



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO)

2022-2024

Delibera n. 277 del 31 ottobre 2022

Indice

1. Premessa	pag. 3
2. Sezione Valore pubblico e performance	pag. 4
3. Sezione Struttura organizzativa	pag. 7
4. Sezione Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale	pag. 8
5. Sezione Pari opportunità	pag. 10
6. Sezione lavoro agile	pag. 11
7. Sezione Prevenzione della corruzione	pag. 13
8. Monitoraggio e rendicontazione	pag. 15

1. Premessa

Il Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO) dell'Azienda USL di Ferrara per il triennio 2022-2024 è redatto in conformità alla DGR 1299 del 01/08/2022 "Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO) per le aziende ed enti del Servizio Sanitario Regionale – prime indicazioni" e successive indicazioni operative.

In questa prima applicazione, tale documento rappresenta un atto ricognitorio di tutti i piani già adottati a livello aziendale e destinati a costituire le specifiche sezioni del PIAO secondo lo schema previsto dal Decreto 30 giugno 2022 n.132, al fine di dare evidenza ed organicità di lettura all'attività di pianificazione integrata aziendale, sulla base di indicazioni operative fornite dalla Direzione generale Cura della persona, Salute e Welfare della Regione Emilia-Romagna.

Nel corso del 2022, infatti, l'Azienda ha operato utilizzando gli strumenti di programmazione già previsti dalle normative nazionali e regionali vigenti, garantendo la loro integrazione in fase programmatoria e attuativa secondo le linee definite dalla DGR 819/2021 "Linee guida per lo sviluppo del sistema di misurazione e valutazione della performance nelle Aziende e negli Enti del SSR". Si ritiene che struttura e contenuti del Piano della Performance 2021-2023, redatto in conformità alle indicazioni regionali, risponda già a molti dei principi che hanno portato il legislatore nazionale ad introdurre il PIAO per tutte le pubbliche amministrazioni aventi dimensioni rilevanti.

Il Piano Integrato di Attività ed Organizzazione 2022-2024 rappresenta il primo atto, quindi, di un percorso di progressivo superamento dei Piani in vigore, attuato attraverso la condivisione in un gruppo di lavoro regionale che vede il coinvolgimento delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale e dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV-SSR), in applicazione di quanto previsto dal comma 7-bis dell'art.6 del DL 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, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113, in tema di Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO) per le Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale.

Il comma 7-bis, nello specifico, ha introdotto la competenza delle Regioni in materia, per quanto riguarda aziende ed enti del Servizio sanitario nazionale, reiterando la formulazione già utilizzata in sede di introduzione del Piano della performance, di cui al D. lgs. n. 150/2009, stabilendo che alle regioni, per quanto attiene alle aziende e agli enti del Servizio sanitario nazionale, compete l'adeguamento dei rispettivi ordinamenti ai principi di cui al medesimo articolo 6, nonché ai contenuti definiti nel Piano integrato di attività e organizzazione.

Il gruppo di lavoro, formalizzato con determinazione regionale 19840 del 11.10.2022, perseguirà l'obiettivo del PIAO finalizzato ad "assorbire, razionalizzandone la disciplina in un'ottica di massima semplificazione, molti degli atti di pianificazione cui sono tenute le amministrazioni (ad esempio: Piano triennale dei fabbisogni del personale, Piano della performance, Piano di prevenzione della corruzione e trasparenza, Piano organizzativo del lavoro agile), racchiudendoli in un unico atto".

Gli esiti dei lavori porteranno alla formulazione di indirizzi e proposte, anche di carattere normativo, per una pianificazione integrata in grado di sostituire gli strumenti oggi a disposizione delle Aziende del SSR, senza disperderne le esperienze e le prassi già consolidate nel sistema.

2. Sezione Valore pubblico e performance

Il D.lgs. 27 ottobre 2009 n. 150 ad oggetto "Attuazione della Legge 4 Marzo n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza delle pubbliche amministrazioni", prevede che ogni Pubblica Amministrazione misuri e valuti la Performance con riferimento all'Amministrazione nel suo complesso, alle unità organizzative e/o aree di responsabilità in cui si articola e ai dipendenti. La misurazione e la valutazione della Performance sono volte al miglioramento della qualità dei servizi offerti, alla crescita delle competenze professionali e al riconoscimento del merito individuale, in un'ottica di massima trasparenza delle informazioni concernenti le misurazioni e le valutazioni stesse. Inoltre, ai fini dell'attuazione dei principi generali il ciclo di gestione della Performance devono essere sviluppate, in maniera coerente con i contenuti e con il ciclo di programmazione finanziaria e di bilancio.

Il Piano della Performance viene inteso come documento:

- fortemente correlato con gli obiettivi di mandato assegnati dalla Regione alle Direzioni Generali, che traducono a livello aziendale e in una prospettiva di medio periodo le priorità strategiche che devono essere perseguite;
- con validità triennale e stabile, non a scorrimento (a meno che non si verificano significativi cambiamenti organizzativi o di contesto);
- rivolto prevalentemente verso l'esterno dell'Azienda, al fine di rappresentare i principali obiettivi strategici e le modalità di loro monitoraggio e rendicontazione, ma anche verso l'interno dell'Azienda per fornire una cornice di riferimento strategica per l'azione gestionale e per la programmazione annuale che si sviluppa principalmente mediante il budget e gli strumenti correlati;
- che si integra con gli altri strumenti di pianificazione e programmazione già presenti in Azienda, fornendo una visione di sintesi integrata;
- con una struttura e contenuti omogenei tra le Aziende, con la possibilità di indicare aspetti di specifico interesse locale ma all'interno di un quadro complessivo coerente e sistemico.

