



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

# **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO)**

## **2022-2024**

Deliberazione del Direttore Generale n. 387 del 28/10/2022

## Indice

1. Premessa	pag. 3
2. Sezione Valore Pubblico e Performance	pag. 4
3. Sezione Struttura Organizzativa	pag. 6
4. Sezione Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale	pag. 6
5. Sezione Pari Opportunità	pag. 7
6. Sezione Lavoro Agile	pag. 7
7. Sezione Prevenzione della Corruzione	pag. 9
8. Monitoraggio e Rendicontazione	pag. 11

## Premessa

Il Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO) dell'Azienda Usl-di Modena 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".

In questa prima applicazione, tale documento rappresenta un atto ricognitivo 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.

Dal 2023 si prevede di attivare un percorso di progressivo superamento dei Piani in vigore, in applicazione a quanto previsto dal comma 7-bis dell'art.6 del DL 80/2021 (forte riconoscimento del ruolo delle Regioni per le Aziende sanitarie), attraverso la partecipazione ad 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 n. 19095 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 definizione di un modello di riferimento per il Servizio Sanitario Regionale con individuazione di un percorso di attuazione, nonché all'individuazione degli adeguamenti normativi necessari, al fine di aggiornare il sistema di programmazione delle Aziende sanitarie e degli Enti del SSR, fissandone contenuti e tempi di attuazione.

## Sezione Valore Pubblico e Performance

Con la DGR 819/2021 “Linee guida per lo sviluppo del sistema di misurazione e valutazione della performance nelle aziende e negli enti del SSR” la Regione Emilia-Romagna ha definito l’impostazione del sistema di misurazione e valutazione della performance delle Aziende sanitarie, avendo a riferimento i seguenti principi:

- la valorizzazione delle attività di pianificazione e programmazione pluriennali e annuali già obbligatorie o autonomamente sviluppate e consolidate nelle Aziende sanitarie, inclusi gli strumenti di programmazione economico-finanziaria e di bilancio e il processo di budget, onde evitare duplicazioni di attività e proliferazione di documenti non necessarie e fonte di possibili ambiguità;
- un’applicazione il più possibile omogenea e coordinata tra le Aziende, che consenta di rappresentare in modo corretto e significativo l’evoluzione attesa e i risultati conseguiti dal Sistema Sanitario Regionale, sulla base degli obiettivi definiti periodicamente e annualmente dalla Regione;
- l’esigenza di garantire una leggibilità e un utilizzo mirati ai vari strumenti di pianificazione e controllo, assicurandone quindi una reale efficacia ed evitando che diventino un mero esercizio formale, considerando due punti di vista prioritari:
  - utilizzo *interno* per orientare l’attività gestionale delle strutture e dei professionisti, definendo e coordinando gli obiettivi e le responsabilità nel perseguire le fondamentali priorità strategiche definite dalla Regione e declinati ai vari livelli dell’organizzazione;
  - utilizzo *esterno* per la rappresentazione ai diversi portatori di interesse delle suddette priorità strategiche e dei risultati conseguiti (*accountability*).

Tali principi sono fondamentali e mutualmente sinergici, al fine di assicurare che il sistema di performance management possa efficacemente contribuire all’erogazione di servizi sanitari ad alto valore aggiunto, tecnico e sociale.

Il primo principio consente infatti di sviluppare sistemi amministrativi più efficaci e convenienti, evitando ridondanze e duplicazioni.

Il secondo principio è sua volta fondamentale per tre motivi. In primo luogo consente di creare sinergie nello sviluppo dei sistemi amministrativi tramite il reciproco apprendimento tra organizzazioni del sistema. In secondo luogo orienta in chiave strategica l’azione del singolo ente e, infine, consente di dare una lettura integrata e unitaria delle politiche sanitarie perseguite dal sistema regionale, consentendo agli interlocutori sociali di avere un’idea precisa, sia dell’efficacia delle politiche adottate in risposta ai bisogni della popolazione, sia delle capacità di attuazione delle strategie da parte degli enti del sistema.

