

FRONTESPIZIO DELIBERAZIONE

AOO: AS_BO66
REGISTRO: Deliberazione
NUMERO: 0000109
DATA: 30/06/2026 06:30
OGGETTO: ADOZIONE RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 2025

SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE DA:

Il presente provvedimento è stato firmato digitalmente da Aimola Agostina in qualità di Direttore Generale

Con il parere favorevole di Tarlazzi Paolo - Direttore Sanitario

In assenza di Solmi Riccardo - Direttore Amministrativo

Su proposta di Anna Rita Paterno' - PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DIREZIONALE che esprime parere favorevole in ordine ai contenuti sostanziali, formali e di legittimità del presente atto

CLASSIFICAZIONI:

- [05-14]

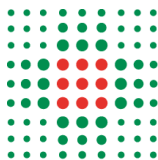
DESTINATARI:

- Collegio sindacale
- DISTRETTO
- Servizio Unico Metropolitano Amministrazione Economica del Personale - SUMAEP (SC)
- Servizio Unico Metropolitano Contabilità e Finanza (SUMCF)
- DIPARTIMENTO DI SANITA' PUBBLICA
- DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE
- DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE
- DIPARTIMENTO EMERGENZA ACCETTAZIONE
- DIPARTIMENTO CHIRURGICO
- DIPARTIMENTO MEDICO-ONCOLOGICO
- DIREZIONE ASSISTENZIALE
- DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE ANATOMIA PATOLOGICA
- DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO E TECNICO
- Servizio Acquisti di Area Vasta - SAAV (SC)
- DIREZIONE ASSISTENZA FARMACEUTICA
- DIREZIONE ATTIVITA' SOCIO SANITARIE
- DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO
- GOVERNO CLINICO



L'originale del presente documento, redatto in formato elettronico e firmato digitalmente e' conservato a cura dell'ente produttore secondo normativa vigente.

Ai sensi dell'art. 3bis c4-bis Dlgs 82/2005 e s.m.i., in assenza del domicilio digitale le amministrazioni possono predisporre le comunicazioni ai cittadini come documenti informatici sottoscritti con firma digitale o firma elettronica avanzata ed inviare ai cittadini stessi copia analogica di tali documenti sottoscritti con firma autografa sostituita a mezzo stampa predisposta secondo le disposizioni di cui all'articolo 3 del Dlgs 39/1993.



- INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE
- FORMAZIONE
- ATTIVITA' AMMINISTRATIVE TRASVERSALI
- Servizio Unico Metropolitano Amministrazione Giuridica del Personale - SUMAGP (SC)
- UO AMMINISTRAZIONE DEI SERVIZI SANITARI OSPEDALIERI E TERRITORIALI
- UO ECONOMATO E LOGISTICA
- UO SEGRETERIA GENERALE E AFFARI LEGALI
- UO PATRIMONIO E TECNOLOGIE IMPIANTISTICHE
- MEDICINA LEGALE
- DIREZIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE
- PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DIREZIONALE
- TECNOLOGIE SANITARIE E INFORMATICHE SANITARIE E DI RETE

DOCUMENTI:

File	Firmato digitalmente da	Hash
DELI0000109_2026_delibera_firmata.pdf	Aimola Agostina; Paterno' Anna Rita; Tarlazzi Paolo	459B9C2C55303C491B446C9C7F5E799E1 43F98499B322C517ADF127D19A15FC6
DELI0000109_2026_Allegato1.pdf:		82558474132C5CA538272AF35C92EE83F 9271353C064CB80B2112DB339F24E66



L'originale del presente documento, redatto in formato elettronico e firmato digitalmente e' conservato a cura dell'ente produttore secondo normativa vigente.

Ai sensi dell'art. 3bis c4-bis Dlgs 82/2005 e s.m.i., in assenza del domicilio digitale le amministrazioni possono predisporre le comunicazioni ai cittadini come documenti informatici sottoscritti con firma digitale o firma elettronica avanzata ed inviare ai cittadini stessi copia analogica di tali documenti sottoscritti con firma autografa sostituita a mezzo stampa predisposta secondo le disposizioni di cui all'articolo 3 del Dlgs 39/1993.

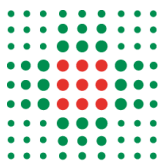


DELIBERAZIONE

OGGETTO: ADOZIONE RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 2025

IL DIRETTORE GENERALE

- Visto l'art. 10 del D.lgs. 27/10/2009 n. 150 ad oggetto “ *Attuazione della Legge 4 marzo n.15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni*”, che dispone che ogni Pubblica Amministrazione, anche al fine di consolidare il sistema delle relazioni intercorrenti tra la stessa e gli stakeholders, provveda annualmente a rendicontare, attraverso apposita Relazione, i risultati conseguiti a livello di organizzazione complessiva in ordine agli obiettivi istituzionali assegnati;
- richiamato l'art. 11 della Legge Regionale Emilia-Romagna 16/7/2018 n. 9 recante “ *Norme in materia di finanziamento, programmazione, controllo delle Aziende sanitarie e gestione sanitaria accentrata. Abrogazione della legge regionale 20 dicembre 1994, n. 50, e del Reg. reg. 27 dicembre 1995, n. 61. Altre disposizioni in materia di organizzazione del servizio sanitario regionale*”, così come modificato dalla Legge Regionale Emilia-Romagna n. 7 del 12/7/2023, che prevede l'adozione, da parte delle Aziende Sanitarie, della Relazione sulla Performance, quale documento di rendicontazione annuale degli obiettivi e dei risultati raggiunti indicati nel Piano Integrato di Attività ed Organizzazione;
- richiamata la DGR 819 del 31/5/2021 recante “Linee guida per lo sviluppo del sistema di misurazione e valutazione della performance nelle Aziende e negli Enti del SSR”;
- vista la DGR 990 del 19/6/2023 avente ad oggetto “ *Linee guida per la predisposizione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione nelle Aziende e negli Enti del SSR*” che in specifico prevede che la Relazione sulla performance sia articolata in capitoli per Sezioni e Sottosezioni di programmazione, in coerenza con la struttura del Piano Integrato di Attività e Organizzazione, disponendo altresì che alla Relazione sulla Performance sia allegata la Rendicontazione degli obiettivi della programmazione annuale regionale, contenuta nella Relazione sulla Gestione del Direttore Generale e compresa nel Bilancio di esercizio;
- atteso che la sopra citata DGR 990 del 19/6/2023 dispone altresì che la Relazione sulla Performance debba essere deliberata da parte delle Aziende del SSR successivamente all'adozione del Bilancio d'esercizio e pubblicata sul sito “Amministrazione trasparente” entro il 30 giugno di ogni anno;
- richiamata la Deliberazione n. 158 del 30/7/2025 con la quale l'Azienda ha adottato il “Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2025-2027”;



- richiamata la DGR 972 del 23/6/2025 recante “Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2025”;
- richiamata altresì la Deliberazione n. 75 del 30/4/2026 con la quale l'Azienda ha adottato il Bilancio di esercizio 2025, approvato con DGR n. 837 del 25/5/2026;
- considerato che la “Relazione sulla Performance 2025” costituisce la rendicontazione annuale del suddetto “Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2025-2027”;
- posto che la Relazione sulla Performance 2025, comprende in allegato, il capitolo della Relazione sulla Gestione relativo al “Grado di raggiungimento degli obiettivi di cui all'Allegato B della DGR 972/2025”, di cui al Bilancio di esercizio 2025, adottato con Deliberazione n. 75 del 30/4/2026;
- visto il Verbale dell'Organismo Aziendale di Supporto all'OIV-SSR (OAS), della seduta del 25/6/2026, relativo alla presa visione del documento di rendicontazione annuale “Relazione Performance 2025” che risulta articolato e rappresentato come da indicazioni regionali, di cui alla DGR 990/2023;
- presa visione del documento finale di Relazione sulla Performance anno 2025 redatto dalla direttrice della UOC Programmazione e Controllo Direzionale, in staff alla Direzione Generale aziendale;
- ritenuto, pertanto, di procedere all'approvazione della Relazione sulla Performance per l'anno 2025 nel testo allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale (Allegato 1);

Delibera

- 1) di adottare la Relazione sulla Performance dell'Azienda USL di Imola riferita all'anno 2025 come risulta dall'Allegato 1 che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, riportante in allegato il capitolo della Relazione sulla Gestione del Bilancio di esercizio 2025 relativo al “Grado di raggiungimento degli obiettivi di cui alla DGR 972/2025”;
- 2) di provvedere alla pubblicazione della suddetta Relazione nell'apposita sezione del sito aziendale “Amministrazione Trasparente”, in attuazione delle disposizioni vigenti;
- 3) di trasmettere copia del presente atto al Collegio Sindacale ai sensi dell'art. 18, comma 4, della Legge Regionale n. 9 del 16/7/2018.

AZIENDA USL IMOLA

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE

ANNO 2025

(ART. 11 LR n. 9/2018 – DGR n. 945/2024)

INDICE

Executive Summary.....	4
1. Premessa.....	7
2. Scheda descrittiva dell'Azienda	8
Chi siamo.....	8
Come operiamo	10
Il contesto di riferimento	13
I dati di attività.....	17
I dati economici.....	40
Il personale.....	49
3. IMPEGNI STRATEGICI PER VALORE PUBBLICO E PERFORMANCE.....	53
Sezioni e Sottosezioni di programmazione PIAO	53
3.1 Sezione – Dimensione dell'Utente	55
3.1.1 Sottosezione Accesso e Domanda.....	55
Tabella Indicatori: UTENTE - Accesso e Domanda	66
3.1.2 Sotto sezione: Integrazione.....	67
Tabella Indicatori: UTENTE – Integrazione	104
3.1.3 Sottosezione: ESITI - Indicatori.....	105
Tabella Indicatori: UTENTE – Esiti.....	107
3.2 Sezione - Dimensione dell'organizzazione e dei processi interni	108
3.2.1 Sotto sezione: Struttura della offerta e della produzione.....	108
Tabella Indicatori: PROCESSI INTERNI - Produzione Ospedale	124
Tabella Indicatori: PROCESSI INTERNI - Produzione Prevenzione	125
Tabella Indicatori: PROCESSI INTERNI – Produzione Territorio	126
3.2.2 Sotto sezione: Qualità, sicurezza delle cure e gestione del rischio sanitario	127
Tabella Indicatori: PROCESSI INTERNI - Appropriatelyzza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico	153
3.2.3 Sotto sezione: Organizzazione.....	154
Tabella Indicatori: PROCESSI INTERNI – Organizzazione	169
3.2.4 Sotto sezione: Dotazioni di personale.....	170
3.2.5 Sotto sezione: Rischi corruttivi e Trasparenza.....	173
Tabella Indicatori: PROCESSI INTERNI - Anticorruzione Trasparenza	178
3.3 Sezione - Dimensione della ricerca, dell'innovazione e dello sviluppo	179
3.3.1 Sotto sezione: Programmazione della ricerca e della didattica	179

3.3.2 Sotto sezione: Sviluppo organizzativo e formazione.....	180
3.4. Sezione - Dimensione della sostenibilità	197
3.4.1 Sotto sezione: Economico-finanziaria	197
Tabella Indicatori: SOSTENIBILITA' - Economico Finanziaria	203
3.4.2 Sotto sezione: Investimenti e PNRR-PNC.....	204
Tabella Indicatori: SOSTENIBILITA' – Investimenti	211
3.4.3 Sotto sezione: SOSTENIBILITA' ambientale ed energetica	212
Glossario acronimi.....	216
Allegato – Grado di raggiungimento degli obiettivi, di cui all’Allegato B della DGR 972/2025	
“Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del SSR per l’anno 2025”	219

Executive Summary

L'attività aziendale nel corso dell'esercizio 2025 ha perseguito gli obiettivi strategici e di mandato contenuti nel **Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2025-2027 (PIAO)** di cui alla Deliberazione n. 158 del 30/7/2025, nonché gli obiettivi declinati nel documento di programmazione annuale regionale di cui alla DGR 972 del 23/6/2025 "Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del SSR per l'anno 2025". Nel suddetto quadro l'attività aziendale 2025 è stata caratterizzata da interventi di sviluppo in continuità con gli anni precedenti e in coerenza con la normativa nazionale e regionale, finalizzati al miglioramento e consolidamento delle performance aziendali.

A **livello territoriale**, sono proseguiti gli interventi che hanno caratterizzato l'ultimo triennio correlati all'attuazione del **DM n. 77 del 2.5.2022** che inquadra il modello di sviluppo dell'Assistenza territoriale nel SSN definendo gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza territoriale e al sistema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico.

Tale normativa costituisce la Riforma di settore del **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6 – Component 1**, che definisce un modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale volto a potenziare i servizi assistenziali territoriali e a realizzare un sistema vicino alla comunità di riferimento. L'Azienda ha realizzato obiettivi come l'avvio della Centrale Operativa Territoriale (COT) luogo deputato alla facilitazione dell'accesso alle cure domiciliari e alla continuità delle cure, il Centro Assistenza Urgenza (CAU) struttura che garantisce assistenza per le urgenze di bassa-media complessità e gli interventi PNRR per la "Casa della Comunità di Castel S. Pietro Terme" e per la "Casa della Comunità di Imola – 2° stralcio". Sono proseguiti ulteriori interventi del Piano Nazionale di Ripresa e di Resilienza (PNRR) e del Piano Nazionale Complementare (PNC), compresi nel Piano Investimenti aziendale, per rafforzare i servizi sanitari di prossimità, potenziando e adeguando le strutture e l'organizzazione preposte al governo e all'erogazione dell'assistenza sanitaria territoriale e dell'assistenza domiciliare come dettano le indicazioni nazionali relative alla governance del PNRR. L'Azienda ha garantito l'attuazione ed il monitoraggio del cronoprogramma e delle *milestone* attraverso i controlli relativi all'attuazione degli interventi PNRR.

Nel 2025, l'Azienda ha proseguito la messa in atto di tutti gli interventi idonei per il contenimento ed il **Governo dei tempi di attesa** delle prestazioni di **specialistica ambulatoriale** mediante la costante verifica e controllo del rapporto tra domanda e offerta, il monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva per le prestazioni più critiche ad elevata domanda, l'adeguamento della capacità erogativa per le prestazioni specialistiche.

In attuazione del DM 77/2022, il **Dipartimento di Continuità e delle Cure Primarie (DCCP)** ha rappresentato il luogo privilegiato di sviluppo della sanità territoriale per garantire, in un'ottica di prossimità, la presa in carico del paziente non acuto, secondo logiche di continuità assistenziale e di integrazione tra servizi territoriali, ospedalieri e di prevenzione. Oltre alle funzioni tipiche delle Cure Primarie e agli sviluppi di funzioni specifiche di cui ai progetti PNRR, il DCCP accoglie le strutture e le funzioni territoriali di Geriatria ospedaliera-territoriale, Lungodegenza post – acuti, Medicina Riabilitativa e le funzioni ambulatoriali di Diabetologia-Endocrinologia, Pneumologia e Cardiologia; coordina anche attività di Prevenzione come il

Programma Screening, realizzando in tale modo relazioni funzionali strutturali tra territorio, ospedale e sanità pubblica. Qualifica ulteriormente la *mission* del DCCP la collaborazione strutturata con la Medicina Convenzionata e l'Azienda Servizi alla Persona (ASP) – Servizi Sociali.

Nell'ambito dell'**assistenza psichiatrica** è proseguito e si è potenziato l'approccio di presa in carico integrata tra assistenza sanitaria e sociale, tramite i *budget di salute*, la co-progettazione e partecipazione delle risorse della comunità in linea con la rinnovata visione dell'assistenza territoriale di cui al DM 77/2022. Si sono consolidati, inoltre, gli interventi di riorganizzazione dell'offerta residenziale realizzati nel corso dell'ultimo biennio.

A **livello ospedaliero**, nell'ambito degli interventi **PNRR – Missione 6**, sono proseguiti gli interventi programmati per la **digitalizzazione del DEA** nel rispetto delle milestone.

In ambito chirurgico, l'innovazione e lo sviluppo tecnologico introdotto con la **chirurgia robotica** hanno consentito di realizzare, anche nel 2025, ottimi livelli funzionali e operativi della tecnologia robotica per le discipline di Urologia, Chirurgia generale e Ginecologia, secondo il progetto di sviluppo avviato nel 2023 con l'IRCSS-Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna. Nel 2025 tra le azioni in campo, si evidenzia l'affinamento del monitoraggio dell'attività, dei costi e degli outcome, per consolidare i risultati in termini di efficacia, appropriatezza, efficienza rapporto volumi/spesa.

L'Azienda ha posto particolare attenzione al mantenimento e/o miglioramento delle performance sui **tempi di attesa** delle **prestazioni chirurgiche programmate**, secondo i target regionali attesi e ha mantenuto azioni di miglioramento nel setting di erogazione delle prestazioni chirurgiche che possano determinare DRG a rischio di inappropriately e nel presidio degli indicatori di efficienza di degenza media e ICP (indicatore comparativo di performance degenza media).

In ambito medico, nel 2025 è stata consolidata la **riorganizzazione delle degenze mediche e specialistiche del Dipartimento Medico** che ha messo in campo interventi riorganizzativi che hanno consentito di realizzare una maggiore omogeneità nell'utilizzo delle risorse mediche, favorendo un recupero di efficienza, e potenziando le attività specialistiche di Pneumologia e Diabetologia-Endocrinologia.

In ambito Emergenza-Urgenza, gli interventi messi in atto si collocano in continuità con le "Linee di indirizzo per la riorganizzazione della rete dell'Emergenza Urgenza", di cui alla DGR 1206/2023 i cui interventi di riorganizzazione si snodano su tre direttrici: a) il potenziamento dell'emergenza urgenza preospedaliera-118, b) la prossima istituzione del Numero Europeo Armonizzato (NEA) e centrali 116117, c) l'istituzione dei Centri di emergenza urgenza (CAU), già richiamati nell'ambito dell'assistenza territoriale.

A **livello di assistenza collettiva**, l'Azienda ha garantito l'attuazione del **Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025**, articolato in 10 Programmi del Piano Nazionale e 10 Programmi liberi introdotti a livello regionale. È stata garantita l'implementazione del Piano a livello locale, con specifica attenzione alla progettazione e realizzazione delle azioni trasversali in ciascuno dei Programmi, per garantire il raggiungimento degli indicatori definiti a livello locale.

Si richiama l'attuazione degli interventi del **Piano Nazionale Complementare (PNC)** in tema di "**Salute, Ambiente, Biodiversità e Clima**", di cui all'Accordo operativo sottoscritto tra la Regione Emilia-Romagna e l'Istituto Superiore di Sanità, nell'ambito del più ampio progetto di istituzione del Sistema Nazionale Prevenzione Salute dai rischi ambientali e climatici (SNPS), in linea con l'approccio "*One health*" di cui al DM 77/2022.

Nel presente documento vengono rappresentate nel dettaglio le azioni ed i risultati raggiunti in relazione agli obiettivi strategici assegnati al Direttore Generale dell'Azienda, secondo l'impianto rappresentato nel **Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2025-2027**.

In attuazione della DGR 945/2024, la Relazione sulla Performance, comprende - in allegato - il Capitolo della Relazione sulla Gestione, relativo al "**Grado di raggiungimento degli obiettivi di cui all'Allegato B della DGR 972/2025**", di cui al Bilancio di Esercizio 2025, adottato con Deliberazione aziendale n. 75 del 30/4/2026 ed approvato con DGR 837 del 25/5/2026.

1. Premessa

La **Relazione sulla performance** costituisce il documento di rendicontazione annuale dei risultati raggiunti in riferimento agli obiettivi indicati nel **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO)** ed è redatta in conformità alle indicazioni disposte nella DGR 990/2023 recante "Linee Guida per la predisposizione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione nelle Aziende e negli Enti del SSR", e con DGR 973/2025 ad oggetto "DGR 990/2023 recante Linee guida per la predisposizione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione nelle Aziende e negli Enti del SSR - modifica e integrazioni e indicazioni Operative per la predisposizione del piano integrato di Attività e organizzazione nelle aziende e negli enti del SSR".

Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) e la Relazione sulla Performance sono previsti dalla Legge Regionale 9/2018 che ha aggiornato gli strumenti di programmazione e controllo delle Aziende sanitarie, introducendoli in modo strutturale tra gli strumenti, rispettivamente, di programmazione e rendicontazione delle aziende sanitarie regionali.

Il livello di performance aziendale raggiunto, in base agli indirizzi regionali, viene monitorato e misurato tramite gli indicatori del sistema informativo regionale **SIVER – Sistema di Indicatori per la Valutazione Emilia-Romagna**, riportati nel presente documento a rappresentazione del grado di raggiungimento degli obiettivi in riferimento ai risultati attesi aziendali definiti ed assunti con il PIAO 2025-2027, di cui alla Deliberazione n. 158 del 30/7/2025.

Con riferimento ai risultati che si discostano dallo standard o dalla programmazione prevede la definizione di interventi nella logica del miglioramento continuo dei processi.

I contenuti della presente Rendicontazione sono coerenti e/o ripresi dalla "**Relazione sulla Gestione**", parte integrante del **Bilancio di Esercizio 2025**, ove è rappresentato il grado di raggiungimento degli obiettivi correlati alla programmazione regionale annuale di cui alla **DGR 972/2025**, laddove trattano i medesimi temi. Costituisce allegato alla presente Relazione il Capitolo della Relazione sulla Gestione, relativo al "Grado di raggiungimento degli obiettivi di cui all'Allegato B della DGR 972/2025".

2. Scheda descrittiva dell'Azienda

Chi siamo

Il Titolo I dell'Atto Aziendale, al quale si rimanda per un maggiore dettaglio (Deliberazione n. 263 del 22/12/2023 ad oggetto "Atto Aziendale dell'Azienda USL di Imola. Aggiornamento", pubblicata su Amministrazione Trasparente – Disposizioni Generali) definisce scopi, propositi evolutivi, valori e principi ai quali l'AUSL di Imola si ispira nel governo e nella gestione dell'offerta sanitaria.

L'Azienda Sanitaria di Imola è l'ente strumentale attraverso il quale la Regione Emilia-Romagna assicura i livelli essenziali e uniformi di assistenza, nell'ambito territoriale del Nuovo Circondario Imolese.

L'ambito territoriale comprende 10 Comuni: Imola, Castel San Pietro Terme, Dozza, Castel Guelfo, Medicina, Mordano, Casalfiumanese, Borgo Tossignano, Fontanelice e Castel del Rio. Il territorio aziendale complessivo si estende su una superficie di circa 787 Kmq le cui principali caratteristiche socio demografiche vengono descritte nello specifico paragrafo "Contesto di riferimento" del documento.

L'Azienda è impegnata nel governo della domanda di servizi e prestazioni sanitarie e nel governo dell'offerta dei livelli essenziali e uniformi di assistenza, prevalentemente rivolta ai cittadini residenti nell'ambito territoriale di competenza e si pone lo scopo di:

- Tutelare, promuovere e migliorare la salute dei propri assistiti, mediante interventi di informazione sanitaria e prevenzione primaria, tesi a incidere positivamente sugli stili di vita e sui comportamenti a rischio.
- Offrire i servizi e le prestazioni di cura e assistenza e riabilitazione, con tempestività, continuità e qualità.
- Promuovere collaborazione ed integrazione dei professionisti e dei servizi, al proprio interno e con i partner esterni, sia a livello istituzionale che comunitario.
- Concorrere alla realizzazione della più vasta missione del Servizio Sanitario della Regione Emilia-Romagna, anche mediante l'integrazione dei servizi socioassistenziali e sociali degli Enti Locali di pertinenza, per quanto espressamente previsto o delegato.

L'Azienda realizza il governo e la gestione dell'offerta sanitaria, secondo i principi e i valori istitutivi del Sistema Sanitario Nazionale, definiti nella Carta costituzionale e i principi fondanti del Sistema Sanitario Regionale, coerenti e confermativi dei primi, perseguendo l'allocazione ottimale delle risorse assegnate.

L'Azienda assume quali principi guida:

- la centralità del cittadino, in quanto titolare del diritto alla salute e partecipe della definizione delle prestazioni, della organizzazione dei servizi e della loro valutazione;
- l'universalità e l'equità di accesso alle prestazioni e ai servizi, secondo le necessità di ciascuna persona presente nel territorio regionale, in base alle regole di accesso determinate dalla normativa vigente;

- la globalità della copertura assistenziale, quale garanzia dei livelli essenziali e uniformi di assistenza, in quanto complesso delle prestazioni e dei servizi garantiti secondo le necessità di ciascuno;
- la legalità e la trasparenza quali principi fondanti dell'agire aziendale, anche mediante le misure di prevenzione della corruzione, al fine di assicurare il buon andamento e l'imparzialità dell'amministrazione;
- l'affidabilità, quale capacità di alimentare la fiducia dei cittadini, offrendo servizi e prestazioni appropriate ed efficaci, dimostrando efficienza, responsabilità e capacità di previsione;
- la dinamicità, intesa come la possibilità di modificare o trasformare le caratteristiche dell'Organizzazione, alla luce sia delle esigenze manifestate dal contesto socioculturale in cui si opera, sia delle necessità interne di cambiamento, ovvero di flessibilità, verso una migliore performance;
- la diffusione dell'assistenza di primo livello per assicurare in modo generalizzato e coordinato la promozione e la tutela della salute;
- la trasparenza e la responsabilità di risultato garantite tramite la circolazione delle idee e delle informazioni sulle procedure, sulle risorse e sui risultati, la visibilità e la comprensibilità del processo decisionale, sia internamente all'Azienda che all'esterno nei confronti degli organi istituzionali di governance, delle Organizzazioni Sindacali e delle Associazioni di cittadini.

Con Deliberazione n. 247 del 24/12/2024, l'Azienda ha provveduto all'aggiornamento del **Regolamento di organizzazione aziendale**, in conformità alla normativa nazionale e regionale e nel rispetto di principi fondamentali dell'organizzazione contenuti nell'Atto Aziendale, al fine di aggiornare e disciplinare l'assetto organizzativo e le modalità di funzionamento dell'Azienda.

Il Regolamento ha compreso la riorganizzazione delle degenze mediche e specialistiche del Dipartimento Medico ed ampliato le funzioni del Dipartimento delle Cure Primarie che ha integrato ulteriori funzioni a garanzia della continuità assistenziale e dell'integrazione tra servizi territoriali, ospedalieri e di prevenzione, modificando la denominazione in "Dipartimento della Continuità e delle Cure Primarie".

Tale Regolamento è stato ulteriormente e recentemente aggiornato, con Deliberazione n. 62 del 31/3/2026, per necessità di attualizzare la definizione analitica degli assetti organizzativi aziendali.

Come operiamo

Assetto organizzativo aziendale

L'AUSL di Imola si articola in un **Distretto** e vede la presenza di un **Presidio Ospedaliero**.

Il **Direttore Generale** è l'organo di governo, al quale spetta la responsabilità complessiva della gestione e la rappresentanza legale dell'Azienda che assicura il perseguimento della complessiva *mission* aziendale ed è responsabile della realizzazione dei programmi e dei progetti strategici, avvalendosi del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo, in coerenza con le indicazioni e gli obiettivi stabiliti dai diversi livelli istituzionali.

Nell'ambito della **Direzione Strategica aziendale** si collocano la Direzione delle Attività Socio-Sanitarie per garantire coordinamento ed integrazione fra gli interventi di natura sociale (assicurati dal Servizio Sociale Territoriale dell'ASP), le attività di natura sanitaria (assicurate dall'Azienda USL) e le attività sociosanitarie (assicurate prevalentemente dalla Cooperazione Sociale) e la Direzione Assistenziale preposta al governo della funzione assistenziale, riabilitativa, tecnico sanitaria e della prevenzione.

L'assetto organizzativo dell'AUSL di Imola trova un forte orientamento all'integrazione funzionale e al potenziamento delle reti cliniche attraverso le collaborazioni professionali nell'ambito dell'Area Metropolitana e dell'Area Vasta di appartenenza.

La struttura dipartimentale

L'AUSL di Imola è organizzata in **Dipartimenti**, quale modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività, cliniche, assistenziali e di supporto con la finalità di assicurare un efficace perseguimento degli obiettivi di salute e di risposta ai bisogni espressi dalla popolazione assistita e una efficiente gestione amministrativa, economica e finanziaria.

I dipartimenti aziendali sono strutture organizzative complesse, con autonomia tecnico-professionale e gestionale e sovra ordinate alle Unità Operative per gli aspetti gestionali o funzionali. I criteri di aggregazione dei dipartimenti attengono a modelli organizzativi riferibili a: intensità e gradualità delle cure, condivisione piattaforme di degenza e tecnologiche, percorsi diagnostico terapeutici, aree specialistiche, continuità di presa in carico di specifici target di assistiti.