Il Piano triennale della Performance 2021-2023 dell'Azienda USL di Ferrara, redatto in coerenza con le disposizioni normative di riferimento nazionali e regionali e **approvato con delibera 161 del 29/07/2021**, è il documento programmatico, attraverso il quale l'Azienda USL di Ferrara, conformemente alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria nazionale e regionale e dei vincoli di bilancio, individua gli obiettivi, gli indicatori, i risultati attesi per il triennio 2021-2023. Il Piano è pubblicato, così come le relative Relazioni, nel sito internet aziendale, in **Amministrazione trasparente, Performance (<https://at.ausl.fe.it/performance/piano-della-performance>)**.

Il Piano è lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della performance come previsto dalla Deliberazione di Giunta Regionale Emilia Romagna n. 819 del 31 maggio 2021 - Linee guida per lo sviluppo del sistema di misurazione e valutazione della performance nelle aziende e negli enti del SSR - Adozione del Piano aziendale per la performance triennio 2021-2023.

Con l'adozione del Piano triennale e delle Relazioni annuali, l'Azienda si propone di consolidare un percorso di effettivo orientamento ai risultati in linea con il mandato istituzionale e con gli obiettivi ricevuti dalla Regione, dotandosi di strumenti idonei a fornire ai portatori di interessi informazioni precise e quantificabili sulle linee strategiche e sugli aspetti rilevanti delle attività svolte, con l'obiettivo di migliorare l'erogazione dei servizi e l'organizzazione. In tal modo il Piano traduce i bisogni della collettività, la missione istituzionale, le priorità politiche, ecc. in strategie, obiettivi e impegni pluriennali, individuando anche le modalità e gli strumenti attraverso i quali valutare e misurare il loro raggiungimento.

In particolare il Piano della Performance si pone lo scopo di:

- portare a conoscenza dei portatori di interesse (stakeholder) gli obiettivi strategici, gli obiettivi operativi e le azioni che l'Azienda USL di Ferrara intende realizzare;
- valorizzare e riqualificare il processo di budget ed il sistema di valutazione ed incentivazione del personale;
- integrare il ciclo della performance con gli strumenti ed i processi relativi a qualità dei servizi, trasparenza, integrità e prevenzione dell'anticorruzione;
- porre in essere percorsi di miglioramento continuo della performance.

Per quanto riguarda i contenuti specifici, il Piano dell'Azienda USL di Ferrara ha tenuto conto sia delle caratteristiche demografiche, socio-economiche ed epidemiologiche della popolazione residente nella Provincia di Ferrara, che del forte mandato regionale per la realizzazione di un'unica Azienda Sanitaria, che comprenda l'Azienda territoriale e quella Ospedaliera.

Il Piano prevede programmi e progetti che verranno realizzati durante il triennio di riferimento sulla base delle seguenti direttrici:

- la forte integrazione del sistema sanitario, sia in senso orizzontale sia verticale, con una particolare attenzione al rapporto ospedale-territorio;
- il rafforzamento dei servizi territoriali con l'istituzione di nuove strutture e un ripensamento dei modelli organizzativi di riferimento, in linea con quanto richiesto dal PNRR e dalle indicazioni che provengono dalle linee di indirizzo condivise con la Conferenza Stato-Regioni e Province Autonome;
- il rafforzamento dell'assistenza ospedaliera, soprattutto per quanto riguarda l'ammodernamento tecnologico e le aree intensive e sub-intensive;
- il coinvolgimento attivo dei soggetti e delle comunità di appartenenza;
- l'investimento, anche culturale, sulla medicina di iniziativa e sulla salute della popolazione ferrarese;
- l'utilizzo della ricerca e delle conoscenze scientifiche per le decisioni e le politiche aziendali;
- la volontà di contrastare le disuguaglianze e di favorire l'inclusione sociale.

Gli obiettivi del Piano hanno tenuto conto di quanto l'emergenza Covid-19 ha insegnato:

- l'abbandono di ogni tipo di atteggiamento corporativista, nonché la tradizionale separazione dei percorsi assistenziali, per sviluppare una rete di cure basata su una concreta collaborazione interdisciplinare e interprofessionale;
- la Connected Care, come modalità innovativa di erogazione di servizi tramite tecnologie innovative (es. teleconsulto, telesorveglianza domiciliare, tele monitoraggio).

L'indirizzo di queste attività verso i pazienti Covid-19 ha reso pensabile il loro utilizzo in modo sistemico anche per pazienti cronici e/o fragili che sono i più vulnerabili soprattutto in caso di emergenza sanitaria. Tutto questo, però necessita da un lato di un ripensamento dell'organizzazione sanitaria e, soprattutto di quella territoriale, dall'altro anche della formazione e alfabetizzazione digitale, sia dal lato operatore sanitario sia dal lato utente o caregiver.

In tale quadro, nell'anno 2021 si è dato avvio ad alcuni importanti progetti strategici (tra gli altri: il Progetto di costituzione dell'Azienda sanitaria unica della provincia di Ferrara, il Progetto Azienda Sanitaria Digitale, il Progetto di riqualificazione dell'Ospedale di Argenta: integrazione tra l'Istituto Ortopedico Rizzoli e l'AUSL di Ferrara, il potenziamento della rete degli OSCO e Hospice in provincia di Ferrara e la riqualificazione della Casa della Salute di Ferrara, il Progetto di riqualificazione dell'Ospedale del Delta nell'ambito del Distretto sud-est, l'introduzione dell'Infermiere di famiglia e

di comunità) che costituiscono i mattoni fondanti del progetto di sviluppo della nuova sanità ferrarese.