Infine, il terzo principio richiama l’esigenza di rappresentare in modo chiaro ed efficace i risultati ottenuti dal sistema sanitario (nelle sue diverse articolazioni) con gli strumenti di programmazione adottati, al fine di rendicontare, a tutti gli interlocutori sociali, interni ed esterni, lo stato di avanzamento delle strategie e il valore prodotto dai servizi sanitari erogati. Con la corretta attuazione dei tre principi sopra ricordati è possibile fare in modo che i sistemi gestionali messi in atto all’interno delle Aziende sanitarie regionali (il budget, i sistemi di gestione delle risorse umane e quant’altro) continuino ad operare in modo efficace con le loro finalità specifiche, ma in modo per quanto possibile sinergico. La complessità del performance management sta proprio nel rendere tra loro coerenti i sistemi di programmazione e controllo con i sistemi di misurazione dei risultati e con i sistemi di retribuzione variabile del personale.

Per tal motivo in questi anni si è posta molta attenzione ai principi sopra ricordati e questo ha consentito al sistema regionale di consolidare gli strumenti gestionali già da tempo utilizzati

cercando di potenziarli e inserirli in modo organico all'interno delle logiche definite dalla normativa nazionale sul ciclo della performance.

In quest'ottica, il Piano triennale della performance costituisce il documento aziendale di programmazione in cui vengono descritti gli impegni e le azioni che l'Azienda intende perseguire nel triennio, in coerenza con gli obiettivi di mandato del Direttore Generale. Sono articolati secondo le dimensioni e aree della performance e misurati attraverso indicatori di risultato, in conformità alla DGR 819/2021. Gli indicatori, comuni per tutte le Aziende e calcolati prevalentemente a livello regionale da flussi informativi correnti, permettono di assicurare coerenza di sistema e confrontabilità nel tempo e nello spazio.

Le Dimensioni della performance sono 4 e per ciascuna sono declinate le Aree della performance:

- **Dimensione di performance dell'utente:** si tratta di una dimensione di fondamentale importanza per l'Azienda, riguardando performance relative ad ambiti di diretto impatto e valutabilità da parte degli utenti dei servizi, articolata secondo le seguenti Aree:
  - Area di performance dell'accesso e della domanda
  - Area di performance dell'integrazione
  - Area di performance degli esiti
- **Dimensione di performance dei processi interni:** analizza aspetti non sempre immediatamente percepibili o percepiti dagli utenti delle prestazioni e dei servizi, ma fondamentali per garantire il loro effettivo svolgimento in modo efficiente, efficace e sicuro, articolata secondo le Aree:
  - Area di performance della produzione
  - Area di performance della appropriatezza, qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico
  - Area di performance dell'organizzazione
  - Area di performance dell'anticorruzione e della trasparenza.
- **Dimensione di performance della ricerca, dell'innovazione e dello sviluppo:** dimensione strategica per assicurare l'aggiornamento e il miglioramento delle prestazioni e dei servizi erogati, oltre che delle competenze dei professionisti che operano in Azienda, articolata in:
  - Area di performance della ricerca e della didattica
  - Area di performance dello sviluppo organizzativo
- **Dimensione di performance della sostenibilità:** analizza il corretto utilizzo delle risorse disponibili, con riferimento sia ai costi/ricavi di esercizio, sia agli investimenti, articolata in:
  - Area di performance economico-finanziaria
  - Area di performance degli investimenti

Il Piano della performance rappresenta 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.

La Direzione dell'Azienda UsI di Modena ha individuato quali priorità strategiche i seguenti temi: appropriatezza, sicurezza, comunicazione, etica, prevenzione e promozione della salute, integrazione ospedale-territorio e integrazione socio-sanitaria. Questi temi costituiscono il riferimento dell'agire professionale ai diversi livelli organizzativi nel perseguimento degli obiettivi aziendali.

