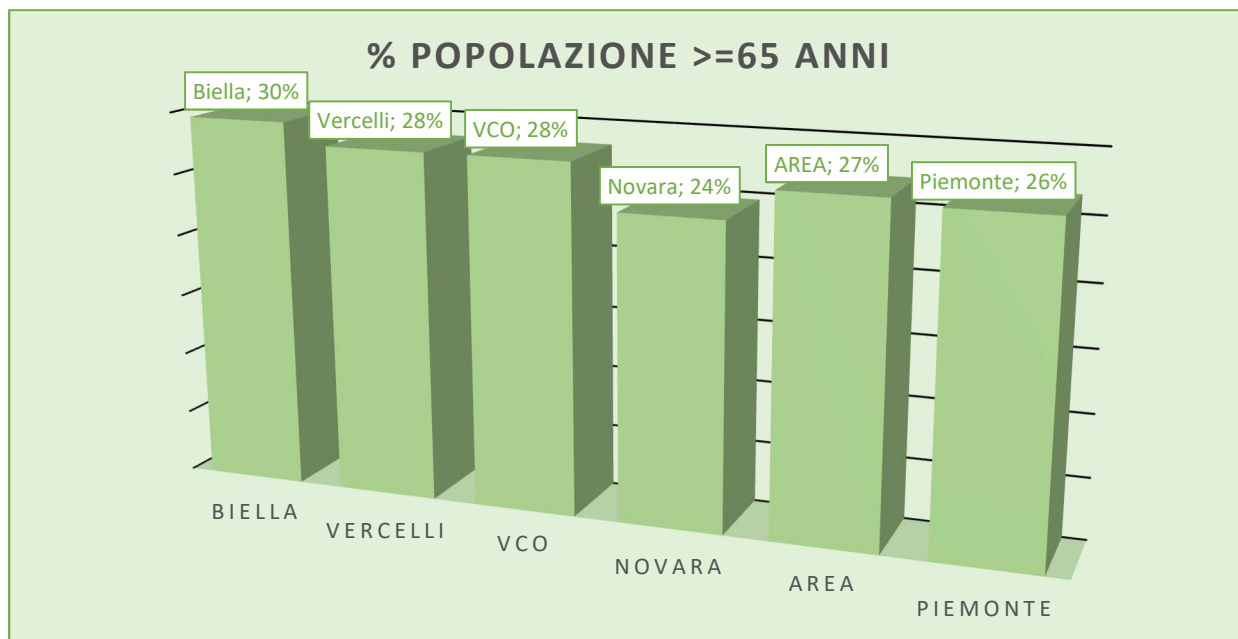
### **La Popolazione assistita**

Nell'Area Omogenea Piemonte Nord Est, al 31.12.2022, gli ultrasessantacinquenni risultano 222.875 pari al 27% della popolazione residente (in Regione Piemonte sono pari al 26% dei residenti), suddivisi in veri anziani (75-84enni) 10% della popolazione e grandi anziani (ultra 85enni) 5% della popolazione. Sul territorio di riferimento per l'AOU la popolazione anziana ha un'incidenza maggiore

rispetto alla media regionale la fascia oltre 85 anni. Le percentuali sono maggiori nelle ASL con territori montani Biella, Vercelli e VCO. L'ASL Novara ha una 5 inferiore di popolazione compresa tra i 75 e 84 anni.

	TOTALE	% >=65	% 75-84	% oltre 85
Biella	161.470	30%	11%	5%
Vercelli	162.454	28%	10%	5%
VCO	163.657	28%	10%	5%
Novara	341.099	24%	9%	4%
<b>AREA</b>	<b>828.680</b>	<b>27%</b>	<b>10%</b>	<b>5%</b>
Piemonte	4.240.736	26%	10%	4%





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 183.731 unità (-4,2%). Nel territorio dell'Area Omogenea si riscontra un calo di poco superiore a quello regionale pari al -4,4% (-38.427 residenti) con riduzioni maggiori della media regionale nelle ASL BI (-11.165 unità, -6,5%), ASL VC (-10.855 unità, -6,3%) e ASL VCO (-7.733 unità, -4,5%). L'unica con un calo più contenuto rispetto alla media della regione è ASL NO (- 8.674 unità, -2,5%). Dal confronto, inoltre, emergenze una popolazione sempre più anziana con una percentuale di ultra sessantacinquenni (assistiti ad alta incidenza clinica, assistenziale e farmacologica) in aumento in Regione di 38.281 unità (+3,54%), e più marcata nell'Area Omogenea con 8.492 unità pari al +3,96%. Incrementi superiore alla media della regione risultato le popolazioni dei territori dell'ASL NO (+6,52%) e ASL VCO (+5,44%). In aumento ma con un valore inferiore alla media regionale risulta l'ASLBI (+2,69%) mentre l'ASLVC rimane praticamente costante (-0,53 %).

ASL		Popolazione residente al 31.12.2004			Popolazione residente al 31.12.2022 (provvisorio)			Scostamento 2022-2004		
		< 65 anni	>= 65	TOTALE	< 65 anni	>= 65	TOTALE	< 65 anni	>= 65	TOTALE
ASL BI	num ab.	125.889	<b>46.746</b>	172.635	113.465	<b>48.005</b>	161.470	<b>-12.424</b>	<b>1.259</b>	<b>-11.165</b>
	% su totale	<b>72,90%</b>	<b>27,10%</b>		<b>70,27%</b>	<b>29,73%</b>		<b>-9,87%</b>	<b>2,69%</b>	<b>-6,5%</b>
NO	num ab.	271.446	<b>78.327</b>	349.773	257.667	<b>83.432</b>	341.099	<b>-13.779</b>	<b>5.105</b>	<b>-8.674</b>
	% su	<b>77,60%</b>	<b>22,40%</b>		<b>75,54%</b>	<b>24,46%</b>		<b>-5,08%</b>	<b>6,52%</b>	<b>-2,5%</b>

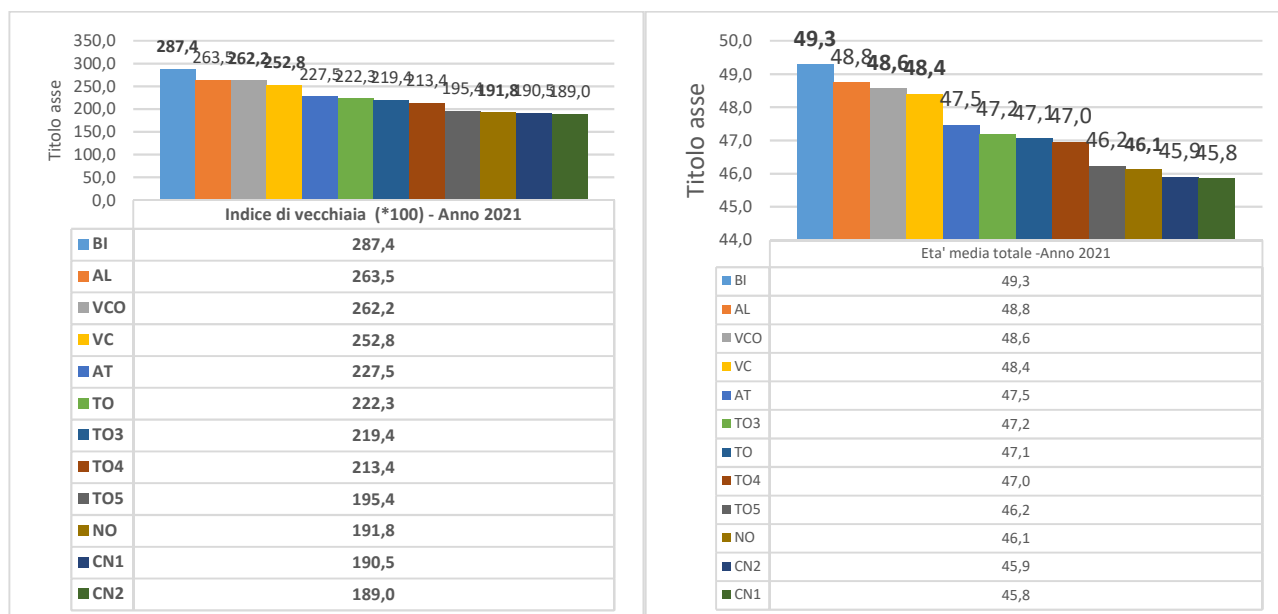


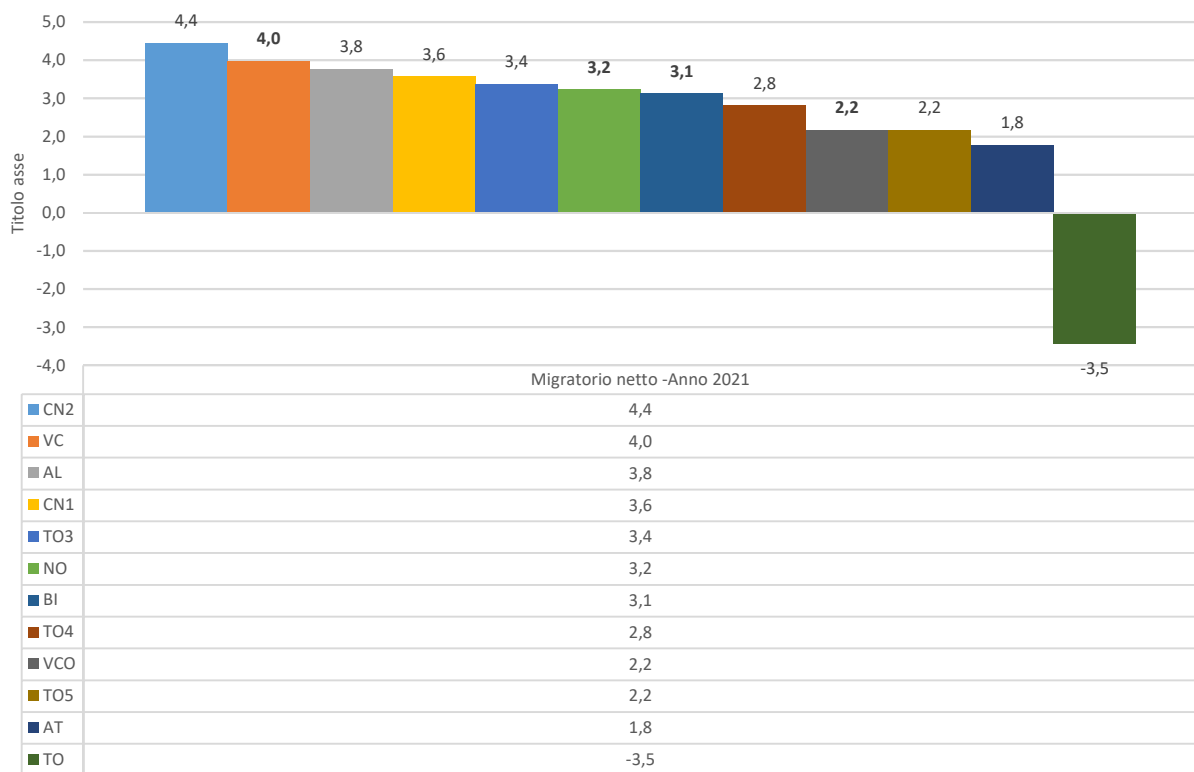
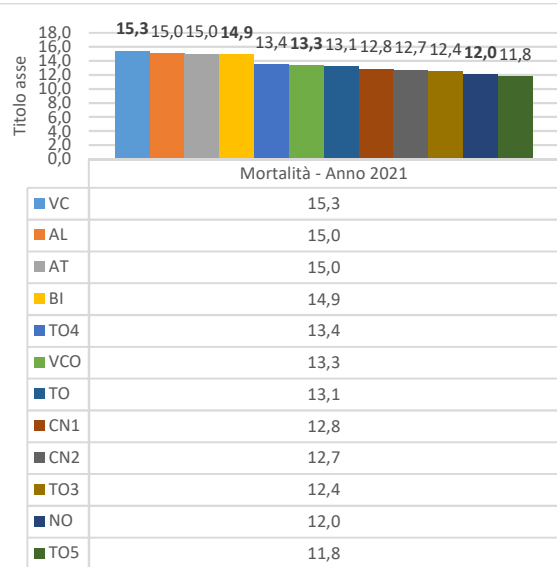
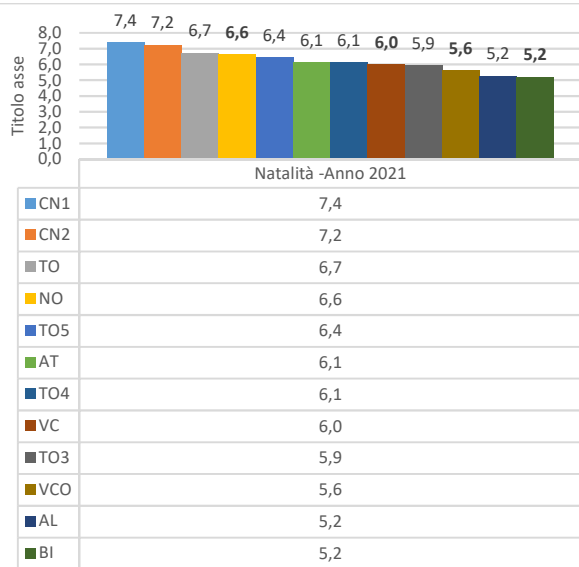
		Popolazione residente al 31.12.2004			Popolazione residente al 31.12.2022 (provvisorio)			Scostamento 2022-2004		
ASL		< 65 anni	>= 65	TOTALE	< 65 anni	>= 65	TOTALE	< 65 anni	>= 65	TOTALE
	<b>totale</b>									
VC	num ab.	127.522	<b>45.787</b>	173.309	116.908	<b>45.546</b>	162.454	<b>-10.614</b>	<b>-241</b>	<b>-10.855</b>
	% su totale	73,60%	<b>26,40%</b>		<b>71,96%</b>	<b>28,04%</b>		<b>-8,32%</b>	<b>-0,53%</b>	<b>-6,3%</b>
VCO	num ab.	127.867	<b>43.523</b>	171.390	117.765	<b>45.892</b>	163.657	<b>-10.102</b>	<b>2.369</b>	<b>-7.733</b>
	% su totale	74,60%	<b>25,40%</b>		<b>71,96%</b>	<b>28,04%</b>		<b>-7,90%</b>	<b>5,44%</b>	<b>-4,5%</b>
AREA	num ab.	<b>652.724</b>	<b>214.383</b>	<b>867.107</b>	<b>605.805</b>	<b>222.875</b>	<b>828.680</b>	<b>-46.919</b>	<b>8.492</b>	<b>-38.427</b>
	% su totale	<b>75,30%</b>	<b>24,70%</b>		<b>73,10%</b>	<b>26,90%</b>		<b>-7,19%</b>	<b>3,96%</b>	<b>-4,4%</b>
Regione	num ab.	<b>3.341.927</b>	<b>1.082.540</b>	<b>4.424.467</b>	<b>3.119.915</b>	<b>1.120.821</b>	<b>4.240.736</b>	<b>-222.012</b>	<b>38.281</b>	<b>-183.731</b>
	% su totale	<b>75,50%</b>	<b>24,50%</b>		<b>73,57%</b>	<b>26,43%</b>		<b>-6,64%</b>	<b>3,54%</b>	<b>-4,2%</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);