Particolare attenzione è stata anche data all'area dello sviluppo organizzativo, nella quale sono comprese tutte le politiche che favoriscono lo sviluppo del capitale umano dei professionisti, attraverso strumenti che valutano la gestione della performance individuali, a partire dalla individuazione delle competenze e il conseguente sviluppo delle capacità professionali, incluso il lavoro in team, la relazione e l'ascolto dei pazienti, l'orientamento al raggiungimento degli obiettivi. Infine, è stata valorizzata la dimensione della sostenibilità che riguarda la sfera strettamente economico-finanziaria e gestionale dell'azione aziendale ed è strettamente correlata al raggiungimento di elevati livelli di performance di efficienza e buona gestione. Il Piano triennale degli investimenti 2020-2022, è stato redatto secondo gli schemi predisposti dalla Regione Emilia-Romagna, e contiene le linee programmatiche per lo sviluppo degli interventi sul patrimonio edilizio ed impiantistico dell'Azienda USL di Ferrara, nonché le indicazioni relative all'acquisizione delle tecnologie e dei beni economici in coerenza con gli indirizzi del sistema sanitario regionale e del recente Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

Il Piano della performance rappresenta, inoltre, la cornice di riferimento per orientare le priorità annuali e la conseguente assunzione di responsabilità nel raggiungimento degli obiettivi definiti, in particolare attraverso il percorso di budget, intrapreso nei primi mesi del 2022. Nell'ambito della negoziazione di Budget, quale fondamentale strumento di programmazione, in maniera formale sono stati definiti i programmi di azione dell'Azienda, se ne è verificata la fattibilità tecnica e finanziaria, si sono allocate le risorse coerentemente agli obiettivi da perseguire tenendo conto del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, del DM71, del nuovo Piano della Prevenzione e di quanto altro disposto a livello nazionale e regionale.

3. Sezione Struttura organizzativa

La struttura organizzativa dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara è descritta nell'Atto Aziendale del 6.2.2019 che rappresenta la "carta di identità" dell'Azienda.

Il documento è frutto di un percorso di partecipazione e confronto con professionisti e stakeholder. I principi ed i criteri che lo regolano sono coerenti alle indicazioni normative di livello nazionale e regionale, tenendo conto degli aspetti organizzativi legati alla specifica "mission" di Azienda Sanitaria territoriale, rivolta alla produzione, all'acquisizione ed all'erogazione dei servizi sanitari e socio-assistenziali ad elevata integrazione sanitaria per il mantenimento, la promozione ed il recupero della salute psico-fisica dei cittadini, in conformità ai livelli essenziali ed uniformi di assistenza in termini di equità.

L'Azienda ha adottato formalmente tale documento con deliberazione n. n. 28 del 6/02/2019, successivamente integrato con deliberazione n. 124 del 30.6.2021.

L'Atto Aziendale è pubblicato sul sito internet aziendale, in Amministrazione trasparente, Disposizioni generali (<https://at.ausl.fe.it/disposizioni-general/atti-general/statuti-e-leggi-regionali>) e ad esso si rimanda per i contenuti di merito.

4. Sezione Piano triennale dei fabbisogni del personale

Il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP) è previsto dall'articolo 6, comma 2, del D.Lgs. n. 165/2001 allo scopo di ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e perseguire obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini, in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e della performance, nonché con le linee di indirizzo emanate ai sensi dell'articolo 6-ter.

Il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP) si configura come strumento di programmazione per la gestione delle risorse umane finalizzato a coniugare l'ottimale impiego delle risorse pubbliche disponibili e gli obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini e ad assicurare, da parte delle amministrazioni, il rispetto degli equilibri di finanza pubblica.

Ai sensi di quanto previsto dal D.Lgs. n. 75/2017 e delle Linee guida ministeriali, il Piano ha un'estensione temporale triennale e deve essere adottato annualmente al fine di coordinare costantemente il fabbisogno di risorse umane con la pianificazione pluriennale, nonché di tenere conto dell'eventuale mutato quadro normativo.

In argomento va ricordato come, per effetto della legge delega n. 124/2015 e più concretamente dell'art. 4 del D.Lgs. n. 75/2017, che ha apportato modifiche all'art. 5 del D.Lgs. n. 165/2001, è stato superato il concetto di dotazione organica quale contenitore rigido da cui partire per la gestione delle politiche assunzionali. Il nuovo concetto di dotazione organica rappresenta, invece, un valore finanziario destinato all'attuazione del Piano nei limiti delle risorse quantificate sulla base del personale in servizio e di quelle connesse alle facoltà assunzionali previste a legislazione vigente.

In tale ottica l'Azienda ha prestato attenzione, nella predisposizione della nuova programmazione, non tanto e non solo alla definizione della dotazione organica, quanto piuttosto alla fase di programmazione delle assunzioni quale sede di realizzazione delle scelte strategiche aziendali e strumento di governance delle risorse umane.