Sulla base di uno specifico progetto, i Dipartimenti possono anche essere ad attività integrata (DAI) per assicurare l'esercizio integrato delle attività di assistenza, di formazione e di ricerca. Le modalità di funzionamento del DAI sono disciplinate da specifico regolamento.

L'organizzazione dipartimentale, inclusa quella ad attività integrata, può assumere anche dimensione interaziendale, a seguito di accordi tra Aziende Sanitarie della Regione, e l'Alma Mater Studiorum – Università di Bologna, funzionali a sinergie ed economie di scala.

L'integrazione rende possibile l'utilizzo unitario, equilibrato ed efficiente delle risorse umane, tecnologiche, immobiliari e finanziarie a disposizione che, anche se appartenenti a segmenti organizzativi o soggetti diversi, assicurano la produzione ed il funzionamento ottimale dei servizi.

La mission dei dipartimenti è quindi incentrata sulla ottimizzazione di efficienza e flessibilità gestionale di alcune risorse critiche, sviluppando piattaforme polispecialistiche per massimizzare il rendimento delle strutture di produzione tramite processi di servizio multidisciplinari e multiprofessionali.

L'AUSL di Imola, in riferimento all'assetto dipartimentale e agli aggiornamenti di cui sopra, comprende tre **Dipartimenti ospedalieri**, tre **Dipartimenti territoriali** e due **Dipartimenti Interaziendali ad Attività Integrata**:

- Dipartimento Emergenza-Accettazione (DEA)
- Dipartimento Medico (DIMED)
- Dipartimento Chirurgico (DiC)
- Dipartimento della Continuità e delle Cure Primarie (DCCP)
- Dipartimento Sanità Pubblica (DSP)
- Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DSM-DP)
- Dipartimento Interaziendale ad Attività Integrata di Anatomia Patologica (DIAP)
- Dipartimento Interaziendale per la Gestione Integrata del Rischio Infettivo (DIGIRI).

L'assetto dipartimentale si completa con il Dipartimento Amministrativo e Tecnico (DAT) che comprende i servizi di supporto in ordine alle principali funzioni amministrative (Segreteria Generale e Affari Legali, Amministrazione dei servizi sanitari ospedalieri e territoriali) e funzioni tecnico-strutturali (Tecnologie Sanitarie e Informatiche di Rete, Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche ed Economato e Logistica).

L'**integrazione tra i Dipartimenti** si realizza nelle aree e spazi funzionali delle Case della Comunità e nei percorsi di continuità ospedale – territorio.

Staff Direzione Generale: UOC Programmazione e Controllo direzionali; UOS Informazione e Comunicazione; Servizio Prevenzione Protezione; Medici Componenti e la Funzione Audit Interno.

Staff Direzione Sanitaria: SSD Governo clinico, Qualità e Sicurezza delle Cure; UOS Formazione; UOS Medicina Legale; Programma Psicologia Clinica di Comunità; Programma Specialistica Ambulatoriale e Programma Percorso Chirurgico.

Staff Direzione Amministrativa: UOS Attività Amministrative Trasversali.

Staff Direzione Assistenziale: Area Sviluppo organizzativo, innovazione, rapporti interistituzionali; Gestione servizi alberghieri.

L'assetto aziendale si completa con le **Direzioni Tecniche aziendali**, organizzazioni in forma complementare all'assetto dipartimentale per garantire trasversalità e contributi specifici:

- Direzione Assistenza Farmaceutica
- Direzione Medica di Presidio Ospedaliero
- Direzione delle Professioni Sanitarie articolata in: UOC Gestione dei processi assistenziali per l'integrazione ospedale-territorio; SSD Direzione professioni sanitarie (DiProSa) Area Ospedaliera e SSD Direzione professioni sanitarie (DiProSa) Area Territoriale.

A livello di **Direzione Strategica** si collocano, oltre al Direttore Generale; Direttore Sanitario; Direttore Amministrativo:

- Direttore Attività Socio-Sanitarie
- Direttore Assistenziale.
- Direttore Distretto.

Di seguito si riportano i Servizi Unici afferenti al **Dipartimento Amministrativo Metropolitano**:

- Servizio Acquisti AVEC (SAAV).
- Servizio Unico Metropolitano Amministrazione Giuridica del Personale (SUMAGP).
- Servizio Unico Metropolitano Amministrazione Economica del Personale (SUMAEP).
- Servizio Unico Metropolitano Contabilità e Finanza (SUMCF).
- Data Protection Officer Interaziendale.

Il contesto di riferimento

Territorio e popolazione

Il **bacino territoriale** imolese è costituito da 10 comuni, facenti parte del Nuovo Circondario Imolese che coincide con l'ambito territoriale di competenza della AUSL di Imola (787,28 Km²).

Questa superficie rappresenta circa il 13% dell'Area Metropolitana Bolognese con il Comune di Imola che, con 205 Km², si colloca al 1° posto per estensione territoriale e al 2° per popolazione residente.

Il territorio, situato tra l'Emilia e la Romagna e con proiezioni verso le province di Firenze, Ravenna e Ferrara, è connotato da una zona di pianura ad alta concentrazione abitativa che, nel 2025, registra un lieve incremento: 231,29 pop/km² vs 231,06 pop/km² del 2024.

L'area collinare presenta una densità demografica pari a 99,44 pop/Km², di poco inferiore alla densità rilevata l'anno precedente (-0,13 pop/Km²).

La densità complessiva nel 2025 (168,81 pop/Km²) si mantiene sostanzialmente sui valori registrati l'anno precedente (2024: 168,75 pop/Km²).

Il confronto tra 2025 e 2024 mette in evidenza che la zona di pianura aumenta la propria densità complessiva grazie ai Comuni di Imola (+0,5 ab. per km²) e Mordano (+0,2 ab. per km²) che compensano la decrescita di Castel Guelfo (-0,4 ab. per Km²).

Nel territorio collinare-montano, i decrementi più significativi riguardano Dozza (-3,1 ab. per Km²) e Borgo Tossignano (-0,9 ab. per Km²). In controtendenza Fontanelice (+0,3 ab. per Km²) e Castel del Rio (+0,5 ab. per Km²). A mitigare le decrescite, inoltre, contribuisce il lieve incremento del Comune di Castel San Pietro (+0,2 ab. per Km²), il più popolato dell'area collinare.

Sul lungo periodo (confronto anno 2010), la densità dell'area di pianura conferma un andamento in crescita (+6,82 pop/Km²), mentre l'area collinare registra un consolidamento (+1,18 pop/Km²).

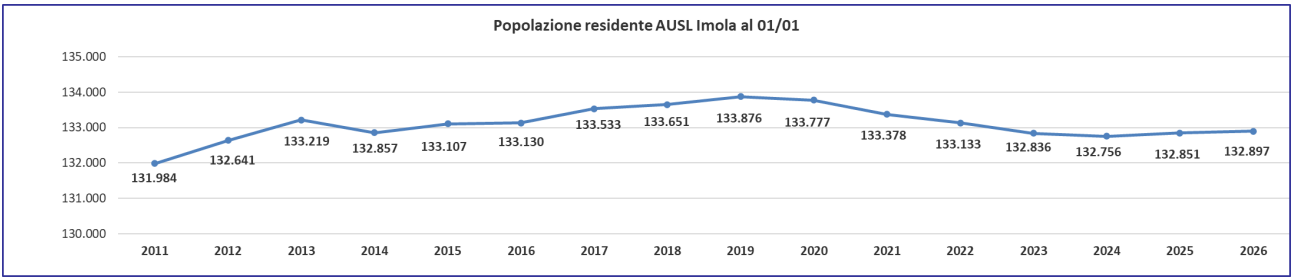
COMUNE ZONA ALTIMETRICA	SUPERFICIE Km ²	POPOLAZIONE RESIDENTE 01/01/2026	DENSITA' DEMOGRAFICA (Pop./Km ²)			
			2025	2024	2023	2010
IMOLA	205,02	69.730	340,11	339,60	339,29	331,90
MORDANO	21,45	4.651	216,83	216,64	216,55	212,07
MEDICINA	159,11	16.908	106,27	106,27	105,81	102,39
CASTEL GUELFO	28,61	4.509	157,60	158,02	158,44	142,98
TOTALE PIANURA	414,19	95.798	231,29	231,06	230,75	224,47
CASTEL S. PIETRO	148,42	20.786	140,05	139,90	140,46	137,62
DOZZA	24,23	6.558	270,66	273,75	272,88	260,44
CASALFUMANESE	82,03	3.369	41,07	41,19	41,40	41,95
BORGIO TOSSIGNANO	29,27	3.221	110,04	110,93	109,26	113,32
FONTANELICE	36,56	1.926	52,68	52,35	52,38	51,93
CASTEL DEL RIO	52,58	1.239	23,56	23,05	23,09	23,97
TOTALE COLLINA	373,09	37.099	99,44	99,57	99,66	98,26
TOTALE GENERALE	787,28	132.897	168,81	168,75	168,63	164,66
Prov. Bologna			277,10	277,00	276,13	267,94
RER			199,39	199,16	198,74	196,91
ITALIA (2025 stimato)			195,13	195,13	195,22	198,00

Fonte: 1) RER. Statistica – Pop. con cod. altimetriche ISTAT 2) Italia. Demo Istat 1/1/2026

La fotografia al 1/1/2026 della **popolazione residente** 132.897 abitanti (65.106 maschi e 67.791 femmine - fonte RER), a confronto con l'anno precedente, rileva un incremento di +46 unità (+203 Maschi e -157 Femmine), confermando la controtendenza seppur lieve registrata nel 2024 vs 2023, che non si presentava dal 2018.

La **curva demografica** mostra un saldo complessivo in crescita con un saldo naturale (nascite meno decessi) negativo, compensato dal saldo migratorio.

Al saldo positivo hanno contribuito i comuni di: Imola che, a confronto col 2024, registra +105 residenti (+136 Maschi; -31 Femmine); Castel del Rio registra +27 residenti sul 2024 (+20 Femmine; +7 Maschi); Castel San Pietro (+22 residenti) con un calo pari a -48 residenti Femmine, compensato da +70 residenti Maschi. Oltre a Castel del Rio, un comune che registra un incremento di residenti di sesso femminile è Mordano (+12 Femmine; +4 residenti totali).



In riferimento alla **composizione della popolazione** (struttura %) per macro classi di età, analizzate sul lungo periodo, si conferma l'andamento di due principali variabili: bassa natalità ed alto livello di invecchiamento. Nella tabella che segue viene mostrata la struttura della popolazione per classi di età a confronto tra 2025 vs 2024 e vs 2010.

COMUNI	STRUTTURA % PER ETA' ANNO 2025			STRUTTURA % PER ETA' ANNO 2024			STRUTTURA % PER ETA' ANNO 2010		
	0-14	15-64	>=65	0-14	15-64	>=65	0-14	15-64	>=65
IMOLA	11,52%	62,25%	26,23%	11,85%	62,29%	25,85%	13,24%	63,53%	23,23%
MORDANO	12,58%	63,38%	24,04%	13,04%	63,20%	23,76%	14,18%	64,53%	21,29%
MEDICINA	12,06%	63,84%	24,10%	12,63%	63,44%	23,93%	14,71%	64,28%	21,01%
CASTEL GUELFO	13,06%	64,09%	22,84%	13,27%	64,57%	22,16%	15,77%	67,12%	17,11%
CASTEL S. PIETRO	10,96%	60,88%	28,16%	11,33%	60,81%	27,86%	13,30%	63,86%	22,84%
DOZZA	11,79%	64,46%	23,76%	12,59%	64,21%	23,20%	15,53%	66,46%	18,01%
CASALFUMANESE	10,94%	63,16%	25,90%	11,13%	63,54%	25,33%	14,93%	65,17%	19,90%
BORGTOSSIGNANO	11,25%	63,52%	25,23%	11,67%	63,81%	24,51%	15,41%	64,82%	19,77%
FONTANELICE	12,08%	61,59%	26,33%	11,96%	61,86%	26,18%	15,21%	63,65%	21,15%
CASTEL DEL RIO	9,76%	58,31%	31,94%	9,74%	58,42%	31,85%	13,17%	57,86%	28,97%
TOTALE GENERALE	11,58%	62,46%	25,96%	11,96%	62,44%	25,61%	13,78%	63,99%	22,23%

Nel confronto 2025 vs 2010, l'approfondimento sulla distribuzione per classi di età conferma le tendenze sopra richiamate ed in particolare la significativa diminuzione nella fascia 0-14 anni (11,58% vs 13,78%) che si conferma anche rispetto al 2024 con un ulteriore calo nel 2025 di -498 unità (-0,38%).

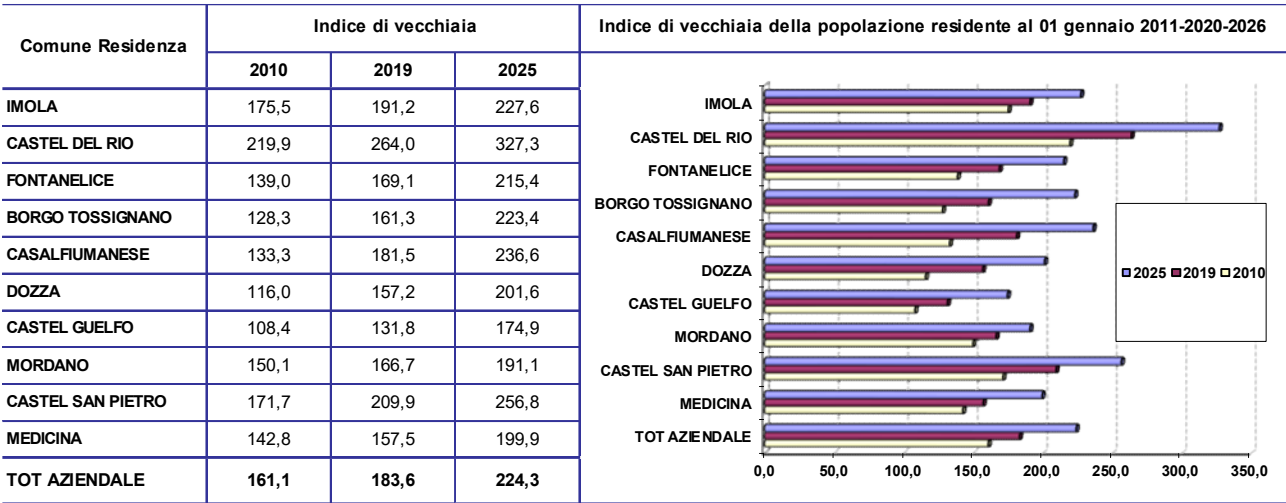
Sul lungo periodo, la classe 15-64 anni, che connota la popolazione in età lavorativa, decresce del -1,5%, mentre la classe relativa alla popolazione anziana ≥ 65 , che si caratterizza per una strutturale elevata presenza sulla popolazione, aumenta del +3,7%.

In particolare, la contrazione della fascia di età 0-14 oscilla su tutto il territorio tra il -0,2% e -0,6%, con l'eccezione di Dozza (-0,8%). Di segno opposto risultano i Comuni di Castel del Rio e Fontanelice.

All'interno della fascia 15-64 anni, in stallo sul 2024 (+0,02%), si segnalano i Comuni di Medicina (+0,4%), Dozza (+0,25%), Mordano (+0,18%) e Castel San Pietro (+0,07%).

In coerenza al fenomeno dell'incremento delle classi anziane, al 1/1/2026 l'**indice di vecchiaia** (rapporto percentuale tra la popolazione di anni 65 e più e la popolazione di età 0-14 anni) nei 10 comuni, ha raggiunto il valore di 224,3 vs il 214,2 registrato nel 2024 (fonte RER al 1/1/2025).

Ad ogni bambino nella fascia 0-14 corrispondono più di 2 "over 65". Il Comune di Castel Guelfo mantiene la specificità riscontrata dal 2010 con un indice, 174, molto inferiore a quello medio, segno di un maggiore ricambio generazionale. I Comuni di Mordano, Dozza e Medicina hanno indici prossimi al 200, mentre gli altri comuni sono vicini alla media, con l'eccezione di Castel San Pietro (257) e Castel del Rio (327) che mostra comunque una stabilizzazione rispetto all'anno scorso (327 nel 2024).



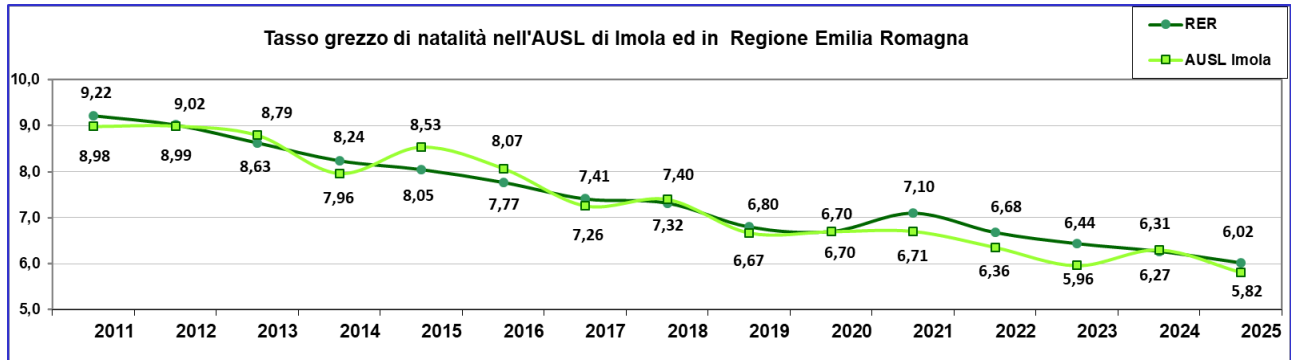
Nel confronto 2025-2019, i comuni che registrano un maggior incremento sono Castel del Rio, Borgo Tossignano e Casalfiumanese, per effetto dell'incremento della popolazione anziana ≥ 65 , all'interno della quale aumentano anche le sotto classi ≥ 75 anni e ≥ 85 (grandi anziani).

Tra i grandi anziani sono 55 (fonte Anagrafi comunali) gli ultra centenari residenti nel circondario imolese al 31/12/2025.

Nel corso del 2025, il **tasso grezzo di natalità** (nati residenti/media popolazione inizio periodo e fine periodo *1000) dopo un 2024 in crescita, torna a ridursi raggiungendo il 5,82 ‰ (6,31 ‰ nel 2024) che rappresenta un nuovo minimo, con un decremento pari a -0,49 ‰ vs il 2024 e di -0,14 ‰ vs il 2023. Questo è dovuto ad un calo dei nati residenti pari a -64 unità tra il 2025 ed il 2024.

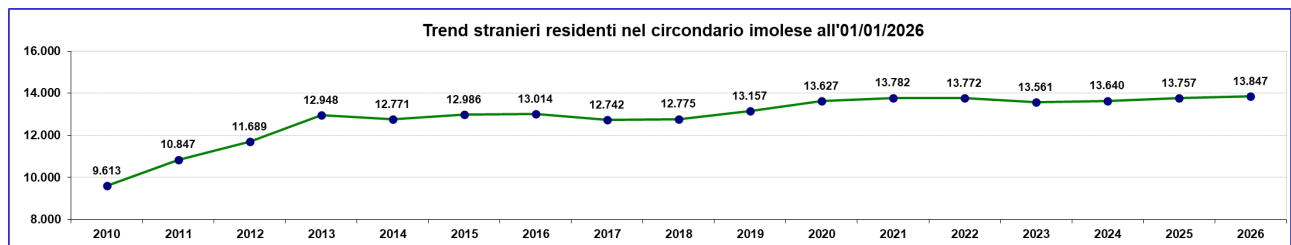
Come rappresentato nel grafico che segue, la curva regionale (secondo i primi dati Istat) continua la tendenza al ribasso, attestandosi ad un 6,02 ‰.

Nel corso del 2025, i nati residenti stranieri hanno raggiunto il 18,1% del totale dei nati residenti (fonte Istat). Questo dato è in crescita rispetto al 2024 che registrava un 15,7% sul totale.



Al 1/1/2026, la **popolazione straniera** mostra un trend di crescita, consolidando l'incremento registrato nel 2024 e nel 2025. Il numero dei residenti con cittadinanza non italiana si attesta, all'interno del bacino aziendale, su 13.847 unità (dato RER) con un'incidenza del 10,4% sulla popolazione complessiva.

Si segnala che, nel corso del 2025, il Comune di Imola ha registrato 350 acquisizioni di cittadinanza italiana da parte della popolazione straniera residente, in crescita rispetto al 2024 che registrava 333 acquisizioni di cittadinanza italiana (fonte Comune di Imola).



Gli incrementi della popolazione straniera per singoli comuni rilevano al 1/1/2026 quanto segue: Imola (+50 unità), Mordano (+22), Fontanelice (+16), Castel del Rio (+15). Incrementi inferiori alle 10 unità si registrano per i Comuni di Castel Guelfo, Borgo Tossignano e Casalfiumanese. Tra i decrementi, il Comune di Medicina (-19 unità) registra quello più significativo.

Le maggiori incidenze dei residenti stranieri sui residenti totali riguardano i Comuni di Casalfiumanese e Castel del Rio (per entrambi pari a circa al 14%), Castel del Rio (13,1%), Mordano (13,2%) e Borgo Tossignano (12,5%). Sopra il valore di incidenza dell'intero circondario (10,4%) anche i Comuni di Fontanelice (11,2%) ed Imola (10,7%). In relazione ai paesi di origine, il 58,3% degli stranieri residenti proviene dall'Europa e di questi il 58% è cittadino dell'Unione Europea. In base al continente di provenienza si segnala: Africa (24,1%), Asia (13,8%) e l'America (3,8%).

I dati di attività

Si riporta una sintesi dei principali e più importanti dati di attività a rappresentazione dei volumi di produzione e degli esiti realizzati dall'Azienda nel l'anno 2025. Le tabelle riportate, per livelli di assistenza, riguardano il triennio 2023 – 2025.

ASSISTENZA OSPEDALIERA

Attività di degenza

L'attività di degenza in regime ordinario, rappresentata in tabella (dati SDO), confronta l'attività 2025 con l'anno precedente e riporta l'andamento degli ultimi tre anni (2023 – 2025).

Il numero complessivo di casi nel 2025 vs i casi registrati nel 2024 rileva un decremento pari a -427 casi (-3,5%) riguardanti DRG medici (-456 casi). Si registra, al contempo, una piena occupazione del dipartimento medico pari al 95,5%, in netto incremento rispetto al 2024 (87,3%), nonché la riduzione della mobilità passiva - Fonte Report Direzionale gen dic 2025.

DEGENZA ORDINARIA	2023	2024	2025	v.a. 2025 vs 2024	v.a. % 2025 vs 2024
N° casi (escluso Nido e Montecatone) di cui:	12.359	12.326	11.899	-427	-3,5%
<i>DRG Medici</i>	8.265	8.271	7.815	-456	-5,5%
<i>DRG Chirurgici</i>	4.094	4.055	4.084	29	0,7%
% DRG Medici	66,9%	67,1%	65,7%		-1,4%
% DRG Chirurgici	33,1%	32,9%	34,3%		1,4%
Peso medio DRG	1,063	1,061	1,062	0,00	0,1%
Punti DRG	13.136,60	13.074,32	12.631,47	-442,85	-3,4%
Degenza media	7,88	8,13	8,42	0,29	3,6%

Attività chirurgica

La tabella sottostante rileva l'andamento degli interventi chirurgici di sala operatoria (Registro operatorio) per tipologia di regime di accesso.

Il volume complessivo di interventi chirurgici 2025 a confronto con l'anno precedente registra un lieve incremento rispetto al 2024 (+125 interventi; +1,79%).

La tabella mostra il dettaglio dei volumi di interventi chirurgici in base al regime di erogazione (Ordinario, Day Surgery ed Ambulatoriale).

Fonte dati: Registro Operatorio	ANNI			Scost. 2025 - 2024	
	2023	2024	2025	v.a.	%
Chirurgia - compresa attività c/o SPDH	1.439	1.252	1.192	-60	-5%
di cui : Ordinario	1.006	823	788	-35	-4%
di cui : Day Surgery	377	241	242	1	0%
di cui : Ambulatoriale	56	188	162	-26	-14%
Chirurgia Vascolare - Nefrologia *	68	55	62	7	13%
di cui : Ordinario	1	1	2	1	100%
di cui : Day Surgery	64	46	60	14	30%
di cui : Ambulatoriale	3	8	0	-8	
Breast Unit	216	222	223	1	0%
di cui : Ordinario	216	222	223	1	0%
di cui : Day Surgery	0	0	0	0	
di cui : Ambulatoriale	0	0	0	0	
Antalgica	9	0	0	0	
di cui : Ordinario	0	0	0	0	
di cui : Day Hospital	9	0	0	0	
di cui : Ambulatoriale	0	0	0	0	
Oculistica	1.788	1.664	1.907	243	15%
di cui : Ordinario	7	8	14	6	75%
di cui : Day Surgery	216	196	91	-105	-54%
di cui : Ambulatoriale	1.565	1.460	1.802	342	23%
Ortopedia	1.574	1.311	1.261	-50	-4%
di cui : Ordinario	1.093	1.046	1.024	-22	-2%
di cui : Day Surgery	312	264	236	-28	-11%
di cui : Ambulatoriale	169	1	1	0	0%
Ginecologia - Ostetricia	780	712	704	-8	-1%
di cui : Ordinario	475	510	536	26	5%
di cui : Day Surgery	275	202	166	-36	-18%
di cui : Ambulatoriale	30	0	2	2	
Otorinolaringoiatria	572	455	474	19	4%
di cui : Ordinario	478	422	429	7	2%
di cui : Day Surgery	91	31	38	7	23%
di cui : Ambulatoriale	3	2	7	5	
Urologia - compresa attività c/o SPDH	1.015	1.148	1.147	-1	0%
di cui : Ordinario	923	1.057	1.079	22	2%
di cui : Day Surgery	89	85	63	-22	-26%
di cui : Ambulatoriale	3	6	5	-1	
Varie **	225	146	120	-26	-18%
di cui : Ordinario	187	146	120	-26	-18%
di cui : Day Surgery	0	0	0	0	
di cui : Ambulatoriale	38	0	0	0	
TOTALE	7.686	6.965	7.090	125	1,8%
Regime ordinario	4.386	4.235	4.215	-20	-0,5%
Day Surgery/DH	1.433	1.065	896	-169	-15,9%
Ambulatoriale	1.867	1.665	1.979	314	18,9%

* Da marzo 2025 gli interventi di Nefrologia sono inseriti nella programmazione oraria di chirurgia vascolare

** comprende gastroscopie - RMN e TC urgenti - FAV - Nefrologia fino a febbraio 2025

In base al regime di accesso si rilevano le seguenti dinamiche: gli interventi in regime di ricovero ordinario mostrano un sostanziale mantenimento; in regime Day Surgery/DH si rileva un calo di interventi pari a - 5,9% (-169) a fronte di un aumento in regime Ambulatoriale con un +18,9% (+314 interventi).

La tabella successiva rileva l'attività ambulatoriale erogata presso i **Poliambulatori Chirurgici ospedalieri**, mostrando un incremento di interventi rispetto al 2024 (+7,4%; +91 interventi) e confermando la tendenza al passaggio di setting, dal regime day surgery al regime ambulatoriale.

POLIAMBULATORI C INTERVENTI AMBULATORIALI	2024	2025	scost. 2025 / 2024	
Chirurgia Generale	443	499	56	12,6%
Otorinolaringoiatria	260	262	2	0,8%
Ginecologia - Ostetricia	77	84	7	9,1%
Ortopedia	404	298	-106	-26,2%
Urologia	40	172	132	330,0%
Oculistica	-	77		
TOTALE	1.224	1.315	91	7,4%

Per un dettaglio sul monitoraggio dei tempi di attesa si rimanda alla Sezione 3.1 "Dimensione dell'Utente", sotto sezione 3.1.1 "Accesso e Domanda".

L'attività di **Day Service**, da fonte dati interna, registra complessivamente un mantenimento con un lieve calo (-15 casi) vs il 2024, confermando il pieno recupero dell'attività.

L'andamento per ambiti clinici e disciplina mostra un aumento di casi per il Day Service internistico (+99 casi; +24%), la Nefrologia (+14 casi; +36%) e i Disturbi cognitivi che registrano un incremento significativo pari a +122 casi (+69%).