Gli indicatori riportati nei seguenti grafici si riferiscono all'anno 2021 e rappresentano indice di natalità, età media, natalità, mortalità e migratorio netto.



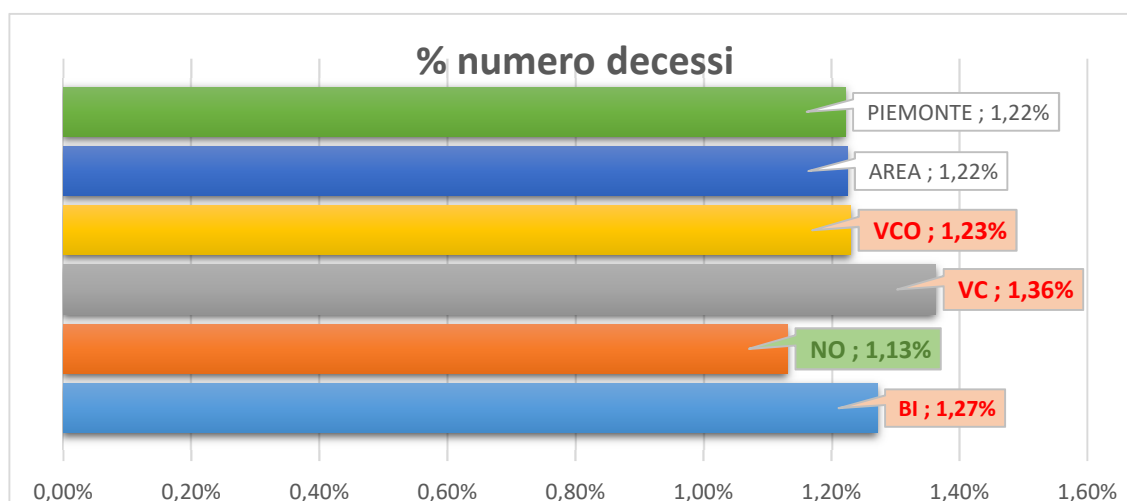


### Mortalità generale e per causa

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	166.456	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	166.512	1,36%
VCO	949	1.103	2.052	166.826	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'ASL VC (36,45%) e l'ASL VCO (35,72%).

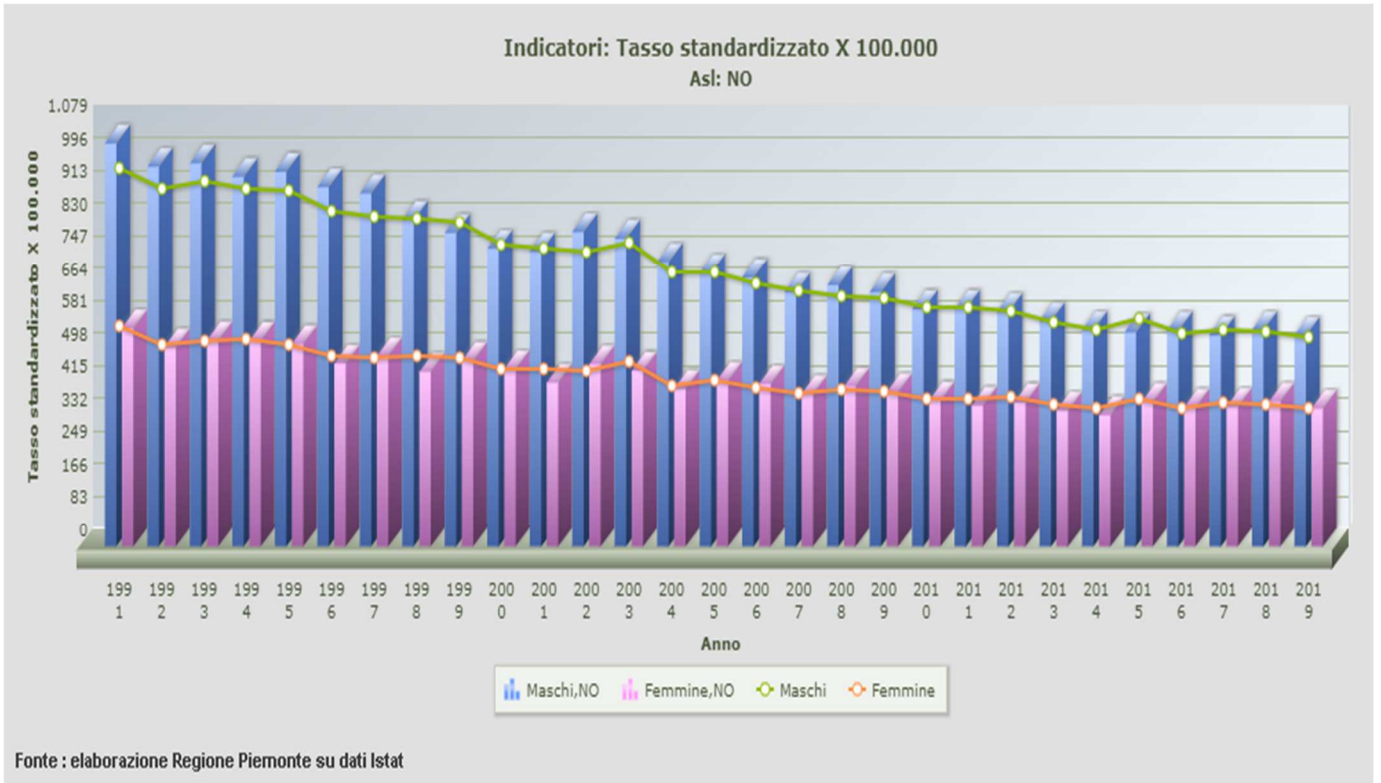
La seconda causa di morte è rappresentata dai tumori maligni (29,38%) con un'incidenza superiore al dato regionale (26,73%) per ASL BI (37,05%), ASL NO (28,48%) e ASL VCO (28,17%).

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	<b>1,27%</b>	723	34,17%	<b>0,43%</b>	784	<b>37,05%</b>	<b>0,47%</b>
NO	343.845	3.890	1,13%	1.299	33,39%	0,38%	1.108	<b>28,48%</b>	0,32%
VC	166.512	2.269	<b>1,36%</b>	827	<b>36,45%</b>	<b>0,50%</b>	564	24,86%	<b>0,34%</b>
VCO	166.826	2.052	<b>1,23%</b>	733	<b>35,72%</b>	<b>0,44%</b>	578	<b>28,17%</b>	<b>0,35%</b>
<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 100.0000 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.







## 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 sovraregionale 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.

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, al 31.12.2022 e al 31.10.2023(Fonte ARPE)

AREA	31.12.2021			31.12.2022			31.10.2023		
	DH/ DS	Ricoveri ordinari	TOT	DH/ DS	Ricoveri ordinari	TOT	DH/ DS	Ricoveri ordinari	TOT
Area chirurgica	33	170	203	33	161	194	32	169	201
Area materno-infantile	9	84	93	7	80	87	7	80	87

AREA	31.12.2021			31.12.2022			31.10.2023		
	DH/ DS	Ricoveri ordinari	TOT	DH/ DS	Ricoveri ordinari	TOT	DH/ DS	Ricoveri ordinari	TOT
Area medica	46	246	292	44	227	271	44	205	249
Area non acuzie	7	14	21	7	16	23	7	21	28
Area psichiatria	1	12	13	1	12	13	1	12	13
Area urgenze		44	44		42	42		42	42
Altro (DH multispec, LP..)	10	1	11	10	1	11	10	1	11
<b>Totale complessivo</b>	<b>106</b>	<b>571</b>	<b>677</b>	<b>102</b>	<b>539</b>	<b>641</b>	<b>101</b>	<b>530</b>	<b>631</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 richiesto l'adozione del bilancio di Previsione 2024 ma non sono pervenuti ad oggi gli obiettivi assegnati al Direttore Generale è risultato oggettivamente complesso fare previsioni triennali su diversi aspetti.