Il Piano è adottato in coerenza con il PIANO DELLA PERFORMANCE e ne costituisce una declinazione e specificazione delle scelte strategiche in merito all'impiego delle risorse umane complessivamente considerate. I programmi ed i progetti che verranno realizzati durante il periodo di vigenza del Piano avranno come chiave di lettura dominante le seguenti direttrici:

- forte integrazione del sistema sanitario, sia in senso orizzontale che verticale, con una particolare attenzione al rapporto ospedale-territorio.
- rafforzamento dei servizi territoriali con l'istituzione di nuove strutture e un ripensamento dei modelli organizzativi di riferimento, in linea con quanto richiesto dal PNRR e dalle indicazioni che provengono dalle linee di indirizzo condivise con la Conferenza Stato-Regioni e Province Autonome.
- un rafforzamento dell'assistenza ospedaliera, soprattutto per quanto riguarda l'ammodernamento tecnologico e le aree intensive e sub intensive.
- il coinvolgimento attivo dei soggetti e delle comunità di appartenenza.
- un investimento, anche culturale, sulla medicina di iniziativa e sulla salute della popolazione ferrarese.
- un utilizzo della ricerca e delle conoscenze scientifiche per le decisioni e le politiche aziendali.
- la volontà di contrastare le disuguaglianze e di favorire l'inclusione sociale.

Le linee portanti di costruzione del Piano triennale dei fabbisogni sono di seguito elencate.

- La programmazione aziendale delle Risorse Umane tiene conto:
 - o dei vincoli normativi e delle previsioni di bilancio ad esso legati,
 - o del rispetto dei parametri definiti dal Patto per la salute e del mantenimento dei livelli degli standard previsti,

o degli obiettivi e degli standards di tipo economico-finanziario e gestionale in coerenza con le indicazioni regionali.

- Il piano è orientato alla compatibilità con la cornice finanziaria per il SSN ed è impostato nel rispetto dei vincoli derivanti dalla vigente legislazione statale in materia di contenimento del costo del personale, oltre che dei vincoli e degli obiettivi derivanti dalla programmazione regionale.
- Le coperture e le istituzioni di strutture contenute nel presente Piano sono coerenti con gli standard previsti dal Patto per la Salute, ora richiamati nel DM 70/2015.
- L'Azienda assicura la piena applicazione della Legge 161/2014, la promozione ed attuazione delle iniziative a sostegno delle criticità evidenziate nel settore dell'Emergenza Urgenza, l'esecuzione degli Accordi sottoscritti tra Regione Emilia-Romagna e OO.SS. in applicazione della L. 161/2014 e in favore dell'occupazione, il rispetto delle autorizzazioni riferite ai processi di stabilizzazione avviati, anche in esecuzione degli Accordi sottoscritti tra Regione Emilia-Romagna e OO.SS., l'unificazione dei concorsi del personale non dirigenziale a livello di area vasta.

La bozza del Piano costituirà un allegato al Bilancio di previsione 2022, che sarà adottato entro il 31/10/2022, in ottemperanza alle indicazioni regionali. L'adozione definitiva del PTFP verrà formalizzata con successivo provvedimento a seguito dell'approvazione regionale; a seguito dell'adozione formale saranno assicurati gli adempimenti in materia di trasparenza e di comunicazione al SICO.

Il documento viene pubblicato **sul sito internet aziendale, in Amministrazione trasparente, Personale, Dotazione organica (<https://at.ausl.fe.it/personale/dotazione-organica>)** e ad esso si rimanda per i contenuti di merito.

5. Sezione Pari opportunità

I Comitati Unici di Garanzia (CUG), istituiti ai sensi dell'art. 57 del d.lgs. n. 165/2001, sono comitati paritetici, costituiti all'interno delle Amministrazioni pubbliche, con compiti propositivi, consultivi e di verifica in materia di benessere lavorativo e di parità e pari opportunità di genere garantendo un ambiente di lavoro nel quale sia contrastata qualsiasi forma di discriminazione per i/le lavoratori/trici.

Il Decreto Legislativo n. 198 dell'11 aprile 2006 "*Codice delle pari opportunità tra uomo e donna, a norma dell'articolo 6 della legge 28 novembre 2005, n. 246*" all'art. 8 stabilisce che "Le amministrazioni dello Stato, anche ad ordinamento autonomo, le Province, i Comuni e gli altri Enti Pubblici non economici [...] predispongono piani di azioni positive tendenti ad assicurare, nel loro ambito rispettivo, la rimozione degli ostacoli che, di fatto, impediscono la piena realizzazione di pari opportunità di lavoro e nel lavoro tra uomini e donne. [...] I piani, di cui al presente articolo, hanno durata triennale".

La Direttiva n. 2 del 26 giugno 2019, emanata dal Ministro per la Pubblica Amministrazione e del Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei Ministri con delega in materia di pari opportunità, recante "*Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle amministrazioni pubbliche*" stabilisce che la promozione delle parità e delle pari opportunità nella Pubblica Amministrazione necessita di un'adeguata attività di pianificazione e programmazione. Pertanto, nell'ambito dei compiti propositivi del CUG, riveste particolare importanza quello riguardante la predisposizione di Piani di azioni positive per favorire l'uguaglianza sostanziale sul lavoro tra donne e uomini, nonché prevenire o rimuovere situazioni di disparità. Inoltre, la Direttiva n. 2 stabilisce che il Piano delle Azioni Positive deve essere aggiornato al 31 gennaio di ogni anno e che deve essere parte integrante del Piano della Performance aziendale.

L'Azienda USL di Ferrara ha adottato con delibera della Direttore Generale n. 56 del 10/03/2022 il Piano delle Azioni Positive per il triennio 2021-2023. Il Piano è redatto tenendo conto dell'analisi dei dati sulla popolazione aziendale, degli obiettivi strategici aziendali in materia di pari opportunità e valorizzazione delle diversità e delle relazioni annuali dei CUG circa la situazione del personale e l'attuazione della pianificazione precedente.