DAY SERVICE	N. pazienti trattati			Scost. 2025-2024	
	2023	2024	2025	Var.	Var. %
Chirurgia Imola	189	182	117	-65	-35,7%
Dipartimento Internistico	524	422	521	99	23,5%
Nefrologia	35	39	53	14	35,9%
Gastroenterologia	138	133	132	-1	-0,8%
Disturbi Cognitivi	233	178	300	122	68,5%
Pediatria	295	455	298	-157	-34,5%
Psichiatria (*)	250	279	252	-27	-9,7%
TOTALE	1.664	1.688	1.673	-15	-0,9%

Nell'ambito degli **indicatori di efficienza**, il "Rapporto tra DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario" (compreso fra gli indicatori NSG), nel 2025 registra un miglioramento con conseguente rispetto del target regionale atteso ($\geq 0,15$): 0,15 vs 0,16 del 2024 e 0,18 del 2023.

Pronto Soccorso

Il Pronto Soccorso nel 2025 registra un volume di accessi in sostanziale mantenimento, con una variazione del -0,4% (-201 accessi) rispetto al 2024.

Come mostra la tabella, a partire dal 2024 vengono evidenziati gli accessi confluiti in percorsi Fast Track (FT): specifici percorsi veloci per ridurre i tempi di attesa nel Pronto Soccorso, attuati nelle discipline di Chirurgia, Otorino e Urologia.

ATTIVITA' DI PRONTO SOCCORSO				Scost. 2025-2024	
Accessi Pronto Soccorso Box	2023	2024	2025	v.a.	%
Pronto Soccorso Generale	34.332	34.482	34.377	-105	-0,3%
PS Ortopedico	5.137	4.698	4.686	-12	-0,3%
PS Oculistico	2.848	2.788	2.921	133	4,8%
PS Pediatrico	5.000	5.264	5.012	-252	-4,8%
PS Ginecologico	2.426	2.425	2.377	-48	-2,0%
FT Chirurgia	0	49	62	13	26,5%
FT Otorino	0	131	184	53	40,5%
FT Urologia	0	19	20	1	5,3%
Totale Accessi PS	49.745	49.859	49.658	-201	-0,4%

In relazione alla tipologia di urgenza degli accessi si riporta il sottostante indicatore regionale che rileva la riduzione degli accessi con priorità "bianco – verde" sul totale degli accessi.

- **(IND1041)** Riduzione degli accessi bianchi e verdi sul totale degli accessi in Pronto Soccorso. Target: $\geq$ 5%.

L'indicatore misura i volumi di accessi potenzialmente inappropriati (bianchi e verdi che non esitano in ricovero) in strutture DEA II, DEA I, PS.

La riduzione di questi accessi è uno degli effetti attesi della riorganizzazione della rete dell'emergenza urgenza in Emilia-Romagna, con il trasferimento verso strutture per la gestione di urgenze differibili e non urgenze (CAU). L'indicatore positivo segnala la riduzione degli accessi potenzialmente inappropriati, mentre l'indicatore negativo evidenzia un incremento degli accessi potenzialmente inappropriati.

L'AUSL di Imola, nel 2025, evidenzia un valore pari a 6,43% vs 7,82% nel 2024. Il valore medio regionale 2025 si attesta a 4,91%.

Per quanto riguarda i casi in OBI (Osservazioni Brevi Intensive PS e Pediatria) si rilevano volumi in decremento rispetto all'anno precedente (-7,2%; -195 casi vs 2024).

Osservazioni Brevi Intensive	2023	2024	2025	v.a.	%
Osservazioni Brevi Intensive PS	2.166	2.184	2.049	-135	-6,2%
Osservazioni Brevi - Pediatria	530	543	483	-60	-11,0%
Totale Osservazioni Brevi	2.696	2.727	2.532	-195	-7,2%

Si riporta l'indice di filtro PS (fonte dati: DWH aziendale) che calcola il rapporto tra accessi PS esitati in ricovero su accessi complessivi al PS.

BOX PS: Indice di filtro PS	2023	2024	2025	v.a.	%
Accessi PS	49.745	49.859	49.658	-201	-0,4%
Ricoveri da PS (diretto + da OBI)	7.495	7.615	7.561	-54	-0,7%
Indice di filtro PS (ricoveri da PS/accessi)	15,1%	15,3%	15,2%		0,0%

Si rimanda alla sotto sezione specifica per un dettaglio sugli esiti degli indicatori SIVER (PIAO 2025 2027) "Accesso e Domanda" in merito ai tempi di permanenza in Pronto Soccorso.

La **mobilità passiva infra-RER SDO** per degenza ordinaria, riferita al 2025, in termini di casi, registra un complessivo mantenimento con una lieve flessione (-1%) pari a -72 casi rispetto al 2024. La mobilità da Pubblico registra una diminuzione del -2% (-84 casi).

MOBILITA' PASSIVA Degenza ordinaria	2024	2025	Var	Var%
TOTALE:	6.601	6.529	-72	-1%
di cui PUBBLICO	5.133	5.049	-84	-2%
di cui PRIVATO	1.468	1.480	12	1%

Seguono due tabelle con i principali andamenti di mobilità passiva per discipline presenti e non presenti in Azienda.

MOBILITA' PASSIVA Principali andamenti per discipline presenti in Azienda	2024	2025	Var	Var%
Medicina Generale	308	262	-46	-15%
Urologia	292	255	-37	-13%
Chirurgia Generale	800	762	-38	-5%
Pediatria	169	140	-29	-17%
Psichiatria	37	11	-26	-70%
Ginecologia / Ostetricia	425	407	-18	-4%
Geriatria	40	28	-12	-30%
Neurologia	86	75	-11	-13%
Terapia intensiva	74	65	-9	-12%
Lungodegenza	76	71	-5	-7%
Nefrologia	13	9	-4	-31%
Gastroenterologia	40	37	-3	-8%
Cardiologia	327	373	46	14%
Oculistica	135	176	41	30%
Ortopedia	1.277	1.312	35	3%
ORL	282	311	29	10%
Pneumologia	137	159	22	16%
Recupero riabilitazione	61	75	14	23%
Oncologia	66	78	12	18%

MOBILITA' PASSIVA Principali andamenti per discipline NON presenti in Azienda	2024	2025	Var	Var%
Neurochirurgia	190	169	-21	-11%
Chirurgia Pediatrica	221	208	-13	-6%
Cardiochirurgia	168	157	-11	-7%
Chirurgia toracica	104	94	-10	-10%
Raditerapia oncologica	42	26	-16	-38%
Chirurgia vascolare	239	239	0	0%
Chirurgia maxillo facciale	98	106	8	8%
Chirurgia plastica	42	60	18	43%

La **mobilità attiva SDO infra-RER** nel 2025, a confronto col 2024, presenta una dinamica in decremento (-7%; -177 casi). Le principali variazioni vengono rappresentate nella Tabella che segue.

MOBILITA' ATTIVA Degenza ordinaria	2024	2025	Var	Var%
TOTALE	2.414	2.237	-177	-7%
Principali andamenti per discipline presenti in Azienda	2024	2025	Var	Var%
PSICHIATRIA	56	122	66	118%
GERIATRIA	98	122	24	24%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	318	354	36	11%
CARDIOLOGIA	53	75	22	42%
OTORINOLARINGOIATRIA	169	104	-65	-38%
OCULISTICA	86	30	-56	-65%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	216	185	-31	-14%
CHIRURGIA GENERALE	300	263	-37	-12%
UROLOGIA	377	352	-25	-7%
PEDIATRIA	144	132	-12	-8%
LUNGODEGENZA	40	21	-19	-48%
ONCOLOGIA	20	15	-5	-25%
GASTROENTEROLOGIA	43	40	-3	-7%

ASSISTENZA TERRITORIALE

Gli interventi che hanno caratterizzato l'esercizio 2025, in continuità con l'ultimo biennio, sono principalmente correlati all'attuazione del **DM n. 77 del 23.5.2022** che inquadra il modello di sviluppo dell'Assistenza territoriale nel SSN definendo gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza territoriale e al sistema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico, che costituiscono la Riforma di settore del **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6 – Component 1**.

Questi interventi vengono rendicontati nella sezione "Dimensione Utente" e sotto sezione 3.1.2 "Integrazione" nell'ambito degli specifici obiettivi, della presente Relazione.

In riferimento alla **specialistica ambulatoriale per esterni** (fonte DWH aziendale) nella tabella si rappresenta la produzione complessiva aziendale 2025, a confronto con l'anno 2024, rilevando una produzione in incremento di +82.951 prestazioni, pari a +3,7%.

Numero prestazioni erogate in regime SSN e paganti in proprio (no Libera professione)			2025 VS 2024	
Dipartimento	2024	2025	Var	Var%
DIPARTIMENTO CHIRURGICO	96.874	98.555	1.681	1,7%
DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA E ACCETTAZIONE	218.043	213.684	-4.359	-2,0%
DIPARTIMENTO MEDICO ONCOLOGICO	157.839	155.524	-2.315	-1,5%
DIPARTIMENTO DELLA CONTINUITA' E DELLE CURE PRIMARIE	1.793.081	1.882.115	89.034	5,0%
DIPARTIMENTO DI SANITA' PUBBLICA	3.120	2.736	-384	-12,3%
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIP. PATOLOGICHE	551	503	-48	-8,7%
DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE ATTIVITA' INTEGRATA ANATOMIA PATOLOGICA	13.347	13.671	324	2,4%
DIREZIONE MEDICA E INFERMIERISTICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO	7.454	6.472	-982	-13,2%
TOTALE GENERALE (compreso PS)	2.290.309	2.373.260	82.951	3,7%

Da fonte **Banca dati ASA Regionale**, si ripota, nella tabella sottostante, la produzione di specialistica ambulatoriale confluita nel flusso ASA regionale, secondo l'aggregazione di I livello delle prestazioni aziendali nel 2025. Il totale complessivo risulta in incremento rispetto al 2024 del +3,8% (+71.111 prestazioni).

Tale incremento riguarda in particolare le prestazioni di "Riabilitazione" e "Terapeutica".

SPECIALISTICA AMBULATORIALE Banca dati ASA, Regione Emilia-Romagna	2023	2024	2025	Var. 2025 / 2024	
Aggregazione I° livello	N.ro	N.ro	N.ro	Var.	%
D-Diagnostica	191.698	185.583	177.058	-8.525	-4,6%
L-Laboratorio	1.418.603	1.444.488	1.498.268	53.780	3,7%
R-Riabilitazione	15.720	10.675	22.729	12.054	112,9%
T-Terapeutica	58.879	67.170	81.872	14.702	21,9%
V-Visite	146.703	152.173	151.273	-900	-0,6%
TOTALE	1.831.603	1.860.089	1.931.200	71.111	3,8%

La **Mobilità Passiva ASA infra-RER** evidenzia, nel 2025, una riduzione del -3,4% (-11.396 prestazioni) rispetto al 2024.

Il decremento si registra in ambito Pubblico con un -3,8% (-11.601 prestazioni); in ambito privato si rileva un sostanziale mantenimento dei volumi +0,7% (+205 prestazioni). I dati riportati in tabella sono tratti da ReportER Home (Fonte: Banca dati ASA, Regione Emilia-Romagna).

MOBILITA' PASSIVA Specialistica Ambulatoriale Banca dati ASA, Regione Emilia-Romagna	2023	2024	2025	Var 2025 vs 2024	
TOTALE complessivo	302.071	331.700	320.304	-11.396	-3,4%
Mobilità passiva per Ambiti	2023	2024	2024	Var 2023 vs 2022	
TOTALE Ambito Pubblico	277.297	302.415	290.814	-11.601	-3,8%
TOTALE Ambito Privato	24.774	29.285	29.490	205	0,7%

In riferimento al monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale si rimanda alla sezione 3.1 "Dimensione Utente" e sotto sezione 3.1.1. "Accesso e domanda", obiettivo: "Facilitazione all'accesso appropriato alle prestazioni di specialistica ambulatoriale".

Assistenza infermieristica domiciliare

I pazienti presi in carico, nel 2025, registrano un incremento pari a +526 pazienti (+8,2%), confermando l'andamento in crescita registrato a partire dal 2023.

Rispetto al 2024 si registra una lieve riduzione degli accessi (-2%; -1.328) e della media di accessi per paziente (9,4 vs 10,4 del 2024). Il volume di prestazioni erogate in assistenza domiciliare risulta sostanzialmente in mantenimento con un lieve calo rispetto al 2024 (-0,8%; -1.062 prestazioni).

ASSISTENZA INFERMIERISTICA DOMICILIARE	2023	2024	2025	Var. ass.	Var. %
PAZIENTI IN CARICO	6.099	6.452	6.978	526	8,2%
ACCESSI INFERMIERISTICI	67.446	67.150	65.822	-1.328	-2,0%
ACCESSI INFERMIERISTICI MEDI PER PAZIENTE	<i>11,1</i>	<i>10,4</i>	<i>9,4</i>	-1,0	-9,4%
PRESTAZIONI EROGATE	128.515	131.628	130.566	-1.062	-0,8%

Di seguito si riporta la distribuzione percentuale degli **episodi di cura di assistenza domiciliare integrata** reso al singolo paziente (TAD), per tipologia e per livello di assistenza, a confronto con la distribuzione del totale regionale. I dati sono tratti dalla Reportistica predefinita ADI Regionale (ReportER).

Nel 2025 complessivamente gli episodi di cure registrano un incremento rispetto all'anno precedente pari a +9,3% (9.230 vs 8.443 del 2024).

ADI 2025 Episodi per Tipo di assistenza	ASSISTENZA DI MEDICINA GENERALE		ASSISTENZA INFERMIERISTICA		ASSISTENZA SOCIO- SANITARIA		CURE PALLIATIVE DI BASE		CURE PALLIATIVE SPECIALISTICHE		TOTALE	
	Episodi	%	Episodi	%	Episodi	%	Episodi	%	Episodi	%	Episodi	%
AUSL DI IMOLA	739	8,0%	6.349	68,8%	1.972	21,4%	142	1,5%	28	0,3%	9.230	100%
TOTALE RER	41.091	20,6%	127.535	63,9%	18.342	9,2%	8.643	4,3%	3.909	2,0%	199.520	100%

ADI 2025 Episodi per Livello di assistenza	BASSA INTENSITA'		MEDIA INTENSITA'		ALTA INTENSITA'		TOTALE	
	Episodi	%	Episodi	%	Episodi	%	Episodi	%
AUSL DI IMOLA	6.155	66,7%	1.245	13,5%	1.830	19,8%	9.230	100%
TOTALE RER	145.042	72,7%	34.084	17,1%	20.394	10,2%	199.520	100%

Di seguito, l'indicatore monitorato sulla piattaforma regionale, correlato al DM 77/2022, il cui standard prevede almeno il 10% della popolazione over 65 da prendere progressivamente in carico in ADI.

- (**IND0907**) Pazienti => 65 anni presi in carico in ADI – PNRR. Target AUSL di Imola: > 6.000.

L'AUSL di Imola registra una percentuale, nel 2025, pari al 17,93% (6.072 pazienti su 33.867) vs 18,05% del 2024. Il valore medio regionale risulta nel 2025 pari al 11,49%.

Con riferimento all'indicatore sulla presa in carico entro 3 gg dalla dimissione ospedaliera, monitorato sulla piattaforma SIVER, con standard =>50%, si riporta per il territorio dell'AUSL di Imola quanto segue.

- (**IND0289**) % di prese in carico in ADI entro 3 giorni dalla dimissione ospedaliera.

L'Azienda mostra in riferimento al 2025 un valore pari a 68,90% vs 71,08% del 2024, confermandosi ampiamente nello standard e in netto miglioramento rispetto al 2023 (55,26%). Il valore medio regionale 2025 risulta pari a 51,96%.

Ospedale di Comunità (OSCO)

La Tabella su volumi e dati di attività 2025 vs 2024, mostra un decremento di casi trattati (-8,6%; -25 casi) e di giornate di degenza (-3%; -211 giornate).

La degenza media OSCO, nel 2025, incrementa (25,4 giornate vs 24 del 2024) e l'indice di occupazione si mantiene sostanzialmente in linea registrando una lieve flessione (97,9% vs 98,3% del 2024).

OSPEDALE DI COMUNITA' (SRCI) DI CSPT: 2025 - 2024 A CONFRONTO

OSPEDALE DI COMUNITA' CSPT (SRCI)	2023	2024	2025	Var.	Var. %
Posti letto	36	21	21	0	0,0%
Casi trattati	432	291	266	-25	-8,6%
Degenza media	21,0	24,0	25,4	1,4	5,8%
Giornate di degenza	9.065	6.979	6.768	-211	-3,0%
Tasso occupazione media	90,1%	98,3%	97,9%	-0,4%	

Hospice Territoriale

L'Hospice, collocato all'interno della Casa della Comunità di Castel S. Pietro Terme, è dotato di 12 Posti Letto. Si tratta di una unità organizzativa rivolta all'assistenza di soggetti in fase terminale che non possono essere adeguatamente assistiti a domicilio con cure palliative.

In Tabella i volumi, 2025 vs 2024, incrementano (+10,6%; +17 casi) con una degenza media in calo: 18,9 giornate vs 22,1 nel 2024. Si registra, inoltre, una riduzione delle giornate complessive di degenza (-5,3%; -189 giornate) e un aumento del tasso medio di occupazione (+2,6 punti percentuali).

HOSPICE TERRITORIALE DI CSPT: 2025 - 2024 A CONFRONTO					
HOSPICE TERRITORIALE CSPT	2023	2024	2025	Var.	Var. %
Posti letto	12	12	12	0	0,0%
Casi trattati	199	160	177	17	10,6%
Degenza media	19,4	22,1	18,9	-3,2	-14,5%
Giornate di degenza	3.853	3.538	3.349	-189	-5,3%
Tasso occupazione media	88,0%	80,6%	83,2%	2,6%	

Psichiatria Adulti

Dal 2023 l'AUSL di Imola ha avviato una riorganizzazione in termini di gestione ed utilizzo dell'offerta complessiva della rete delle residenzialità psichiatriche, che ha determinato una rimodulazione delle strutture residenziali. Nel 2025, è proseguita l'attenzione al tema della residenzialità in un'ottica di comunità e di potenziamento delle esperienze innovative che favoriscono l'inclusione sociale, coinvolgendo maggiormente la comunità, il territorio, gli Enti locali e il Terzo settore, in modo da rendere più efficiente ed efficace l'utilizzo del sistema di cura delle strutture residenziali per la Salute mentale adulti, le Dipendenze patologiche e la NPJA, sia dei Servizi pubblici sia dei Servizi privati.

La riorganizzazione della rete delle residenzialità psichiatriche, in coerenza con il fabbisogno di percorsi residenziali della comunità di riferimento, ha portato alla rimodulazione dell'offerta territoriale con il superamento della RTI a gestione diretta e l'avvio della Residenza per Trattamenti Riabilitativi biopsicosociali a medio termine a carattere estensivo con modulo Intensivo (RTR) "Franco Basaglia", composta da due posti di RTR estensiva e da un modulo sperimentale di 12 posti di RTR intensiva gestita dal privato sociale.

Sotto il profilo della **degenza ospedaliera ordinaria (SPDC)**, nel 2025 si osserva un incremento di casi trattati rispetto al 2024 (+28,5%; +98 casi) e un calo della degenza media che passa da 12,7 a 9,1 (-3,6 giornate medie) confermando l'andamento che in entrambi i casi era stato registrato nel 2024 vs 2023.

Il tasso di occupazione PL ordinari presso SPDC mostra un decremento, passando da 88% del 2024 a 73% del 2025, correlato alla diminuzione della degenza media.

PSICHIATRIA ADULTI SPDC: 2025 - 2024 CONFRONTO					
PSICHIATRIA ADULTI - SPDC	2023	2024	2025	Var.	Var. %
Casi trattati in degenza ordinaria	282	344	442	98	28,5%
Degenza media in regime ordinario	14,0	12,7	9,1	-3,6	-28,4%
Tasso occupazione PL ordinari	83%	88%	73%	-15%	

Psichiatria Adulti Territoriale

Sul versante territoriale della Psichiatria Adulti, i dati rilevano un incremento di utenti presi in carico dal CSM già a partire dal 2023 che si conferma anche nel 2025, con un incremento pari a +7,4% (+217 casi) rispetto all'anno precedente.

Le prestazioni erogate complessivamente in ambito territoriale mostrano un decremento pari a -3% (-1.588 prestazioni) rispetto al 2024.

PSICHIATRIA ADULTI TERRITORIALE: 2025 - 2024 CONFRONTO

PSICHIATRIA ADULTI: TERRITORIALE	2023	2024	2025	Var.	Var. %
Utenti CSM	2.778	2.925	3.142	217	7,4%
Utenti Day Hospital Territoriale	58	47	53	6	12,8%
Interventi di crisi in DHT	116	272	148	-124	-45,6%
Utenti c/o Centro Diurno	41	42	42	0	0,0%
Nuovi utenti presi in carico	468	478	605	127	26,6%
Dimessi	1.434	1.313	1.537	224	17,1%
Pazienti in Day Service	188	258	235	-23	-8,9%
PRESTAZIONI EROGATE	49.753	52.105	50.517	-1.588	-3,0%

In riferimento ai **Budget di Salute**, nell'ambito della Psichiatria Adulti Territoriale, si conferma la tendenza all'aumento registrata negli ultimi quattro anni: n. 46 BdS nel 2022, n. 53 BdS nel 2023, n. 65 BdS nel 2024 e nel 2025: n. 76 Budget di Salute.

Neuropsichiatria Infantile

Negli ultimi cinque anni è stato registrato un andamento in incremento in particolare a seguito del potenziamento degli interventi nell'ambito del Progetto PRIA su finanziamento regionale riguardante l'Autismo.

Tale andamento mostra un'inversione di tendenza nel 2024, mentre nel 2025 si registra nuovamente un significativo incremento a confronto con l'anno precedente (+10,7%; +292 utenti), unitamente all'incremento di nuovi presi in carico (+18%; +151 utenti).

Le prestazioni in termini di volumi erogati registrano, in coerenza con gli incrementi sopra esposti, un aumento pari a +27,3% (+10.578 prestazioni).

NPIA: 2025 - 2024 CONFRONTO

NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	2023	2024	2025	Var.	Var. %
Utenti in carico	3.055	2.722	3.014	292	10,7%
Nuovi utenti presi in carico	872	840	991	151	18,0%
Prestazioni erogate	34.503	38.810	49.388	10.578	27,3%

Dipendenze Patologiche

L'area Dipendenze Patologiche registra nel 2025 un sostanziale mantenimento per quanto riguarda la presa in carico di utenti (-0,5%; -6 casi) con un volume complessivo di prestazioni erogate pressoché in linea con l'anno precedente. In ambito di semiresidenzialità, il Centro diurno a gestione diretta (Arcobaleno) registra un incremento di 7 utenti e del numero di giornate di degenza (+4,5%).

Nel 2025 gli utenti inseriti in percorsi di **Budget di salute** sono stati n.ro 16, +8 rispetto al 2024.

DIPENEDENZE PATLOGICHE: 2025 - 2024 CONFRONTO

DIPENEDENZE PATLOGICHE	2023	2024	2025	Var.	Var. %
Utenti in carico	1.262	1.298	1.292	-6	-0,5%
Nuovi utenti presi in carico	311	339	322	-17	-5,0%
Prime visite	482	499	441	-58	-11,6%
Prestazioni erogate	35.036	35.132	31.791	-3.341	-9,5%
Centro diurno Arcobaleno Semiresidenzialità 8 ore					
Utenti	85	87	94	7	8,0%
Nuovi utenti presi in carico	47	48	51	3	6,3%
Giornate di degenza	4.682	4.681	4.891	210	4,5%
Dimessi	44	47	49	2	4,3%

Consultorio Familiare

Per quanto riguarda il monitoraggio dei dati di attività si precisa che, da marzo 2024 il Consultorio Familiare ha dismesso il vecchio applicativo gestionale sostituendolo con un nuovo applicativo.

Il cambiamento dell'applicativo gestionale ha comportato una diversa modalità di aggregazione dei dati che ha limitato il confronto omogeneo tra pari periodo annuale. Per tale ragione, la tabella sottostante evidenzia l'attività per il periodo aprile dicembre 2025 vs aprile dicembre 2024 che risulta omogeneo.

Posto quanto sopra, si osserva che gli utenti in carico nel 2025 (aprile – dicembre) presso il Consultorio registrano un sostanziale mantenimento rispetto all'anno precedente (+1,3%; +82 utenti).

Per quanto riguarda gli accessi e l'erogazione di prestazioni si rilevano volumi in incremento: gli accessi registrano un valore pari a +4,1% (+689 accessi) in coerenza con le prestazioni che incrementano del +4,3% (+972 prestazioni individuali).

CONSULTORIO FAMILIARE: 2025 - 2024 A CONFRONTO (aprile - dicembre)

UTENTI	apr dic 2024	apr dic 2025	Var.	Var. %
TOTALE Utenti in carico	6.162	6.244	82	1,3%
Consultorio familiare	4.386	4.319	-67	-1,5%
Spazio donne immigrate e loro bambini	321	385	64	19,9%
Spazio giovani (14 - 19 anni)	779	833	54	6,9%
Spazio giovani Adulti (20 - 34 anni)	676	707	31	4,6%
ACCESSI	apr dic 2024	apr dic 2025	Var.	Var. %
TOTALE Accessi	16.947	17.636	689	4,1%
Consultorio familiare	12.729	13.183	454	3,6%
Spazio donne immigrate e loro bambini	701	881	180	25,7%
Spazio giovani (14 - 19 anni)	1.884	2.051	167	8,9%
Spazio giovani Adulti (20 - 34 anni)	1.633	1.521	-112	-6,9%
PRESTAZIONI	apr dic 2024	apr dic 2025	Var.	Var. %
TOTALE Prestazioni	22.839	23.811	972	4,3%
Prestazioni individuali (singoli o coppie/famiglie)	22.691	23.670	979	4,3%
Prestazioni di gruppo (gruppi di persone)	148	141	-7	-4,7%
PRESTAZIONI INDIVIDUALI per Tipo Operatore	apr dic 2024	apr dic 2025	Var.	Var. %
GINECOLOGA/O	7.498	8.034	536	7,1%
OSTETRICA/O	10.799	11.275	476	4,4%
PSICOLOGA/O	2.963	2.968	5	0,2%
ALTRO (OSS) da marzo 2024	1.422	1.390	-32	-2,3%

L'attività medico ostetrico-ginecologica, nella tabella seguente, evidenzia un volume complessivo di prestazioni di specialistica ambulatoriale per esterni in aumento, con particolare riferimento a: Ecografie (+28%), prime visite (+19,8%) e visite di controllo (+19,4%).

ATTIVITA' MEDICO OSTETRICO-GINECOLOGICA

Specialistica ambulatoriale per esterni	2024	2025	Var.	Var. %
Ecografia	1.588	2.038	450	28,3%
Altre prestazioni Terapeutiche	173	175	2	1,2%
Prima visita	2.897	3.470	573	19,8%
Visita di controllo	1.599	1.909	310	19,4%
Non codificata: "Valutazione esami"	20	17	-3	-15,0%

La tabella di seguito riporta il dettaglio dell'attività delle Ostetriche in riferimento al "Sostegno al puerperio" e all'attività di assistenza alla gravidanza da parte del personale ostetrico.

ATTIVITA' OSTETRICHE

Sostegno al puerperio	2024	2025	Var. ass.	Var. %
Accessi a domicilio	48	20	-28	-58,3%
Accessi ostetriche presso l'ospedale (progetto dimissione precoce neonato sano)	610	691	81	13,3%
Accessi puerpere ambulatorio consultoriale	841	831	-10	-1,2%
Puerpere (residenti) contattate alla dimissione	770	829	59	7,7%
Puerpere Totali contattate alla dimissione	935	1.094	159	17,0%
Pronto latte (n° telefonate)	221	249	28	12,7%
Assistenza in gravidanza	2024	2025	Var. ass.	Var. %
Visita ostetrica (NO Specialistica) per DSA	239	280	41	17,2%
Visita ostetrica di controllo (NO Specialistica) per DSA	444	509	65	14,6%

PREVENZIONE

Le principali attività della funzione di Prevenzione riguardano: Programmi regionali di screening, Vaccinazioni infantili e adulti, Igiene e Sanità Pubblica, Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro e Igiene Veterinaria. L'AUSL di Imola garantisce l'erogazione dei LEA in tutti gli ambiti della prevenzione collettiva e di sanità pubblica e un qualificato supporto agli interlocutori istituzionali su tutte le problematiche di sanità pubblica e di sanità veterinaria.

Nell'ambito del Dipartimento Sanità Pubblica, nel 2025, è proseguita l'attuazione del **Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025**, articolato in 10 Programmi Predefiniti del Piano Nazionale e 10 Programmi liberi introdotti a livello regionale. L'Azienda, tramite l'operato del Dipartimento, ha garantito il proprio impegno e collaborazione nell'implementazione del Piano a livello locale, con attenzione alla progettazione e realizzazione delle azioni trasversali in ciascuno dei Programmi, al fine di garantire il raggiungimento degli indicatori definiti a livello locale di cui al documento di governance (DGR 58 del 24/01/2022).