**Il Piano della Performance 2021-2023 è stato adottato con Deliberazione del Direttore Generale n. 249 del 30/07/2021 ed è pubblicato sul sito internet aziendale, in Amministrazione trasparente – Performance e vi si rimanda per i contenuti di merito.**

## Sezione Struttura Organizzativa

La struttura organizzativa dell'Azienda Usl di Modena è descritta nell'Atto Aziendale pubblicato sul portale aziendale alla pagina <https://www.ausl.mo.it/atto-aziendale>, che rappresenta la "carta di identità" dell'Azienda.

Inoltre il portale aziendale dedica una sezione a chiarire l'articolazione organizzativa <https://www.ausl.mo.it/chi-siamo>, agganciando la descrizione delle realtà territoriali ed ospedaliere alla Carta dei Servizi aziendale.

Per i contenuti di merito si rimanda alla sezione di **Amministrazione Trasparente → Disposizioni Generali → Atti generali** articolata nelle seguenti sezioni:

1. Riferimenti normativi su organizzazione e attività
2. Atto aziendale e documenti di organizzazione
3. Codice di Comportamento aziendale e Codici disciplinari del personale dipendente
4. Regolamenti aziendali

## Sezione Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale (PTFP)

Il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP) è previsto dall'articolo 6, comma 2, del Dlgs. 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 indica le risorse finanziarie destinate all'attuazione dello stesso, nei limiti delle risorse quantificate sulla base della spesa per il personale in servizio e di quelle connesse alle facoltà di assunzione previste a legislazione vigente. Costituisce allegato al Bilancio di previsione.

È stato introdotto dal D.Lgs.75/2017 (Decreto Madia), ha valenza triennale con aggiornamento annuale e viene redatto sulla base di Linee guida nazionali che sono state pubblicate nella G.U. serie generale n. 173 del 27 luglio 2018 e vengono attualizzate annualmente a livello regionale.

Si compone di tabelle che proiettano l'andamento della spesa, sia in termini di personale effettivamente presente (FTE), che di dotazione organica e di una relazione sintetica del Direttore Generale che rappresenta le strategie di sviluppo del personale nel triennio di riferimento.

Viene approvato con Delibera dopo che i contenuti sono stati validati dall'Amministrazione Regionale.

L'ultimo PTFP approvato, relativo al triennio 2021-2023, è stato approvato con Delibera 355 del 1/12/2021.

**La proposta aziendale di Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale 2022-2024 è stata trasmessa in Regione con nota del Direttore Generale prot. 44827 del 30/05/2022, l'adozione definitiva del PTFP verrà formalizzata con successivo provvedimento a seguito dell'approvazione regionale. La proposta di PTFP, redatta entro i limiti di spesa previsti nel bilancio di previsione, costituirà, altresì, un allegato al Bilancio di previsione 2022, e sarà approvato successivamente dal Direttore Generale Cura della Persona, Salute e Welfare in ottemperanza alle indicazioni regionali (DGR 1412/2018). Il documento viene pubblicato sul sito internet aziendale, in Amministrazione trasparente, Personale, Dotazione organica e vi si rimanda per i contenuti di merito.**

## Sezione Pari Opportunità (PTAP)

Il Piano Triennale di Azioni Positive (PTAP) 2021-2023 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 diseguaglianza di genere, al contrasto rispetto a ogni forma di discriminazione in ambito lavorativo. Il PTAP 2021 – 2023 nasce dalla proposta del Comitato Unico di Garanzia dell'Ausl di Modena istituito con Deliberazione del Direttore Generale n. 229/20 e relativo Regolamento. Il Piano è stato proposto dal Comitato Unico di Garanzia, in esito a un percorso partecipato, e recepito dalla Direzione aziendale con Deliberazione del Direttore Generale n. 81 del 10.3.2022. Il documento definisce il programma degli interventi che l'Azienda intende attuare per garantire un'effettiva parità tra lavoratori e lavoratrici, un maggior benessere lavorativo e una migliore conciliazione tra vita privata e lavoro, un ambiente di lavoro libero da discriminazioni o molestie e rispettoso della dignità di ognuno.