Il Piano è articolato in 4 aree di intervento: conoscere i bisogni del personale delle aziende, promuovere la salute e il benessere lavorativo, favorire politiche di conciliazione tra vita lavorativa e responsabilità familiari e prevenire e contrastare discriminazioni e molestie sul lavoro. Per ogni area identificata sono previsti obiettivi, azioni specifiche, attori principali e/o coinvolti e tempi di attuazione.

Il monitoraggio dello stato di avanzamento nella realizzazione del Piano delle Azioni è semestrale e curato dal Comitato Unico di Garanzia che segnala, tempestivamente, alle Direzioni preposte eventuali ritardi o scostamenti.

La verifica del raggiungimento degli obiettivi previsti per l'annualità di riferimento è operata dal Comitato Unico di Garanzia e contenuta nella Relazione Annuale, redatta e presentata dai CUG, entro il 30 marzo, alle Direzioni Aziendali ed all'Organismo Aziendale di Supporto.

Come previsto dalla Direttiva 2/2019 emanata dal Ministro per la Pubblica Amministrazione e dal Sottosegretario delegato alle pari opportunità, l'attuazione del Piano delle Azioni Positive rileva ai fini della valutazione della performance organizzativa complessiva dell'amministrazione e della valutazione della performance individuale dei dirigenti responsabili.

Il Piano delle Azioni Positive costituisce allegato al Piano della Performance aziendale ed è pubblicato nel sito internet aziendale, in **Amministrazione trasparente, Performance** (<https://at.ausl.fe.it/performance/piano-della-performance>).

6. Sezione Lavoro agile

Il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) costituisce lo strumento per giungere ad un'adeguata attuazione e ad un progressivo sviluppo del lavoro agile.

L'approccio proposto dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Funzione Pubblica nelle sue "Linee guida sul piano organizzativo del lavoro agile (POLA) e indicatori di performance" della fine del 2020 è quello di un'applicazione progressiva e graduale, in quanto le scelte sulla programmazione del lavoro agile sono rimesse all'Azienda, che deve elaborare un programma di sviluppo nell'arco temporale di un triennio.

Va sottolineato preliminarmente come il diverso approccio organizzativo richiesto dal lavoro agile debba tuttavia tener conto dell'attuale disciplina legislativa e contrattuale del lavoro alle dipendenze delle Pubbliche Amministrazioni, basata sulla presenza fisica in ufficio, con la conseguenza che numerosi istituti relativi al trattamento giuridico ed economico del personale non sempre si conciliano con le peculiarità di tale modalità lavorativa.

I tradizionali modelli del lavoro pubblico, inoltre, mal si adattano con un'organizzazione che deve essere in grado di adattarsi velocemente ai cambiamenti, di lavorare in una logica incrementale, rispondendo alle esigenze dell'utenza e valorizzando il lavoro di squadra, secondo criteri di intercambiabilità e flessibilità operativa dei componenti.

Il lavoro agile è definito dalla Risoluzione del Parlamento europeo del 13 settembre 2016 come un nuovo approccio all'organizzazione del lavoro, basato su una combinazione di flessibilità, autonomia e collaborazione. In quest'ottica è considerato che non tutte le attività possono essere rese da remoto, per garantire ai lavoratori interessati la possibilità di effettuare la propria prestazione in modalità agile, occorrerà ricorrere, ove possibile, a strumenti quali la rotazione delle mansioni fra profili omogenei.

La più recente normativa in materia di lavoro agile supera la tradizionale logica del controllo sulla prestazione, ponendosi quale patto fiduciario tra l'Azienda e il lavoratore, basato sul principio guida "FAR BUT CLOSE", ossia "lontano ma vicino".

Si tratta di favorire forme di collaborazione tra Azienda e lavoratori per la creazione di valore pubblico, a prescindere dal luogo, dal tempo e dalle modalità che questi ultimi scelgono per raggiungere gli obiettivi perseguiti dall'Azienda.

Il principio si basa sui seguenti fattori:

- Flessibilità dei modelli organizzativi;
- Autonomia nell'organizzazione del lavoro;
- Responsabilizzazione sui risultati;
- Benessere del lavoratore;
- Utilità per l'Azienda;
- Tecnologie digitali che consentano e favoriscano il lavoro agile;
- Cultura organizzativa basata sulla collaborazione e sulla riprogettazione di competenze e comportamenti;
- Organizzazione in termini di programmazione, coordinamento, monitoraggio, adozione di azioni correttive;
- Equilibrio in una logica win-win: l'Azienda consegue i propri obiettivi e i lavoratori migliorano il proprio "Work-life balance".

Tra questi fattori, rivestono un ruolo strategico la cultura organizzativa e le tecnologie digitali in una logica di "change management", ossia di gestione del cambiamento organizzativo per valorizzare al meglio le opportunità rese disponibili dalle nuove tecnologie. Le tecnologie digitali sono fondamentali per rendere possibili nuovi modi di lavorare; sono da considerarsi, quindi, un fattore indispensabile del lavoro agile.

Il livello di digitalizzazione permette di creare spazi di lavoro digitali virtuali nei quali la comunicazione, la collaborazione e la socializzazione non dipendono da orari e luoghi di lavoro; ma, affinché questo avvenga in modo efficace, occorre far leva sullo sviluppo di competenze digitali trasversali ai diversi profili professionali. Ancor prima della digitalizzazione, le esperienze di successo mostrano come la vera chiave di volta sia l'affermazione di una cultura organizzativa basata sui risultati, capace di generare autonomia e responsabilità, di apprezzare risultati e merito di ciascuno. È evidente, quindi, come il tema della misurazione e valutazione della performance assuma un ruolo strategico nell'implementazione del lavoro agile, ruolo che emerge sin dalle prime disposizioni normative che hanno introdotto tale istituto nel nostro ordinamento.