Con DGR 183/2023 è stato istituito il **Sistema regionale prevenzione salute dai rischi ambientali e climatici (SRPS)** e approvato il Documento contenente le proposte riguardanti la struttura, l'organizzazione e le funzioni del Sistema regionale e la definizione dei nodi di tale sistema a rete.

Con DGR 2172/2023 sono stati assegnati i finanziamenti come da atto aggiuntivo all'Accordo operativo sottoscritto tra Istituto Superiore di Sanità (ISS) e Regione (Prot. Rep. RPI 1/12/2023.0000807.U). Nell'ambito dei finanziamenti PNRR/PNC identificati i nodi SRPS è stato garantito il rispetto delle tempistiche definite nell'Allegato 3 all'Accordo operativo di cui sopra per l'acquisizione delle attrezzature di cui all'investimento 1.1 del "Piano Nazionale Complementare PNC "Salute, Ambiente, Biodiversità e Clima".

L'AUSL di Imola ha garantito l'attuazione del suddetto accordo operativo, secondo la programmazione definita dal livello regionale.

Con deliberazione n. 260 del 20/12/2023 era stato istituito il "Nodo aziendale del Sistema Regionale Prevenzione Salute dai rischi ambientali e climatici (SRPS)" nel Dipartimento di Sanità Pubblica dell'AUSL Imola. Alla delibera è stato allegato un documento descrittivo del nodo SRPS a livello di DSP.

Per un maggior dettaglio si rimanda alla sezione 3.2 "Dimensione dell'organizzazione e dei processi interni", sotto sezione 3.2.1 "Struttura dell'offerta e della produzione", obiettivo: "Rafforzamento del Dipartimento di Sanità Pubblica, prevenzione e promozione della salute".

Programmi regionali di screening

Nel corso del 2025 i dati di estensione dei 3 Programmi di screening oncologici sono risultati buoni e sostanzialmente in linea con la media regionale per quanto riguarda i Programmi di Screening Cervice uterina e Colon-retto; il Programma di Screening mammella è in lieve flessione per quanto riguarda il tasso di adesione, rispetto alla media regionale.

Nel 2025 è iniziato, come da DGR 2009/2023 e DGR 1571/2024, l'estensione graduale dello screening coloretale alla fascia 70-74 anni: in particolare sono state invitate la coorte di nati/e nel 1951 e la coorte del 1955, quest'ultima in continuità con la scadenza biennale dal precedente test del sangue occulto eseguito o dall'ultimo invito per i non aderenti.

Il dato su tale estensione è disponibile su SIVER (DGR programmazione e finanziamento - Edizione 2026):

- **(IND1073)** Estensione screening colon retto alla coorte dei nati/e nel 1951: % di persone invitate che hanno compiuto i 74 anni alla data della rilevazione. Target: $\geq 70\%$ dei 74 enni.

L'Azienda mostra un valore 2025 pari a 99,53%. La media regionale risulta pari a 98,79%.

- **(IND1074)** Estensione screening colon retto alla coorte dei nati/e nel 1955: % di persone invitate che hanno compiuto i 70 anni alla data della rilevazione. Target: $\geq 70\%$ dei 70 enni.

L'Azienda mostra un valore 2025 pari a 99,65%. La media regionale risulta pari a 93,93%.

Gli indicatori monitorati e riportati di seguito riguardano la copertura ricavata dalla rilevazione puntuale regionale al 1° gennaio 2026 che può essere considerata un proxy della copertura dell'indicatore NSG, che viene calcolato dal Ministero della Salute successivamente.

Per l'anno 2025, come previsto nel programma libero screening oncologici (PL13) del Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025, per tutte le AUSL, si richiede per lo screening mammografico almeno un incremento rispetto al valore ottimale; pertanto, il target è $>70\%$; per lo screening della cervice uterina e del colon retto lo stesso obiettivo dell'anno precedente e cioè, rispettivamente, $\geq 60\%$ e $>50\%$.

Su piattaforma SIVER (PIAO 2025 2027) vengono monitorati i seguenti indicatori relativi a «PROCESSI INTERNI Produzione-Prevenzione».

- **(IND0761)** Screening mammografico: % di popolazione target (donne di 45-74 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale). Target: $\geq 70\%$.

Nel 2025, l'Azienda rileva un valore pari al 68,07% vs 68,29% del 2024 (2023: 67,06%). Il valore regionale 2025 risulta pari a 73,92%.

- **(IND0762)** Screening cervice uterina: % di popolazione target (donne di 25-64 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale). Target: $\geq 60\%$.

L'AUSL di Imola mostra un valore 2025 pari a 66,89% vs 66,11% nel 2024 e 2023. Il valore regionale 2025 risulta pari a 67,41%.

- **(IND0763)** Screening coloretale: % di popolazione target (persone di 50-69 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale). Target: $\geq 50\%$.

L'Azienda mostra un valore 2025 pari a 54,34% vs 54,54% nel 2024 (2023: 53,10%). Il valore regionale 2025 risulta pari a 54,90%.

Vaccinazioni infantili e per adulti

Le coperture vaccinali vengono calcolate dalla Regione sulla base dei dati in Anagrafe Vaccinale Regionale. Nel 2025, in continuità con gli anni precedenti, è stato garantito il monitoraggio e le azioni correttive necessarie per l'invio, delle informazioni vaccinali attraverso l'Anagrafe Vaccinale Real Time (AVR-RT).

In riferimento agli indicatori NSG, si riportano il monitoraggio su piattaforma SIVER (PIAO 2025 2027) PROCESSI INTERNI - Produzione-Prevenzione.

Coperture vaccinali pediatriche

- (P01C) Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib) – NSG. Target: $\geq 95\%$.

Nel 2025 si rileva una copertura pari al 96,24% vs 94,25% del 2024. La media regionale 2025 risulta pari a 96,46%.

- (P02C) Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) – NSG. NSG. Target: $\geq 95\%$.

L'AUSL di Imola registra una copertura vaccinale 2025 pari a 96,24% vs 94,36% del 2024. La copertura media RER 2025 risulta pari a 96,30%.

- (P04C) Copertura vaccinale antimeningococcica C a 24 mesi nei bambini - NSG. Target: $\geq 95\%$.

L'AUSL di Imola registra una copertura vaccinale 2025 pari a 91,98% vs 88,15% del 2024. La copertura media RER 2025 risulta pari a 91,39%.

Coperture vaccinali adulti

- (P06C) Copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani – NSG. Target: $\geq 75\%$.

L'AUSL di Imola registra una copertura vaccinale 2025 pari a 61,69% vs 62,47% del 2024. La copertura media RER 2025 risulta pari a 58,23%.

Igiene e sanità pubblica

In tabella il dettaglio dell'attività ordinaria 2025 vs 2024 di Prevenzione delle Malattie Infettive che mostra alcune attività in incremento come "consulenze per viaggiatori" e "indagini epidemiologiche, mentre le "notifiche malattie infettive" risultano in calo (attività di *contact tracing*, di sorveglianza, di notifica malattie infettive, ecc.).

Le vaccinazioni rilevano volumi in sostanziale mantenimento rispetto al 2024 e all'offerta degli anni pregressi, poiché trattasi di attività di vaccinazione "a domanda".

Nell'ambito dell'attività medico Legale Collegiale si registra un aumento di campioni di alimenti determinato dalla programmazione regionale, mentre in riferimento agli accessi (Alimenti, Abitato e pareri su Igiene alimenti) si osserva una contrazione.

Per gli accessi concernenti l'Abitato si fa riferimento al riorientamento delle risorse che nel corso del 2024 sono confluite verso attività inerenti le Commissioni autorizzative.

ATTIVITA'	2024	2025	Var.	Var. %
Campioni				
Alimenti	145	163	18	12,4%
Piscine, balneazione, terme	192	112	-80	-41,7%
Acqua potabile / tamponi	723	500	-223	-30,8%
Accessi				
Alimenti	595	522	-73	-12,3%
Abitato	200	157	-43	-21,5%
integrate con S.Vet.	79	117	38	48,1%
Pareri su igiene alimenti	209	188	-21	-10,0%
Pareri su igiene abitato + NIP	247	245	-2	-0,8%
Partecipazione a commissioni				
Conferenze di servizio e commissioni	1.286	1.428	142	11,0%
Corsi di Laurea in Tecniche della prevenzione				
Docenze, tutoraggio e svolgimento tirocini (in ore)	180	203	23	12,8%
Totale prestazioni	21.601	21.072	-529	-2,4%
Totale prestazioni "pesate"(ore)	21.950	21.323	-627	-2,9%
Ispezioni per 10 mila abitanti Area Ambienti confinanti	17,1%	13,6%	-3,5%	
% Aderenza Piani regionali campionamento	99%	100%		

Le dinamiche sopra esposte hanno determinato un saldo in sostanziale mantenimento del totale complessivo delle prestazioni erogate nel 2025 vs 2024 con una lieve flessione pari a -2,4%.

Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro

L'attività di controllo delle Unità Locali rileva un incremento nel 2025 del +11% vs il 2024, con particolare riferimento all'aumento dei controlli per le ispezioni aziendali edili (+23 unità controllate) e per ispezioni in aziende di altri comparti (+20). Stabili risultano le ispezioni in aziende agricole.

Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di Lavoro: confronto 2025 - 2024

UNITA' LOCALI CONTROLLATE	2024	2025	Var.	Var. %
Ispezione aziende edili	241	264	23	10%
Ispezione aziende agricole	29	29	0	0%
Ispezioni aziende altri comparti	80	100	20	25%
Tutela lavoratrici madri	10	7	-3	-30%
Inchieste infortuni e/o malattie professionali	24	27	3	13%
Espressioni pareri	2	3	1	50%
TOTALI	386	430	44	11%

Nella tabella che segue viene rappresentate l'attività di rilascio Pareri e l'erogazione delle prestazioni sanitarie individuali (visite specialistiche medicina del lavoro e Commissioni mediche).

Nell'ambito delle prestazioni sanitarie individuali si osserva, nel 2025, un incremento rispetto al 2024, di visite specialistiche della medicina del lavoro (+37%) e della partecipazione a commissioni mediche (+15%).

PARERI	2024	2025	Var.	Var. %
Aminato e attività classificate	87	76	-11	-13%
Piani lavoro per bonifica materiali contenenti amianto	160	132	-28	-18%
Pareri lavoratrici madri	9	6	-3	-33%
TOTALI	256	214	-42	-16%
PRESTAZIONI SANITARIE INDIVIDUALI	2024	2025	Var.	Var. %
Visite specialistiche medicina del lavoro	60	82	22	37%
Partecipazione a commissioni mediche (gg.)	54	62	8	15%
<i>di cui per esame ricorsi ex art. 41 DLgs.81/08</i>	<i>30</i>	<i>26</i>	<i>-4</i>	<i>-13%</i>
TOTALI	114	144	30	26%

Il saldo finale complessivo dell'andamento delle prestazioni erogate mostra un incremento (+4%), di fatto un sostanziale mantenimento. Inoltre, anche nel 2025, si devono considerare in aggiunta le numerose attività, incontri, riunioni e preparazione di materiali, inerenti all'attuazione del Piano Regionale della Prevenzione.

ATTIVITA' COMPLESSIVA PSAL	2024	2025	Var.	Var. %
Totale prestazioni	756	788	32	4%
N. prestazioni "pesate"(ore)	12.042	12.220	178	1%

La tabella seguente, sull'efficienza operativa e l'appropriatezza, evidenzia il rapporto tra unità operative controllate ed esistenti (in questo caso il dato non comprende le Unità controllate in orari non convenzionali e quelle controllate sul territorio imolese da UOIA-AUSL Bologna). Riporta, anche, la percentuale di ricorsi contro il giudizio del medico competente esaminati entro 30 giorni e le visite specialistiche effettuate entro 10 giorni dalla richiesta che in entrambi i casi risultano al 100%.

EFFICIENZA OPERATIVA E APPROPRIATEZZA	2024	2025	Var.	Var. %
unità produttive controllate	386	430	44	11,4%
unità produttive esistenti	6.258	6.171	-87	-1,4%
% unità produttive controllate sul totale delle esistenti	6,2%	7,0%	0,8%	
% ricorsi contro il giudizio medico competente esaminati entro 30 gg. dalla richiesta	100%	100%	0,0%	
% visite specialistiche effettuate entro 15 gg. dalla richiesta	100%	100%	0,0%	

L'obiettivo di copertura della vigilanza delle unità locali esistenti, rispetto al quale viene individuato dal livello regionale un target $\geq 7,5\%$ viene monitorato su piattaforma SIVER (PIAO 2025 2027) PROCESSI INTERNI - Produzione-Prevenzione.

- (**IND0185**) % aziende con dipendenti ispezionate – GRIGLIA LEA. Target: $\geq 7,5\%$.

L'Azienda mostra un valore 2025 pari a 9,45% vs 9,06% nel 2024. Il dato medio regionale 2025 risulta pari a 8,20%.

- (**IND0187**) % cantieri ispezionati. Indicatore di osservazione.

L'Azienda mostra un valore 2025 pari a 19,07% vs 27,08% nel 2024. Il dato medio regionale 2025 risulta pari a 17,27%.

Si riporta anche l'indicatore in SIVER sul monitoraggio DGR programmazione e finanziamento - Edizione 2026:

- (**IND0708**) % cantieri di rimozione amianto controllati sul totale dei piani di rimozione amianto ai sensi dell'art. 256 del D. Lgs. 81/08. Valore di riferimento: $\geq 15\%$.

L'AUSL di Imola riporta un valore 2025 pari a 21,97% vs 22,22% nel 2024. Il valore medio regionale 2025 risulta pari a 22,66%.

Igiene veterinaria

L'Unità operativa, nel 2025, osserva un incremento complessivo degli interventi programmati pari a +7,5% (+645 prestazioni) come mostra la tabella di dettaglio sull'attività svolta di seguito riportata.

Gli interventi in emergenza registrano un decremento, rispetto al 2024, pari a -2,1%.

Igiene veterinaria: confronto 2025 - 2024

VOLUMI ATTIVITA'	2024		2025		scostamenti N.ro prestazioni	
	N° prestazioni	prestazioni "pesate" (ore)	N° prestazioni	prestazioni "pesate" (ore)	Var.	Var. %
Valutazioni epidemiologiche						
N.ro interventi	99	248	75	188	-24	-24%
Formazione, educazione alla salute						
N.ro attestazioni	10	80	22	176	12	120%
Guide tirocinio	7	126	12	216	5	71%
Informazione e comunicazione						
N.ro iniziative	5	25	5	25	0	0%
N.ro Pareri	37	93	32	80	-5	-14%
Controllo ufficiale						
Ispesioni senza check-list	309	1.545	46	230	-263	-85%
Ispesioni con check-list	512	4.096	538	4.304	26	5%
Audit	1	50	1	50	0	0%
Verifiche	170	255	362	543	192	113%
Verifiche di follow-up	50	200	49	196	-1	-2%
Provvedimenti sanzionatori o penali	10	500	24	1.200	14	140%
Verifiche stabilimenti riconosciuti	1.614	1.340	2.325	1.930	711	44%
Campioni legali	254	1.016	193	772	-61	-24%
Campioni conoscitivi	630	473	545	409	-85	-13%
Profilassi	554	1.108	422	844	-132	-24%
Valutazioni documentali	2.296	459	2.431	486	135	6%
Certificazioni	1.258	1.258	1.252	1.252	-6	0%
Prestazioni sanitarie						
Chirurgiche - interventi	299	598	467	934	168	56%
Mediche	363	726	333	666	-30	-8%
Provv. autorizzazione/ registrazione/ riconoscimento	86	215	72	180	-14	-16%
Consulenze specialistiche						
Incontri con istituzioni	9	27	43	129	34	378%
Valutazione pratiche	65	130	34	68	-31	-48%
Verifiche da parte di Enti esterni all'UOC	0	-	1	250	1	
Totale interventi Programmati	8.638	14.952	9.283	14.878	645	7,5%

VOLUMI ATTIVITA'	2024		2025		scostamenti Nro prestazioni	
	N° prestazioni	prestazioni "pesate" (ore)	N° prestazioni	prestazioni "pesate" (ore)	Var.	Var. %
Interventi in emergenza						
Focolai mal.inf.	4	400	10	1.000	6	150%
Piani straordinari	1	25	2	50	1	100%
Allerte/NC	42	1.025	34	850	-8	-19%
Totale interventi in Emergenza	47	1.450	46	1.900	-1	-2,1%

L'indicatore di congruità al piano di lavoro aziendale per l'attività programmata mostra una percentuale 2025 pari a 89% vs 91% del 2024 e 93% del 2023.

La tabella che segue rappresenta l'indicatore "Rispetto dello standard regionale di congruità" nell'ambito dei Piani di sorveglianza e monitoraggio con il dettaglio delle attività svolte e le percentuali di congruità raggiunte.

Indicatore "Rispetto dello standard regionale di congruità"										
Piani di sorveglianza e monitoraggio	% congruità dal piano RER	Attività programmata secondo indicazioni RER			Attività svolta			% di congruità		
		campioni previsti			campioni eseguiti			campioni eseguiti / campioni previsti		
		2023	2024	2025	2023	2024	2025	2023	2024	2025
Piano campionamento alimenti controlli microbiologici	90%									
campioni prelevati conformi alle indicazioni del piano / campioni da prelevare secondo il piano		60	54	36	48	54	38	80%	100%	106%
PNR e PRR	95%									
campioni eseguiti / campioni previsti		49	45	56	49	45	57	100%	100%	102%
PNNA e PRAA	95%									
campioni prelevati in allevamento per PNAA (dato IZS) / campioni previsti dal PNAA (escluso extra-PRAA)		43	33	31	39	34	31	91%	103%	100%
Piano micotossine	95%									
campioni prelevati in allevamento (dato IZS) / campioni previsti dal piano		10	11	11	4	11	11	40%	100%	100%
Piani di sorveglianza e monitoraggio	% congruità dal piano RER	Attività programmata secondo indicazioni RER			Attività svolta			% di congruità		
		campioni previsti			campioni eseguiti			campioni eseguiti / campioni previsti		
		2023	2024	2025	2023	2024	2025	2023	2024	2025
Piani di sorveglianza malattie infettive degli animali	98%	298	296	298	334	304	300	112%	103%	101%
allevamenti e capi risultati controllati (dato IZB) / allevamenti e capi controllabili (Piano e BDN)		149	148	149	167	152	150	112%	103%	101%
n.allevamenti e capi controllati (in autodichiarazione ASL)/ n.allevamenti e capi controllabili (Piano e BDN)		149	148	149	167	152	150	112%	103%	101%
TOTALE	90%	460	439	432	474	448	437	103%	102%	101%

Monitoraggio piattaforma SIVER (PIAO 2025 2027) PROCESSI INTERNI - Produzione-Prevenzione.

- (**P10Z**) Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, dell'alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino - NSG. Target: $\geq 95\%$.

L'Azienda mostra un valore 2025 pari a 97,78% vs 100% nel 2024. Il dato medio regionale 2025 risulta pari a 97,82%.

- (**P12Z**) Coperture delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, riferite alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale - NSG. Target: $\geq 95\%$.

L'Azienda mostra un valore 2025 pari a 100% vs 98,67% nel 2024. Il dato medio regionale 2025 risulta pari a 99,99%.

- **(P11Z)** Copertura delle principali attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti - NSG. Target: $\geq 95\%$.

L'Azienda mostra un valore 2025 pari a 100% vs 100% nel 2024. Il dato medio regionale 2025 risulta pari a 98,6%.

CONTO ECONOMICO 2023 – 2024 - 2025

SCHEMA DI BILANCIO	Consuntivo 2023	Consuntivo 2024	Consuntivo 2025
A) VALORE DELLA PRODUZIONE			
1) Contributi in c/esercizio	284.063.025	283.683.583	287.384.592
a) Contributi in c/esercizio - da Regione o Provincia Autonoma per quota F.S. regionale	276.678.316	277.293.201	278.842.273
b) Contributi in c/esercizio - extra fondo	7.384.709	6.390.382	8.497.319
1) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - vincolati	0	0	0
2) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura LEA	0	0	3.584.517
3) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura extra LEA	3.641.820	2.103.312	2.410.974
4) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - altro	30.553	26.045	17.638
5) Contributi da aziende sanitarie pubbliche (extra fondo)	112.324	30.487	155.158
6) Contributi da altri soggetti pubblici	3.600.011	4.230.537	2.329.033
c) Contributi in c/esercizio - per ricerca	0	0	0
1) da Ministero della Salute per ricerca corrente	0	0	0
2) da Ministero della Salute per ricerca finalizzata	0	0	0
3) da Regione e altri soggetti pubblici	0	0	0
4) da privati	0	0	0
d) Contributi in c/esercizio - da privati	0	0	45.000
2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-240.347	-102.797	-209.298
3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	3.360.744	3.743.266	1.709.910
4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	45.312.080	48.200.089	47.540.502
a) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - ad aziende sanitarie pubbliche	40.524.424	43.017.854	42.411.633
b) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - intramoenia	3.587.550	3.956.730	3.778.204
c) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - altro	1.200.106	1.225.505	1.350.665
5) Concorsi, recuperi e rimborsi	6.226.072	8.189.911	16.068.339
6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	5.224.191	5.396.902	5.637.873
7) Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio	4.489.422	4.470.412	4.984.151
8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	0	0	0
9) Altri ricavi e proventi	645.845	581.698	618.744
Totale A)	349.081.031	354.163.063	363.734.813
B) COSTI DELLA PRODUZIONE			
1) Acquisti di beni	45.766.578	49.709.185	49.693.003
a) Acquisti di beni sanitari	44.542.977	48.489.577	48.652.498
b) Acquisti di beni non sanitari	1.223.601	1.219.608	1.040.505
2) Acquisti di servizi sanitari	165.788.546	175.616.020	175.890.392
a) Acquisti di servizi sanitari - Medicina di base	15.812.203	16.303.038	16.316.209
b) Acquisti di servizi sanitari - Farmaceutica	17.172.670	17.896.855	17.277.135
c) Acquisti di servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	19.993.359	21.982.007	23.522.583
d) Acquisti di servizi sanitari per assistenza riabilitativa	5.606	10.131	5.891
e) Acquisti di servizi sanitari per assistenza integrativa	1.390.936	1.484.061	1.676.852
f) Acquisti di servizi sanitari per assistenza protesica	972.561	1.025.128	1.127.391
g) Acquisti di servizi sanitari per assistenza ospedaliera	61.331.932	64.817.474	64.449.603
h) Acquisti prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	4.331.322	4.189.748	4.153.441
i) Acquisti prestazioni di distribuzione farmaci File F	9.671.901	11.111.018	10.093.821
j) Acquisti prestazioni termali in convenzione	1.043.940	1.146.063	1.211.172
k) Acquisti prestazioni di trasporto sanitario	1.056.247	1.069.150	1.076.992
l) Acquisti prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria	20.394.434	21.961.322	23.022.443
m) Compartecipazione al personale per att. Libero-prof. (intramoenia)	2.828.340	3.048.634	2.882.085
n) Rimborsi Assegni e contributi sanitari	3.664.048	3.118.282	3.225.067
o) Co	1.401.506	1.940.586	1.738.537
p) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria	4.717.541	4.512.522	4.111.168
q) Costi per differenziale Tariffe TUC	0	0	0
3) Acquisti di servizi non sanitari	17.701.508	17.624.208	17.779.040
a) Servizi non sanitari	16.705.130	16.708.141	16.919.012
b) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro non sanitarie	702.086	507.450	506.495
c) Formazione	294.291	408.617	353.532
4) Manutenzione e riparazione	5.658.694	6.974.497	6.795.797
5) Godimento di beni di terzi	2.283.613	2.432.815	2.606.114
6) Costi del personale	97.045.613	97.464.646	99.903.197
a) Personale dirigente medico	28.438.841	30.094.741	30.495.526
b) Personale dirigente ruolo sanitario non medico	3.058.946	3.208.768	3.400.088
c) Personale comparto ruolo sanitario	44.199.947	43.340.490	44.425.545
d) Personale dirigente altri ruoli	1.161.928	1.294.514	1.428.845
e) Personale comparto altri ruoli	20.185.951	19.526.134	20.153.193
7) Oneri diversi di gestione	1.247.408	1.420.627	1.552.954
8) Ammortamenti	5.407.037	5.364.605	5.858.556
a) Ammortamenti immobilizzazioni immateriali	361.616	270.417	476.990
b) Ammortamenti dei Fabbricati	3.552.611	3.588.287	3.686.033
c) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	1.492.811	1.505.901	1.695.534
9) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	687.087	1.204	83.635
10) Variazione delle rimanenze	-350.245	271.028	1.271.244
a) Variazione delle rimanenze sanitarie	-370.083	260.283	1.230.891
b) Variazione delle rimanenze non sanitarie	19.839	10.745	40.352
11) Accantonamenti	5.361.048	3.153.427	5.698.307
a) Accantonamenti per rischi	1.254.426	1.055.706	2.002.823
b) Accantonamenti per premio operosità	99.041	114.055	113.669
c) Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati	2.650.669	1.289.737	1.717.811
d) Altri accantonamenti	1.356.911	693.929	1.864.004
Totale B)	346.596.888	360.032.262	367.132.238

SCHEMA DI BILANCIO	Consuntivo 2023	Consuntivo 2024	Consuntivo 2025
DIFF. TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A-B)	2.484.143	-5.869.199	-3.397.426
C) PROVENTI E ONERI FINANZIARI			
1) Interessi attivi ed altri proventi finanziari	21.772	8.709	14.569
2) Interessi passivi ed altri oneri finanziari	674.229	652.022	383.701
Totale C)	-652.457	-643.313	-369.133
D) RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA' FINANZIARIE			
1) Rivalutazioni	0	0	0
2) Svalutazioni	0	0	0
Totale D)	0	0	0
E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI			
1) Proventi straordinari	6.141.001	7.489.039	6.329.756
a) Plusvalenze	0	0	0
b) Altri proventi straordinari	6.141.001	7.489.039	6.329.756
2) Oneri straordinari	1.103.311	4.864.458	3.428.990
a) Minusvalenze	759	2.774	611
b) Altri oneri straordinari	1.102.552	4.861.684	3.428.379
Totale E)	5.037.690	2.624.581	2.900.766
RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A-B+C+D+E)	6.869.377	-3.887.930	-865.793
Y) IMPOSTE SUL REDDITO DELL'ESERCIZIO			
1) IRAP	6.736.192	6.801.723	6.966.542
a) IRAP relativa a personale dipendente	6.281.377	6.298.470	6.440.695
b) IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente	231.301	272.357	308.075
c) IRAP relativa ad attività di libera professione (intraoemia)	223.514	230.896	217.771
d) IRAP relativa ad attività commerciali	0	0	0
2) IRES	115.310	141.880	136.212
3) Accantonamento a fondo imposte (accertamenti, condoni, ecc.)	0	0	0
Totale Y)	6.851.502	6.943.603	7.102.754
UTILE (PERDITA) DELL'ESERCIZIO	17.874	-10.831.534	-7.968.546

CONSUNTIVI INVESTIMENTI 2025

Si rappresenta di seguito anche in forma tabellare il **Consuntivo del Piano investimenti 2025** attuato nell'Esercizio 2025, con evidenza di:

- quanto realizzato e/o in corso di realizzazione al 31/12/2025 degli interventi programmati.
- consuntivo aziendale degli interventi rientranti nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR-PNC).

Interventi in corso di realizzazione al 31/12/2025

Nel 2025 sono proseguiti i lavori relativi all'intervento di "Ristrutturazione della Casa della Comunità di Imola - I stralcio", intervento APC 34, avente quadro economico di € 3.000.000,00 che fa parte dell'Accordo di Programma tra Stato e Regioni per la V fase I stralcio del Programma Investimenti ex art. 20 L.67/88.

I lavori principali sono terminati in data 2/5/2025.

Interventi conclusi dal 1/1 al 31/12/2025

Gli interventi urgenti, indifferibili e imprevedibili 2025, risultano tutti conclusi al 31/12/2025.

Per quanto riguarda i lavori, sono stati eseguiti i seguenti interventi per un importo complessivo di € 322.499,85:

- Intervento di sostituzione dell'impianto di chiamata Pediatria presso l'Ospedale di Imola.
- Intervento di sostituzione dell'impianto di chiamata Ostetricia e Ginecologia presso l'Ospedale di Imola.
- Intervento di adeguamento della centrale frigorifera e sostituzione di gruppo frigorifero presso l'Ospedale di Comunità di Castel san Pietro Terme.
- Progettazione esecutiva e assistenza alla Direzione Lavori per intervento di adeguamento della centrale frigorifera e sostituzione di gruppo frigorifero presso l'Ospedale di Comunità di Castel san Pietro Terme.
- Riparazione ascensore OCN 55 presso l'Ospedale di Imola.
- Riparazione tubazioni presso l'Ospedale Vecchio di Imola.
- Riparazione gruppi frigo e impianti di condizionamento presso l'Ospedale di Imola e la Casa della Comunità di Medicina.