Pertanto la definizione della performance da maggior rilievo alla pianificazione annuale e gli obiettivi dell'Azienda Ospedaliera Universitaria individuati risultano coerenti con gli obiettivi regionali del 2023 (DGR n. 11-7385 del 3 agosto 2023), 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 11-7385 del 3 agosto 2023

Tabella Sintesi obiettivi assegnati dalla regione con DGR n. 11-7385 del 3 Agosto 2023

	Obiettivo	Indicatore	Valore atteso dell'obiettivo
<b>A. TEMPI PAGAMENTI</b>	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
<b>1. Gestione della spesa</b>	<b>1.1 Efficientamento</b>	1.1.1 Trasmissione attestazione aziendale sul disavanzo economico atteso e pianificazione degli obiettivi di efficientamento aziendale, con relativo monitoraggio di attuazione.	Trasmissione di una attestazione - utilizzando il modello che verrà comunicato con specifica nota da Regione - che illustri le motivazioni delle perdite d'esercizio, la contestuale assenza di misure di riorganizzazione dei processi produttivi aziendali attivabili per perseguire l'obiettivo di equilibrio economico-finanziario <b>entro il 10 settembre</b> . L'attestazione dovrà anche illustrare ogni utile misura di riorganizzazione dei processi produttivi aziendali che sottostanno alla erogazione delle singole tipologie di prestazioni sanitarie e sociosanitarie ed aggiornamento del preventivo economico che tenga conto dei recenti atti/provvedimenti regionali in materia di ADI (es. DGR n. 13-7239 del 17 luglio 2023).
		1.1.2 Nomina Energy Manager. Definizione e sviluppo azioni finalizzati a promuovere il risparmio energetico.	Relazione aziendale predisposta dall'energy manager aziendale, che indichi le azioni identificate (avviate e da avviare) per promuovere il risparmio energetico) <b>entro il 10 settembre 2023</b>
	<b>1.2 - Assistenza farmaceutica appropriatezza prescrittiva</b>	1.2.1 Spesa indotta dalla propria attività prescrittrice nel 2023 (rilevata da Flusso File F ed afferente alla distribuzione diretta di tipologia 03) nel periodo <b>gennaio-dicembre 2023</b>	spesa indotta nel 2023 ≤ al valore più basso tra la spesa media indotta nel quadriennio 2019-2020-2021-2022 e la spesa indotta nel 2022.
	<b>1.3 Affidabilità dati rilevati da flussi informativi dei dispositivi medici</b>	1.3.1 Rapporto tra spesa rilevata dal Flusso Consumi di Dispositivi medici e i costi imputati a Conto Economico <b>Somma costi DM da flusso DMRP escluse CND W e Z (eccetto Z13, Z12040115 e Z12040216) / somma costi da CE (voci B.1.A.3.1 e B.1.A.3.2)</b>	<b>tra -5% e +10%</b>
		1.3.2 Rapporto tra il numero di record validi con <b>"Forma di negoziazione"</b> compilata e il numero complessivo di record validi inviati al flusso DMRPContratti <b>100 X numero record validi con "forma di negoziazione" compilata / numero record validi</b>	<b>&gt;= 95%</b> dei record inviati al flusso DMRP-Contratti nel 2023 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 2023 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.
		1.3.3 <b>Rapporto tra quantità contrattualizzata</b> rilevata dal Flusso Contratti di Dispositivi medici, distintamente per le CND J0101, P0704, P0908, e <b>quantità distribuita</b> di dispositivi medici rilevata da Flusso Consumi di dispositivi medici. Tre distinti per ASR inviante. <b>Somma quantità DM contrattualizzate nel quinquennio 2018-2022, differenziate per CND J0101, P0704, P0908 / somma quantità DM distribuite nel quinquennio 2018-2022 differenziate per CND J0101, P0704, P0908</b>	Risultato dei tre sub indicatori = 100%, con un margine di tolleranza compreso <b>tra -50% e +50%</b> (l'indicatore complessivamente è valutato positivamente solo se il risultato di tutti i tre sub indicatori è compreso nel margine di tolleranza)



	Obiettivo	Indicatore	Valore atteso dell'obiettivo
	1.4 Affidabilità dati rilevati da flussi informativi della farmaceutica	Rapporto tra i costi aziendali rilevati dal Modello di Conto Economico (CE) ed i costi aziendali rilevati dai flussi informativi della farmaceutica (DD, CO), come di seguito formulato: costi aziendali rilevati dal (CE) nella voce BA0040 - B.1.A.1.1 - Medicinali con 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 da flusso distribuzione diretta (DM 31 luglio 2007 e s.m.i.) e il flusso dei consumi ospedalieri (DM 4 febbraio 2009), tenendo conto delle eventuali note di credito	100% con uno scostamento massimo ammissibile scostamento pari al $\pm 2\%$ sul valore annuale e $\pm 5\%$ sui valori trimestrali.
2. Edilizia Sanitaria	2.1 Progetti di edilizia sanitaria	2.1 Interventi programmati e realizzati entro le tempistiche indicate in tabella: AOU MAGGIORE <b>Intervento:</b> Realizzazione di un nuovo presidio ospedaliero-DEA di II livello <b>Obiettivo</b> attività aggiudicazione gara di concessione progettazione e costruzione in project financing <u>scadenza</u> 31/12/2023	100%
3. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza	3.3 OBIETTIVO – M6C2 - Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero	3.3.1 Stipula obbligazione giuridicamente rilevante per l'impiego di almeno il 75% dell'importo assegnato per la digitalizzazione degli ospedali con sede DEA entro il 31/12/2023.	100%
		3.3.2 Adozione di un cronoprogramma di sostituzione delle Grandi Apparecchiature Sanitarie entro il T3 2023 e perseguimento del target di sostituzione del 50% della spesa finanziata entro T4 2023.	100%
		3.3.3 Stipula obbligazione giuridicamente rilevante per la realizzazione degli interventi pari al 100% degli interventi relativi all'acquisto delle Grandi Apparecchiature Sanitarie entro il 31/12/2023.	100%
	3.4 M6C2 - Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione – FSE 2.0	3.4.1 Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2023: - adeguamento tecnologico degli applicativi refertanti per il dialogo con il gateway nazionale, nel rispetto cronoprogramma condiviso con la Regione. - aggiornamento del repository relativamente alle specifiche tecniche regionali, ivi incluso l'avvio degli interventi per la gestione del processo di dematerializzazione esenzioni di patologia <b>entro il 30 settembre 2023</b> con predisposizione del cronoprogramma realizzativo. - conferimento <b>dal 1° settembre 2023 di almeno l'85%</b> dei documenti clinico sanitari nel FSE relativi a LDO, VP, LIS, RIS, AP e <b>50% per i restanti referti ambulatoriali.</b>	100%

	Obiettivo	Indicatore	Valore atteso dell'obiettivo
4. Accessibilità	4.1 Tempi di attesa. Prestazioni erogate prenotate attraverso il CUP	4.1.1 Prestazioni erogate Flusso C / Prestazioni prenotate CUP	N° Prestazioni erogate (Flusso C) nel 2023 ≤ N° Prestazioni prenotate a CUP nel 2023
	4.2 Area osteomuscolare	4.2 Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore in cui il paziente sia stato operato entro 48 ore dall'arrivo in PS (differenza tra data della procedura e data di arrivo in PS ≤ 48 ore) / Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore	Tasso aggiustato ≥ 70%
	4.3 Tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di IMA Stemi	4.3 Numero di episodi di STEMI in cui il paziente abbia eseguito una PTCA entro 90 minuti / Numero di episodi di STEMI	Tasso grezzo ≥ 60%
	4.4 Appropriately nell'assistenza al parto	4.4.1 (N° parti con cesareo primario / N° parti con nessun progresso cesareo) X 100	maternità di II livello: tasso aggiustato ≤ 20,00%
		4.4.2 coerenza tra cartella SDO e scheda CEDAP con DRG di parto da 370 a 375	100%
	4.5 Donazioni d'organo	4.5.1 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.	> 40%
		4.5.2 Opposizioni alla donazione di organi nei reparti di rianimazione afferenti al Presidio Ospedaliero/segnalazioni di morte encefalica nei reparti di rianimazione afferenti al Presidio Ospedaliero senza volontà presente nel SIT	≤ 33%
4.5.3 n° donatori di cornea n° donatori di cornea nel 2023 / totale decessi ospedalieri del 2022 fra i 5 e i 78 anni compresi.		N. 50	
5. Prevenzione	5.3 Attuazione Piano di recupero delle prestazioni di screening oncologici	5.3 COPERTURE 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 <u>per ciascuno dei tre screening oncologici (tumori della mammella, della cervice uterina e del colon retto)</u>	Valori obiettivo per tipologia screening vedere pag 45 Allegato A alla DGR 11-7385 del 3 agosto

I principali obiettivi dell'anno 2024 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 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;
- 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.

L'albero della performance, di seguito riportato, rappresenta graficamente per l'anno 2024 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	Accessibilità ai servizi e comunicazione	Migliorare la comunicazione / informazione sui servizi sanitari
	Garantire adeguati livelli produttivi	Garantire il valore di produzione atteso e il piano di recupero e abbattimento tempi di attesa
	Integrazione ospedale territorio	Dimissioni protette
INNOVAZIONE E SVILUPPO	Magazzino Unico Sanitario Area AIC3	Progetto magazzino unico per i beni sanitari
	Sistema Amministrativo Contabile unico AMCO regionale	Omogeneizzazione procedure e predisposizione Contesto
	Transizione al digitale	Progetto Nuovo SIO Digitalizzazione dei documenti
QUALITA'	Accreditamento	Certificazioni di qualità ( ISO, CNT, AIFA, JACIE, EUSOMA) e accreditamento istituzionale
	Esiti di salute	Miglioramento nella gestione e misurazione del boarding
		Nuovo Sistema di Garanzia
	Prevenzione e controllo infezioni ospedaliere	PNE – Piano Nazionale Esiti (area chirurgia, area osteomuscolare, PTCA e parti)
	Rischio Clinico	Piano Infezioni Ospedaliere 2024
Rete nazionale per la dispositivo-vigilanza		
SOSTENIBILITA' DEL SISTEMA	Cultura della legalità	Prevenzione della corruzione e dell'illegalità e amministrazione trasparente
		Tutela del diritto alla protezione dei dati personali (GDPR)
	Efficienza organizzativa	Laboratorio Unico citotossici
		Organizzazione delle attività
	Gestione Dipartimentale	Organizzazione e governo dei dipartimenti
	Razionalizzazione delle risorse	Monitoraggio spesa per il personale
		Programmazione degli investimenti
		Efficiente gestione dei contratti di fornitura
		Monitoraggio procedure assunzione
		Efficiente gestione dei budget economici assegnati
		Governo dei consumi farmaci e dispositivi medici
		Miglioramento qualità flussi informativi farmaci, dispositivi medici e adempimenti AIFA
		Monitoraggio delle attività

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

- il miglioramento dell'accessibilità ai servizi e l'umanizzazione delle cure (area strategica "ACCESSIBILITA' - CITTADINO AL CENTRO");
- il mantenimento della produzione delle prestazioni erogate, 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 (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 2024.

Tabella Obiettivi operativi anno 2024.