Una riflessione particolare è richiesta in relazione alla performance individuale, non solo perché lo svolgimento della prestazione in modalità agile impone ancor più la necessità di individuare in maniera puntuale i risultati attesi, sia in relazione all'attività svolta che ai comportamenti tenuti, ma anche perché deve essere chiaro che il sistema di misurazione e valutazione è unico e prescinde dal fatto che la prestazione sia resa in ufficio, in luogo diverso o in modalità mista.

Si possono utilizzare indicatori ad hoc per il lavoro agile, ma le dimensioni delle performance devono essere le stesse per tutte le strutture organizzative e i dirigenti e dipendenti dell'Azienda.

Sulla base del vigente quadro normativo (legge n. 124 del 2015, articolo 14, comma 1), le Aziende sanitarie sono tenute a redigere il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA), quale specifica sezione del Piano della performance, dedicata ai necessari processi di innovazione amministrativa da mettere in atto, ai fini della programmazione e della gestione del lavoro agile.

Nel contesto dell'Area Vasta Emilia Centro (AVEC), le Aziende sanitarie hanno valutato l'opportunità di dar luogo ad un documento con impostazione omogenea, per condividere un percorso unitario di sviluppo del lavoro agile che garantisca, fra l'altro, uniformità di trattamento e parità di condizioni in ambiti soggetti a integrazioni di Servizi a livello interaziendale.

Il Piano è contenuto in apposita sezione del **Piano Triennale della Performance 2021-2023 e pubblicato nel sito internet aziendale, sezione Amministrazione trasparente, Performance (<https://at.ausl.fe.it/performance/piano-della-performance>)**.

7. Sezione Prevenzione della corruzione

L'aggiornamento del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza dell'Azienda Usl di Ferrara per il triennio 2022-2024, **adottato con Delibera n. 16 del 25/01/2022**, in conformità a quanto previsto dall'art. 1, comma 8 della Legge 6 novembre 2012, n. 190 *"Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione"* è stato assicurato entro il 31 gennaio 2022 in continuità con i Piani precedenti e in linea con le disposizioni ANAC (Delibera n. 1064/2019 e successivo aggiornamento del 21 luglio 2021) ma concepito quale "Piano di transizione" verso l'evoluzione che lo porterà ad essere parte integrante del più complesso documento "Piano Integrato di Attività e Organizzazione" (P.I.A.O.). Come è noto il DL n. 80 del 9 giugno 2021 (c.d. Decreto "Reclutamento"), convertito in legge n. 113 del 6 agosto 2021, ha previsto infatti per le Amministrazioni con più di cinquanta dipendenti l'adozione del "Piano integrato di attività e organizzazione" che racchiuderà in uno strumento unico di programmazione e organizzazione gli adempimenti in materia di performance, gestione delle risorse umane e prevenzione della corruzione: ciò nell'ottica di assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi ai cittadini con una progressiva semplificazione dei processi.

L'aggiornamento del PTPCT pertanto è stato redatto nell'ottica di anticipare, quanto più possibile, i contenuti della sotto-sezione riferita a "Rischi corruttivi e trasparenza" che dovranno trovare collocazione nel P.I.A.O., secondo quanto si evince dallo schema di decreto approvato con decreto ministeriale del 24/06/2022.

Il Piano della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza triennio 2022/24 è stato elaborato avvalendosi dell'apporto dei Responsabili delle strutture aziendali coinvolte nelle misure preventive e nei processi a rischio mappati ed è anche il risultato, in alcune sue parti, dell'azione coordinata e condivisa nel contesto regionale.

Fondamentale – per il consolidamento delle politiche anticorruzione - infatti è il rapporto e la relazione con gli organismi regionali quali la Rete per l'integrità e la trasparenza (RIT), il Tavolo regionale per il coordinamento delle misure in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione delle Aziende e degli Enti del SSR ed in Tavolo AVEC + Ausl Romagna al fine della massima condivisione di progetti ed obiettivi oltre a sinergie di più ampio respiro con l'OIV/SSR.

L'amministrazione ha presidiato in particolar modo la formazione aderendo ad iniziative in ambito di Area Vasta, in ambito aziendale ed interaziendale promuovendo la Giornata della Trasparenza nel novembre 2021, delle Aziende sanitarie Ferraresi che ha visto la partecipazione dei Componenti della Direzione Strategica, di relatori che hanno approfondito le tematiche della trasparenza e del Consigliere dell'Autorità Nazionale Anticorruzione, Avv. Consuelo Del Balzo.

Particolare attenzione è stata dedicata al rispetto dei principi e delle attività legate al deposito delle dichiarazioni richieste dal "Codice di Comportamento del personale operante nell'Azienda Usl di Ferrara": l'Amministrazione, in particolare ha assicurato le attività del deposito delle dichiarazioni in linea e nel rispetto delle indicazioni regionali assicurando peraltro l'implementazione del deposito di una nuova dichiarazione (che va ad aggiungersi alle tradizionali dichiarazioni già un uso da tempo all'interno dell'organizzazione in materia di conflitto di interessi) e che trova fondamento nell'art. 18 bis della legge regionale della Regione Emilia Romagna n. 43/01 (aggiornata nell'anno 2019) recante "Testo unico in materia di organizzazione e di rapporti di lavoro con la Regione Emilia Romagna" e s.m.i. e che trova applicazione anche per le Aziende del SSR.

In tal senso l'Azienda dovrà evitare che dipendenti legati da vincoli di parentela o di affinità sino al secondo grado, di coniugio o convivenza, prestino servizio in rapporto di subordinazione gerarchica nell'ambito della medesima struttura organizzativa.