Sono stati acquisiti beni economici (lavasciuga, lavatrice, lavastoviglie, blocco cottura, congelatore domestico, frigorifero, paraventi pieghevoli, porta sacchi biancheria in sostituzione dei beni fuori uso), necessari al funzionamento dei servizi aziendali per un importo complessivo di € 19.478,71.

Relativamente alle tecnologie informatiche e sanitarie, sono state sostituite diverse apparecchiature risultate obsolete tra cui frigoemoteca, congelatore da laboratorio, fibroscopio per intubazione, apparecchiature per oculistica, bilirubinometro pediatrico, un apparecchio domiciliare e altre piccole apparecchiature per un importo complessivo di € 72.318,89.

Per quanto riguarda i beni economici, sono stati portati a termine:

- l'intervento n. 2025/1 "Arredi, beni economici, automezzi, urgenti e indispensabili in sostituzione dei fuori uso necessari al funzionamento dei servizi", quota finanziata con fondi regionali per € 31.303,51 (rif. DGR 1779 DEL 30/11/2020);
- l'intervento 2025/2 "Acquisizione mezzi di soccorso DGR 2132 del 11/11/2024" per un importo di € 133.712,00.

Le attrezzature sanitarie, nel 2025, hanno visto il completato dell'intervento 2024/2 per l'acquisto di Defibrillatori automatici esterni (DEA) da distribuire sul territorio aziendale per € 33.909,90.

Consuntivo 2025 - Investimenti PNRR – PNC

Assistenza Ospedaliera

Nel 2025 gli investimenti in tecnologie sanitarie e informatiche previsti dal PNRR, effettuati per l'assistenza ospedaliera, hanno riguardato i seguenti progetti:

- proseguita l'attività di realizzazione del progetto di Digitalizzazione DEA di I Livello presso l'Ospedale Civile Nuovo "Santa Maria della Scaletta" di Imola, con particolare riferimento a:
 - completamento del potenziamento dell'infrastruttura di rete fissa e Wi-Fi;
 - evoluzione degli applicativi software sanitari (cartella clinica elettronica, cartella ambulatoriale, cartella di sala operatoria, ecc.), finalizzata all'introduzione di nuove funzionalità e al miglioramento di quelle esistenti;
 - completamento degli interventi in ambito cybersecurity previsti dal progetto;
 - acquisizione di personal computer portatili a supporto della digitalizzazione dei processi clinico-assistenziali.
- Nell'ambito dell'investimento "Adozione e utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)", sono proseguite le attività di adeguamento tecnologico degli applicativi aziendali al formato FSE 2.0, con particolare riferimento ai sistemi di gruppo B (referti ambulatoriali), finalizzate a garantire l'interoperabilità e l'alimentazione del Fascicolo secondo gli standard nazionali e regionali.

Assistenza Territoriale

Per quanto riguarda i lavori finanziati con fondi PNRR, gli interventi risultano tutti conclusi entro il 2025 come di seguito specificato:

- "Lavori di miglioramento sismico dell'ospedale di Imola, I stralcio", intervento inizialmente finanziato con fondi PNC e rimodulato con passaggio a fondi PNRR in data 17/12/2024 (fine lavori 3/4/2025);
- "Casa della Comunità di Medicina – Manutenzione straordinaria" (fine lavori 18/8/2025);
- "Casa della Comunità di Imola – Ristrutturazione II stralcio" (fine lavori 21/11/2025);
- "Ospedale di Comunità di Castel San Pietro Terme - manutenzione straordinaria" (fine lavori 24/12/2025).

Per quanto riguarda la "Casa della Comunità di Castel San Pietro Terme - Manutenzione straordinaria", i lavori sono stati completati a settembre 2023 e nel 2025 le economie risultanti dal progetto sono state investite nell'acquisto di arredi e di tecnologie sanitarie.

L'attivazione a regime delle Case della Comunità e dell'Ospedale di Comunità di Castel San Pietro Terme è prevista nel primo trimestre 2026, con il conseguente raggiungimento dei rispettivi Target europei M6C1-11 e M6C1-3.

Nel 2025 gli investimenti effettuati relativi alle tecnologie sanitarie e informatiche previsti dal PNRR hanno riguardato:

- L'implementazione di tutti gli aspetti tecnologici della Centrale Operativa Territoriale di Imola (COT) e in particolare per:
 - COT INTERCONNESSIONE: Acquisizione HW (PC, stampanti e strumentazione inerente all'infrastruttura) e SW (unico Regionale) necessari per il funzionamento della COT.
- L'implementazione di sviluppi per ADOZIONE AppIO per alcuni servizi aziendali.
- Progetto telemedicina, con regia Regionale, per l'acquisizione di HW (personal computer desktop e portatili) necessario per le postazioni di televisita e teleconsulto.

Interventi in corso di realizzazione al 31/12/2025

Interventi in corso di realizzazione al 31/12/2025																							
Id Intervento	Azienda	Programma	Delibera Programmazione	Art 20 Legge n. 67/88	Anno assegnazione e finanziamento	Num Intervento	Titolo Intervento	Intervento complementare	Data inizio	Data fine lavori prevista	Tipologia intervento	Finanziamento Stato	Finanziamento Regione	Finanziamento Azienda	Finanziamento altri	Totale	Liquidato Finanziamento Stato	Liquidato Finanziamento Regione	Residuo da liquidare Stato	Residuo da liquidare Regione	Costi sostenuti nell'esercizio 2025	Costi sostenuti al 31/12/2025	Nota
2023/1	11 AlUsI Imola	Accordo di Programma Integrativo 2023 VI Fase	DAL 127/2023 aggiornata con DAL 159/2024	SI	2023	APE18	Rinnovo tecnologie biomedicali per area chirurgica e area critica	NO	30/10/2026	31/12/2026	Acquisto di attrezzature/tecnologie biomedicali	€ 665.000,00	€ 35.000,00			€ 700.000,00	€	€	€ 665.000,00	€ 35.000,00			
2023/3	11 AlUsI Imola	Fondi rilancio investimenti PG4 Sanità sanitaria	DGR 223/2023	NO	2023	7	Intervento di nuova costruzione. Ospedale di Imola, via Montecroce 4, realizzazione della nuova Camera mortuaria Imola	NO	16/02/2026	30/09/2027	Nuova costruzione	€ 3.000.000,00				€ 3.000.000,00	€ 150.000,00		€ 2.850.000,00		€ 138.015,41	€ 158.674,24	
2020/1	11 AlUsI Imola	Accordo di Programma Integrativo 2021	DAL 33/2020	SI	2020	APC34	Ristrutturazione della Casa della Salute di Imola - 1° stralcio	NO	27/11/2023	30/09/2026	Ristrutturazione	€ 2.810.000,00	€ 150.000,00			€ 3.000.000,00	€ 2.691.724,37	€ 150.000,00	€ 138.275,63	€	€ 1.362.765,06	€ 2.844.888,31	
												€				€		€	€				

Interventi conclusi dal 1/1 al 31/12/2025

Id Intervento	Azienda	Programma	Delibera Programmazione	Art 20 Legge n. 67/88	Anno assegnazione finanziamento	Num Intervento	Titolo	Data inizio	Data fine Lavori	Tipologia intervento	Finanziamento Stato	Finanziamento Regione	Finanziamento Azienda	Finanziamento altri	Totale	Importo contabilizzato al 31/12/2025	Note
2024/2	11 AlUsI Imola	Programma Riqualificazione funzionale	DGR 2030/2023	NO	2023	18	Acquisto defibrillatori	29/09/2024	01/07/2025	Acquisto di attrezzature/tecnologie biomedicali		€ 45.000,00			€ 45.000,00	€ 43.883,40	
2025/4	11 AlUsI Imola			NO	2025		H22C25000050002	01/01/2025	31/12/2025	Interventi per la riqualificazione funzionale del patrimonio edilizio e tecnologico del Servizio Sanitario Regionale		€ 322.499,85			€ 322.499,85	€ 322.499,85	Interventi Indifferibili, Urgenti e Imprevedibili 2025 Det. RER 25327/2025 del 25/11/2025
2025/5	11 AlUsI Imola			NO	2025		H24E25000020002	01/01/2025	31/12/2025	Beni_economici		€ 19.478,71			€ 19.478,71	€ 19.478,71	Interventi Indifferibili, Urgenti e Imprevedibili 2025 Det. RER 25327/2025 del 25/11/2025
2025/6	11 AlUsI Imola			NO	2025		H24E25000010002	01/01/2025	31/12/2025	Acquisizione attrezzature sanitarie		€ 72.318,89			€ 72.318,89	€ 72.318,89	Interventi Indifferibili, Urgenti e Imprevedibili 2025 Det. RER 25327/2025 del 25/11/2025
2025/2	11 AlUsI Imola	Risorse mezzi di soccorso	DGR 2132/2024	NO	2024			11/11/2024	31/12/2025	Acquisto mezzi di soccorso in sostituzione di Ambulanze/autoveicoli mediche obsolete		€ 150.000,00			€ 150.000,00	€ 133.712,00	
2025/1	11 AlUsI Imola		DGR 1779 DEL 30/11/2020	NO	2020			01/01/2025	31/12/2025	Arredi, beni economici, autoveicoli, urgenti e indispensabili in sostituzione dei fuori uso necessari al funzionamento dei servizi		€ 31.303,51			€ 31.303,51	€ 31.303,51	DGR 1779 DEL 30/11/2020

Consuntivo 2025 - Investimenti PNRR – PNC

Componente	Intervento	Titolo Intervento	CUP	Risorse PNRR (GIS del 31/05/2022)	Altre Risorse	ESITO FOI 2022 art.26 c.7 D.L. 50/2022 (Decreto MEF RGS n. 52 del 02/03/2023)	ESITO FOI 2022 art.10 c.2 D.L. 176/2022 (Decreto MEF RGS n. 25491 del 28/03/23)	ESITO FOI 2023 L. 29.12.2022, n. 197, art. 1, co. 375 (Decreto MEF RGS 185 del 08/08/2023)	ESITO FOI 2023 L. 29.12.2022, n. 197, art. 1, co. 369 (Decreto MEF RGS 187 del 11/08/2023)	ESITO FOI 2023 D.L.n.131 del 29/09/23 (Decreto MEF RGS 211 del 17/11/2023)	FINANZIAMENTO COMPLESSIVO	Preventivo 2025	Realizzato al 31/12/25
M6C1 1.1.	CDC	Casa della Comunità di Imola - Ristrutturazione - Il stralcio	H27H22000740006	2.900.000,00	-	-	-	-	-	290.000,00	3.290.000,00	1.886.077,33	1.980.475,02
M6C1 1.1.	CDC	Casa della Comunità di Medicina - Manutenzione straordinaria	H77H22000100006	728.474,23	-	-	-	-	-	72.847,40	841.321,63	530.570,27	703.446,56
M6C1 1.1.	CDC	Casa della Comunità di Castel San Pietro Terme -Manutenzione straordinaria	H87H22000200006	100.000,00	-	-	-	-	-	-	100.000,00	27.624,93	91.642,54
M6C1 1.2.2.	COT Str	Centrale Operativa Territoriale di Imola -Manutenzione straordinaria	H27H22000750006	232.921,32	-	-	-	-	-	-	198.097,68	-	198.097,68
M6C1 1.2.2.	COT Int	Centrale Operativa Territoriale - Azienda USL di Imola - interconnessione	H29J22000660006	95.646,72	-	-	-	-	-	-	95.646,72	-	95.646,72
M6C1 1.2.2.	COT Dev	Acquisizione Dispositivi Medici per allestimento COT	H29J22000650006	129.354,16	-	-	-	-	-	-	129.354,16	-	129.354,16
M6C1 1.3.	ODC	Ospedale di Comunità di Castel San Pietro Terme - Manutenzione straordinaria	H87H22000190006	2.033.713,21	-	-	-	-	-	203.371,30	2.277.084,51	1.261.479,65	1.177.174,23
M6C2 1.1.1.	DEA	Digitalizzazione DEA I Livello: Ospedale Civile Nuovo "Santa Maria della Scaletta" di Imola	H29J22000830006	3.076.584,11	-	-	-	-	-	-	3.076.584,11	1.958.442,67	3.076.584,11
M6C2 1.1.2.	GR.ATT.	Ammodernamento tecnologico - alta tecnologia: sostituzione Mammografo con tomosintesi 01	H29J22000840006	219.300,60	-	-	-	-	-	-	219.300,60	-	219.300,60
M6C2 1.1.2.	GR.ATT.	Ammodernamento tecnologico - media tecnologia: sostituzione Ecotomografo Cardiologico 3D 01	H29J22000850006	79.612,05	-	-	-	-	-	-	79.612,05	-	79.612,05
M6C2 1.1.2.	GR.ATT.	Ammodernamento tecnologico - media tecnologia: sostituzione Ecotomografo Cardiologico 3D 02	H29J22000860006	79.612,05	-	-	-	-	-	-	79.612,05	-	79.612,05
M6C2 1.1.2.	GR.ATT.	Ammodernamento tecnologico - media tecnologia: sostituzione Ecotomografo Cardiologico 3D 03	H29J22000870006	79.612,05	-	-	-	-	-	-	79.612,05	-	79.612,05
M6C2 1.1.2.	GR.ATT.	Ammodernamento tecnologico - Media tecnologia: sostituzione Ecotomografo Ginecologico 3D 01	H29J22000880006	44.310,00	-	-	-	-	-	-	44.310,00	-	44.310,00
M6C2 1.1.2.	GR.ATT.	Ammodernamento tecnologico - Media tecnologia: sostituzione Ecotomografo Ginecologico 3D 02	H29J22000890006	44.310,00	-	-	-	-	-	-	44.310,00	-	44.310,00
M6C2 1.1.2.	GR.ATT.	Ammodernamento tecnologico - Media tecnologia: sostituzione Ecotomografo Ginecologico 3D 03	H29J22000900006	44.310,00	-	-	-	-	-	-	44.310,00	-	44.310,00
M6C2 1.1.2.	GR.ATT.	Ammodernamento tecnologico - Media tecnologia: sostituzione Ecotomografo Ginecologico 3D 04	H89J22001220006	44.310,00	-	-	-	-	-	-	44.310,00	-	44.310,00
M6C2 1.1.2.	GR.ATT.	Ammodernamento tecnologico - Media tecnologia: sostituzione Ecotomografo Multidisciplinare/Intermistico 01	H29J22000950006	37.485,00	-	-	-	-	-	-	37.485,00	-	37.485,00

Componente	Intervento	Titolo Intervento	CUP	Risorse PNRR (CIS del 31/05/2022)	Altre Risorse	ESITO FOI 2022 art.26 c.7 D.L. 50/2022 (Decreto MEF RGS n. 52 del 02/03/2023)	ESITO FOI 2022 art.10 c.2 D.L. 176/2022 (Decreto MEF RGS ID. 25491 del 26/03/23)	ESITO FOI 2023 L. 29.12.2022, n. 197, art. 1, co. 375 (Decreto MEF RGS 185 del 08/08/2023)	ESITO FOI 2023 L. 29.12.2022, n. 197, art. 1, co. 369 (Decreto MEF RGS 187 dell'11/08/2023)	ESITO FOI 2023 DL n.131 del 29/09/23 (Decreto MEF RGS 211 dell'17/11/2023)	FINANZIAMENTO COMPLESSIVO	Preventivo 2025	Realizzato al 31/12/25
M6C2 1.1.2.	GR.ATT.	Ammodernamento tecnologico - Media tecnologia: sostituzione Ecotomografo Multidisciplinare/Interistico 02	H29J22000960006	53.812,50	-	-	-	-	-	-	53.812,50	-	53.812,50
M6C2 1.1.2.	GR.ATT.	Ammodernamento tecnologico - Media tecnologia: sostituzione Ecotomografo Multidisciplinare/Interistico 03	H29J22000970006	53.812,50	-	-	-	-	-	-	53.812,50	-	53.812,50
M6C2 1.1.2.	GR.ATT.	Ammodernamento tecnologico - Media tecnologia: sostituzione Ecotomografo Multidisciplinare/Interistico 04	H29J22000980006	29.898,75	-	-	-	-	-	-	29.898,75	-	29.898,75
M6C2 1.1.2.	GR.ATT.	Ammodernamento tecnologico - Media tecnologia: sostituzione Ecotomografo Multidisciplinare/Interistico 05	H29J22000990006	51.870,00	-	-	-	-	-	-	51.870,00	-	51.870,00
M6C2 1.1.2.	GR.ATT.	Ammodernamento tecnologico - Media tecnologia: sostituzione Ecotomografo Multidisciplinare/Interistico 06	H29J22001000006	35.148,75	-	-	-	-	-	-	35.148,75	-	35.148,75
M6C2 1.1.2.	GR.ATT.	Ammodernamento tecnologico - Media tecnologia: sostituzione Ecotomografo Multidisciplinare/Interistico 07	H29J22001010006	29.898,75	-	-	-	-	-	-	29.898,75	-	29.898,75
M6C2 1.1.2.	GR.ATT.	Ammodernamento tecnologico - Media tecnologia: sostituzione Ecotomografo Multidisciplinare/Interistico 08	H29J22001020006	42.787,50	-	-	-	-	-	-	42.787,50	-	42.787,50
M6C2 1.1.2.	GR.ATT.	Ammodernamento tecnologico - Media tecnologia: sostituzione Ecotomografo Multidisciplinare/Interistico 09	H89J22001280006	37.485,00	-	-	-	-	-	-	37.485,00	-	37.485,00
M6C2 1.1.2.	GR.ATT.	Ammodernamento tecnologico - Media tecnologia: sostituzione Sistema polifunzionale per radiologia digitale diretta (DR) per esami di pronto soccorso 01	H29J22000910006	220.475,96	-	-	-	-	-	-	220.475,96	-	220.475,96
M6C2 1.1.2.	GR.ATT.	Ammodernamento tecnologico - Media tecnologia: sostituzione Sistema polifunzionale per radiologia digitale di retta (DR) 01	H29J22000920006	232.435,62	-	-	-	-	-	-	232.435,62	-	232.435,62
M6C2 1.1.2.	GR.ATT.	Ammodernamento tecnologico - Media tecnologia: sostituzione Sistema polifunzionale per radiologia digitale diretta (DR) 02	H89J22001230006	234.274,16	-	-	-	-	-	-	234.274,16	-	234.274,16
M6C2 1.1.2.	GR.ATT.	Ammodernamento tecnologico - Media tecnologia: sostituzione Sistema polifunzionale per radiologia digitale diretta (DR) 03	H89J22001240006	241.201,32	-	-	-	-	-	-	241.201,32	-	241.201,32
M6C2 1.2.	SISMA PNRR	Lavori di miglioramento sismico ospedale di Imola I stralcio	H22C22000050001	1.400.000,00	-	-	-	-	-	-	1.300.000,00	570.821,55	946.870,82
M6C2 1.3.1.	FSE	Adozione e Utilizzo FSE da parte delle Regioni/Province Autonome - Risorse per il potenziamento dell'infrastruttura digitale	H27H23000140006	489.128,57	-	-	-	-	-	-	489.128,57	250.000,00	192.788,06
M6CL 1.2.3.2	Telemedicina	Servizi di Telemedicina (postazioni lavoro)	E47H23002160006	831.500,00	-	-	-	-	-	-	831.500,00	831.500,00	487.637,50
M6C2 1.3.2.2.1	4 Flussi	Adozione da parte delle Regioni di 4 nuovi flussi informativi nazionali - Flusso Consulenti di Famiglia	H25F23000170006	257.500,00	-	-	-	-	-	-	257.500,00	67.508,05	139.991,95
M6C2 1.1.2.	GR.ATT.	ECT_Overbooking	H24E25000600006	29.925,00	-	-	-	-	-	-	29.925,00	-	-
M6C2 1.1.2.	GR.ATT.	ECT_Overbooking	H84E25000130006	29.925,00	-	-	-	-	-	-	29.925,00	-	-
M6C2 1.1.2.	GR.ATT.	ECT_Overbooking	H24E25000070006	29.925,00	-	-	-	-	-	-	29.925,00	-	-
				14.210.784,88	-	-	-	-	-	566.218,70	14.911.954,94	7.384.024,45	11.155.671,91

Consuntivo 2025 - Investimenti PNRR – PNC - Regione non soggetto attuatore

Componente	Intervento	Titolo Intervento	CUP	Risorse PNRR (CIS del 31/05/2022)	Altre Risorse	ESITO FOI 2022 art.26 c.7 D.L. 50/2022 <i>(Decreto MEF RGS n. 52 del 02/03/2023)</i>	ESITO FOI 2022 art.10 c.2 D.L. 176/2022 <i>(Decreto MEF RGS ID. 25491 del 28/03/23)</i>	ESITO FOI 2023 L. 29.12.2022, n. 197, art. 1, co. 375 <i>(Decreto MEF RGS 185 del 08/08/2023)</i>	ESITO FOI 2023 L. 29.12.2022, n. 197, art. 1, co. 369 <i>(Decreto MEF RGS 187 dell'11/08/2023)</i>	ESITO FOI 2023 DL n.131 del 29/09/23 <i>(Decreto MEF RGS 211 dell'17/11/2023)</i>	FINANZIAMENTO COMPLESSIVO		Preventivo 2025	Realizzato al 31/12/2025
M6C1 E.1.1.0	PNC SNPS SNPA	PNC Salute ambiente biodiversità e clima - sub investimenti 1.1 rafforzamento	I83CZ2000640005								139.410,00		70.000,00	89.924,67
				-	-	-	-	-	-	-	139.410,00		70.000,00	89.924,67

Il personale

Le risorse umane impegnate a vario titolo contrattuale nelle attività tipiche aziendali, al 31/12/2025, risultano complessivamente 2.013: +1 unità rispetto al 2024.

La dinamica per tipologie contrattuali mostra una riduzione di -8 unità di personale dipendente, un incremento di +8 unità di personale convenzionato e l'incremento di una unità per quanto riguarda i contratti libero-professionali.

Tipologia contrattuale	2023	2024	2025	Var. 2025 - 2024
Dipendente	1.890	1.863	1.855	-8
Convenzionato*	148	149	157	8
Contratti libero-professionali	0	0	1	1
TOTALE	2.038	2.012	2.013	1

* Convenzionato: MMG, PLS, Medici Ambulatoriali, Medici Continuità Assistenziale, Psicologi Ambulatoriali

Il personale convenzionato, con un aumento di 8 unità rispetto all'anno precedente, nel dettaglio vede un incremento di 6 Medici specialisti ambulatoriali (32 vs 26 del 2024) e di 3 Psicologi ambulatoriali (13 vs 10 del 2024).

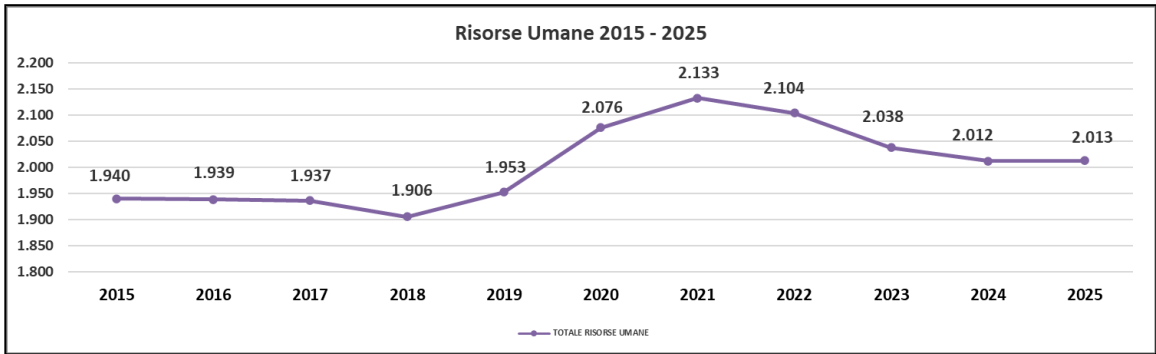
Personale convenzionato (1/1/2026):

- Medici Medicina Generale (**93**),
- Pediatri di Libera Scelta (**18**),
- Medici di Continuità Assistenziale (**1**),
- Medici Specialisti Ambulatoriali (**32**) e Psicologi Ambulatoriali (**13**).

I **Medici Medicina Generale** assistono complessivamente una popolazione pari a 118.288 unità, mentre i **Pediatri di libera scelta** assistono complessivamente una popolazione pari a 14.164 unità.

La contrazione di risorse umane rappresentata dalla curva del grafico sottoesposto (2015 – 2025) mostra, a partire dal 2021, un progressivo ridimensionamento del reclutamento che fu necessario per fronteggiare la gestione dell'emergenza pandemica.

Nel 2025 il volume complessivo di risorse evidenzia un sostanziale mantenimento rispetto all'anno precedente.

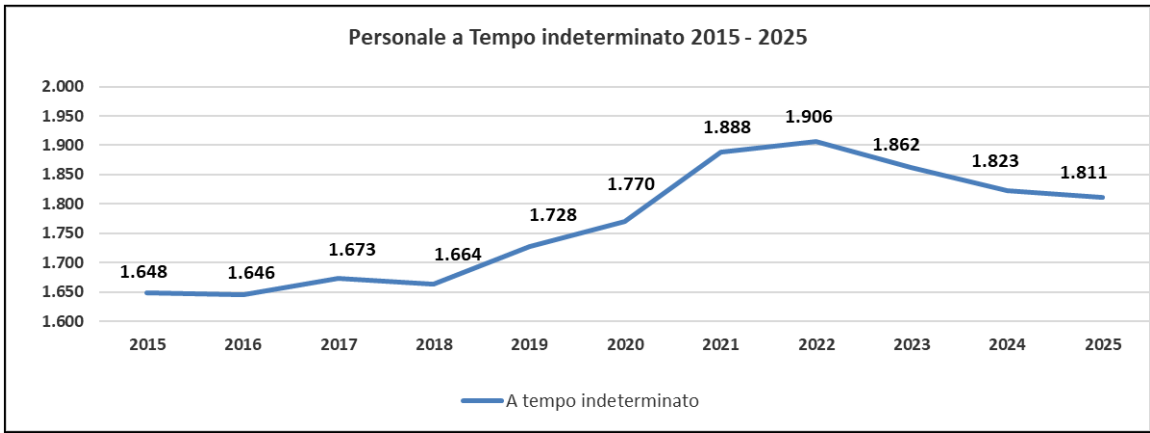


Il **personale dipendente**, nel 2025, è costituito da 1.855 unità di personale (-8 vs 2024).

Nella Tabella seguente viene rappresentata la suddivisione del personale per categorie professionali, con evidenza delle variazioni assolute e % rispetto all'anno precedente.

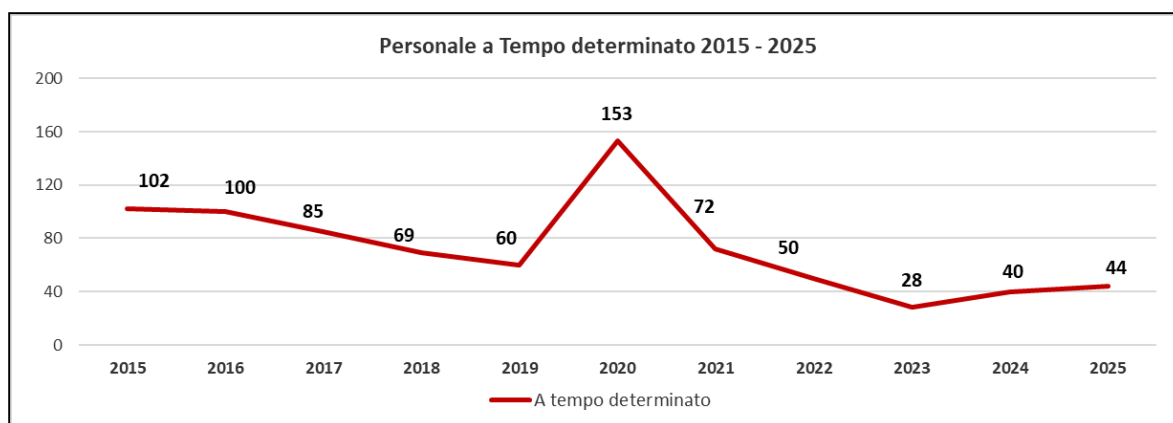
Categorie personale dipendente	2023	2024	2025	Var. 2025 - 2024	Var. % 2025 - 2024
DIRIGENTI MEDICI E VETERINARI E SANITARI NON MEDICI	319	319	335	16	5,0%
ALTRI DIRIGENTI PTA	15	17	16	-1	-5,9%
PERSONALE INFERMIERISTICO	867	844	814	-30	-3,6%
PERSONALE TECNICO SANITARIO	138	137	144	7	5,1%
PERSONALE OTA OSS AUSILIARI	275	280	276	-4	-1,4%
PERSONALE AMMINISTRATIVO	170	166	167	1	0,6%
ALTRO PERSONALE	106	100	103	3	3,0%
TOTALE	1.890	1.863	1.855	-8	-0,4%

Il grafico a seguire mostra l'andamento del personale a tempo indeterminato che, dopo il significativo aumento nel periodo 2019–2022 per fronteggiare l'emergenza pandemica, a partire dal 2023 registra una costante e progressiva decrescita che si conferma anche nel 2024 (-39 unità) e nel 2025 (-12 unità).