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
	Miglioramento dell'immagine del sito aziendale relativo agli studi clinici	Creazione pagina dedicata agli studi clinici	tutte le strutture/URE	CTC
	Predisporre un test di usabilità del sito web secondo le linee guida Agid	Proseguire con l'implementazione delle azioni di miglioramento della fruibilità del sito aziendale: presentazione del report dei risultati come da kit Agid e adozione azioni di miglioramento per almeno 2 tra i task più critici	URE/Sistemi informativi	Sistemi informativi
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 sanitarie, DSPO e DIPSA	DMPO
		Garantire l'equilibrio tra i volumi in SSN e i volumi in libera professione	Volumi SSN > volumi LP	Commissione paritetica
	Garantire il rispetto della tempistica di priorità clinica degli interventi chirurgici	Numero dei "fuori range" di Fascia 1 e Classe A: uguale a zero o inferiore al dato del 31/12/23	Strutture Chirurgiche	DMPO
	Completezza della rendicontazione attività ambulatoriali	Corretta indicazione delle prestazioni "eseguite" sul sistema CUP	Strutture mediche	Bianchini
	Corretta tenuta dei registri operatori	n° di atti operatori aperti oltre le 48h ≤ 5%	Strutture chirurgiche	DMPO
CITTADINO AL CENTRO - Integrazione ospedale territorio - dimissioni protette	Monitoraggio della degenza inappropriata per rallentata dimissione protetta	Report su degenze inappropriate	SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE AZIENDALE	DS

Area- obiettivo strategico	DESCRIZIONE OBIETTIVO	INDICATORE	STRUTTURE	Coordinamento e fonte informativa
INNOVAZIONE E SVILUPPO - Transizione al digitale - Progetto Nuovo SIO	Implementazione del nuovo SIO (o LIS o Anatomia Patologica)	utilizzo della richiesta di consulenze cliniche o diagnostiche attraverso il sistema di order entry della nuova cartella.	tutte le strutture sanitarie	Sistemi Informativi
INNOVAZIONE E SVILUPPO - Transizione al digitale - Digitalizzazione dei documenti	Migliorare flusso digitalizzazione per l'alimentazione del FSE.	% dei documenti sanitari individuati firmati digitalmente (lettera di dimissione ospedaliera, referti ambulatoriali)	tutte le strutture sanitarie	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	Liquidazione informatica stipendi e relativi oneri e ritenute tramite applicativo contabile in tempi congrui al rispetto dei termini di pagamento dei medesimi	liquidazioni firmate digitalmente da responsabile GEP (VALORE ATTESO: DAL 01/03/2024)	Gestione Economica Personale	Sistemi Informativi
	Sistema Amministrativo Contabile unico AMCO regionale	Attività a supporto della migrazione e configurazione del nuovo Sistema Amministrativo Contabile secondo pianificazione regionale	Tutte le strutture amministrative che utilizzano il sistema amministrativo contabile	DIREZIONE
QUALITA' - Accreditemento - Certificazioni di qualità ( ISO, CNT, AIFA, JACIE, EUSOMA)	Mantenimento del Sistema Qualità nei Reparti Certificati/Accreditati ISO – CNT - AIFA – JACIE - EUSOMA	Mantenimento dell'Accreditemento e Certificazioni secondo gli standard internazionali	ematologia, oncologia, dermatologia, farmacia, trasfusionale, lab. biochimica e centro prelievi, DIPSA, Clinical Trial Center - DSPO (ISO, JACIE, CNT) - Strutture coinvolte in Unità Clinica Sperimentazioni Fasi 1 (AIFA) - Strutture coinvolte nel Breast Centre (EUSOMA)	Qualità
QUALITA' - Prevenzione e controllo infezioni ospedaliere - Piano Infezioni Ospedaliere 2023	Prevenzione e controllo Infezioni Ospedaliere	Definizione e Implementazione del Piano Infezioni Ospedaliere 2024: Piano approvato in riunione DSPO e rendicontazione del Piano entro scadenza Regionale	PREVENZIONE RISCHIO INFEZIONI	DMPO
	Monitoraggio Infezioni aree critiche	Numero incontri audit su esiti monitoraggio	PREVENZIONE RISCHIO INFEZIONI	DMPO
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 effettuate/numero di eventi		
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	DMPO

Area- obiettivo strategico	DESCRIZIONE OBIETTIVO	INDICATORE	STRUTTURE	Coordinamento e fonte informativa
QUALITA' - Esiti di salute - Miglioramento nella gestione e misurazione del boarding	Miglioramento della performance del Pronto Soccorso	tempo medio di permanenza dei pazienti in PS adulto (indicatore "Durata media accesso DEA") inferiore al 31/12/2022.	MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETT. E D'URGENZA	DMPO
		tempo medio di boarding in PS adulto (indicatore "Boarding medio DEA (min)") inferiore al 31/12/2022.	MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETT. E D'URGENZA e tutte le strutture che fanno ricoveri ordinari.	DMPO
		% accessi seguiti da ricovero in PS adulto (indicatore "% accessi seguiti da ricovero") inferiore al 31/12/2022.	MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETT. E D'URGENZA	DMPO
QUALITA' - Esiti di salute - Nuovo Sistema di Garanzia	Garanzia indicatori NSG (Nuovo Sistema di Garanzia)	% ricoveri ripetuti in Psichiatria (indicatore "% Pz psych rientrati entro 30 giorni")	SPDC AOU	DMPO
		N. interventi della mammella per tumore maligno (>135) (Indicatore: Totale interventi tumore mammella incl. esterni)	Tutte le strutture che fanno parte del percorso mammella.	DMPO
QUALITA' - Esiti di salute - PNE	Area Osteomuscolare	% fratture di femore >65anni entro 48h	Ortopedia, Anestesia e Rianimazione, Radiologia	DMPO
	Tempestività interventi			
	Appropriatezza nell'assistenza al parto	% cesarei primari	Ostetricia ginecologia	DMPO
	Area chirurgica generale	% reinterventi dopo intervento conservativo per tumore della mammella	chirurgie, senologia	DMPO
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 e strutture sanitarie	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	Strutture amministrative e strutture sanitarie	GRUPPO PRIVACY
SOSTENIBILITA' DEL SISTEMA - Efficienza organizzativa - Laboratorio Unico citotossici	Implementazione del laboratorio Unico citotossici	Garantire la messa a regime del laboratorio per allestimento terapie: attuazione parte di competenza, con particolare riferimento alle terapie orali ed ai cicli sperimentali	EMATOLOGIA, ONCOLOGIA	Farmacia
SOSTENIBILITA' DEL SISTEMA - Efficienza organizzativa - Organizzazione delle attività	Miglioramento della pianificazione delle attività di reparto	aggiornamento quadrimestrale del carico di lavoro (file excel) con eventuale modulazione dell'orario degli ambulatori in caso di lista di attesa e disponibilità di ore.	strutture sanitarie	DMPO
	Aumento dell'offerta ambulatoriale per esterni	numero delle prestazioni PNGLA erogate nel corso del 2024 maggiori del 2023 per tutte le prestazioni con tempo di attesa superiore allo standard	strutture con attività ambulatoriale	DMPO
	Sostenere l'attività di Donazione Organi	Implementare attività di donazione cornee presso reparti e avviare azioni necessarie a DCD	ANESTESIA E RIA 1, DSPO	DMPO

Area- obiettivo strategico	DESCRIZIONE OBIETTIVO	INDICATORE	STRUTTURE	Coordinamento e fonte informativa
		Implementazione programma Donazione e prelievi d'organo come da Piano Regionale	strutture sanitarie	Referente aziendale
SOSTENIBILITA' DEL SISTEMA - Efficienza organizzativa - Organizzazione delle attività	Messa a regime del Board for Multidisciplinary Medicine (BIM)	Definizione di almeno tre argomenti e relativi obiettivi specifici da inserire nel Piano annuale del BIM per l'anno 2024 entro il 31/1/2024 (esempio: AKI intraospedaliera, sepsi, interazioni dei farmaci, eventi emorragici correlati alla terapia antiaggregante e anticoagulante, effetti correlati alle terapie con anticorpi monoclonali, effetti correlati alle terapie steroidee croniche, ecc.)	Strutture coinvolte nei gruppi di lavoro	DMPO
		Definizione dei Gruppi di lavoro per ciascun argomento, con il relativo referente entro il 15/2/24		DMPO
		Riunione del Board 3 volte nel corso del 2024		DMPO
		Utilizzo dell'ultimo incontro del 2024 per la presentazione dei risultati dei singoli gruppi di lavoro in plenaria		DMPO
SOSTENIBILITA' DEL SISTEMA - Razionalizzazione delle risorse - Monitoraggio delle attività	Implementare sistema di monitoraggio delle attività di Emergenza Territoriale attraverso la predisposizione di rendicontazione su interventi e trasporti per tutte le ASL di riferimento (VC,BI, VCO,NO)	Rendicontazione trasmessa alla direzione generale e alla Programmazione e controllo	Coordinamento 118	DIREZIONE
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
		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 struttura di coordinamento sovrazonale	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
<b>Area- obiettivo strategico</b>	<b>DESCRIZIONE OBIETTIVO</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>STRUTTURE</b>	<b>Coordinamento e fonte informativa</b>
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	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
		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
	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 - Razionalizzazione delle risorse - Governo dei consumi farmaci e dispositivi medici	Continuità ospedale-territorio: 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 avvii con solo una erogazione AOU (solo per alcune categorie di farmaci)	dermatologia reumatologia gastroenterologia	Farmacia
	Monitoraggio continuità ospedale-territorio	Almeno due relazioni/anno rispetto al report semestrale trasmesso dalla CFI	dermatologia reumatologia gastroenterologia cardiologia	Farmacia
		Report almeno semestrale sull'andamento clinico dei pazienti avviati ad un inibitore PCSK-9 (evolocumab, alirocumab, inclisiran)	Cardiologia e UTIC	Farmacia
	Corso aziendale su ispezioni di reparto, con particolare riferimento agli stupefacenti ed alla dispositivo-vigilanza	Partecipazione di almeno 1 dirigente medico e 1 infermiere	tutti i reparti	Formazione
Allineamento tra gestionale aziendale e giacenza reale	1 controllo al trimestre	Reparti presso i quali è attivo un conto deposito	Farmacia / Sistemi informativi	

	Monitoraggio della farmacoutilizzazione dei farmaci orali onco-ematologici SUBORDINATO ALL'ACQUISTO DEL SOFTWARE PHARMADD	Relazione semestrale rispetto al report elaborato dal S.C. Farmacia ospedaliera (VALORE ATTESO >=2)	EMATOLOGIA, ONCOLOGIA	Farmacia
	Monitoraggio trimestrale clinico e di spesa medicinali L. 648/96	Completezza compilazione della scheda di rilevazione	Farmacia e tutti i reparti che usano medicinali del L648/96	Farmacia
<b>Area- obiettivo strategico</b>	<b>DESCRIZIONE OBIETTIVO</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>STRUTTURE</b>	<b>Coordinamento e fonte informativa</b>
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	Sistemi Informativi
		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
		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
		Allineamento flussi obiettivi DG: monitoraggio rispetto condizioni contrattuali INDICATORE numero ordini evasi nei tempi previsti/numero ordini emessi	COORDINAMENTO GESTIONE ACQUISTI, GEC, TECNOLOGIE BIOMEDICHE	Responsabile del servizio acquirente, in collaborazione con GEF
		Allineamento flussi obiettivi DG: verifica correttezza dati fatture (come da indicazioni Ministeriali) INDICATORE numero fatture corrette/fatture pagate	COORDINAMENTO GESTIONE ACQUISTI, GEC, TECNOLOGIE BIOMEDICHE	Responsabile del servizio acquirente, in collaborazione con GEF
	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 / Sistemi informativi
	Collaborazione con il Gruppo di Lavoro aziendale deputato alla validazione delle richieste di DM	garantire la codifica in linea con le indicazioni ministeriali e regionali	Servizi amministrativi GEC GECFF e Farmacia	Gruppo aziendale dispositivi medici
	Completezza del ciclo di somministrazione delle terapie prescritte tramite OK-DH o nuovo applicativo Log-80	Garantire la corretta implementazione del file F, secondo le indicazioni fornite dalla S.C. Farmacia	EMATOLOGIA, ONCOLOGIA, NEUROLOGIA, OCULISTICA	Farmacia

## SEZIONE 2.3 - RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

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”* – emanati in base a quanto disposto dai commi 5 e 6 del D.L. 9 giugno 2021, n. 80 – hanno stabilito che il Piano Triennale Aziendale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT), già previsto e disciplinato dalla L. 6 novembre 2012, n. 190, venisse inserito all’interno del PIAO, nella presente sezione di programmazione 2.3 denominata *“rischi corruttivi e trasparenza”* dedicata alle *“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 sono state inoltre fornite direttamente dall’Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) con deliberazione del 17 gennaio 2023, n. 7, in cui una parte generale del Piano Nazionale Anticorruzione 2022 era volta a supportare i RPCT e le amministrazioni nella pianificazione delle misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza. L’Autorità ha successivamente provveduto, con deliberazione n. 605 del 19 dicembre 2023, ad emanare un aggiornamento del Piano Nazionale Anticorruzione, alla luce delle nuove normative (si veda ad esempio il Nuovo codice degli appalti, d.lgs. 31 marzo 2023, n. 36 che, oltre alle novità in ambito di procedure e gare, ha abrogato il co. 32, art. 1, L. 6 novembre 2012, n. 190, andando a modificare tutte le modalità di pubblicità, pubblicazione e trasparenza di atti e provvedimenti delle varie fasi della gara. Anche il nuovo d.lgs. 10 marzo 2023, n. 24 incide in maniera determinate nella disciplina della prevenzione della corruzione, andando a implementare e rafforzare la protezione e la tutela del soggetto che segnala violazioni delle disposizioni normative nazionali e del diritto dell’Unione, c.d. *“whistleblower”*).