La normativa prevede, in particolare, che il sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa tenga conto del raggiungimento di obiettivi di sviluppo di pari opportunità, in relazione diretta con il benessere organizzativo e individuale. Il documento programmatico si caratterizza per uno sguardo al/alla dipendente quale persona cui riconoscere interezza e complessità e prende spunto dalla fotografia del personale in forze all'azienda.

Gli obiettivi sono articolati in quattro aree:

- ➔ Formazione Informazione Eventi
- ➔ Differenze e Violenze di genere
- ➔ Discriminazioni
- ➔ Mobbing

Il documento è adottato in virtù di quanto previsto dall'art. 48 del Decreto Legislativo n. 198 dell'11 aprile 2006 (Codice delle Pari Opportunità tra uomo e donna) e rispetta le indicazioni espresse dalle direttive del 04/03/2011 e del 26/06/2019.

La pianificazione a sostegno delle pari opportunità contribuisce a definire il risultato prodotto dall'Amministrazione nell'ambito del c.d. ciclo della performance, previsto dal Decreto legislativo n. 150/2009. **Pertanto il PTAP 2021-2023, adottato con Deliberazione del Direttore Generale n. 32 del 10/02/2021 costituisce parte integrante del Piano Triennale della Performance 2021-2023 dell'Azienda Usl di Modena, adottato con delibera n. 249 del 30/07/2021 e pubblicato sul sito internet aziendale, in Amministrazione trasparente – Performance e vi si rimanda per i contenuti di merito.**

## Sezione Lavoro Agile (POLA)

Il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) si configura come lo strumento di programmazione del lavoro agile e delle sue modalità di attuazione e sviluppo, adottato in coerenza con le linee di indirizzo "Linee guida sul Piano organizzativo del lavoro agile (POLA) e indicatori di performance", adottate dal Ministro per la pubblica amministrazione, con una valenza triennale e aggiornamenti annuali secondo una logica di scorrimento programmatico.

Nel più ampio contesto delle politiche regionali di innovazione e qualificazione del SSR, l'Azienda Usl di Modena sta sviluppando alcune linee di azione orientate alla valorizzazione e allo sviluppo professionale del personale dipendente, anche attraverso la promozione di modalità organizzative che garantiscano una maggiore flessibilità della prestazione lavorativa, al fine di:

- Valorizzare le competenze delle persone e migliorare il loro benessere organizzativo, anche attraverso la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro;
- Diffondere modalità di lavoro orientate ad una maggiore autonomia e responsabilità professionale promuovendo una cultura orientata ai risultati, più che allo svolgimento di singole attività;
- Contribuire alla razionalizzazione della mobilità e conseguente riduzione dell'impatto ambientale attraverso la riduzione degli spostamenti casa-lavoro;
- Promuovere e diffondere la trasformazione digitale dei processi organizzativi interessati, allo scopo di migliorare produttività e trasparenza, ridurre tempi e distanze con gli utenti e contribuire al processo di semplificazione amministrativa.

Già a partire dal mese di marzo 2020, l'Azienda USL di Modena ha intrapreso il percorso di definizione organizzativa per la gestione dello smart working nella fase emergenziale da Covid 19, che ha portato a considerazioni e riflessioni significative ed utili per la messa a regime dell'istituto del Lavoro Agile in modalità ordinaria.

La prima riflessione si riferisce all'impatto organizzativo del Lavoro Agile, sia con riferimento agli investimenti tecnologici che alle modalità di coordinamento e direzione diversi dal tradizionale controllo a vista basato sulla presenza fisica del dipendente. La seconda si riferisce alle dimensioni sociali e relazionali dell'attività lavorativa, da qui la necessità di alternare il Lavoro Agile al lavoro in presenza, per evitare il rischio dell'isolamento domestico dei lavoratori. Infine, il graduale superamento delle rigidità tipiche della compresenza spazio-temporale dei lavoratori dovrà svilupparsi in un contesto diretto a sostenere azioni virtuose di cooperazione e condivisione costante delle informazioni tra i lavoratori, sempre più necessarie per raggiungere gli obiettivi propri di organizzazioni complesse, dinamiche e in continua evoluzione per rispondere ai bisogni del territorio regionale, quali sono le aziende sanitarie.