L'andamento del personale a tempo determinato rileva un picco di crescita nel 2020 per la necessità di arruolare personale sanitario data l'emergenza pandemica, seguito da un decremento progressivo sino al

2023. L'incremento registrato nel 2024 di +12 unità (+43%), in contro tendenza rispetto agli ultimi anni, risulta più contenuta nel 2025 con +4 unità (+10%).



La distribuzione per classi di età del personale dipendente dell'AUSL di Imola conferma l'ingresso "tardivo" al lavoro in posizione strutturata con una quota del 7,7% per la classe "under 30" (nel 2024: 6%) con un incremento: 142 unità nel 2025 vs 112 unità nel 2024 (+30 unità).

Personale dipendente 2025	Sesso		classi di età					TOT.
	F	M	< 30	31-40	41-50	51-60	>=60	
DIR. MEDICI E VETERINARI E SANITARI NON MEDICI	207	128	12	46	128	93	56	335
DIRIGENTI PTA	10	6		5	1	2	8	16
PERSONALE INFERMIERISTICO	688	126	95	60	213	144	302	814
PERSONALE TECNICO SANITARIO	103	41	21	21	36	32	34	144
PERSONALE OTA OSS AUSILIARI	223	53	7	50	37	84	98	276
PERSONALE AMMINISTRATIVO	142	25	3	53	27	42	42	167
ALTRO	36	67	4	19	11	18	51	103
Totale	1.409	446	142	254	453	415	591	1.855
%	76,0%	24,0%	7,7%	13,7%	24,4%	22,4%	31,9%	100,0%

La classe "over 60", la più vicina alla collocazione a riposo, rappresenta una quota pari al 31,9% (591 su 1.855 unità) in incremento rispetto al 2024 quando rappresentavano il 16,2% (302 unità).

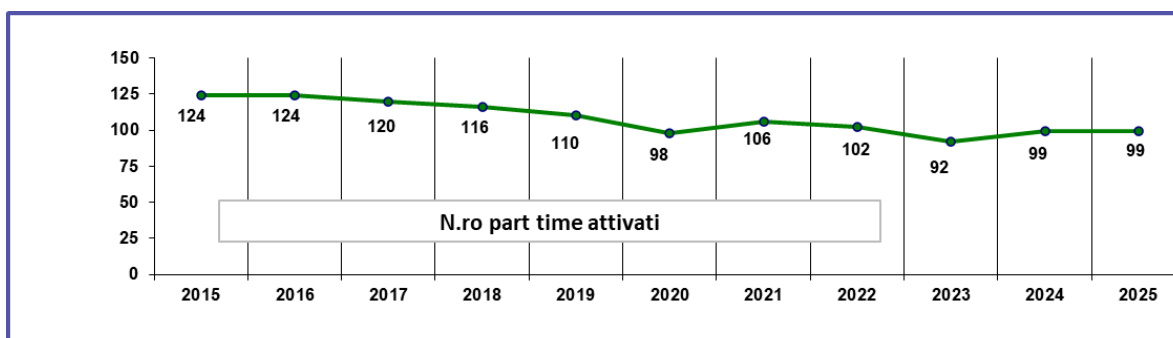
Tale concentrazione nel 2025 ha determinato sulla classe 51-60 anni, pur numericamente significativa (415 su 1.855 unità, pari al 22,4%), un calo di unità e di quota percentuale (nel 2024: 594 unità, pari al 32%).

Le classi 31-40 anni e 41-50 anni raggiungono insieme la concentrazione maggiore con un 38% (707 su 1.855 unità) in diminuzione rispetto al 2024 (45,8%).

In particolare, è la classe 31-40 anni (254 unità, pari a 13,7%) in significativo decremento rispetto al 2024 (448 unità, pari a 24%).

La distribuzione per genere conferma come sempre una netta maggioranza di personale femminile (76%).

Il grafico a linea che segue rappresenta l'andamento, negli ultimi dieci anni, dei dipendenti con **part-time**, che hanno registrato una progressiva diminuzione nel periodo; nel 2024 invece si registra un lieve aumento (+7 unità) che si conferma nel 2025.



3. IMPEGNI STRATEGICI PER VALORE PUBBLICO E PERFORMANCE

Sezioni e Sottosezioni di programmazione PIAO

Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione rappresenta **impegni ed azioni** che la Direzione intende perseguire nel triennio 2025-2027, in coerenza con gli obiettivi strategici e di mandato ricevuti dalla Regione e dove sono evidenziati gli aspetti ritenuti più rilevanti, articolati secondo sezioni e sottosezioni di programmazione specifiche, coerenti con le dimensioni di valore pubblico/performance individuate.

- 3.1 Dimensione dell'utente.
- 3.2 Dimensione dell'organizzazione e dei processi interni.
- 3.3 Dimensione della ricerca, dell'innovazione e dello sviluppo.
- 3.4 Dimensione della sostenibilità.

Gli obiettivi di performance ed i risultati raggiunti costituiscono nel loro insieme ciò che la normativa introduttiva del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) denomina "**valore pubblico**".

Si riporta una sintesi in tabella che rappresenta i collegamenti tra le **Sezioni e sottosezioni di programmazione 2025-2027** (Impegni strategici per valore pubblico e performance) e gli **Obiettivi strategici e di mandato del Direttore Generale**.

3.1 Sezione di programmazione: DIMENSIONE DELL'UTENTE
3.1.1 Sottosezione: Programmazione dell'Accesso e della Domanda
Obiettivi strategici di mandato
Governo delle liste di attesa
Garanzia dell'accesso in emergenza-urgenza
Accesso appropriato alle prestazioni di specialistica ambulatoriale
Promozione della partecipazione e della responsabilizzazione dei cittadini attraverso strumenti e modelli che consentano anche di ridurre distanze e disuguaglianze (compreso tema inclusione ed accessibilità ex D.Lgs.222/2023)
3.1.2 Sottosezione: Programmazione dell'Integrazione
Obiettivi strategici di mandato
Assistenza territoriale e applicazione del DM 77/2022
Rafforzamento delle attività di prevenzione e cura nell'ambito di salute della donna, infanzia, adolescenza e percorso nascita
Innovazione in ambito salute mentale, dipendenze patologiche, neuropsichiatria infanzia e adolescenza, salute nelle carceri
Ambito sociosanitario
3.1.3 Sottosezione: Programmazione degli ESITI - Indicatori
Tabella indicatori sugli esiti

3.2 Sezione di programmazione: DIMENSIONE DELL'ORGANIZZAZIONE E DEI PROCESSI INTERNI
3.2.1 Sottosezione: Programmazione della struttura d'offerta e della produzione
Obiettivi strategici di mandato
Riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera, delle attività ad Alta Complessità e a consumo di elevate risorse e potenziamento delle reti cliniche
Approccio innovativo del Dipartimento di Sanità Pubblica, prevenzione e promozione della salute
3.2.2 Sottosezione: Programmazione della qualità, sicurezza e gestione del rischio sanitario
Obiettivi strategici di mandato
Qualità, sicurezza delle cure e gestione del rischio sanitario
Governance della spesa e uso appropriato dei farmaci, delle tecnologie associate e dei dispositivi medici
Attività a supporto del mantenimento e sviluppo dell'Accreditamento a livello aziendale e regionale
Azioni per la tutela della salute degli operatori della sanità
3.2.3 Sottosezione: Programmazione dell'organizzazione
Obiettivi strategici di mandato
POLA - Piano Organizzativo Lavoro Agile (rif. art. 14 Legge n. 124/2015, come modificato da art. 263 D.L.34/2020)
Azioni a supporto dell'equità e della parità di genere
Sviluppo della telemedicina
Percorsi di razionalizzazione integrazione ed efficientamento dei servizi sanitari, socio-sanitari e tecnico-amministrativi del Servizio Sanitario Regionale
Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi
Sviluppo del Fascicolo Sanitario Elettronico - Incremento del livello di alimentazione e digitalizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico
Adempimenti agli obblighi per la corretta gestione dei flussi informativi
Raccolta dei dati, consolidamento dei sistemi informativi, dei registri e delle sorveglianze
Adempimenti nei flussi informativi
3.2.4 Sottosezione: Programmazione delle dotazioni di personale
Obiettivi strategici di mandato
Governo delle risorse umane
3.2.5 Sottosezione: Programmazione dei rischi corruttivi e della trasparenza
Promozione delle misure volte a contrastare i fenomeni corruttivi e a promuovere la trasparenza
3.3 Sezione di programmazione: DIMENSIONE DELLA RICERCA, DELL'INNOVAZIONE E DELLO SVILUPPO
3.3.1 Sottosezione: Programmazione della Ricerca e della didattica
Obiettivi strategici di mandato
Attività di ricerca
3.3.2 Sottosezione: Programmazione dello sviluppo organizzativo e formazione
Obiettivi strategici di mandato
Valorizzazione del capitale umano
3.4 Sezione di programmazione: DIMENSIONE DELLA SOSTENIBILITÀ
3.4.1. Sottosezione: Programmazione economico-finanziaria
Obiettivi strategici di mandato
Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario
3.4.2. Sottosezione: Programmazione degli investimenti e PNRR - PNC
Obiettivi strategici di mandato
Governo degli investimenti infrastrutturali e tecnologici
Governo degli investimenti PNRR
3.4.3. Sottosezione: Programmazione della sostenibilità ambientale ed energetica
Obiettivi strategici di mandato
Azioni per lo sviluppo sostenibile

La presente Relazione sulla Performance anno 2025 si articola, di seguito, in Sezioni e Sottosezioni, secondo l'impianto del documento programmatico PIAO 2025 2027, in relazione agli obiettivi strategici di mandato assegnati alla Direzione generale dell'AUSL di Imola, di cui alla DGR n. 69 del 23/1/2025.

3.1 Sezione – Dimensione dell'Utente

3.1.1 Sottosezione Accesso e Domanda

Obiettivo: Governo delle liste di attesa

L'obiettivo riguarda l'implementazione di tutte le azioni volte a garantire il governo delle liste di attesa per le prestazioni ed i ricoveri erogati, secondo le indicazioni nazionali e regionali in materia.

L'Azienda ha garantito una costante verifica del rapporto tra domanda e offerta, con particolare riferimento al monitoraggio e adeguamento della capacità erogativa, al rispetto dei criteri di priorità all'accesso, alla gestione informatizzata delle agende di prenotazione e alla loro manutenzione, nonché alla finalizzazione delle risorse necessarie, compresa l'eventuale committenza verso strutture private accreditate.

Tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero

L'attività aziendale nel 2025 ha continuato a porre attenzione al miglioramento degli indicatori di performance con riferimento alle prestazioni erogate entro i tempi previsti per gli interventi oggetto di monitoraggio, migliorando i risultati e raggiungendo i target attesi, come da rendicontazione rappresentata nella sottostante tabella che riporta gli indicatori, monitorati su SIVER, riguardanti i tempi di attesa retrospettivi. L'andamento mostra come in gran parte gli indicatori soddisfino gli standard attesi, con valori solo in alcuni casi in decremento rispetto al 2024, ma generalmente superiori al valore medio regionale.

Si configurano ambiti di miglioramento nei tempi di attesa per gli interventi oncologici e nel recupero degli scaduti dell'anno precedente.

Indicatore SIVER	Target	2022	2023	2024	2025	2025 RER
(IND1015) Tempi di attesa retrospettivi per interventi oncologici monitorati PNGLA: % casi entro i tempi di classe di priorità	>= 90%	90,91%	84,51%	87,10%	87,12%	81,74%
(IND1016) Tempi di attesa retrospettivi per protesi d'anca : % casi entro i tempi di classe di priorità	>= 85%	26,15%	81,54%	96,20%	90,16%	82,15%
(IND1017) Tempi di attesa retrospettivi per interventi cardiovascolari monitorati PNGLA: % casi entro i tempi di classe di priorità	>= 90%	97,81%	99,34%	98,85%	99,45%	85,36%
(IND1018) Tempi di attesa retrospettivi per interventi di chirurgia generale monitorati PNGLA: % casi entro i tempi di classe di priorità	>= 75%	37,48%	86,05%	94,42%	87,80%	58,03%
(IND0980) Tempi di attesa retrospettivi per tutti gli interventi monitorati PNGLA: % casi entro i tempi di classe di priorità	>= 80%	50,77%	88,07%	93,97%	90,95%	75,56%
(IND0982) Indice di completezza SIGLA / SDO per tutti gli interventi chirurgici programmati	>= 90%	-	83,18%	86,52%	91,56%	90,27%
(IND0984) Recupero degli interventi chirurgici scaduti entro il 31/12 dell'anno precedente	>= 80%	-	97,83%	86,13%	76,67%	68,67%
(IND0985) Variazione % dell'arruolamento in lista nell'anno in corso	<= 1%	-	-6,81%	6,18%	1,05%	2,49%

Tra gli indicatori che fanno parte del monitoraggio SIVER (**PIAO 2023 2025) Dimensione Utente "Accesso e domanda"** si evidenzia il seguente obiettivo in tema di tempo di attesa per tutti gli interventi monitorati PNGLA:

- (**IND0980**) Tempi di attesa retrospettivi per tutti gli interventi monitorati PNGLA: % casi entro i tempi di classe di priorità. Target: $\geq 80\%$. Risultato atteso aziendale 2025: $\geq$ STD RER.

L'AUSL di Imola registra un esito pari a 90,95% vs 93,97% del 2024 e 88,07% nel 2023. Il valore medio regionale nel 2025 risulta pari al 75,56%.

Nel 2025, l'AUSL di Imola ha continuato a garantire la corretta e completa alimentazione del flusso informativo del Sistema Integrato per la Gestione delle Liste di Attesa - SIGLA, strumento attraverso il quale la Regione monitora i tempi di attesa delle prestazioni di ricovero programmato in modo prospettico.

In riferimento al **monitoraggio prospettico** sulla base dei **dati SIGLA** l'indicatore che segue valuta la copertura del flusso SIGLA (Sistema Integrato per la Gestione delle Liste di Attesa) rispetto al flusso SDO, monitorati su SIVER.

- (**IND0982**) Indice di completezza SIGLA / SDO per tutti gli interventi chirurgici programmati. Target: $\geq 80\%$. Risultato atteso aziendale 2025: $\geq$ STD RER.

Nel 2025 l'Azienda mostra un indice pari a 91,56% vs 86,52% del 2024 e 83,18% nel 2023. Il valore medio regionale 2025 risulta pari al 90,27%.

- (**IND0984**) Recupero degli interventi chirurgici scaduti entro il 31/12 dell'anno precedente. Target: $\geq 80\%$. Risultato atteso aziendale 2025: $\geq$ STD RER.

L'Azienda nel 2025 rileva un indice pari a 76,67% vs 86,13% del 2024. Il valore medio regionale 2025 risulta pari al 68,67%.

Obiettivo: Garanzia dell'accesso in emergenza urgenza

Con il DM 77 del 21/4/2022, il Ministero ha dato il via ad un nuovo modello organizzativo con una maggiore presa in carico territoriale, dando indicazioni sull'estensione degli orari di apertura delle Case della Comunità, formalizzando la creazione di centrali operative 116117, per le cure mediche non urgenti e per tutte le esigenze sanitarie o sociosanitarie, attive 24h al giorno tutti i giorni.

In **ambito emergenza-urgenza**, si richiamano gli interventi previsti dalle "Linee di indirizzo per la riorganizzazione della rete dell'Emergenza Urgenza in Emilia-Romagna", di cui alla DGR 1206/2023 i cui interventi di riorganizzazione si snodano su tre direttrici: a) il potenziamento dell'emergenza urgenza preospedaliera-118, b) la prossima istituzione del Numero Europeo Armonizzato (NEA) e centrali 116117, c) l'istituzione dei Centri di emergenza urgenza (CAU), in ambito di assistenza territoriale.

Con la DGR 1206/2023 il livello regionale ha definito un piano di riorganizzazione della **rete dell'emergenza urgenza**, per trasferire quota parte degli accessi potenzialmente inappropriati afferenti ai DEA di I e II livello, verso strutture per la gestione di urgenze differibili e non urgenze, definendo la tipologia di casistica, i requisiti delle strutture e la tipologia di servizi erogati.

L'AUSL di Imola ha attivato a dicembre 2023 il primo **Centro di Assistenza Urgenza (CAU)**, inserito nella rete dell'emergenza-urgenza, negli spazi dedicati presso la sede della Casa della Comunità Hub, dotata di équipe medico - infermieristica per la tempestiva presa in carico dei cittadini con problematiche urgenti a bassa complessità, secondo i criteri di accesso stabiliti dalla DGR 1206/2023.

Tale riorganizzazione è attuata in collaborazione con i Medici della Continuità Assistenziale. In questo contesto è stata assicurata l'attività di monitoraggio per migliorare la tempestività di presa in carico dei cittadini. È stato, anche, garantito il monitoraggio dei tempi di attesa in Pronto Soccorso per l'analisi dei dati di performance e dei flussi relativi all'emergenza-urgenza, in relazione alla riduzione di codici bianchi e verdi sul totale degli accessi in PS come da seguente indicatore:

- **(IND1041)** Riduzione degli accessi bianchi e verdi sul totale degli accessi in Pronto Soccorso. Target: $\geq 5\%$.

La riduzione di questi accessi è uno degli effetti attesi della riorganizzazione della rete dell'emergenza urgenza in Emilia-Romagna, con il trasferimento verso strutture per la gestione di urgenze differibili e non urgenze (CAU). L'indicatore positivo segnala la riduzione degli accessi potenzialmente inappropriati, mentre l'indicatore negativo evidenzia un incremento degli accessi potenzialmente inappropriati.

L'AUSL di Imola, nel 2025, evidenzia un valore pari a 6,43% vs 7,82% nel 2024. Il valore medio regionale 2025 si attesta a 4,91%.

Con due specifiche Deliberazioni (DGR 1827/2017 e DGR 1129/2019) la Regione negli ultimi anni ha promosso e operato un profondo rinnovamento dell'organizzazione dell'ambito di Emergenza Ospedaliera, con l'implementazione di un Piano per il miglioramento dell'Accesso in Emergenza-urgenza, che declina le strategie volte al miglioramento dell'accessibilità in emergenza e urgenza da applicare per conseguire il

miglioramento dei tempi di permanenza in PS, previsti entro le 6 ore (+1 ora per i casi di maggiore complessità).

L'AUSL di Imola ha dato attuazione alle indicazioni regionali della DGR 1129/2019, implementando un Piano per il miglioramento dell'accesso in Emergenza-Urgenza sanitaria che ha previsto una revisione organizzativa e funzionale del Pronto Soccorso per la gestione degli accessi, oltre a dare applicazione agli indirizzi regionali, negli ultimi anni, del nuovo sistema per il Triage in Pronto Soccorso.

- (**IND0776**) % accessi con permanenza <6 +1 ore in PS con meno di 45.000 accessi. Target: >=95%.

Risultato atteso aziendale: => Anno 2024.

L'AUSL di Imola, nel 2025, presenta un valore pari a 77,45% vs 76,45% del 2024. Il valore medio regionale 2025 risulta 83,69%.

Obiettivo: Accesso appropriato alle prestazioni di specialistica ambulatoriale

L'obiettivo si pone il miglioramento dell'accesso alle prestazioni e la messa in campo di soluzioni clinico-organizzative finalizzate al rispetto dei tempi di attesa delle prestazioni di primo accesso entro gli standard definiti dal livello nazionale e regionale.

Nell'esercizio 2025 sono proseguite le direttrici di intervento avviate nel corso del 2024 volte al potenziamento dell'offerta a seguito della DGR 620/2024 in relazione alla quale l'Azienda aveva proceduto ad acquisire attività aggiuntiva, risorse mediche specialistiche e da convenzionati interni, nonché maggiori volumi di committenza da privato accreditato. Tali interventi hanno consentito di aumentare la produzione complessiva per la "diagnostica" e di raggiungere stabilmente gli standard previsti per i tempi di attesa della diagnostica specialistica, mentre permane in miglioramento l'ambito dei tempi di attesa per le visite specialistiche.

Anche nel 2025 le prestazioni diagnostiche riportano una performance migliore rispetto a quella delle visite, in quanto l'offerta locale risulta meno condizionata dalla scarsa disponibilità della risorsa critica (medici specialisti) con impatto minore rispetto a quanto accade per le visite, dove la struttura dell'offerta prestazionale locale è estremamente anelastica, condizionata fortemente dalla disponibilità delle risorse medico-specialistiche presenti e in molti casi non espandibile o modulabile, se non in minima parte.

Si evidenzia inoltre che l'AUSL di Imola è l'unica azienda territoriale per la quale il bacino di riferimento è solo distrettuale, restando pertanto escluso l'accesso alla prenotazione sugli altri soggetti pubblici metropolitani (AOSPU Bologna, AUSL Bologna, II.OO.R.).

Durante il 2025, in ottemperanza alla DGR 620/2024, sono state altresì generate le agende di prenotazione per 24 mesi continuativamente e per tutte le discipline presenti in azienda. In aggiunta a tale misura organizzativa, in alcuni ambiti particolarmente critici, sono state anche attivate le PIC (presa in carico) tramite l'applicativo ISES, che permettono di gestire direttamente la prenotazione dei pazienti senza che l'onere di tale attività ricada sui pazienti stessi. Di seguito si elencano le prestazioni per le quali sono state attivate le PIC: Visita dermatologica, visita ginecologica, visita fisiatrica (per accesso con priorità B), ecografia transvaginale, isteroscopia, visita diabetologica, visita antalgica (per accesso con priorità B), visita nefrologica (per accesso con priorità B), colonscopia, EGDS, visita geriatrica, visita angiologica, visita reumatologica (con accesso 0).

Monitoraggio tempi di attesa prestazioni con **classe priorità D EX ANTE**:

- (**IND0319**) Tempi di attesa ex ante primi accessi (tipo accesso = 1): n. **visite** prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg (classe priorità D) - SSN. Target: 90%. Risultato aziendale atteso 2025: >= STD RER.

AUSL Imola 2025: 70,39% vs 71,14% del 2024 e 76,23% del 2023. Valore medio regionale 2025: 77,87% vs 85,61% del 2024 e 89,71% del 2023.

- (**IND0320**) Tempi di attesa ex ante primi accessi (tipo accesso = 1): n. **esami diagnostici** prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg (classe di priorità D) - SSN. Target: $\geq 90\%$. Risultato aziendale atteso 2025: $\geq$ STD RER.

AUSL Imola 2025: 94,01% vs 94,40% del 2024 e 86,38%. Valore medio regionale 2025: 91,89% vs 94,09% del 2024 e 93,91 del 2023.

Monitoraggio tempi di attesa prestazioni con **classe priorità D EX POST**.

- (**D11Z**) % di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D (tipo accesso = 1 – SSN) in rapporto al totale di prestazioni di classe D - NSG. Target: $\geq 90\%$. Risultato aziendale atteso 2025: $\Rightarrow$ Anno 2024.

Nel 2025, l'Azienda mostra un valore non a target, pari a 70,42% vs 71,86% del 2024 e 75,65% del 2023. Il valore medio regionale 2025 è pari a 74,10%.

Monitoraggio tempi di attesa prestazioni con **classe priorità B EX POST**.

- (**D10Z**) % di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B (tipo accesso = 1 – SSN) in rapporto al totale di prestazioni di classe B - NSG. Target: $\geq 90\%$. Risultato aziendale atteso 2025: $\Rightarrow$ Anno 2024.

Nel 2025, l'Azienda mostra un valore non a target, pari a 70,42% vs 71,86% del 2024 e 75,65% del 2023. Il valore medio regionale 2025 è pari a 74,10%.

Monitoraggio tempi di attesa prestazioni con **classe priorità B EX ANTE**.

- (**IND0795**) Tempi di attesa ex ante: prestazioni di classe di priorità B prospettati in sede di prenotazione entro 10 gg. Target: $\geq 90\%$. Risultato aziendale atteso 2025: $\geq$ STD RER.

Nel 2025 il dato riferito all'AUSL di Imola risulta pari a 99,88% vs 99,81% del 2024 e 99,76% del 2023, nel pieno rispetto del target. Il valore medio RER 2025 risulta pari a 88,21%.

La **presa in carico da parte dello specialista** ha previsto azioni volte alla promozione della prescrizione e della prenotazione da parte della struttura che ha in carico il paziente, per garantire la continuità assistenziale dei pazienti noti con patologia cronica e/o rara, ossia con un problema già diagnosticata che necessita di controlli periodici (o di una struttura a cui accedere se insorge un sintomo correlato al problema noto). Altrettanto deve essere garantito un accesso programmato dei pazienti che per un periodo devono seguire un percorso strutturato (ad es. le gravidanze).

Si riporta il seguente indicatore:

- (**IND1145**) % del numero visite di controllo (V2) sul totale visite (V1+V2). Target: Aumento rispetto all'anno precedente. Risultato aziendale atteso 2025: $\geq$ Media RER.

Nel 2025 il valore aziendale risulta pari a 31,20% vs 31,09% del 2024 e 32,02% del 2023. Il valore medio regionale 2025 risulta pari a 38,44% vs 37,49% del 2024 e 36,77% del 2023.

Sempre nell'ambito della garanzia all'accesso delle prestazioni di specialistica si riporta l'indicatore sui **tempi di attesa nei Servizi di salute mentale**. La tempestività dell'accesso al servizio è uno dei requisiti più

importanti da monitorare, in quanto espressione delle tre dimensioni della qualità: quella percepita dagli utenti, quella organizzativa dei gestori e quella professionale degli operatori.

L'indicatore che segue misura il numero di giorni intercorsi tra la prenotazione e la prima visita specialistica.

- (**IND0955**) Tempo di attesa medio tra prenotazione e prima visita specialistica nei servizi di Salute Mentale Adulti. Target: ≤ 15 . Risultato aziendale atteso 2025: mantenimento std medio aziendale.

Nel 2025 si rileva un valore medio aziendale pari a 13,42 vs 13,44 del 2024 e 12,32 del 2023, nel rispetto del target regionale e del risultato atteso aziendale. Il tempo medio RER 2025 risulta pari a 22,07.

Nell'ambito della sezione (**PIAO 2025 2027**) **Dimensione Utente - Accesso e Domanda** sono inoltre presenti altri due indicatori:

- (**IND0861**) % ricette specialistica ambulatoriale dematerializzate sul totale ricette prescritte. Risultato aziendale atteso: mantenimento std medio aziendale.

Il valore aziendale 2025 risulta pari a 99,43% vs 99,50% del 2024 e 99,27% del 2023, nel rispetto del target regionale e risultato atteso aziendale. Il tasso medio regionale risulta pari a 98,80%.

- (**H01Z**) Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) std per 1.000 residenti - NSG. Target: ≤ 160 . Risultato atteso aziendale: mantenimento std medio aziendale.

Il tasso aziendale 2025 risulta pari a 125,92 vs 126,52 del 2024 e 125,73 del 2023, nel rispetto del target regionale e risultato atteso aziendale. Il tasso medio regionale risulta pari a 124,81.

Obiettivo: Promozione della partecipazione e della responsabilizzazione dei cittadini attraverso strumenti e modelli che consentano anche di ridurre distanze e disuguaglianze (compreso il tema inclusione ed accessibilità ex D.Lgs. 222/2023)

A livello regionale la riduzione delle disuguaglianze costituisce asse centrale per il Piano Regionale della Prevenzione che prevede un'azione trasversale di equità sul Piano nella sua interezza e sui singoli programmi che lo compongono. Inoltre, resta attiva l'attenzione alla traduzione pratica della medicina di genere come azione pervasiva a tutti i livelli del sistema, nella prospettiva del recepimento del Piano nazionale per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere e della prosecuzione della diffusione dell'approccio di sensibilizzazione degli operatori al riguardo.