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.

Resta inoltre particolarmente attenzionato il *“monitoraggio”* sull’attuazione di quanto programmato e sulla vera applicazione delle misure di prevenzione al fine di contenere rischi e criticità che, anche con l’emanazione del nuovo codice degli appalti, d.lgs. 31 marzo 2023, n. 36, restano certamente vivi sia nella fase di affidamento che in fase di esecuzione.

Va inoltre ricordato che, come anche sottolineato dal Presidente di ANAC, avv. Giuseppe Busia in occasione della Giornata Nazionale del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza tenutosi a Roma il 4 dicembre 2023, ancora le gli ultimi rilievi effettuati su scala nazionale evidenziano una 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, avv. Giuseppe Busia, in occasione della sua audizione sulla proposta di Direttiva del Parlamento Europeo e del Consiglio sulla lotta contro la corruzione, avvenuta il 18 luglio 2023, nel sottolineare che la lotta alla corruzione costituisce una scelta conveniente per tutti i Paesi dell’Unione Europea, dal punto di vista economico e sociale ma soprattutto in un’ottica di fiducia nelle Istituzioni, non ha mancato di precisare che l’Italia, avendo da tempo provveduto all’adeguamento della normativa nazionale agli obblighi internazionali e

potendosi proporre, in ragione della propria esperienza nel settore del contrasto alla corruzione, come promotrice di *best practices* a livello Europeo, si trova attualmente in una posizione di indubbio vantaggio rispetto agli altri Stati dell'Unione Europea.

Altro significativo traguardo raggiunto è stato la messa a disposizione, sul sito web nazionale di ANAC una sezione denominata "Misurare la corruzione" ove sono stati elaborati una serie di indicatori scientifici potenzialmente in grado di misurare il rischio di corruzione a livello territoriale e promuoverne la trasparenza.

Nel 2022 ANAC aveva altresì partecipato ad un'iniziativa dell'Accademia Internazionale dell'Anticorruzione (IACA), organismo istituito dalle Nazioni Unite cui partecipano i Paesi dell'UE, fornendo il proprio contributo conoscitivo sulla misurazione della corruzione. All'esito di tale iniziativa, la IACA ha inserito l'Italia nel novero dei quattro Paesi che, a livello globale, hanno maggiormente investito in materia.

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 2023 è stato caratterizzato da una grande ripresa economico-commerciale fortemente condizionata dal definitivo superamento della situazione pandemica che aveva condizionato il triennio precedente, sia dagli innumerevoli incentivi legati alle procedure del PNRR.

Le evidenze investigative e giudiziarie nell'anno 2023 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.

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, gli operatori economici 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 al significativo numero dei soggetti e la rilevanza degli interessi sottesi all'azione dell'Azienda, l'incidenza degli interessi e i fini specifici perseguiti, in forma singola o associata dei soggetti operanti nello scenario descritto, sono

tutti elementi che influiscono, sulla base della relazione esistente e del livello di rischio considerato nella presente sezione anticorruzione dedicata all'analisi del contesto esterno ed interno.

Il Piano della Performance di questa AOU illustra in dettagliate tabelle numeriche il contesto demografico ed epidemiologico, nonché il mandato istituzionale e la *mission* aziendale.

## 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 individuava, nella specifica sezione dedicata alle 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 questa sezione, denominato "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	Medio

	esterni, ma non di particolare rilievo economico	
	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.

Le tipologie di misure adottate principalmente adottate sono:

#### 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.

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

Sono misure preventive e "formative" tese a sensibilizzare il dipendente ad esercitare la propria attività nel costante rispetto dell'etica pubblica e della morale. La finalità perseguita è infatti quella il raggiungimento di uno standard di comportamento del dipendente in una prassi continua e di lunga durata.

Ai sensi dell'art. 54, d.lgs. 30 marzo 2001, n. 165, e del DPR 16 aprile 2013 n. 62, l'AOU "Maggiore della Carità" ha adottato un proprio Codice di Comportamento dei dipendenti, da ultimo aggiornato e modificato con deliberazione n. 62 del 31/01/2024.

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).

Con l'entrata in vigore del recentissimo DPR 13 giugno 2023, n. 81, sono inoltre state inserite regole specifiche per l'utilizzo dei social media e delle tecnologie informatiche da parte dei dipendenti, nonché l'introduzione di attività formative per i dipendenti su temi come l'etica pubblica e sul comportamento etico.



Il richiamo all'osservanza del Codice di comportamento è stato inserito, nei contratti di lavoro e nei contratti di collaborazione e viene fornita una copia cartacea o digitale a tutti i dipendenti, contestualmente alla stipula del contratto.

Il Codice di comportamento è altresì presente sul sito istituzionale aziendale.

#### 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 stata resa obbligatoria, la partecipazione 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 garantire l'anonimato del c.d. *whistleblower*.

La prima forma di tutela del segnalante era stata introdotta 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" ma, una grande svolta è avvenuta

su spinta del diritto unionale, con l'attuazione della DIR 2019/1937, del Parlamento Europeo e del Consiglio, riguardante la *"Protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e recante disposizioni riguardanti la protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali"* avvenuta con il d.lgs. 10 marzo 2023, n. 24.

La nuova disciplina, oltre a confermare tutte le garanzie già presenti per il segnalante come la tutela del totale anonimato, prevede un ampliamento del novero delle persone fisiche che possono effettuare le segnalazioni e sulle quali si estende di riflesso la protezione per le segnalazioni, denunce o divulgazioni pubbliche. E' stata anche prevista un'espansione dell'ambito oggettivo, ovvero di ciò che è tale da essere considerato una violazione rilevante ai fini della protezione. Nel termine "violazione" infatti, il legislatore ricomprende:

- illeciti amministrativi, contabili, civili o penali;
- condotte illecite rilevanti ai sensi del d.lgs. 8 giugno 2001, n. 231 "disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società, delle associazioni anche prive di personalità giuridica"
- illeciti che rientrano nell'ambito di applicazione dell'Unione Europea;
- atti o omissioni che ledono gli interessi finanziari dell'Unione Europea o del mercato interno.

La tutela, significativamente rafforzata, prevede un assoluto divieto di ritorsione verso il segnalante, laddove scegliesse di non restare anonimo (quali ad esempio il licenziamento, la retrocessione di grado o una mancata promozione, la sospensione della formazione ma anche il semplice annullamento di una licenza o di un permesso), e offre delle vere e proprie misure di sostegno fornite da enti del Terzo settore, quali ad esempio informazioni, assistenza e consulenze a titolo gratuito sulla protezione dalle ritorsioni.

La tutela è stata persino estesa a soggetti diversi da coloro che segnalano, come il facilitatore o le persone menzionate nella segnalazione, a confermare l'intenzione del legislatore europeo e italiano, di creare condizioni per rendere l'istituto del *whistleblowing* un importante presidio della legalità e del buon andamento delle Amministrazioni pubbliche.

Le segnalazioni di illeciti, siano esse informazioni o fondati sospetti, possono essere inoltrati - come anche previsto dal *Regolamento aziendale per la gestione di segnalazioni di violazioni di normative nazionali e dell'Unione Europea (Whistleblowing)*, approvato con deliberazione n. 907, del 28 novembre 2023 - in forma totalmente anonima, tramite l'applicativo *Whistleblowing*, piattaforma abilitata alla ricezione delle segnalazioni anonime, accessibile dal sito online istituzionale dell'AOU "Maggiore della Carità", in fondo alla *home page* oppure nella sezione anticorruzione-trasparenza. Il legislatore ha inoltre previsto, in d.lgs. 10 marzo 2023, n. 24, che possano essere effettuate delle segnalazioni anche in forma orale, personalmente al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza che garantirà in ogni caso l'anonimato laddove richiesto, ovvero in forma scritta tramite mail all'indirizzo [anticorruzione.resp@maggioreosp.novara.it](mailto:anticorruzione.resp@maggioreosp.novara.it)

La normativa garantisce anche la possibilità di effettuare una segnalazione esterne destinata direttamente all'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), da effettuarsi in casi specifici quali ad esempio laddove il segnalante ritenga che una segnalazione interna possa non dimostrarsi efficace o soddisfacente ovvero qualora una segnalazione interna fosse già stata inoltrata senza aver ricevuto alcun riscontro. L'art. 7, d.lgs. 10 marzo 2023, n. 24, stabilisce infatti che ANAC attivi sul proprio sito istituzionale, un canale di segnalazione esterna.

Nell'anno 2023, al Responsabile della Prevenzione della Corruzione dell'AOU "Maggiore della Carità" di Novara, sono giunte un numero di segnalazioni maggiore rispetto all'anno 2022. Tale segnale evidenzia che il rafforzamento delle tutele del segnalante, la possibilità di effettuare

segnalazioni direttamente dal sito aziendale, e non più tramite applicativo interno riservato ai dipendenti, e certamente l'attenzione che l'Azienda ha dedicato all'utilizzo del Whistleblowing anche con l'emanazione del relativo regolamento, hanno inciso significativamente sulla comunità.

#### 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 precostituirsi 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 sezione dedicata alla Trasparenza aziendale è ad oggi oggetto di considerevole modifica poiché con l'entrata in vigore del nuovo codice degli appalti, d.lgs. 31 marzo 2023, n. 36, l'art. 28 prevede che dal 1 gennaio 2024, la pubblicazione degli atti delle fasi di procedure di gara deve effettuarsi, da parte dei singoli Responsabili Unici di Progetto (RUP), direttamente sulla piattaforma nazionale fornita da ANAC, Banca Dati Nazionale Contratti Pubblici (BDNCP) e non più nella sezione Trasparenza del sito aziendale ove sarà obbligatorio solo la pubblicazione del link attraverso il quale il cittadino potrà automaticamente accedere alla Banca dati.

Essendo il 2024 un anno di transizione, ANAC con la deliberazione n. 582 del 13 dicembre 2023, ha provveduto a dare indicazioni sulle modalità di pubblicazione e assolvimento degli obblighi di trasparenza, in relazione a tutte le procedure di gara per le quali i bandi e gli avvisi sono stati pubblicati prima o dopo il 1 luglio 2023 ma non ancora conclusi alla data del 31 dicembre 2023.

Il principio di trasparenza amministrativa persegue inoltre la finalità di ricevere e valutare i riscontri dei cittadini e degli *stakeholder* in relazione alla qualità delle informazioni pubblicate, il livello di utilità dei dati, oltre ad eventuali reclami e insoddisfazioni circa i ritardi o le 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 decreto trasparenza d.lgs. 14 marzo 2013, n. 33, Accesso Civico e Accesso Civico Generalizzato risultano forme di accesso meno invasive rispetto all'originario diritto di accesso "documentale". Quest'ultimo infatti assicura l'imparzialità e la trasparenza dell'attività amministrativa, consentendo una vera e propria partecipazione del cittadino al procedimento amministrativo, laddove vanti un interesse legittimo, 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 alla presente sezione 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 dell'AOU Maggiore della Carità di Novara.

**Nel corso del 2023 la Direzione Generale ha provveduto alla revisione dell'Atto Aziendale che delinea il nuovo assetto organizzativo.**

La Regione Piemonte, con DGR 21-7690/2023/XI ad oggetto "Atti aziendali delle AA.SS.RR – AOU Maggiore della Carità di Novara - Atto n. 513 del 27.06.2023 "Modifiche all'Atto Aziendale dell'AOU Maggiore della Carità di Novara:". Recepimento regionale ai sensi della D.C.R. n. 167-14087 del 3.04.2012, all. A, par. 5.1." ha recepito le modifiche apportate, con la deliberazione del Direttore Generale dell'AOU Maggiore della Carità di Novara, n. 513 del 27.06.2023.