A decorrere dalla data del 12 novembre 2021 il sistema relativo alla segnalazione degli illeciti (whistleblowing) è stato aggiornato con un nuovo sw regolato dalla Licenza Pubblica dell'Unione

Europea, che ne consente il libero uso a qualunque soggetto interessato senza ulteriore autorizzazione da parte di ANAC, come da Comunicato del Presidente ANAC del 15 gennaio 2019.

Il nuovo sistema delle segnalazioni di illecito che prevede, tra l'altro, la gestione di tali segnalazioni con modalità informatiche e il ricorso a strumenti di crittografia per garantire la più ampia riservatezza dell'identità del segnalante, del contenuto delle segnalazioni e della relativa documentazione, è stata resa nota a tutto il personale dipendente.

In ossequio agli obiettivi su cui si basa la strategia anticorruzione promossa a livello nazionale, sono stati individuati obiettivi strategici aziendali:

- contribuire a creare un clima sfavorevole alla corruzione e una cultura dell'integrità;
- ridurre le opportunità di porre in essere episodi corruttivi;
- favorire l'emersione di casi di corruzione.

Il percorso di ammodernamento della sezione "Amministrazione Trasparente" dell'Azienda evoluto su piattaforma "Plone 5", già avviato nell'anno 2019, risulta oramai completato consentendo alla rete degli Editor e dei Validatori della notizia delegati dai Direttori una maggiore facilità di pubblicazione ed ai cittadini interessati che visualizzeranno i dati dall'esterno una maggiore gradevolezza della lettura.

Il laborioso lavoro finalizzato alla più ampia facilitazione delle pubblicazioni, unitamente ad una serie di modalità utili a generare flussi per le pubblicazioni in maniera automatizzata, è pensato per favorire l'attività dei soggetti delegati dai Direttori Responsabili delle pubblicazioni in "Amministrazione Trasparente".

I dati e le informazioni pubblicati sul sito istituzionale www.ausl.fe.it vengono selezionati e verificati dai Direttori Responsabili della pubblicazione in ossequio alle prescrizioni di legge vigenti in materia di trasparenza e, più in generale, al quadro normativo inerente gli obblighi di pubblicazione *on line* delle Pubbliche Amministrazioni.

Il Piano per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza adottato con Delibera n. 16 del 25/01/2022 è pubblicato sul sito internet aziendale, in Amministrazione trasparente, Disposizioni Generali (<https://at.ausl.fe.it/disposizioni-general/piano-triennale-per-la-prevenzione-della-corruzione-e-della-trasparenza>).

8. Monitoraggio e rendicontazione

L'attività di monitoraggio e rendicontazione, nel merito dei contenuti previsti dal PIAO, si realizza in Azienda attraverso una serie di strumenti già attivi e normati dal livello regionale. Nello specifico:

- il processo di budget, secondo quanto previsto dall'art.8 della Legge Regionale 9/2018 e il correlato sistema di reporting e di valutazione interna dei risultati delle strutture organizzative in cui si articola l'Azienda;
- per quanto attiene alla performance aziendale, la Relazione della performance secondo quanto previsto dalla DGR 819/2021 "Linee guida per lo sviluppo del sistema di misurazione e valutazione della performance nelle Aziende e negli Enti del SSR";
- per quanto attiene alla prevenzione della corruzione, oltre a quanto definito nel PTPCT, la Relazione annuale del Responsabile della Prevenzione della corruzione e della trasparenza, redatta ai sensi dell'art.1 c.14 L.190/2012 e sulla base delle indicazioni dell'ANAC.

Per il 2022 il sistema di monitoraggio e rendicontazione del PIAO è pertanto assicurato mediante i processi e gli strumenti già attivi secondo le diverse normative di riferimento dei vari Piani richiamati nel PIAO, ma trovano un punto di sintesi nel processo di budget. Gli obiettivi di budget traducono le linee presenti nei vari Piani sopra richiamati in obiettivi assegnati alle diverse articolazioni aziendali, assicurando una piena integrazione logica ed organizzativa, in applicazione di quanto previsto dalla DGR 819/2021.

La pianificazione per **obiettivi di budget annuali** assume un ruolo fondamentale all'interno dei meccanismi di programmazione strategica dell'Azienda, volti ad assicurare i più efficaci livelli qualitativi dell'assistenza sanitaria, coniugati con un'efficiente gestione delle risorse a disposizione. A tal proposito, assume un ruolo fondamentale il legame con le linee strategiche alla base del Piano della Performance 2021-2023, documento programmatico a valenza triennale.

Gli incontri di negoziazione di budget vengono organizzati tenendo conto delle Aree omogenee delle diverse Strutture/Servizi e coinvolgendo i Servizi interessati in modo da garantire la massima trasversalità.

Le schede di budget sono lo strumento attraverso il quale vengono esplicitati il livello di produzione atteso, gli obiettivi di Innovazione e Qualità, i consumi di farmaci e dispositivi medici, prestazioni intermedie negoziate. Ogni singolo elemento contribuisce allo sviluppo del bilancio preventivo.

La scheda di budget, pre-negoziata con i responsabili dei servizi, evidenzia gli obiettivi delle Unità Operative/Servizi, articolati nelle seguenti voci: Obiettivo Strategico, Obiettivo Operativo, Indicatore, Target, Dato 2021, Periodicità, Referente, Coinvolti, Azioni dei Gestori, Peso, Peso dell'Obiettivo strategico.