Su tali basi si sviluppa il Piano Organizzativo del Lavoro Agile 2021 - 2023 che è lo strumento di programmazione del Lavoro Agile, delle sue modalità di attuazione e di sviluppo e costituisce **una delle sezioni del Piano della Performance Triennale** di cui all'articolo 10, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, in coerenza con le linee di indirizzo "Linee guida sul Piano organizzativo del Lavoro Agile (POLA) e indicatori di performance" adottate dal Ministro per la pubblica amministrazione, con una valenza pluriennale e aggiornamenti annuali secondo una logica di scorrimento programmatico.

Il Piano Operativo Lavoro Agile 2021 redatto secondo quanto previsto dall'art. 263 comma 4 bis D.L. n. 34/2020 che ha modificato l'art. 14 Legge n. 124/2015, **costituisce una delle sezioni del Piano della Performance 2021-2023 dell'Azienda Usl di Modena, adottato con delibera n. 249 del 30/07/2021 e pubblicato sul sito internet aziendale, in Amministrazione trasparente - Performance.**

In adempimento a quanto previsto dal POLA 2021-2023, l'Azienda Usl di Modena ha provveduto ad adottare, con Deliberazione del Direttore Generale n.19 del 25.1.2022, il regolamento in materia di Lavoro Agile e ad effettuare la mappatura delle attività oggetto di *smart working* attraverso i relativi POA di Servizio. Di tutto ciò è data evidenza all'interno dell'aggiornamento del **POLA per l'anno 2022 adottato con Deliberazione del Direttore Generale n. 370 del 12/10/2022.**



## Sezione Prevenzione della Corruzione (PTPCT)

Il Piano per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) è uno strumento di programmazione a valenza triennale, con aggiornamento annuale, che si inserisce tra gli strumenti di Programmazione dell'Azienda e si pone in stretta correlazione con il Piano della Performance.

Il Piano individua la strategia di prevenzione della corruzione e il grado di esposizione al rischio dell'Azienda. L'Azienda Usl di Modena ha adottato il **Piano triennale della prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2022 – 2024 (di seguito indicato come PTPCT)** su proposta del Responsabile della Prevenzione della corruzione, trasparenza e integrità, facendo proprie le indicazioni di A.N.AC. basate sulla normativa vigente, sul PNA 2019-2021 approvato da ANAC con Delibera n. 1064/2019 (e successivo aggiornamento approvato dal Consiglio di ANAC nella seduta del 21 luglio 2021), nonché sulle indicazioni contenute nel documento “Sull’onda della Semplificazione e Trasparenza - Orientamenti per la pianificazione Anticorruzione e Trasparenza” approvato dal Consiglio dell’Autorità in data 2/02/2022. Il Piano è anche il risultato, in alcune sue parti, dell’azione coordinata e condivisa nel contesto regionale, beneficiando degli approfondimenti condivisi con il Tavolo regionale per il coordinamento delle misure in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione, già attivo dal 2016 con determinazione n. 19717 del 5/12/2017, cui partecipa il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza in qualità di componente referente per tutte le Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale (determinazione n. 894 del 20/01/2022). Il Tavolo ha fornito, quale principale apporto, l’analisi del contesto esterno frutto della collaborazione della società di consulenza Prometeia alla Regione Emilia Romagna e si prevede che analogo documento verrà distribuito in funzione dell’elaborazione del Piano 2023-2025. L’analisi del contesto interno è invece aggiornata, principalmente, nelle Sezioni Struttura Organizzativa Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP) e Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA), cui si rimanda.