La Direzione Generale con Deliberazione nr 881 del 22.11.2023 ha recepito l'approvazione regionale dell'atto aziendale e nel corso dei prossimi mesi procederà con l'attuazione del medesimo.

L'Atto Aziendale/l'Organigramma è scaricabile alla seguente pagina web:

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

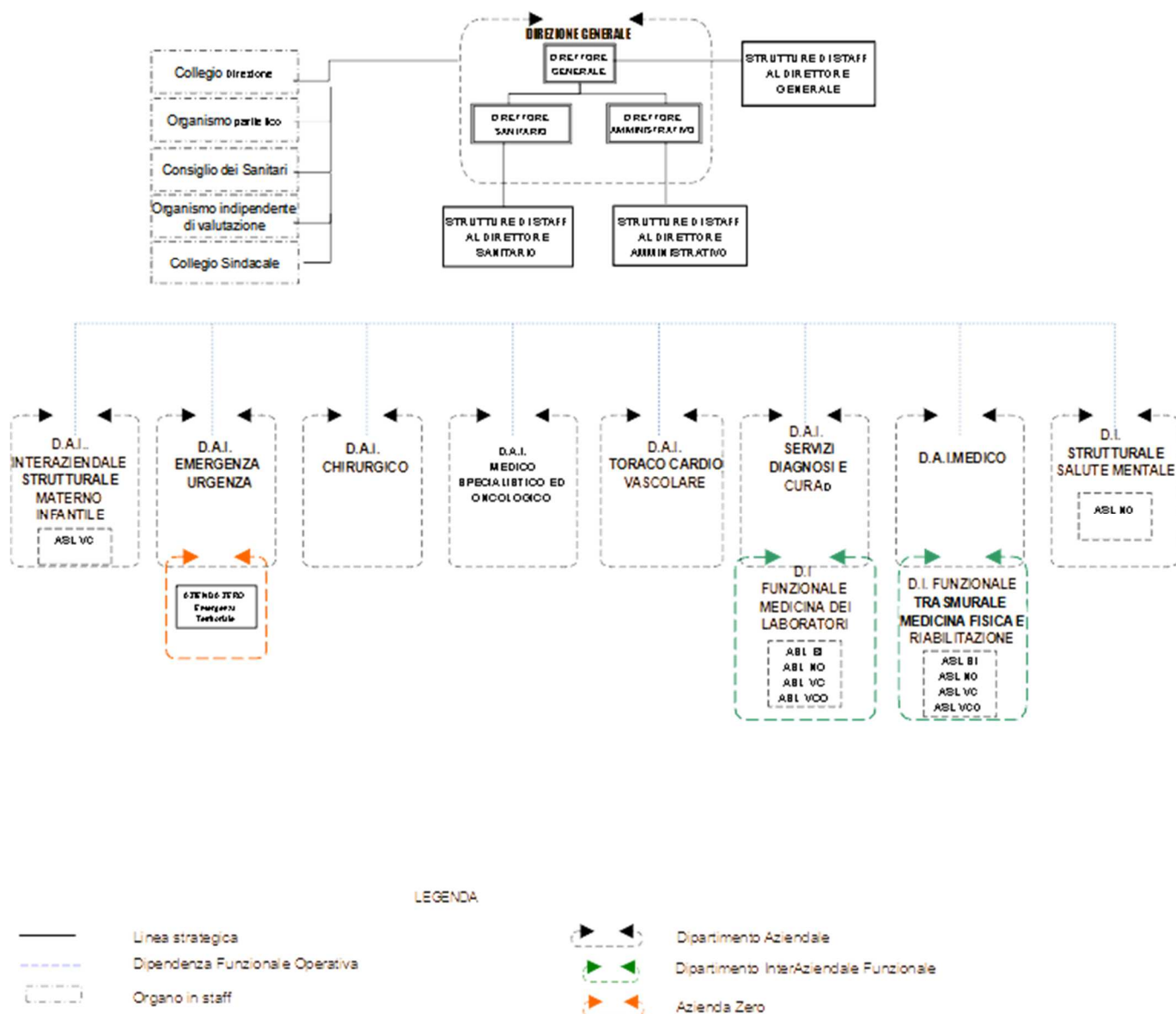
L'organizzazione aziendale prevede la centralità del modello dipartimentale quale forma di organizzazione strumentale alla razionalizzazione dei processi clinici, diagnostici, terapeutici e assistenziali, didattici, di ricerca e sperimentazione, dei processi amministrativi, tecnici, logistici e professionali e dei meccanismi gestionali finalizzati ad un impiego efficace ed efficiente delle risorse umane, tecniche e finanziarie. Il modello ordinario e peculiare di gestione operativa dell'AOU è fondato sul Dipartimento ad Attività Integrata (DAI) al fine di realizzare l'integrazione fra le funzioni di didattica, di ricerca e di assistenza.

I Dipartimenti ad Attività Integrata assicurano il governo clinico dell'area dei servizi sanitari, sia in termini di processo decisionale finalizzato ad assicurare l'obbligo di qualità tecnica delle prestazioni e dei servizi, sia in termini di partecipazione dei professionisti alle decisioni di carattere strategico, organizzativo e gestionale.

Principi fondanti dell'Azienda sono la responsabilizzazione diffusa, la delega esplicita dei sistemi di gestione, il riconoscimento di adeguati livelli di autonomia delle singole articolazioni organizzative e dell'autonomia professionale degli operatori, coerente con i requisiti di una organizzazione professionale ad alto contenuto di conoscenza scientifica e professionale.

Di seguito, l'organigramma (previsto dalla revisione effettuata) che offre una rappresentazione grafica della struttura organizzativa aziendale.





L'Atto Aziendale/l'Organigramma è scaricabile:

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

### **Strutture organizzative**

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Novara, per il perseguimento della propria mission, è articolata in strutture organizzative nell'ambito delle quali sono individuati, nell'ottica del migliore utilizzo possibile delle risorse, delle conoscenze e delle competenze, gli ambiti di specializzazione ed i livelli di responsabilità dei professionisti e degli operatori.

Le tipologie di strutture organizzative aziendali sono le seguenti:

*Dipartimenti:* aggregazione di strutture complesse e di strutture semplici a valenza dipartimentale, con autonomia tecnico-professionale nonché gestionale, nei limiti degli obiettivi e delle risorse attribuiti.

L'Azienda adotta l'organizzazione dipartimentale come modello ordinario di gestione operativa, costituendo i Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI) con il compito di garantire l'esercizio integrato delle attività assistenziali, di didattica e di ricerca. Il Dipartimento costituisce tipologia organizzativa e gestionale volta a dare risposte unitarie, flessibili, tempestive, razionali ed esaustive rispetto ai compiti assegnati, nell'ottica di comunanza delle risorse. I Dipartimenti definiti aggregano strutture organizzative omologhe, omogenee, affini o complementari che perseguono comuni finalità e, pur conservando ciascuna la propria autonomia e responsabilità professionale, sono tra loro interdipendenti. I Dipartimenti identificati sono classificati in: Dipartimenti Strutturali, Dipartimenti Funzionali, Dipartimenti Transmurari, Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI) e Dipartimenti Interaziendali.

*Strutture complesse:* costituiscono articolazione organizzative alle quali è attribuita la responsabilità di gestione di risorse umane, tecniche e finanziarie (budget). La denominazione e le funzioni di pertinenza delle strutture sanitarie individuate corrispondono alle discipline di cui al DPR 484/97. Ciascuna struttura complessa può afferire strutturalmente ad un solo Dipartimento o direttamente alla Direzione Generale.

*Strutture semplici:* sono articolazioni organizzative o funzionali che possono afferire direttamente al Dipartimento (S.S.v.D), quando svolgono attività di interesse di diverse Strutture complesse, oppure possono essere articolazioni interne (S.S.) ad una singola Struttura complessa. Le Strutture Semplici a valenza dipartimentale sono articolazioni organizzative con specifiche responsabilità di gestione di risorse umane, tecniche e finanziarie (budget negoziato con il Direttore di Dipartimento). Nell'area della Direzione Generale le strutture semplici possono afferire direttamente alla Direzione Generale stessa o al Dipartimento, ove costituito, oppure possono essere articolazioni interne ad una singola Struttura complessa.

*Progetti/Gruppi di Progetto* sono costituiti da insieme di attività e funzioni o da strutture affini o complementari sotto il profilo delle attività, delle risorse umane o tecnologiche impiegate o delle procedure operative adottate, al fine di coordinarne l'azione nella prospettiva di un determinato risultato. Nell'area dei servizi amministrativi e di supporto, la Direzione Generale, stante le rilevanti

dimensioni e complessità dell'Azienda, attraverso l'istituzione dei Gruppi di Progetto, persegue la realizzazione di sinergie nella gestione di processi amministrativi e tecnici.

*Area omogenea:* è, a livello aziendale, la dimensione organizzativa nella quale, data l'elevata omogeneità delle discipline coinvolte od il loro concorso strutturale alla gestione comune di profili complessivi di cura, è massimo il livello praticabile di integrazione. Pertanto nell'Area non si realizza un processo di integrazione di strutture organizzative più elementari, ciascuna dotata di risorse autonome, ma nel suo ambito le strutture ed i programmi afferenti accedono a risorse comuni, secondo indirizzi, disposizioni e procedure stabilite.

*Programma:* è un modello organizzativo trasversale che consente, nell'arco di un periodo di tempo definito e in relazione a determinati processi assistenziali o di ricerca di rilievo aziendale, la programmazione e l'organizzazione unitaria di attività e competenze fornite da professionisti afferenti a strutture organizzative, anche diverse. Al responsabile del Programma compete, pertanto, il coordinamento di risorse assegnate ad altre strutture e la responsabilità diretta in ordine al raggiungimento degli obiettivi.

### **Autonomia**

Tutti i Direttori, i Dirigenti, i Referenti ed i Responsabili di procedimento agiscono ed operano in regime di autonomia. Essi, in quanto autonomi, sono responsabili in via esclusiva del proprio operato. L'autonomia viene esercitata nel rispetto del preminente principio della collaborazione con altri soggetti e altre articolazioni aziendali e nell'ambito degli indirizzi operativi e dei programmi di attività, stabiliti a livello dipartimentale o aziendale.

Esistono quattro tipi di autonomia:

- a) autonomia tecnico-professionale;
- b) autonomia gestionale ed organizzativa;
- c) autonomia provvedimento;
- d) autonomia di budget.

*Autonomia tecnico professionale:* tutti i Dirigenti, svolgono l'attività riferita al proprio operato personale (uti singuli) in autonomia tecnico-professionale, con ciò intendendosi: autodeterminazione del proprio comportamento e delle scelte e soluzioni adottate. Si esercita nel limite:

- a) degli indirizzi e delle indicazioni generali;
- b) dei programmi di attività;

promananti dal Direttore/Dirigente sovraordinato ai sensi dell'art. 15, comma 3 D. Lgs. 165/2001. Ulteriore limite all'autonomia è l'osservanza degli obiettivi prestazionali assegnati.

*Autonomia gestionale ed organizzativa:* i Dirigenti organizzano le attività della articolazione aziendale loro assegnata. L'autonomia si esercita nel limite:

- a) dell'osservanza delle direttive impartite dalla Direzione Generale e/o della Direzione che risulti essere sovraordinata;
- b) delle risorse assegnate;
- c) degli obiettivi conferiti.

*Autonomia provvedimentoale:* si esercita nelle forme, nei limiti e con le modalità di cui all'“Adozione del regolamento aziendale dei provvedimenti” dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di cui alla deliberazione n. 809 del 30/12/2005 e successive modificazioni ed integrazioni.