Gli Obiettivi Strategici si suddividono nelle seguenti macro-aree:

EFFICIENZA ORGANIZZATIVA e ASSISTENZIALE, che riguarda la valutazione delle performance e le indicazioni volte a completare e affinare processi in relazione alle forme dell'organizzazione. Si tratta dell'erogazione di un intervento/prestazione in un contesto organizzativo idoneo e congruente, per quantità di risorse impiegate, con le caratteristiche di complessità dell'intervento e con quelle cliniche del paziente.

APPROPRIATEZZA CONSUMO FARMACI e DISPOSITIVI, che riguarda l'appropriatezza prescrittiva, fondamentale sia per l'efficacia e la sicurezza dei trattamenti farmacologici/dispositivi sia per l'efficiente allocazione delle risorse.

GOVERNO COSTI, in relazione alla necessità di assicurare compatibilità tra mantenimento e sviluppo dei servizi per la popolazione di riferimento e risorse complessivamente disponibili. Tale voce ha una forte integrazione con le azioni del Tavolo dei Gestori.

GOVERNO DELLA CASISTICA, che riguarda l'erogazione di un intervento in tempi congrui con il bisogno assistenziale del paziente.

QUALITA', RISK MANAGEMENT, APPROPRIATEZZA DI PERCORSO, che riguarda gli strumenti del governo clinico-assistenziale e dello sviluppo della qualità dei servizi, anche in relazione all'erogazione dell'assistenza in contesti organizzativi che riducono al minimo le condizioni di rischio o pericolo per i pazienti e per gli operatori.

GOVERNO DELLE RISORSE UMANE, in merito alla capacità di conservare e sviluppare le competenze dei professionisti, offrendo opportunità di continuo apprendimento ed addestramento, in un ambiente consono a mantenere la soddisfazione dei professionisti per il contesto lavorativo in cui operano.

RICERCA, che si rivolge prioritariamente alla correttezza tecnico-amministrativa del percorso di approvazione/autorizzazione degli studi.

Gli Obiettivi operativi si prefiggono di raggiungere nel corso dell'anno gli obiettivi programmatici in maniera operativa e vengono collegati agli indicatori e alla periodicità di rilevazione/attuazione. Il target accoglie la definizione del livello atteso sull'anno per l'indicatore considerato. Il relativo dato 2021 funge da base di partenza e guida nell'assegnazione dell'obiettivo e del peso. Gli indicatori sono infatti pesati (valori da 1 a 100), portando la somma totale dei pesi della singola scheda a 100. Gli indicatori sono calcolati, per ogni obiettivo, come scostamento in termini assoluti e percentuali rispetto al valore dell'anno precedente. Sono presenti anche indicatori qualitativi che si misurano in termini di presenza/assenza di una determinata procedura/processo.

Altro importante strumento di monitoraggio e rendicontazione aziendale è costituito dalla **Relazione sulla performance**, prevista dal D.Lgs. 150/2009 e introdotta in modo strutturale nella Legge Regionale 9/2018.

La relazione sulla performance è un documento annuale orientato sia verso l'esterno, per la rappresentazione ai diversi portatori di interesse dei risultati conseguiti in riferimento alle priorità strategiche (accountability) declinate nel Piano della performance, che verso l'interno, per rendere conto ai vari livelli organizzativi dell'esito dell'attività gestionale orientata al raggiungimento degli obiettivi assegnati annualmente dalla Regione.

La Relazione sulla performance dà evidenza a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, del livello di raggiungimento degli obiettivi e degli indicatori definiti nel Piano della performance.

La relazione sulla performance 2021, in particolare, redatta in conformità alla DGR 819/2021, rendiconta i risultati rispetto agli indicatori esplicitati nel Piano della performance 2021-2023 per ogni dimensione/area della performance individuata. Si esplicita così il grado di performance che l'Azienda ha conseguito, nel rispetto delle indicazioni nazionali e delle linee di indirizzo regionali, con il fine ultimo di rispondere ai bisogni di salute dei cittadini.

In linea con le indicazioni della DGR 819/2021, alla Relazione sulla performance si allega il capitolo della relazione del Direttore Generale al bilancio di esercizio che riporta lo stato di raggiungimento degli obiettivi assegnati dalla Regione Emilia-Romagna con le Linee di programmazione e finanziamento annuali alle Aziende Sanitarie.

Per quanto riguarda la Sezione **Prevenzione della corruzione**, nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT), è stato definito un **sistema di monitoraggio annuale e/o semestrale** volto alla verifica dell'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza

- di contrasto nelle aree di rischio generali e specifiche;
- di aggiornamento del modulo di pubblica dichiarazione di interessi.

Il RPCT ha inoltre attivato da tempo una rilevazione semestrale che mira ad effettuare controlli e verifiche sulla correttezza, sulla esaustività e sull'aggiornamento dei contenuti delle singole sezioni e sottosezioni di "Amministrazione Trasparente".

Particolare attenzione viene riservata al diritto di accesso documentale, civico semplice e generalizzato per i quali l'Azienda si è dotata di specifici regolamenti.

Di tutte le attività legate alle richieste e agli esiti dell'istruttoria viene dato conto tramite pubblicazione nel registro degli accessi presente in una apposita sezione di "Amministrazione Trasparente" per il quale vengono effettuate due rilevazioni, anch'esse a cadenza semestrale, al fine di verificarne la completezza dei contenuti.

La **Relazione annuale del Responsabile della Prevenzione della corruzione e della trasparenza**, redatta in base alle indicazioni di ANAC, rappresenta un ulteriore strumento di monitoraggio dell'efficacia delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza attuate dall'Azienda.