Nel corso del 2025, l'AUSL di Imola ha consolidato e sviluppato il proprio impegno nella promozione dell'equità e della medicina di genere, rafforzando l'approccio strutturale avviato negli anni precedenti e integrandolo in modo sempre più sistemico nella programmazione aziendale.

In continuità con il 2024, è proseguita l'attuazione delle azioni di equity assessment, in coerenza con il **Piano Regionale della Prevenzione 2021–2025**, con particolare attenzione alla riduzione delle disuguaglianze nell'accesso ai servizi e all'individuazione delle principali barriere di natura sociale, culturale e organizzativa.

In attuazione del D.Lgs 222/2023, l'AUSL di Imola ha adottato un modello organizzativo di tipo collegiale, ritenuto maggiormente coerente con la natura trasversale e multidimensionale delle funzioni previste dalla normativa. Tale modello garantisce il presidio delle funzioni previste dal decreto, attraverso una distribuzione integrata delle responsabilità coerente con la complessità e la trasversalità delle materie trattate.

In tale prospettiva, nel corso del 2025, è stato avviato un percorso di revisione e rafforzamento della governance aziendale sui temi dell'equità, dell'inclusione e dell'accessibilità che ha condotto alla ridefinizione del **Board Equità aziendale per il triennio 2026–2028** anche in coerenza con gli obiettivi introdotti dal Decreto legislativo 222/2023.

La nuova configurazione integra competenze relative all'accessibilità fisica, digitale, organizzativa e culturale, includendo anche una componente con esperienza diretta sui temi della disabilità, rafforzando così un presidio sistemico e multidisciplinare delle politiche di equità, assicurando la presenza integrata delle competenze necessarie a presidiare in modo sistemico e trasversale le diverse dimensioni dell'accessibilità.

In particolare, il Board include:

- responsabilità in materia di accessibilità fisica e strutturale (servizi tecnici);
- competenze in materia di accessibilità digitale e sistemi informativi (ICT);
- ambiti con responsabilità sull'organizzazione del lavoro e sull'inclusione lavorativa;
- referenti aziendali equità e *diversity management*;
- *mobility manager*;
- una componente con esperienza diretta sui temi della disabilità e dell'accessibilità;

- la rappresentanza del Comitato Consultivo Misto degli Utenti e del Comitato Utenti e Familiari per la salute mentale.

Tale assetto consente di superare una visione settoriale delle funzioni previste dalla normativa, garantendo un presidio integrato, continuativo e orientato al miglioramento.

Nel 2025, nella fase di transizione verso il nuovo assetto, le funzioni riconducibili a quanto previsto dal decreto sono state assicurate in forma coordinata, con azioni orientate al superamento delle barriere fisiche e organizzative e al miglioramento dell'esperienza di accesso ai servizi da parte delle persone assistite, con riferimento a:

- miglioramento dell'accessibilità fisica e organizzativa ai servizi, attraverso installazione di nuovi ascensori, inclusa l'attivazione di un ascensore aggiuntivo per facilitare l'accesso ai servizi; aggregazione dei servizi rivolti a persone in condizioni di fragilità nell'area Accoglienza e al piano terra della Casa della Comunità di Imola; revisione partecipata, con il coinvolgimento delle rappresentanze dei cittadini e delle cittadine, dei percorsi di accesso e progettazione della nuova segnaletica; realizzazione della rampa di accesso alla Casa della Comunità di Medicina; rinnovo della segnaletica a pavimento presso l'Ospedale; incremento degli stalli riservati alle persone con disabilità; attivazione della distribuzione di presidi per persone con diabete presso tutte le Case della Comunità;
- accessibilità digitale, attivazione del Widget sul sito istituzionale <https://www.ausl.imola.bo.it/home> basato su una Intelligenza Artificiale, volto a migliorare la fruibilità dei contenuti digitali, consentendo la personalizzazione dell'interfaccia in base alle esigenze delle persone con alcune disabilità (es. ipovisione, ADHD, disabilità cognitive, supporto alla lettura per persone anziane) in coerenza con i principi di accessibilità e usabilità dei servizi pubblici digitali;
- promozione di una cultura organizzativa orientata all'equità e all'inclusione, in raccordo con le azioni previste dall'Obiettivo 6.2 Innovazione nei Servizi Sanitari e sociali - Equità in tutte le politiche e medicina di genere;
- partecipazione attiva delle persone assistite e delle comunità ai processi di programmazione e miglioramento dei servizi, attraverso il Comitato Consultivo Misto degli Utenti, il Comitato Utenti e Familiari e specifiche collaborazioni con associazioni di persone con patologie croniche, nonché attività di coprogettazione, in particolare nell'ambito della salute mentale.

Il percorso avviato nel 2025 e consolidato con la riorganizzazione del Board Equità per il triennio 2026–2028 consente di strutturare in modo stabile una governance integrata dell'accessibilità, fondata su responsabilità diffuse e competenze complementari, in grado di garantire maggiore efficacia, continuità e coerenza nell'attuazione delle politiche aziendali, rafforzando l'integrazione tra accessibilità, equità e qualità dei servizi.

Nel 2025 è stata garantita la partecipazione attiva agli incontri delle/dei referenti equità delle aziende sanitarie dell'area metropolitana di Bologna per la co-costruzione del **Piano Equità metropolitano** e alla definizione della Cabina di regia metropolitana per l'equità, quale organismo di coordinamento tra le aziende, in raccordo con il livello regionale.

In tale ambito, l'Azienda ha garantito il proprio contributo sia nella definizione degli indirizzi strategici condivisi sia nella costruzione di strumenti di governance integrata, assicurando coerenza tra livello aziendale, metropolitano e regionale.

In coerenza con gli obiettivi regionali è stato predisposto il **Piano triennale aziendale per l'equità 2026–2028**, quale strumento attuativo del PIAO e di rafforzamento della governance aziendale in materia.

Sul piano operativo, nel 2025 sono state sviluppate e consolidate azioni in particolare su:

- comunicazione accessibile e health literacy, attraverso la produzione e revisione di materiali informativi chiari e inclusivi;
- supporto ai programmi del Piano Regionale della Prevenzione, con integrazione delle dimensioni di equità;
- accompagnamento ai processi di trasformazione organizzativa, in particolare nell'ambito delle Case della Comunità;
- rafforzamento delle attività di ascolto e relazione con la cittadinanza attraverso l'URP;
- partecipazione attiva a gruppi di lavoro regionali e interistituzionali, tra cui il gruppo regionale diversity management, il gruppo HPH – Standard 4 e il percorso regionale di ricerca-formazione per l'accoglienza e il benessere delle persone LGBTQI+ nei servizi sanitari, sociali e socio-sanitari;
- promozione e realizzazione di iniziative formative interne sul linguaggio di genere e sulla comunicazione inclusiva;
- introduzione di azioni organizzative orientate all'equità di genere, tra cui la declinazione al femminile delle qualifiche professionali nelle firme dell'applicativo aziendale GSA, associate al codice fiscale, per le professioniste che non abbiano espresso diversa indicazione.

Il complesso delle azioni realizzate conferma il progressivo consolidamento di un modello organizzativo orientato all'equità, fondato sull'integrazione tra programmazione, comunicazione e partecipazione e sulla capacità di intercettare e affrontare in modo strutturale le disuguaglianze in salute.

In questa prospettiva, l'equità si configura sempre più come criterio ordinario di progettazione e valutazione dei servizi e non come ambito separato di intervento.

Il rafforzamento della governance multilivello e delle competenze diffuse rappresenta una leva strategica per garantire un sistema sanitario capace di rispondere in modo appropriato, inclusivo e sostenibile ai bisogni dell'intera comunità.

La **partecipazione e la responsabilizzazione dei cittadini** è fondamentale per rafforzare la cultura della salute e della prevenzione, migliorare l'adesione ai percorsi di presa in carico e cura, incidere sull'appropriatezza delle prestazioni diagnostiche e sulla sostenibilità del sistema, portare il punto di vista dei pazienti nella programmazione e progettazione dei servizi, con compiti di valutazione della qualità percepita dal lato degli utenti, su accessibilità dei servizi, equità e sicurezza delle cure.

La partecipazione e la responsabilizzazione dei cittadini si sviluppa in primo luogo attraverso l'azione dei Comitati di partecipazione aziendali formalizzati: **CCM – Comitato Consultivo Misto degli Utenti** e **CUF – Comitato Utenti e Familiari della Salute Mentale**, che costituiscono gli organismi aziendali di partecipazione dei cittadini. Il CCM dell'AUSL di Imola è formato da rappresentanti di Organizzazioni di tutela dei diritti, da Associazioni di volontariato, da Sindacati dei pensionati, da dirigenti aziendali, da rappresentanti dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta e da un rappresentante politico nominato dal Comitato di Distretto di Imola. Il CCM ed il coordinamento aziendale delle attività di questo organismo sono in stretta e continua relazione con il CCRQ Regionale.

La direzione aziendale è costantemente impegnata ad informare il CCM sull'offerta dei servizi sanitari, a favorire la conoscenza di documenti di programmazione regionale ed aziendale e tenere conto dei pareri espressi dal CCM volti al miglioramento della qualità dei servizi, della comunicazione esterna, dell'equità e della sicurezza delle cure nell'ottica dei cittadini.

Il CCM dell'AUSL di Imola si è incontrato nel 2025 in seduta plenaria 10 volte (mensilmente ad esclusione dei mesi di luglio ed agosto), di cui 2 volte in seduta congiunta con il CUF. Il sottogruppo analisi segnalazioni si è inoltre incontrato 1 volta.

Il Comitato Utenti e Familiari della Salute Mentale (CUF) è un organismo che opera all'interno del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DSM-DP) con lo scopo di favorire la partecipazione dei cittadini e delle associazioni alla definizione e al miglioramento dei servizi di salute mentale, in collaborazione con la Consulta regionale per la salute mentale.

Il CUF si è incontrato con cadenza periodica ogni trimestre.

Piano Triennale delle Azioni Positive

Il piano triennale dell'AUSL Imola è stato predisposto dal **Comitato Unico di Garanzia (CUG)** al fine di declinare le aree di intervento all'interno delle quali vengono identificate le azioni, gli obiettivi, gli attori coinvolti e la tempistica prevista per il loro raggiungimento.

Il Piano è stato adottato con Deliberazione n. 140 del 31/7/2024 ad oggetto "Approvazione della sottosezione "Piano delle Azioni Positive per il triennio 2024 - 2026" del Piano Integrato Attività e Organizzazione (PIAO) dell'Ausl Imola".

Le azioni e i risultati sono annualmente relazionati al Direttore Generale dal CUG Comitato Unico di Garanzia.

Tabella Indicatori: UTENTE - Accesso e Domanda

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2022	Valore Aziendale 2023	Valore Aziendale 2024	Valore Regionale (Target)	Risultato atteso aziendale 2025	Risultato Aziendale 2025	Risultato Regionale 2025	Note / Fonte Dati
319	Tempi di attesa ex ante primi accessi (tipo accesso = 1): n. visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg (classe priorità D) - SSN	56,26	76,23	71,14	> = 90	> = STD RER	70,39	77,87	(Flusso MAPS2)
320	Tempi di attesa ex ante primi accessi (tipo accesso = 1): n. esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg (classe di priorità D) - SSN	85,49	86,38	94,40	> = 90	> = STD RER	94,01	91,89	(Flusso MAPS2)
795	Tempi di attesa ex ante: prestazioni di classe di priorità B prospettati in sede di prenotazione entro 10 gg	99,74	99,76	99,81	> = 90	> = STD RER	99,88	88,21	(Flusso MAPS2)
D10Z	% di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B (tipo accesso = 1 – SSN) in rapporto al totale di prestazioni di classe B - NSG	88,70	96,67	96,72	> = 90	> = STD RER	95,08	86,68	(Flusso ASA)
D11Z	% di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D (tipo accesso = 1 – SSN) in rapporto al totale di prestazioni di classe D - NSG	71,57	75,65	71,86	> = 90	> = ANNO 2024	70,42	74,10	(Flusso ASA)
1145	% del numero visite di controllo (V2) sul totale visite (V1+V2)	30,56	32,02	31,09	-	> = MEDIA RER	31,20	38,44	(Flusso ASA)
861	% ricette specialistica ambulatoriale dematerializzate sul totale ricette prescritte	98,92	99,27	99,50	-	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	99,43	98,80	(Flusso ARP)
776	% accessi con permanenza <6 +1 ore in PS con più di 45.000 accessi	79,13	76,45	76,45	> = 95	> = ANNO 2024	77,45	83,69	(Flusso PS)
H01Z	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) std per 1.000 residenti - NSG	123,05	125,73	126,42	< = 160	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	125,92	124,81	(Flusso SDO)
955	Tempo di attesa medio tra prenotazione e prima visita specialistica nei servizi di Salute Mentale Adulti	13,52	12,32	13,44	< = 15	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	13,42	22,07	(Flusso SISM)
980	Tempi di attesa retrospettivi per tutti gli interventi monitorati PNGLA: % casi entro i tempi di classe di priorità	50,77	88,07	93,97	> = 80	> = STD RER	90,95	75,56	(Flusso SDO)
982	Indice di completezza SIGLA / SDO per tutti gli interventi chirurgici programmati	84,60	83,18	86,52	> = 80	> = STD RER	91,56	90,27	(Flusso SDO, SIGLA)
948	Recupero degli interventi chirurgici scaduti entro il 31/12 dell'anno precedente	-	97,83	86,13	> = 80	> = STD RER	76,67	68,67	(Flussi ADI e AGENAS)

3.1.2 Sotto sezione: Integrazione

Obiettivo: Assistenza Territoriale e applicazione del DM 77/2022

L'obiettivo è volto a realizzare il raggiungimento di tutti i target relativi all'assistenza territoriale previsti dal DM 77/2022 e dalle eventuali ulteriori disposizioni regionali e nazionali.

Case della Comunità

Il quadro normativo è il **DM 77 del 23.5.2022** che definisce il modello di sviluppo dell'Assistenza territoriale nel SSN che costituisce la Riforma di settore del **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6 – Component 1** e che individua un modello organizzativo di rete dell'assistenza sanitaria in grado di potenziare i servizi assistenziali territoriali. In tale ottica si collocano le Case della Comunità (CdC) del territorio dell'AUSL di Imola, modelli organizzativi dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento, che garantiscono l'accesso, l'accoglienza, l'orientamento dell'assistito, la pianificazione e l'erogazione degli interventi privilegiando le modalità di lavoro multiprofessionali.

Nel 2025 sul territorio dell'AUSL di Imola sono presenti n. **4 Case della Comunità (CdC)**: di Castel S. Pietro Terme (Hub) e Medicina (Spoke) e la Casa della Comunità della Vallata del Santerno, che operano in coerenza con gli indirizzi strategici e le indicazioni realizzative e di organizzazione funzionale fornite dalla Regione Emilia-Romagna (DGR 291/2010 e DGR 2128/2016). La CdC della Comunità della Vallata del Santerno, con sede a Borgo Tossignano, si configura nell'ambito distrettuale imolese come elemento spoke della rete integrata dei servizi. Nel 2024 sono stati avviati i lavori per la realizzazione della 4° CdC sul territorio, la **Casa della Comunità di Imola (Hub)**, con gli interventi previsti da un 1° stralcio (finanziamento statale) e da un 2° stralcio correlato ai finanziamenti PNRR.

A gennaio 2025 è stata attivata l'area di accoglienza della Casa della Comunità (CDC) Hub di Imola, quale punto unico e riconoscibile di accesso per la popolazione. L'area assicura funzioni di accesso, accoglienza e orientamento dell'assistito, integrando il **Punto Unico di Accesso (PUA)** sociale e sanitario, l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) e i servizi per il cittadino fragile per facilitare i percorsi assistenziali.

Sono anche garantite l'attivazione delle équipes di valutazione multidimensionale e le attività di informazione sui servizi della CDC, in integrazione con il volontariato.

Nel 2025 sono proseguiti, inoltre, i lavori di ristrutturazione relativi ai seguenti ambiti:

1. Area vaccinale integrata per adulti e bambini. L'intervento è stato finalizzato alla realizzazione di un'unica sede per gli ambulatori vaccinali dedicati alla popolazione adulta e a quella pediatrica, attualmente collocati in spazi distinti. La nuova collocazione garantisce maggiore visibilità, accessibilità e fruibilità da parte dei cittadini. L'attivazione è avvenuta a marzo 2026.
2. Area della prevenzione e presa in carico della cronicità. L'intervento è stato volto a rafforzare la presa in carico delle persone affette da patologie croniche, con l'obiettivo di migliorarne la qualità di vita all'interno del proprio contesto familiare e sociale. L'obiettivo è rendere i servizi sanitari più efficaci ed efficienti nella promozione della salute, prevenzione e assistenza sociosanitaria, garantendo maggiore

uniformità ed equità di accesso. In questa area sono collocati ambulatori specialistici di primo livello, finalizzati alla presa in carico e al monitoraggio dei pazienti affetti da patologie croniche ad elevata prevalenza, in particolare negli ambiti della cardiologia, pneumologia, diabetologia ed endocrinologia. L'attivazione è avvenuta a marzo 2026. Sono, inoltre, previsti spazi polivalenti destinati ad attività di gruppo per la promozione della salute e dei corretti stili di vita, affiancati da ambienti polifunzionali dedicati all'attività fisica, anch'essa organizzata in modalità di gruppo.

3. Riqualificazione dell'area degli ambulatori specialistici e della medicina riabilitativa (palestre) situate al piano terra della Casa della Comunità Spoke di Medicina.

La CdC HUB di Imola costituisce la centrale di coordinamento delle attività territoriali sia per le attività erogate al loro interno, sia per quelle erogate all'esterno, con particolare attenzione ai passaggi di setting di cura che concernono in particolare la gestione dei malati cronici più complessi e ad alto grado di instabilità.

Centrale Operativa Territoriale (COT)

Una funzione chiave di coordinamento ed interfaccia dei diversi servizi territoriali con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza è svolta dalla Centrale Operativa Territoriale (COT), che assicura continuità all'attivazione ed all'uso dei servizi e appropriatezza, riducendo il rischio di accessi impropri al Pronto Soccorso e ricoveri inappropriati. La COT aziendale / distrettuale unica è stata realizzata con i fondi PNNR, presso la sede della Casa della Comunità Hub di Imola, ottemperando al requisito prescrittivo del DM 77/22 di una COT a valenza distrettuale, con una piena operatività.

La COT è un modello organizzativo che garantisce il coordinamento della presa in carico degli assistiti e il raccordo fra i servizi ed i professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali territoriali (sanitari e sociosanitari) ed ospedalieri; dialoga inoltre in modo privilegiato con la rete dell'emergenza-urgenza.

Gli obiettivi che persegue la COT sono quelli di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione all'assistenza sanitaria e sociosanitaria.

Tutti gli attori del sistema (personale ospedaliero e del territorio) possono richiedere l'intervento della COT, ovvero MMG, PLS, MCA, medici specialisti ambulatoriali ed altri professionisti sanitari e del sociale presenti nei servizi territoriali, nonché dal personale operante nelle strutture di ricovero intermedie, residenziali e semiresidenziali. La COT promuove l'utilizzo di strumenti, tecnologie e professionalità volti a sostenere un modello di presa in carico che prediliga il mantenimento a domicilio o nella Comunità di appartenenza.

Con deliberazione n. 107 dell'11 giugno 2024 si sancisce l'entrata in funzione della Centrale Operativa Territoriale dell'AUSL di Imola (COT), secondo le previsioni del DM 77/2022 e in coerenza con la programmazione aziendale e rispondente alle Linee Guida emanate dal Ministero della Salute.

Attivata nel 2024, nel corso del 2025 ha raggiunto la piena operatività, mantenendo margini di ulteriore sviluppo, in particolare nell'ambito della telemedicina, in relazione alla progressiva implementazione delle piattaforme nazionali e regionali.

Punto Unico di Accesso (PUA)

I PUA attivi sul territorio all'interno delle CDC Hub di CSPT, Spoke di Medicina e Vallata del Santerno e presso la Casa della Comunità Hub di Imola nello spazio dell'Accoglienza della Casa della Comunità, nel rispetto delle indicazioni regionali, realizzano in un unico punto di accesso integrato una risposta ai bisogni di servizi sanitari, sociosanitari e sociali.

Il PUA rappresenta una modalità organizzativa multiprofessionale per l'orientamento e l'accoglienza sociale e sociosanitaria. Le funzioni sono riconducibili alle seguenti attività:

- informazione e orientamento ai cittadini su diritti, servizi e interventi del sistema locale sanitario, sociale e sociosanitario (integrati con i servizi del lavoro e della formazione) e su opportunità inclusive e di partecipazione che la comunità locale esprime;
- accoglienza ed ascolto; raccolta della segnalazione, orientamento e gestione della domanda;
- attivazione degli altri referenti territoriali della rete, per eventuali approfondimenti della richiesta, a garanzia di risposta da parte di un sistema integrato;
- prima valutazione dei casi; risoluzione dei casi semplici;
- segnalazione per la presa in carico delle situazioni complesse tramite l'attivazione dell'equipe multidisciplinare territoriale e integrazione con i servizi dedicati;
- supporto nella definizione di un progetto personalizzato con l'individuazione e attivazione di interventi di supporto anche attraverso strumenti quali i budget di salute;
- monitoraggio delle situazioni di fragilità sociale, sociosanitaria e sanitaria, con l'obiettivo di costruire percorsi di prevenzione e di diagnosi precoce rispetto all'insorgere della situazione problematica o dello stato di bisogno;
- attivazione di canali comunicativi con i MMG ed i PLS per facilitare interventi integrati tra i servizi territoriali;
- promozione di reti formali e informali della Comunità, al fine di mantenere relazioni e collaborazioni sinergiche con gli attori sociali del territorio, per la conoscenza dei problemi della Comunità e delle risorse attivabili;
- raccolta dati ed informazioni utili all'orientamento della programmazione dell'offerta di servizi; aggiornamento mappatura dei servizi e delle risorse sociali e sociosanitarie disponibili; monitoraggio e valutazione di esito dei processi avviati.

L'attivazione del PUA avviene ad opera delle singole persone e delle famiglie che esprimono un bisogno sociale o sociosanitario, specialmente se in condizioni di fragilità e vulnerabilità sociale e/o sanitaria; il PUA accoglie ogni istanza e rappresenta il fulcro delle competenze istituzionali e della sussidiarietà locale.

Sotto il profilo della operatività, ogni intervento del PUA si conclude con una valutazione e con la proposta del relativo percorso. Il PUA opera in integrazione con la COT, al fine di meglio coordinare i transiti fra i diversi setting di cura per la presa in carico complessiva dell'utente e dei suoi bisogni.

Nel 2025, come rendicontato anche nell'ambito del monitoraggio AGENAS relativo al DM 77/2022, per l'AUSL di Imola si registrano le seguenti transizioni, gestite come riportato nella tabella seguente.

Anno 2025	COT	PUA	TOTALE
Nr. pazienti presi in carico	1.384	1.529	2.913
Nr. transizioni ospedale-territorio	1.818	243	2.061
Nr. transizioni territorio-ospedale	-	-	747
Nr. transizioni territorio-territorio	274	1.676	1.950
Totale transizioni effettuate	2.092	1.919	4.758

Assistenza Domiciliare

L'Assistenza Domiciliare è ricompresa nell'assistenza primaria ed è un modello di servizio che ha lo scopo di conferire adeguati sostegni domestici alle persone non autosufficienti, permettendo loro di permanere presso le proprie abitazioni, entro il proprio ambito familiare e nella realtà sociale di appartenenza.

La casa è il luogo privilegiato di cura che la programmazione sanitaria nazionale individua quale setting preferito dell'assistenza territoriale; le cure domiciliari, nelle diverse forme previste, si configurano come un servizio in grado di gestire al domicilio interventi a diverso livello di intensità e complessità, nell'ambito di specifici percorsi di cura.

Sono garantite personalizzazione, continuità e prossimità ed è favorita la proattività della persona, anche attraverso la valorizzazione delle proprie risorse (cognitive, emotive, fisiche, relazionali e materiali) secondo una logica di self care. Nel caso di soggetti fragili, intervengono le reti formali attivate dall'Azienda Sanitaria (ADI, telemedicina, cure palliative) e dal Comune di residenza (SAD, Servizi Sociali) che operano nel contesto domiciliare secondo una logica integrata di team multiprofessionali per una presa in carico globale della persona. La presa in carico, da parte dell'assistenza territoriale, all'atto della dimissione ospedaliera ha permesso in questi anni di offrire percorsi di cura sempre più appropriati e qualificati, in linea con quanto stabilito dal PNRR che rivolge una particolare attenzione al potenziamento dell'assistenza territoriale.

Per quanto concerne l'orientamento del sistema di cura verso il domicilio della persona è stata posta attenzione al potenziamento dell'architettura organizzativa di rete che vede le Cure domiciliari integrate con gli altri servizi sanitari e sociosanitari e altri soggetti (familiari, caregiver, volontariato) che intervengono ai vari livelli nell'assistenza delle persone.

L'AUSL di Imola, nel 2025, in continuità con quanto già realizzato e coerentemente al PNRR che sancisce il principio della "casa come primo luogo di cura", ha potenziato la presa in carico delle persone fragili e non autosufficienti garantendo la continuità assistenziale; tra le iniziative attivate si evidenzia il progetto "caregiver" che ha previsto interventi di supporto al domicilio (Assistenza domiciliare, Assegno di cura, ricoveri di sollievo...) e iniziative di contrasto all'isolamento sociale di persone anziane e con disabilità e dei loro caregiver.

Il **Regolamento Cure Domiciliari** (Deliberazione n. 2/2023) predisposto per realizzare, con modalità omogenee sul territorio aziendale, la presa in carico degli assistiti da parte del personale medico ed infermieristico dipendente, del personale convenzionato (medici di medicina generale e pediatri di libera scelta) e del personale dei Servizi Sociali dell'ASP del Circondario Imolese, disponendo le modalità di relazione tra le Cure Primarie, i Punti di accoglienza nel territorio, il medico del ruolo unico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta, il pediatra di libera scelta (PLS) ed i servizi sociali, nella attivazione e gestione delle forme di assistenza domiciliare.

Il Regolamento individua le seguenti forme di presa in carico degli assistiti:

- Assistenza Domiciliare Programmata (ADP)
- Assistenza Domiciliare Residenziale (ADR)
- Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), comprensiva delle Cure Palliative AUSL
- Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), in convenzione ANT
- Assistenza Domiciliare Infermieristica (TAD Infermieristica).

Le risposte assistenziali, differenziate per intensità e complessità, sono programmate a seguito della Valutazione Multidimensionale e della conseguente formulazione di un **Progetto di Assistenza Individuale Integrato (PAI)** che comprende, quando necessario, anche il **Piano di Riabilitazione Individuale (PRI)**.

Si presentano di seguito gli indicatori monitorati su SIVER (**PIAO 2025 2027) UTENTE - Integrazione.**

- (**IND0862**) Tasso di ricovero pazienti seguiti in ADI. Risultato aziendale atteso 2025: mantenimento std medio aziendale.

L'indicatore valuta l'efficacia e l'efficienza della presa in carico domiciliare, che ha come obiettivo garantire un'adeguata assistenza ai pazienti, presso il proprio domicilio, riducendo i ricoveri ospedalieri. Nel 2025 il tasso di ricovero per l'AUSL di Imola risulta 11,50 vs 9,82 del 2024 e 11,28 del 2023. La performance risulta rispettare il risultato atteso aziendale. Il tasso medio regionale 2025 è pari a 11,93.

- (**D222**) Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA1, CIA2, CIA3) – NSG. Risultato atteso aziendale: mantenimento std medio aziendale.

L'AUSL di Imola mostra un tasso 2025 pari a 100, come nel 2024, 2023.

Si riporta l'indicatore correlato al DM 77/2022, il cui standard prevede almeno il 10% della popolazione over 65 da prendere progressivamente in carico in ADI.

- (**IND0907**) Pazienti => 65 anni presi in carico in ADI – PNRR. Target AUSL di Imola: > 6.000.

L'AUSL di Imola registra una percentuale, nel 2025, pari al 17,93% (6.072 pazienti su 33.867) vs 18,05% del 2024. Il valore medio regionale risulta nel 2025 pari al 11,49%.

Con riferimento all'indicatore sulla presa in carico entro 3 gg dalla dimissione ospedaliera, monitorato sulla piattaforma SIVER, con standard =>50%, si riporta per il territorio dell'AUSL di Imola quanto segue.

- (**IND0289**) % di prese in carico in ADI entro 3 giorni dalla dimissione ospedaliera.

L'Azienda mostra in riferimento al 2025 un valore pari a 68,90% vs 71,08% del 2024, confermandosi ampiamente nello standard e in netto miglioramento rispetto al 2023 (55,26%). Il valore medio regionale 2025 risulta pari a 51,96%.