*Autonomia di budget:* i Direttori e i Dirigenti, ai quali sono attribuiti poteri di spesa, assumono anche lo status di “*Ordinatori di spesa*”. Ad essi il Direttore del dipartimento o la Direzione Generale assegna - previa “*negoziazione*” - il budget di risorse finanziarie da utilizzare per l'attività e la gestione. Per i soggetti di cui al comma precedente, il budget costituisce limite di autonomia nel senso che gli stessi soggetti non possono disporre spese in eccedenza a tale budget. In caso di disposizione di spese eccedenti il budget, il Soggetto che dispone o consente anche solo materialmente il fatto o l'atto produttivo di obbligazione risponde in proprio dell'obbligazione assunta.

Le modalità di gestione, controllo e valorizzazione delle risorse si basano su:

- **pianificazione strategica:** è la funzione con la quale la Direzione Aziendale, con il supporto del Collegio di Direzione, nel rispetto dei principi e obiettivi del Piano Socio Sanitario Regionale e delle specifiche indicazioni regionali, definisce gli obiettivi generali dell'Azienda, le strategie per il loro raggiungimento, lo sviluppo dei servizi ospedalieri, tecnici, amministrativi e di supporto. L'Università partecipa attivamente alla elaborazione della pianificazione strategica al fine di una programmazione coordinata tra l'Azienda e l'Università. Nella elaborazione del piano si tiene conto delle priorità indicate dalla Scuola di Medicina, inerenti l'attività scientifica e quella formativa, e delle necessità di sviluppo delle attività assistenziali in coerenza con quanto specificato al comma 1. Costituiscono atti di pianificazione strategica, l'Atto Aziendale, il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) e il bilancio previsionale d'esercizio;
- **Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.):** 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;
- **relazione socio sanitaria aziendale:** è lo strumento di accertamento e documentazione dei risultati raggiunti in rapporto agli obiettivi definiti dalla programmazione socio-sanitaria regionale, aziendale e universitaria;
- **budget:** è lo strumento col quale si definiscono, per le diverse articolazioni aziendali, gli obiettivi che dovranno riguardare sia l'assistenza, che la didattica e la ricerca e le risorse necessarie a realizzarli. E' coerente con i documenti di programmazione e attua le indicazioni contenute negli stessi. Per monitorare le attività, supportare il processo di valutazione dell'efficacia e dell'efficienza aziendale e dei dipartimenti e al fine di accertare che i comportamenti gestionali siano in linea con i programmi definiti, l'Azienda si avvale delle competenti strutture afferenti alla Direzione e dell'OIV;
- **bilancio di esercizio:** corredato dalla relazione del Direttore Generale sull'andamento della gestione, viene redatto annualmente e rappresenta il risultato economico e la situazione patrimoniale e finanziaria nel periodo di riferimento. E' articolato in Stato Patrimoniale, Conto Economico e Nota Integrativa, è redatto in ottemperanza a quanto indicato dal D.Lgs. 118 del 23 giugno 2011, ed è sottoposto a certificazione nei tempi e con le modalità indicate dalla Regione;

- **governo clinico:** si intende l'insieme degli strumenti gestionali organizzativi attraverso i quali l'Azienda ed i professionisti assumono una responsabilità diretta per il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e per mantenere elevati i livelli dei servizi sanitari. Tali strumenti sono rappresentati dalla definizione di precise linee di responsabilità, individuali e collettive, dalla trasparenza dei risultati clinici ottenuti, presentati anche in forma comparativa, dai programmi di miglioramento della qualità, dall'audit clinico e dalla valutazione della performance clinica, dalla pratica clinica basata sulle prove di efficacia, dai percorsi clinico - assistenziali, dalla pratica della gestione e della comunicazione del rischio e dallo sviluppo delle attività di accreditamento professionale. I principi fondamentali che qualificano il governo clinico nell'Azienda sono quindi: la collaborazione multiprofessionale e multidisciplinare; la responsabilizzazione e la partecipazione degli operatori e degli utenti; l'integrazione con le altre aziende del Sistema sanitario dell'Area Sovrazonale Piemonte nord-orientale secondo i principi ispiratori del Piano Sanitario Regionale e nell'ottica della realizzazione di una rete di servizi;
- **gestione del rischio:** la capacità da parte della organizzazione e dei professionisti di rilevare, valutare e correggere gli errori e di promuovere la sicurezza dei pazienti; essa è una componente essenziale della funzione di governo clinico. L'Azienda dispone l'organizzazione integrata delle diverse componenti della gestione del rischio nell'ambito di un Piano aziendale di gestione del rischio. Le attività relative al Programma aziendale di gestione del rischio hanno nel Collegio di Direzione l'organo di governo e nei Dipartimenti la principale sede operativa e di gestione;
- **formazione:** le politiche inerenti il programma di formazione aziendale devono assicurare:
  - coerenza con gli obiettivi di sviluppo del governo aziendale;
  - sostegno a quei meccanismi della gestione operativa che diminuiscono il rischio professionale e favoriscono l'individuazione e l'adozione di buone pratiche;
  - sviluppo di un ambiente culturale favorevole al programma regionale per la ricerca e l'innovazione.

### **Personale impiegato**

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, il confronto e la contrattazione integrativa.

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.

Con l'aggiornamento dell'Atto Aziendale che prevede l'istituzione e la soppressione di alcune strutture, nel 2024 si procederà all'emanazione di bandi di selezione interna per l'attribuzione degli incarichi di responsabilità corrispondenti ai nuovi assetti organizzativi.

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, 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. In questo momento storico tutto il Servizio Sanitario Nazionale ha difficoltà a reperire le risorse nei vari profili sanitari (sia del comparto sia della dirigenza) e anche questa Azienda nel 2023 non è riuscita a coprire per intero il turn-over. I casi più evidenti si registrano nel personale infermieristico e nei medici dell'emergenza urgenza. Si stanno mettendo in campo tutti gli strumenti a disposizione per acquisire il personale necessario avvalendosi dei concorsi pubblici - anche organizzati a livello regionale - degli avvisi di incarichi per supplire le assenze temporanee e procedure di mobilità.

### Personale dipendente

Il personale dell'azienda dipendente ha subito l'evoluzione numerica indicata nelle tabelle di seguito riportate, indicanti il personale al 31 dicembre degli anni 2019 e 2022, al 31 ottobre 2023 e l'ulteriore fabbisogno – inteso come personale aggiuntivo rispetto al turn-over – al 31.12.2024.

Raggruppamento Profili Professionali del personale effettivamente	Dettaglio al 31.12.2019		Dettaglio al 31.12.2022		Dettaglio al 31.10.2023	
	Personale Dipendente	... di cui a Tempo Determinato	Personale Dipendente	... di cui a Tempo Determinato	Personale Dipendente	... di cui a Tempo Determinato
<b>Dirigenza Area Sanità</b>	567	28	597	31	595	37
<b>Dirigenza Medica</b>	522	24	544	28	539	30
Medici	520	23	541	28	537	30
Odontoiatri e Veterinari	2	1	3	0	2	0
<b>Dirigenza Sanitaria</b>	45	4	53	3	56	7
<b>Dirigenza PTA</b>	15	0	15	0	15	0
<b>Comparto</b>	2.257	12	2.353	67	2.434	67
<b>Ruolo Sanitario</b>	1.500	4	1.547	36	1.561	31
Infermieri	1.112	0	1.142	34	1.150	13
Infermieri Pediatrici	28	0	27	0	32	0
Ostetriche	63	1	65	2	71	10
Tecnico Sanitario di Radiologia Medica	111	1	108	0	109	5
Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico	103	0	117	0	108	1
Altro personale Tecnico Sanitario	27	2	34	0	31	1
Personale Funzioni Riabilitative	56	0	54	0	60	1
Personale Vigilanza e Ispezione	0	0	0	0	0	0
<b>Ruolo Socio-Sanitario</b>	326	0	342	30	406	26
Operatore Socio Sanitario	323	0	340	30	403	26
Assistente Sociale	3	0	2	0	3	0
<b>Ruolo Tecnico e Professionale</b>	167	0	149	0	144	0
<b>Ruolo Amministrativo</b>	264	4	315	1	323	10
<b>Totale</b>	<b>2.839</b>	<b>40</b>	<b>2.965</b>	<b>98</b>	<b>3.044</b>	<b>104</b>

Raggruppamento Profili Professionali	Ulteriore Fabbisogno entro il 31.12.2024
	Fabbisogno ulteriore di personale da assumere entro 2024 per attività ospedaliera, oltre il turnover
<b>Dirigenza Area Sanità</b>	9
<b>Dirigenza Medica</b>	9
Medici	9
Odontoiatri e Veterinari	
<b>Dirigenza Sanitaria</b>	
<b>Dirigenza PTA</b>	
<b>Comparto</b>	116
<b>Ruolo Sanitario</b>	63
Infermieri	55
Infermieri Pediatrici	
Ostetriche	
Tecnico Sanitario di Radiologia Medica	2
Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico	6
Altro personale Tecnico Sanitario	
Personale Funzioni Riabilitative	
Personale Vigilanza e Ispezione	
<b>Ruolo Socio-Sanitario</b>	53
Operatore Socio Sanitario	53
Assistente Sociale	
<b>Ruolo Tecnico e Professionale</b>	
<b>Ruolo Amministrativo</b>	
<b>Totale</b>	<b>125</b>

### Personale universitario

L'apporto dell'Università del Piemonte Orientale si concretizza in collaborazioni in particolari ambiti di ricerca volta a sviluppare procedure diagnostiche e terapeutiche innovative e a favorire il rapido trasferimento applicativo delle acquisizioni sperimentali.

Il personale universitario ha subito l'evoluzione numerica indicata nelle tabelle di seguito riportate, indicanti il personale al 31 dicembre degli anni 2019 e 2022, al 31 ottobre 2023 e la previsione per il 2024. Al momento non sono previsti nuovi convenzionamenti, tuttavia se nel corso dell'anno dovessero giungere proposte che l'Azienda ritenesse di interesse per i propri fini istituzionali, ciò porterebbe ad incrementare le unità di personale universitario attualmente presenti.

Raggruppamento Profili Professionali del personale effettivamente in servizio	31.12.2019	31.12.2022	31.10.2023	2024
<b>Dirigenza Area Sanità</b>	49	58	59	59
<b>Dirigenza Medica</b>	46	55	56	56
Medici	46	55	56	56
Odontoiatri e Veterinari				
<b>Dirigenza Sanitaria</b>	3	3	3	3
<b>Dirigenza PTA</b>		1	1	1
<b>Comparto</b>		1	1	1
<b>Ruolo Sanitario</b>				
Infermieri		1	1	1
<b>Totale</b>	<b>49</b>	<b>60</b>	<b>61</b>	<b>61</b>

### Altre forme contrattuali

Il personale arruolato tramite l'utilizzo di altre forme contrattuali (incarichi libero professionali e personale interinale) ha subito l'evoluzione numerica indicata nelle tabelle di seguito riportate, indicanti il personale al 31 dicembre degli anni 2019 e 2022, al 31 ottobre 2023 e la previsione per il 2024.

#### INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI

Il personale sanitario medico e non, al quale è stato affidato un contratto libero professionale, ha avuto un picco considerevole nell'anno 2020, anno di esplosione della pandemia da COVID-19, per poi diminuire negli anni successivi 2021, 2022 e 2023. La previsione per l'anno 2024 risulta ancora incerta poiché potrà variare anche in considerazione delle norme di fine anno che potrebbero ancora consentire la proroga dei contratti libero professionali in scadenza al 31.12.2023.