Il PTPCT è stato costruito avvalendosi del fattivo apporto dei responsabili delle strutture aziendali coinvolte nelle misure preventive e nei processi a rischio. Sono state applicate, in concreto, le indicazioni metodologiche indicate da A.N.AC. per la gestione dei rischi corruttivi e per la progettazione, la realizzazione e il miglioramento continuo del “Sistema di gestione del rischio corruttivo” attraverso:

- la revisione del processo di gestione del rischio,
- la realizzazione ex novo della mappatura dei processi preceduto da un approfondimento collettivo tra alcune Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna. L'analisi dei processi si è avvalsa di un metodo partecipativo attraverso l'integrazione di competenze (conoscenze, capacità e comportamenti) diversificate attraverso contatti personali, interviste qualitative individuali, colloqui e riunioni collettive. Dopo averli identificati, al fine di comprenderne le modalità di svolgimento, i processi sono stati descritti attraverso le fasi e attività che li compongono e l'individuazione delle responsabilità e dei soggetti che intervengono nel processo;
- la valutazione del rischio con l'innovativo approccio qualitativo che utilizza indicatori di rischio (*key risk indicators*) in grado di fornire delle indicazioni sul “livello di esposizione al rischio” del processo o delle sue attività componenti, parametrando ogni singola attività mappata ai fattori di contesto che agevolano il verificarsi di comportamenti e/o fatti integranti fenomeni corruttivi (cosiddetti “fattori abilitanti”) ed alle variabili definite come “indicatori di stima del livello di rischio”;
- la conferma delle misure di prevenzione in atto e l’adozione di misure ulteriori individuate o implementate prevedendone i tempi di attuazione, nonché i sistemi di monitoraggio;
- l’attività di monitoraggio.

Il tema dell'etica, dell'integrità e della prevenzione della corruzione è stato individuato tra i temi strategici che la Direzione Strategica ha posto anche a fondamento del proprio mandato, affinché potessero costituire il riferimento dell'agire professionale ai diversi livelli organizzativi.

Tale strategia può essere ricondotta ai seguenti principali obiettivi:

- promuovere la trasparenza quale principale misura anticorruzione;
- contribuire a creare sempre più 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.

Per sottolineare l'importanza che l'etica rappresenta nell'Azienda, sono:

**a)** state adottate scelte organizzative che consentissero di perseguire con efficacia gli obiettivi strategici, quali:

- l'affiancamento al RPCT, in una logica di integrazione delle attività e di miglioramento, del Servizio Sviluppo Organizzativo, Valutazione e Valorizzazione Risorse Umane, quale raccordo di merito in materia di trasparenza e interfaccia tra il RPCT stesso ed i servizi aziendali, l'Organismo Aziendale di Supporto, gli *stakeholders* esterni, nonché, più in particolare, quale riferimento per la corretta implementazione della sezione "Amministrazione Trasparente" del sito Internet aziendale da parte delle strutture aziendali";
- nomina di referenti dei Servizi/Dipartimenti/Staff, che a livello curano l'aggiornamento dei contenuti di Amministrazione Trasparente nei tempi stabiliti per le parti di competenza e nel rispetto degli obblighi di pubblicazione anche con il ricorso all'informatizzazione del flusso dei dati tramite la pubblicazione delle Banche Dati di cui all'art. 9 bis del d.lgs. 33/2013;
- la partecipazione dei dirigenti alla realizzazione ex novo della mappatura dei processi, alla valutazione del rischio corruttivo nelle varie articolazioni aziendali, alla definizione delle misure di prevenzione secondo una logica di migliore efficacia ed alla funzione di controllo e monitoraggio sulla loro attuazione;

**b)** perseguiti specifici obiettivi strategici aziendali in tema di:

- Formazione, che ha come obiettivo la diffusione della cultura della legalità anche attraverso la conoscenza della normativa e dei codici di comportamento nazionale e aziendale, prevedendo la partecipazione di tutti i professionisti dell'Azienda ad un percorso formativo specifico sulla trasparenza;
- Trasparenza, che in Azienda è tra i principi alla base dell'intero ciclo di gestione della performance (Piano della Performance, Budget annuale e Relazione sulla performance) oltre che essere adempimento dei servizi aziendali detentori delle informazioni nell'alimentazione del sito Amministrazione Trasparente, ed è stata ulteriormente sviluppata con la pubblicazione di dati ulteriori rispetto a quelli obbligatori.