Raggruppamento qualifica	31.12.2019	31.12.2022	31.10.2023	Previsione 2024
Personale dirigente sanitario medico	2	17	19	18
Personale dirigente sanitario non medico		1	1	1
Personale infermieristico				
Altro personale sanitario				
<b>Totale complessivo</b>	<b>2</b>	<b>18</b>	<b>20</b>	<b>19</b>

#### PERSONALE INTERINALE

Raggruppamento qualifica	31.12.2019	31.12.2022	31.10.2023	Previsione 2024
Personale infermieristico	0	4	0	0
Personale tecnico comparto	0	40	23	0
Personale amministrativo comparto	0	0	0	0
<b>Totale complessivo</b>	<b>0</b>	<b>44</b>	<b>23</b>	<b>0</b>



## 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 AZIONI POSITIVE

Il Piano delle Azioni Positive (PAP) è un documento mirato ad introdurre azioni positive all'interno del contesto di lavoro che esplica gli obiettivi, le azioni e i tempi per realizzare progetti mirati a riequilibrare le situazioni di disegualianza di genere, al contrasto rispetto a ogni forma di discriminazione in ambito lavorativo.

Attraverso il Piano delle azioni positive e della parità di genere, l'AOU intende:

- garantire la realizzazione della parità formale e sostanziale, misurando l'equilibrio di genere anche nella leadership e nei processi decisionali nonché la parità di genere nelle assunzioni e nella progressione di carriera; - contrastare qualsiasi forma di discriminazione diretta e indiretta;
- incentivare la conciliazione casa/lavoro e dare conto dell'equilibrio vita/lavoro e nella cultura organizzativa;
- dare conto dell'integrazione della dimensione di genere nella ricerca e nei contenuti didattici;
- promuovere la rimozione dei fattori che possono incidere negativamente sulla parità, sul benessere, sulla sicurezza nei luoghi di lavoro, sulla salute dei lavoratori e delle lavoratrici;
- dare conto delle misure contro la violenza di genere, comprese le molestie sessuali.

Per la realizzazione del Piano delle Azioni Positive si è tenuto conto della struttura organizzativa dell'AOU. L'analisi dell'attuale situazione del personale dipendente in servizio a tempo indeterminato e determinato presenta il seguente quadro di raffronto tra uomini e donne lavoratori:

COMPOSIZIONE DEL PERSONALE DISAGGREGATO PER GENERE		
Femmine tempo ind.	Maschi tempo ind.	Totale
2201	763	2964
Femmine tempo det.	Maschi tempo det.	Totale
71	26	97

DIREZIONE STRATEGICA		
	Femmine	Maschi
Direttore Generale		1
Direttore Amministrativo	1	
Direttore Sanitario	1	

Il Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità (CUG) è l'organismo paritetico costituito per prevenire e identificare le discriminazioni sul luogo di lavoro dovute non soltanto al genere, ma anche all'età, alla disabilità, all'origine etnica, alla lingua, alla razza e all'orientamento sessuale, Presso l'AOU il CUG è stato istituito con deliberazione del Direttore generale n. 129 del 20/05/2011.

Il CUG esercita compiti propositivi, consultivi e di verifica e promuove la cultura delle pari opportunità e il rispetto della dignità della persona nei luoghi di lavoro, anche attraverso la proposta di iniziative formative per tutte le lavoratrici e tutti i lavoratori.

In particolare spetta al CUG la predisposizione del Piano delle Azioni Positive.

L'attuale CUG è stato in data 8 gennaio 2024 ha predisposto il Piano triennale delle Azioni Positive 2024-2026.

[Allegato n. 5\\_PIANO AZIONI POSITIVE 2024-2026](#)

[viene allegato al presente documento quale parte integrante e sostanziale](#)



## SEZIONE 3.4 - PIANO TRIENNALE DEL FABBISOGNO DI PERSONALE

Il Piano triennale delle assunzioni è un documento di programmazione del fabbisogno di personale, espresso in unità di personale a tempo pieno e relativo valore economico-finanziario annuale, calcolato secondo le indicazioni fornite dalla Regione Piemonte.

Tale processo di indirizzo organizzativo, volto a programmare il bisogno di risorse umane in relazione con gli obiettivi da raggiungere, è stato preceduto da un'analisi degli input, valutando in modo opportuno le professionalità presenti e quelle mancanti, sia in termini quantitativi (consistenza numerica di unità necessarie) sia qualitativi (riferiti alle tipologie di professioni e competenze professionali meglio rispondenti all'organizzazione del lavoro).

In data 10.02.2023 era stata trasmessa alla Regione Piemonte - Direzione Sanità - Settore Sistemi Organizzativi e Risorse Umane del Servizio Sanitario Regionale, la proposta di Piano Triennale di Fabbisogno del Personale per il triennio 2022-2024 di questa Azienda Ospedaliero-Universitaria. La Regione Piemonte ha approvato i Piani Triennali Fabbisogni Personale delle Aziende Sanitarie del SSR 2022-2024 con propria DGR 30-7328 in data 31 luglio 2023, stabilendo con il suddetto atto che ciascuna Azienda dovesse formalizzare il proprio piano con deliberazione del Direttore Generale, da trasmettere alla Direzione Regionale Sanità. Tale adozione definitiva è avvenuta con deliberazione n. 754 del 10.10.2023, successivamente integrata con deliberazione n. 815 del 31.10.2023.

Si rappresenta nella tabella sottostante la sintesi della consistenza di personale risultante dal Piano Triennale vigente:

inquadramento	Dotazione organica (personale dipendente ordinario – compresi universitari convenzionati) 2022	Dotazione organica (personale dipendente ordinario -compresi universitari convenzionati) 2023	Dotazione organica (personale dipendente ordinario - compresi universitari convenzionati) 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
fisioterapista	35	35	35
ortottista senior	1	1	1
ortottista	3	3	3
logopedista senior	1	1	1
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 senior	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	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 vengono valutate le richieste di reclutamento del personale avanzate dai direttori di struttura e 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 espletamento procedura concorsuale, 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, si è auspicato nel triennio un incremento del personale medico (soprattutto nelle discipline ove è maggiormente critico il reperimento di risorse), del personale infermieristico, tecnico sanitario e socio-sanitario.

Attualmente i numeri indicati non corrispondono al personale effettivamente in servizio al 31 dicembre 2023. Ad esempio gli Infermieri Pediatrici sono 32 anziché 27 in quanto nel corso dell'anno 2023 si è resa necessaria una revisione della dotazione. Lo stesso è avvenuto per i Fisioterapisti passati da 36 a 40 per un miglioramento dello standard di servizio. Altro impinguamento della dotazione organica si è concretizzato nel caso degli Operatori Socio Sanitari che, pur non avendo ancora raggiunto il totale di incremento prefissato, ha permesso di chiudere il contratto con agenzia di somministrazione. Si continua ad attingere dalla corposa graduatoria concorsuale con tranches mensili di assunzioni fino a completamento dell'organico previsto da fabbisogno.

Questi sono i dati positivi. L'Azienda sta mettendo in campo tutte le proprie risorse per rispondere ai settori ancora in sofferenza ovvero per acquisire unità di personale infermieristico, tecnico di laboratorio e tecnico di radiologia – profili per i quali non si riesce neppure a garantire il turn-over – con l'emanazione di propri concorsi e avvisi a tempo determinato, nonché avvalendosi delle procedure centralizzate in capo ad Azienda Zero.

Per quanto riguarda il personale assunto per emergenza sanitaria da Covid-19, al 31.12.2023 erano ancora presenti n. 2 Operatori Socio Sanitari e n. 2 Infermieri. E' in corso una procedura di stabilizzazione avviata nel mese di dicembre da Azienda Zero ed aperta a tutti i profili del comparto.

Contando sulle risorse aggiuntive che metterà a disposizione la Regione Piemonte con utilizzo del Fondo Sviluppo e Coesione, sarà possibile – sempre che si trovino i professionisti disponibili – procedere ad ulteriori assunzioni oltre a quelle autorizzate e rientranti nel tetto di spesa assegnato. L'Osservatorio Lavoro della Regione Piemonte ha quantificato le unità che teoricamente ciascuna Azienda Sanitaria potrebbe reclutare e per l'AOU Maggiore della Carità di Novara si arriverebbe a n. 56 unità per il personale del Comparto e n. 17 unità per il personale della Dirigenza.

Realisticamente l'obiettivo che si intende perseguire è la copertura del turn-over e il soddisfacimento del fabbisogno rilevato.

Purtroppo nell'ultimo anno non è stata la carenza di disponibilità economica a frenare l'acquisizione di personale, bensì il mancato interesse dei professionisti a partecipare alle procedure concorsuali nel Servizio Sanitario Nazionale.

### Formazione del personale

È noto come le aziende ospedaliere siano, dal punto di vista organizzativo, le più complesse per una serie di ragioni, tra cui la mission di erogazione dei servizi senza soluzione di continuità nell'arco delle 24 ore, la delicatezza dei servizi erogati che interessano la salute quale bene primario della persona, ma anche la coesistenza di più di 50 professionalità diverse nello stesso ambito organizzativo (dal personale medico-sanitario a quello infermieristico e delle professioni sanitarie, fino a quello appartenente alle professioni tecniche, giuridiche, amministrative ed economiche).

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 ospedaliera, 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 graduale incremento, rispetto al passato, delle risorse destinate alle attività formative, nell'ordine del 5% annuo, cercando di allineare gli investimenti alla misura prevista dall'art. 66 co. 13 del CCNL Comparto Sanità 2019/2021.

Altro obiettivo strategico è fornire iniziative formative sempre più orientate al rafforzamento e all'aggiornamento soprattutto delle "soft skills", cioè di 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 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 non solo aderito al Progetto del Dipartimento della Funzione Pubblica "*Syllabus per la formazione digitale*" ma, verificate le forti carenze in materia, sta investendo risorse nell'alfabetizzazione informatica del personale dei ruoli tecnico ed amministrativo.

Il processo di rinnovamento e valorizzazione del capitale umano (centrale nella strategia del PNRR) proseguirà anche nel 2024 seguendo le 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.

## 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, l'Autorità consente 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 digitale 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.

Per quanto concerne le tempistiche di pubblicazione, occorre in questa sede evidenziare che l'Autorità, con delibera 264 del 20 giugno 2023, così come modificata con delibera n. 601 del 19 dicembre 2023, ha stabilito che al fine di assolvere gli obblighi di pubblicazione in materia di contratti pubblici, le stazioni appaltanti e gli enti concedenti, sono tenuti a comunicare tempestivamente alla BDNCP tutti i dati e le informazioni relative alle procedure di gara oggetto di pubblicazione. Così facendo, si intendono pertanto superati i termini di comunicazione precedentemente fissati da ANAC in giorni 30 per le aggiudicazioni e in giorni 60 per la fase esecutiva.

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 Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza il quale, 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. In difetto, o incompleto riscontro alla richiesta di adempimento, l'RPCT provvede a segnalare la circostanza alla Direzione Aziendale e all'OIV;

\* predisporre la relazione a fine anno sullo stato di attuazione delle misure previste dalla sezione anticorruzione del PiAO, a completamento della relazione annuale da pubblicare sul sito di ANAC;

\* 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'ANAC.

L'OIV, quale responsabile della corretta applicazione delle linee guida predisposte dall'ANAC, esercita un'attività di impulso per l'elaborazione della presente "sezione rischi corruttivi e trasparenza" del PIAO 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 delle misure previste nella presente sezione, ai fini della misurazione e valutazione della performance dei Dirigenti delle strutture medesime.

All'ANAC 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 RPCT 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 Prevenzione e 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>• % <b>lavoratori agili effettivi</b> / lavoratori agili potenziali</li> <li>• % <b>giornate</b> lavoro agile / giornate lavorative totali</li> </ul>
QUALITÀ PERCEPITA	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ % <b>dirigenti/posizioni organizzative soddisfatte</b> del lavoro agile dei propri collaboratori</li> <li>▪ % <b>dipendenti in lavoro agile soddisfatti</b></li> <li>▪ <b>soddisfazione per genere:</b> % donne soddisfatte % uomini soddisfatti</li> <li>▪ <b>soddisfazione per età:</b> % dipendenti sopra i 60 anni soddisfatti; % dipendenti sopra i 50 anni soddisfatti; ecc.</li> <li>▪ <b>soddisfazione per situazione familiare:</b> % dipendenti con genitori anziani, soddisfatti; % dipendenti con figli, soddisfatti; ecc.</li> </ul>