**Il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2022-2024, adottato con Deliberazione del Direttore Generale n. 136 del 15/04/2022, è pubblicato sul sito internet aziendale, in Amministrazione trasparente - Disposizioni Generali e vi si rimanda per i contenuti di merito.**

## Monitoraggio e Rendicontazione

Il monitoraggio si sviluppa nelle Aziende attraverso una serie di strumenti già attivi e normati dal livello regionale; in primis il processo di budget annuale (secondo quanto previsto dall'art.8 della L.Reg.9/2018) e il correlato sistema di reporting e di valutazione interna dei risultati delle strutture organizzative in cui si articola l'Azienda (Centri di Responsabilità). Tale processo è orientato a definire, monitorare e valutare obiettivi ed azioni da attuare nel corso dell'anno considerato, in coerenza con le strategie indicate nel Piano della Performance ed in attuazione degli obiettivi di programmazione annuali regionali o delle disposizioni nazionali.

Il Budget viene definito con un processo "a cascata annuale" rispetto al Piano della Performance, che ne rappresenta la sua fonte superiore, trovandosi in esso gli obiettivi strategici che devono essere declinati in obiettivi operativi assegnati alle macro articolazioni aziendali attraverso indicatori e risultati attesi; gli obiettivi di budget fanno inoltre riferimento alle Linee di programmazione regionali annuali e ad altri Piani e obiettivi aziendali specifici definiti annualmente, oltre che a diversi ulteriori aspetti di natura più operativa o strumentale, che non hanno quindi trovato collocazione nel Piano della performance o in altri strumenti di programmazione. In tal modo è possibile garantire una coerenza complessiva tra gli obiettivi strategici e quelli operativi, assicurando però al sistema la necessaria flessibilità per tenere conto delle nuove esigenze o di aspetti specifici.

Il budget rappresenta dunque il principale strumento di programmazione operativa aziendale annuale, poiché in maniera esplicita e formale vengono definiti i programmi di azione dell'Azienda, se ne verifica la fattibilità tecnica e finanziaria e si allocano le risorse coerentemente agli obiettivi da perseguire.

Il processo si sviluppa in un percorso di negoziazione tra le macrostrutture, articolate per i Centri di Responsabilità, e la Direzione aziendale.

Il percorso di Budget prende avvio con la condivisione nel Collegio di Direzione delle traiettorie di riferimento per l'anno e degli obiettivi assegnati dalla Regione; gli obiettivi da perseguire si definiscono nella concertazione di budget attraverso incontri tra i Dipartimenti territoriali e ospedalieri e la Direzione aziendale, in modo partecipato.

La gestione della documentazione per la negoziazione e per i monitoraggi avviene tramite la piattaforma informatica presente sul sito Intranet - sez. Programmazione e Budget.

La formalizzazione annuale degli obiettivi dei dipartimenti ospedalieri e territoriali, nonché delle singole unità operative, e degli staff sono riportati nella scheda che viene utilizzata anche come strumento di monitoraggio interno. La scheda budget è articolata in diverse sezioni, ed è, in parte, riconducibile agli ambiti di valutazione di performance del sistema di valutazione regionale SIVER. Gli obiettivi includono la declinazione operativa delle linee di indirizzo aziendali e le progettualità strategiche aziendali. Inoltre, gli obiettivi sono declinati attraverso indicatori misurabili desunti dal Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), dal Piano Nazionale Esiti (PNE), DM 70/2015, oltre ad altri indicatori individuati a livello regionale.

La performance viene monitorata durante l'anno mediante l'elaborazione di una reportistica periodica messa a disposizione delle Direzioni di Dipartimento e delle singole strutture per un confronto tra i servizi, i dipartimenti e la Direzione aziendale. Questo consente di gestire in corso d'anno gli scostamenti da quanto programmato e, se necessario, di ridefinire il percorso per il perseguimento degli obiettivi.

Altro importante strumento di monitoraggio 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 "Linee guida per lo sviluppo del sistema di misurazione e valutazione della performance nelle Aziende e negli Enti del SSR", rendiconta i risultati rispetto agli indicatori esplicitati nel Piano della performance 2021-2023 per ogni dimensione/area della performance individuata, così come definiti per l'intero sistema sanitario regionale. 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 4 della relazione del Direttore Generale al bilancio di esercizio 2021, redatta in conformità al D.Lgs. n.118, che riporta lo stato di raggiungimento degli obiettivi assegnati dalla Regione Emilia-Romagna secondo le indicazioni fornite con la DGR n. 1770 del 02/11/2021 "Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende Sanitarie per l'anno 2021".

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** volto alla verifica dell'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza. Nel corso del 2022, a seguito di una approfondita analisi dell'attività di monitoraggio sino ad oggi svolta e nell'ottica di un miglioramento ed arricchimento degli strumenti utili alla prevenzione della corruzione, come previsto nel PNA 2019, si ritiene di procedere alla verifica sull'attuazione delle misure di prevenzione previste nel PTPCT attraverso un monitoraggio di primo e di secondo livello. Il monitoraggio di secondo livello si svolgerà con cadenza annuale attraverso specifici incontri organizzati tra i verificatori, designati tra i membri del Comitato Anticorruzione, i Direttori delle strutture e i referenti locali e riguarderà: tutti i processi valutati con rischio alto, critico e medio e il 33% delle strutture aziendali con processi valutati a rischio basso e minimo (nel corso del triennio di vigenza del Piano saranno monitorati tutti i processi e le strutture aziendali). Al fine dell'individuazione del 33% delle strutture da monitorare saranno applicati i seguenti criteri ragionati: 1) presenza di criticità riscontrate nei monitoraggi dell'ultimo triennio (punteggio inferiore a 100); 2) eventuali segnalazioni pervenute in corso d'anno da whistleblowing o altri canali; 3) strutture che non hanno fatto pervenire al RPCT la propria autovalutazione (monitoraggio di primo livello). Il monitoraggio di primo livello si svolgerà con cadenza annuale attraverso relazioni di autovalutazione redatte dai Direttori delle strutture e dai referenti locali, corredate di idonea documentazione a supporto, e riguarderà tutte le strutture aziendali ed i processi valutati a rischio basso e minimo non soggetti al monitoraggio di secondo livello. A seguito dell'attività di monitoraggio è redatto apposito verbale che evidenzia i controlli effettuati con i relativi risultati.

La verifica della Trasparenza è effettuata da remoto da parte di verificatori, designati tra i membri del Comitato Anticorruzione, attraverso il controllo di ogni singola sezione del sito Amministrazione Trasparente. Per ogni sezione e per ogni struttura aziendale sono verificati, a campione, tre pubblicazioni alle quali è attribuito specifico punteggio. Al termine degli accertamenti è redatto un report per singola struttura con il risultato finale della valutazione.

L'esito dell'attività di monitoraggio delle singole articolazioni organizzative costituisce un indicatore sintetico di budget rispetto alla realizzazione di quanto programmato nel PTPCT vigente in merito:

- all'attuazione delle misure in atto e/o ulteriori inerenti la prevenzione del rischio per i processi mappati;
- alla verifica di tutte le misure di prevenzione della corruzione previste dal Piano;

- alla costante implementazione del sito Amministrazione Trasparente.

Tale indicatore, che concorre con la propria pesatura al raggiungimento degli obiettivi di budget delle Unità Operative coinvolte, esprime una sintesi delle principali azioni adottate per favorire l'efficacia delle misure di prevenzione della corruzione e prevede uno standard >80% per l'anno 2022 del punteggio complessivo raggiunto nel monitoraggio delle Unità Operative stesse.

Inoltre, la **Relazione annuale del Responsabile della Prevenzione della corruzione e della trasparenza**, redatta sulla base delle indicazioni dell'ANAC, rappresenta un ulteriore importante strumento per il monitoraggio dell'efficacia delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza attuate dall'Azienda.