Ambulatorio Infermieristico della Cronicità

Nell'ambito dello sviluppo delle cure territoriali, in ciascuna Casa della Comunità dell'AUSL di Imola e all'interno delle attuali sedi di Nucleo di Cure Primarie (NCP), future Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), si colloca l'Ambulatorio Infermieristico della Cronicità volto alla presa in carico multiprofessionale dei pazienti cronici, secondo l'approccio della medicina di iniziativa. Negli anni è stata introdotta la figura dell'infermiere *care-manager* dell'ambulatorio con la responsabilità di facilitare e coordinare l'assistenza ai pazienti durante la loro presa in carico territoriale pianificando, in collaborazione con il MMG, il trattamento per soddisfare i bisogni di tali pazienti sia in ambito sanitario che sociale.

Ospedale di Comunità (OSCO)

Presso la Casa di Comunità di Castel San Pietro Terme è attivo l'**Ospedale di Comunità (OSCO)** chiamato a svolgere una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri e di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni assistenziali, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia più prossimi al domicilio.

L'Ospedale di Comunità è una struttura sanitaria territoriale, rivolta a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minore o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio o in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare). Tali necessità possono concretizzarsi sia in occasione di dimissione da struttura ospedaliera, sia per pazienti che si trovano al loro domicilio.

L'OSCO, struttura residenziale di cure intermedie (SRCI) a gestione infermieristica è dotato di n. 21 posti letto al 31/12/2025, dove l'assistenza medica è garantita in alcune fasce orarie diurne da una équipe multidisciplinare (geriatra e palliativistica) in modo integrato fra OSCO e Hospice Territoriale.

Nel 2024 è stato avviato l'intervento PNRR "Casa della Comunità di Castel San Pietro Terme – manutenzione straordinaria" che riguarda l'implementazione a regime del 4° piano dell'Ospedale di Comunità con ampliamento dei posti letto. Nel corso 2025 sono proseguiti i lavori di implementazione dei posti letto di Ospedale di Comunità.

Con l'implementazione della COT è stato ridefinito anche il percorso di accesso dell'utente in OSCO che segue una valutazione multidimensionale per l'idoneità all'ingresso con conseguente formulazione del Piano Assistenziale Individuale (PAI) congiuntamente ai pazienti - caregiver.

Nell'ambito del monitoraggio SIVER (**PIAO 2025 2027**) **UTENTE - Integrazione**, si riportano due indicatori sull'attività dell'OSCO.

- (**IND0673**) % re-ricovero in ospedale entro 30 giorni dalla dimissione dall'OSCO. Risultato atteso aziendale: $\leq$ Media RER.

L'AUSL di Imola nel 2025 presenta un valore pari a 6,06% vs 9,47% del 2024 e 10,26% del 2023. La media regionale 2025 risulta pari a 7,05%.

- (**IND1205**) Tasso di occupazione Ospedali di Comunità. Risultato atteso aziendale: mantenimento std medio aziendale.

L'AUSL di Imola nel 2025 presenta un tasso del 96,74 vs 90,03 del 2024 e 78,30 del 2023. Il valore medio regionale 2025 risulta pari a 82,29.

Infermiere di Famiglia e Comunità

Nell'ambito del modello organizzativo-assistenziale territoriale si colloca l'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC) integrato nei processi di presa in carico multidisciplinare con finalità anche di promozione di interventi proattivi nel contesto familiare e comunitario dei pazienti fragili e cronici.

Il suo ruolo è promuovere salute e gestire una rete multiprofessionale di processi di assistenza individuali, familiari e della comunità, in collaborazione con i professionisti del territorio (MMG, PLS, Assistenti Sociali, Farmacisti convenzionati, altre professioni tecnico-sanitarie, della riabilitazione e della prevenzione) attuando un ruolo proattivo per l'adozione di corretti stili di vita e di comportamenti adeguati.

L'IFeC si occupa di prevenzione primaria, agendo su tutti quei fattori di rischio di malattia attraverso l'educazione sanitaria sui fattori modificabili come la dieta, la lotta al tabagismo, l'attività fisica; di prevenzione secondaria, con la promozione di test e esami di screening per diagnosticare precocemente le malattie; e di prevenzione terziaria, con tutti gli interventi utili ad evitare le riacutizzazioni e l'aggravamento delle malattie croniche.

Nel 2025 l'Azienda ha attuato uno specifico percorso formativo sull'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità, al fine di implementare tale funzione, ferma restando la disponibilità di risorse. Alla fine dell'anno è stata implementata, in via sperimentale, la figura dell'IFEC in un ambito territoriale della CdC della Vallata del Santerno.

Il modello riconosce l'IFeC come figura centrale nel garantire percorsi di cura personalizzati, basati sulla valutazione multidimensionale dei bisogni e sulla collaborazione multiprofessionale, che opera in stretta sinergia con i servizi di Cure Domiciliari, contribuendo a garantire la continuità delle cure.

Le attività svolte dall'IFeC al domicilio sono contestualizzate e integrate con quelle dell'infermiere delle Cure Domiciliari, ed entrambe alimentano il flusso informativo regionale SIAD (Sistema Informativo Assistenza Domiciliare) per garantire il monitoraggio e la continuità del percorso assistenziale.

L'Infermiere di Famiglia e Comunità, previsto dal DM 77/22, rappresenta un pilastro del nuovo modello di assistenza territoriale anche se l'impiego di questa figura risulta eterogeneo, sul territorio regionale; per tale motivo, la Regione Emilia-Romagna ha attivato un gruppo di lavoro con l'obiettivo di elaborare delle linee di indirizzo Regionali che definiscono un quadro operativo fondato su prossimità, continuità, prevenzione e presa in carico proattiva, valorizzando l'integrazione tra servizi sanitari, sociali e comunitari.

Rete Locale delle Cure palliative

L'Azienda negli ultimi anni ha completato la Rete di cure palliative, quale aggregazione che garantisce l'erogazione delle prestazioni nei diversi setting (hospice, domicilio, ambulatorio ...).

L'AUSL di Imola, a seguito dei provvedimenti nazionali e regionali relativi alle cure palliative, ha attivato gli strumenti necessari per la rimodulazione della Rete Locale di Cure Palliative (RLCP).

Nel 2025 è proseguito il consolidamento delle articolazioni (NODI) della rete di cure palliative, in particolare degli assetti organizzativi delle Unità di Cure Palliative Domiciliari (Nodo UCPD), dei Punti Unici di governo dell'accesso alla rete di cure palliative e degli organismi tecnici di coordinamento della rete (DGR 1770/2016) che supportano il coordinatore a pianificare, programmare e organizzare le attività di assistenza e di funzionamento della rete.

Nel 2025 sono stati garantiti gli obiettivi in tema di:

- **Punto unico di coordinamento (PUC) di Cure Palliative.** Punto strategico per la corretta presa in carico del paziente in fase avanzata di malattia neoplastica e non neoplastica è fondamentale per governare la funzionalità della Rete e per un'ottimale gestione degli indicatori di attività/performance. L'equipe di cure palliative ha garantito iniziative verso i professionisti delle strutture invianti ed operanti nella Rete, per una opportuna informazione sulle modalità di attivazione della consulenza palliativistica ed una efficace presa in carico, oltre ad una condivisione degli strumenti di valutazione multidimensionale, essenziali per definire il percorso organizzativo.
- **Patologie non oncologiche** in fase terminale. Potenziamento della presa in carico nell'ambito della RLCP (es: malattie neurologiche – SLA, demenza, Parkinson, scompenso cardiaco refrattario, Insufficienza Renale, Pneumopatie croniche evolutive a prognosi infausta).
- **Presa in carico precoce** del paziente oncologico e non oncologico in fase avanzata di malattia per assicurare continuità nella cura attraverso una gestione flessibile del paziente e dei suoi bisogni, sostenendolo nelle scelte terapeutiche, nella programmazione del percorso di cura e nella comunicazione tra malato e la sua famiglia, evitando il senso di abbandono nella fase avanzata e terminale di malattia.
- **Presa in carico a domicilio** di pazienti con rete familiare e/o amicale fragile o assente, in relazione al grave bisogno sociale. Sono stati definiti strumenti di valutazione per l'attivazione precoce dei servizi sociali per i pazienti che non possono essere seguiti adeguatamente a domicilio e per garantire cure palliative agli ospiti delle strutture residenziali per anziani o disabili, affetti da patologie oncologiche e non oncologiche ad andamento cronico ed evolutivo e prognosi infausta, anche in continuità di cura con l'Hospice. È stato avviato un percorso di collaborazione tra team di cure palliative e geriatria territoriale mirato all'individuazione del percorso clinico-assistenziale più appropriato.

L'Azienda ha continuato a garantire l'impegno degli ultimi anni a organizzare percorsi comuni nell'ambito della **Rete Metropolitana delle Cure Palliative Pediatriche (CPP)**, per la gestione dei casi pediatrici

affetti da patologia cronica complessa e per lo sviluppo di strumenti comuni di formazione e di continuità (contattabilità telefonica, reperibilità).

L'**Hospice Territoriale**, all'interno della Casa della Comunità di Castel S. Pietro Terme, è dotato di 12 Posti Letto per l'assistenza di soggetti in fase terminale che non possono essere adeguatamente assistiti a domicilio con cure palliative.

Si riporta il monitoraggio dell'indicatore su piattaforma SIVER (**PIAO 2025 2027**) **UTENTE - Integrazione:**

- (**D32Z**) N. di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito nei quali il periodo di ricovero in Hospice è ≤ 7 gg., sul numero di ricoveri in Hospice di malati oncologici - NSG. Target: $\leq 25\%$. Risultato atteso aziendale: mantenimento std medio aziendale.

L'indicatore è definito come la percentuale dei ricoveri in Hospice di durata ritenuta congrua rispetto alle finalità e alle funzioni della struttura per il malato oncologico. L'obiettivo è di ridurre il numero di ricoveri di durata inferiore a 7 giorni, fatti salvi i casi in cui si verifichi la continuità della cura dal domicilio all'hospice. Nel 2025, l'AUSL di Imola registra un valore pari a 22,58% vs 22,70% nel 2024 e 25,79% nel 2023. La % media regionale 2025 risulta pari a 24,61%.

Nel 2025 è proseguito il consolidamento dell'organizzazione di tutte le articolazioni (NODI) della rete di cure palliative, come prevista dalla DGR 560/2015.

Con Deliberazione 36/2019, l'AUSL di Imola aveva approvato l'istituzione della Rete Locale di Cure Palliative, individuando il "Gruppo di Coordinamento" e la "Rete dei Referenti" di cui il Gruppo di Coordinamento si avvale, definendo gli obiettivi per la presa in carico del paziente e della sua famiglia, ridisegnando la rete di cure palliative, definendone la mission, i nodi con le rispettive finalità e aree di attività, i percorsi assistenziali all'interno della rete e relative interfacce e i servizi a supporto della rete tra cui il volontariato di settore.

Nel 2025 a seguito del pensionamento di alcuni componenti la rete dei referenti della RLCP ha subito una significativa modifica comportando la revisione di ruoli e funzioni con una integrazione di nuove competenze associata ad una riorganizzazione della rete. Pertanto, la precedente delibera di istituzione è stata aggiornata: deliberazione n. 194 del 26/9/2025 "Organizzazione della Rete Locale delle Cure Palliative (RLCP) – AUSL di Imola - AGGIORNAMENTO". Successivamente sono stati individuati i componenti dell'organismo di coordinamento aziendale della RLCP (aggiornamento dei nominativi dei professionisti del Gruppo di Coordinamento della RLCP e della Rete dei Referenti).

Da un punto di vista operativo, negli ultimi anni, è stata riconosciuta l'importanza della presa in carico precoce del paziente affetto da malattia cronico-evolutiva a prognosi infausta, oncologica e non oncologica.

La necessità di integrazione precoce tra discipline specialistiche e cure palliative riscuote ampi consensi basati sull'evidenza clinica e sui dati di letteratura e sono finalizzate al raggiungimento di una migliore qualità di vita (*modello Simultaneous Care, early palliative care, ambulatorio cure palliative precoci*).

Nel 2025, si registra un aumento consistente del totale di **visite nel setting ambulatoriale**: 191 di cui 42 prime visite e 149 visite di controllo (nel 2024: 169 visite ambulatoriali, di cui 47 prime visite e 122 visite di controllo). Fonte dati: sistema Iperico GSA.

Risulta in lieve flessione nel 2025 il numero di pazienti seguiti nel **nodo domicilio**: pazienti presi in carico 170 (vs 190 nel 2024) in considerazione della riduzione nel 2025 di una unità medica con contratto AFT a 12 ore settimanali. La leggera flessione del dato può essere attribuita anche a criticità sul piano sociale, in particolare emergono problematiche spesso legate alla carenza di una rete familiare/amicale adeguata al domicilio, come l'assenza di care giver disponibili e/o sufficientemente formati per prendersi cura del paziente. Inoltre, la gestione domiciliare può richiedere competenze specifiche ed un impegno significativo che non tutte le famiglie sono in grado di garantire.

Nel 2025 si è registrata una lieve riduzione delle **consulenze palliative ospedaliere**: 271 vs 292 nel 2024 con una flessione delle richieste provenienti dalle Unità operative ospedaliere non dipendente dall'offerta della RLCP.

In aumento il numero di ricoveri in **Hospice**: 177 nel 2025 vs 160 nel 2024, nonostante la riduzione dei posti letto Hospice da 12 a 8 (dal 23 giugno al 27 agosto) per permettere a tutto il personale sanitario di usufruire del periodo di ferie estive come da pianificazione annuale.

Inoltre, dal 5/9/2025 al 31/12/2025, causa i lavori di ristrutturazione del 4° piano, si è proceduto ad una nuova rimodulazione dei posti letto di degenza da 12 a 10, per consentire una ricollocazione temporanea di alcuni degenti in orari particolari della giornata (durante lavori particolarmente rumorosi e potenzialmente pericolosi).

Risulta migliorata la degenza media in Hospice nel 2025 = 18,9%, in riduzione rispetto al 2024 (22,1%). Anche questo esito è influenzato da un insieme coordinato di interventi da parte dei professionisti del team di cure palliative volti a rendere più tempestivi, integrati ed efficaci i processi clinico-assistenziali.

In particolare, si è provveduto a rafforzare la valutazione multidimensionale precoce, così da definire fin dall'ingresso in Hospice un piano assistenziale personalizzato, orientato agli obiettivi e condiviso con il paziente e la sua famiglia.

È proseguita la presa in carico di pazienti affetti da **patologie non oncologiche** in fase terminale (SLA, demenze, Parkinson, scompenso cardiaco refrattario, insufficienza Renale terminale, Pneumopatie croniche evolutive). Nel 2025 la Rete Locale di Cure Palliative di Imola ha preso in carico un maggiore numero di pazienti con patologia cronico-evolutiva non oncologici a prognosi infausta: 46 pazienti NON oncologici, di cui 11 pazienti seguiti in domiciliare, 13 pazienti in CRA, 6 pazienti seguiti in ambulatorio CP e 16 pazienti in Hospice (Rilevazione dati interna alla RLCP). Nel 2024: 43 pazienti. L'eleggibilità alla presa in carico di pazienti con fase avanzata di malattia non neoplastica è stata valutata tramite strumenti di identificazione dei bisogni di cure palliative riconosciuti a livello di letteratura scientifica internazionale: NECPAL, SPICT, documento SIAARTI (grandi insufficienze d'organo "end stage").

Nel 2025 la Rete Locale di Cure Palliative di Imola ha proseguito la collaborazione operativa, su segnalazione del Geriatra territoriale, per la **presa in carico dei pazienti residenti nelle CRA**: 18 pazienti (13 con

patologia non oncologica, 5 con patologia oncologica), in incremento vs il 2024 (16 pazienti - Rilevazione dati interna alla RLCP). Il riconoscimento appropriato dei bisogni di cure palliative in tale contesto (CRA) ha consentito una corretta gestione del paziente migliorando la qualità assistenziale e favorendo la pianificazione condivisa delle cure anche con il coinvolgimento dei familiari. I benefici delle cure palliative sono stati ottenuti attraverso la corretta gestione dei sintomi, la rimodulazione della terapia farmacologica, una comunicazione adeguata e strutturata sia all'interno dell'equipe che con il paziente e la sua famiglia, una netta riduzione degli accessi impropri in PS. In programma lo sviluppo di verifiche sistematiche dell'attività mediante audit clinico-assistenziali (Fonte dati interna alla RLCP).

Nell'ambito dello sviluppo dell'integrazione ospedale-territorio si sta sviluppando una procedura per delineare un percorso assistenziale che favorisca un appropriato percorso clinico-assistenziale tra il team di cure palliative e la geriatria territoriale per la presa in carico di pazienti degenti in CRA.

Si riporta il monitoraggio dell'indicatore SIVER **(PIAO 2025 2027) UTENTE – Integrazione:**

- **(D30Z)** Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore - NSG (Target: $\geq 60\%$). Risultato atteso aziendale: $\geq$ Anno 2024.

L'indicatore registra nel 2025 un valore aziendale pari a 50,7% vs 46,1% nel 2024 e 49% nel 2023. Il valore medio regionale 2025 risulta pari al 54,4%.

Altri indicatori adeguati ad una valutazione dell'efficacia della presa in carico nella Rete sono riportati nella Circolare RER 9/2018, integrativi della DGR 1770/2016.

Tra questi, nell'ambito della RLCP, l'AUSL di Imola sta monitorando, in collaborazione con il Servizio di Tecnologie informatiche aziendale, il seguente indicatore:

- Pazienti in carico all'UCPD con cure palliative di base o specialistiche anche non oncologici deceduti in ospedale/totale dei pazienti presi in carico all'UCPD. Target $< 20\%$.

Anno 2025. Totale pazienti seguiti dall'UCPD: 164, di cui deceduti in ospedale 24, pari al 15%.

Anno 2024. Totale pazienti seguiti dall'UCPD: 196, di cui deceduti in ospedale 32, pari al 16%.

Nel 2025 sono proseguite le attività all'interno della Rete, finalizzate a:

- Potenziare la cultura delle cure palliative precoci. Lavorare per pianificazione, programmando in modo proattivo le scelte diagnostico-terapeutiche per sostenere i familiari e i curanti nella gestione della terminalità. Prosegue la partecipazione del team di cure palliative ai briefing dell'UOC di Oncologia dell'AUSL di Imola.
- Monitorare e raccogliere i dati in riferimento degli indicatori di attività e performance della Rete con il supporto dell'Unità Operativa Tecnologie Informatiche (UOC TSIR) per la valutazione della qualità assistenziale.
- Potenziare le attività di formazione dei professionisti che lavorano all'interno della Rete o che si interfacciano con la Rete

In continuità con gli anni precedenti è proseguita l'attività formativa rivolta a medici ed infermieri, operanti nella Rete di Cure Palliative, in particolare sono stati attivati i percorsi di formazione per il raggiungimento di conoscenze, competenze ed abilità necessarie allo svolgimento dell'attività professionale.

L'attività formativa è stata estesa anche agli studenti del corso universitario in scienze infermieristiche; è stata, inoltre, potenziata l'offerta formativa ai professionisti che si interfacciano con la RLCP, con riferimento ad un programma educativo/formativo rivolto ai professionisti del Pronto Soccorso dell'AUSL di Imola e ai MMG per fornire le conoscenze e le competenze per integrare i principi delle cure palliative nella gestione dei pazienti in condizioni critiche e/o complesse.

L'obiettivo è stato quello di migliorare la capacità di riconoscere e rispondere ai bisogni fisici, psicologici, sociali e spirituali dei pazienti e delle loro famiglie, anche in situazioni di urgenza/emergenza e ad elevata complessità. La formazione ha combinato elementi teorici e pratici, includendo simulazioni di casi clinici e momenti di riflessione, per promuovere un approccio olistico e umanizzante nella cura di pazienti in fase avanzata di malattia neoplastica e non neoplastica.

Obiettivo: Rafforzamento delle attività di prevenzione e cura nell'ambito della salute della donna, infanzia, adolescenza e percorso nascita

Area Consultorio Familiare

L'Azienda garantisce il percorso di assistenza alla gravidanza, promuovendo l'assistenza fisiologica da parte dell'ostetrica alle gravidanze a basso rischio e predisponendo percorsi integrati per la gestione delle gravidanze che necessitano di più profili assistenziali.

Il **Percorso nascita** è organizzato presso il Consultorio Familiare ed è un'attività complessa che si struttura attraverso percorsi clinici di assistenza ostetrico-ginecologica alla gravidanza e incontri destinati a donne in gravidanza, puerpere e padri. Consta di attività di affiancamento alla perinatalità attraverso un'attenzione sia alla fisiologia del percorso sia al cogliere sin dalla loro prima comparsa, la presenza di eventuali disagi emotivi. Si tratta di un lavoro integrato svolto da ostetriche, ginecologhe e psicologhe che nel rispetto delle loro diverse competenze professionali, accolgono e prendono in carico le situazioni che arrivano al Consultorio, nelle sue quattro sedi territoriali.

Il sostegno offerto a gravide e puerpere è sempre da intendersi come un lavoro di rete sia con l'equipe del Consultorio (GINECLOGHE, OSTETRICHE e PSICOLOGHE) sia attivando la collaborazione di altri eventuali servizi / unità operative (Ostetricia-Ginecologia, ASP, NPia e Pediatria). In merito all'assistenza alla gravidanza da parte dell'ostetrica e della ginecologa, vengono "costruiti" percorsi personalizzati in base al bisogno di intensità di cura che la donna/coppia richiede, individuando il professionista di riferimento (l'ostetrica in caso di bassa intensità di cura, il medico ginecologo in caso di alta intensità di cura). Le attività svolte dal servizio oltre che dirette a singoli si rivolgono anche a gruppi. La promozione della salute diventa quindi un messaggio che si può coltivare anche fra pari se guidati da operatori che facilitano gli incontri.

Gli incontri di gruppo complessivi inerenti al percorso nascita, nell'anno 2025, sono stati 48: 23 corsi per l'accompagnamento alla nascita (5 incontri per corso) e 25 incontri per neo-genitori.

Dai dati aziendali risulta che nel 2025 le **donne in gravidanza** seguite prevalentemente dal Consultorio Familiare sono state 696 su 710 parti presso il Punto Nascita di Imola. Nel 2025 sono state assistite alla gravidanza in Consultorio Familiare 48 donne migranti. Di questo gruppo fanno parte utenti che hanno barriera linguistica, recente immigrazione e scarsa conoscenza dei servizi sanitari.

Il percorso nascita ha previsto le seguenti attività:

- Corsi di accompagnamento al parto. Corsi effettuati nel 2025 sono stati 23 (di cui 4 incontri con l'ostetrica e 1 con la psicologa) e 25 incontri per i neogenitori.
- Somministrazione screening per il rilevamento del disagio emotivo perinatale. L'insorgenza del disagio psichico in gravidanza e dopo il parto è un tema di attenzione per l'equipe del Consultorio. Per favorire il precoce riconoscimento e la presa in carico delle maternità e paternità fragili da parte della rete dei servizi del percorso nascita e delle cure primarie, le Operatrici del Consultorio Familiare dell'AUSL di Imola hanno proseguito le attività iniziate nel 2020 previste dal Progetto Ministeriale "Misure afferenti

alla diagnosi, cura e assistenza della sindrome depressiva post-partum", somministrando uno screening che evidenzia l'insorgere di disturbi emotivi perinatali denominato questionario di Whooley. La somministrazione dei questionari è stata costante in Consultorio e in Ospedale nell'Ambulatorio delle Gravidanze a Termine. Sono stati raccolti 696 questionari (612 nel 2024) in occasione del primo colloquio ostetrico: il 100% delle donne in gravidanza. Anche presso l'Ambulatorio Gravidanze a Termine, tramite lo stesso gestionale del Consultorio, le ostetriche hanno somministrato lo strumento di screening a quasi tutte le gravide. Con l'introduzione del nuovo gestionale sono state caricate sull'applicativo le domande del questionario Whooley ed è stata inserita una check list dettagliata per l'individuazione di fattori di rischio psicosociali per valutare il livello di rischio di disagio emotivo o la sua severità. Tutti i questionari risultati positivi hanno esitato, previo consenso della donna, in una presa incarico da parte della psicologa che in molti casi si è prolungata anche al periodo del dopo parto. L'efficacia dello screening si è dimostrata molto alta.

- Corsi per neo-genitori. Programmazione annuale di incontri rivolti a gruppi di neo-genitori con figli entro il primo anno di vita. Il numero di incontri proposti nel 2025 è stato pari a 25, condotti da figure professionali sanitarie (sanità pubblica, medicina del lavoro, psicologhe del consultorio, pediatri di libera scelta, neuropsichiatria) e del terzo settore (nati per leggere, educatrici dei nidi di infanzia, volontarie).
- Accessi delle ostetriche presso UOC Ostetricia e Ginecologia per raccolta dimessi. L'accesso dell'ostetrica del Consultorio Familiare presso l'ospedale avviene tre volte alla settimana. Nel 2025 sono state registrate 694 puerpere (su 710 donne che hanno partorito) alle quali viene offerto un primo contatto telefonico post dimissione, se accettato l'ostetrica a circa 7-10 gg dal parto contatta la donna per raccogliere eventuali bisogni e se necessario programmare un incontro ambulatoriale o a domicilio. Le donne che non sono state incontrate di persona nel reparto vengono registrate e contattate telefonicamente a circa 7-10 gg dal parto. Il totale dei contatti telefonici nel 2025 è stato di 1.099.
- Visite domiciliari. Da parte dell'Ostetrica nel 2025 sono state 20.
- Telefono "Pronto mamma!". Sostegno telefonico al puerperio e all'allattamento, attivo da lunedì a venerdì nella fascia oraria 8 - 13, si conferma uno strumento utilizzato (n. 250 telefonate nel 2025).
- Tana delle mamme. L'attività denominata "La Tana della Mamme" è uno spazio a libero accesso dedicato alle madri e ai loro bimbi fino ad 1 anno di età. Questo spazio aperto ogni martedì mattina vede la presenza dell'ostetrica che funge da facilitatrice del gruppo di mamme. Questo incontro di gruppo è occasione di confronto e ha l'obiettivo di facilitare la rete di supporto tra pari. Nel 2025 si sono tenuti 47 incontri (vs 49 nel 2024) con una partecipazione media di 11 donne (vs 8 nel 2024) con i loro bambini. Il numero totale di accessi nel 2025 è stato di 520 in aumento rispetto agli anni precedenti (368 nel 2024 e 456 del 2023).

Si riporta di seguito il monitoraggio regionale SIVER (DGR programmazione e finanziamento – Edizione 2026) del nuovo indicatore composito sul Percorso Nascita e il monitoraggio specifico dei 6 indicatori che lo compongono.

- (**IND1140**) Indicatore composito percorso nascita. Valore di riferimento: ≥ 18 .

Nel 2025 l'AUSL di Imola presenta un valore pari a 22 punti vs 23 nel 2024 e 22 nel 2023. Il valore regionale 2025 è pari a 23 punti.

Esiti 2025 disponibili su SIVER in relazione ai singoli indicatori del "Percorso nascita":

- (**IND1118**) % delle gravide prese in carico dal Consultorio Familiare che hanno ricevuto almeno una visita da parte dell'ostetrica. Target: $\geq 40\%$.

Nel 2025 risulta pari a 42,21 vs 39,13% del 2024 e 36,76% del 2023. Il valore medio regionale 2025 è pari a 54,51%.

- (**IND0996**) % travagli assistiti dall'ostetrica sul totale dei travagli. Target: $\geq 34\%$.

L'AUSL di Imola registra un valore 2025 pari a 29,93% vs 35,05% del 2024 e 39,33% del 2023. Nel 2025 il valore medio regionale è pari a 27,45%.

- (**IND0921**) % di parti cesarei nella 1 classe di Robson. Target: $\leq 6\%$.

Il valore 2025 risulta pari a 7,65% vs 5,58% del 2024 e 3,09% del 2023. Il valore medio regionale 2025 è pari a 5,48%.

- (**IND0526**) % std allattamento completo a 3 mesi. Target: $\geq 56\%$.

Nel 2025 si rileva un valore aziendale pari a 62,53% vs 56,10% del 2024 e 55,79% del 2023. Il valore regionale 2025 risulta pari a 58,22%.

- (**IND0527**) % std allattamento completo a 5 mesi. Target: $\geq 47\%$.

Nel 2025, l'AUSL di Imola registra un valore pari a 57,43% vs 50,35% del 2024 e 51,84%. Il valore medio regionale 2025 risulta pari a 52,87%.

- (**IND1119**) % di completamento della FAD allattamento da parte dei professionisti. Target: $\geq 3\%$ nati vivi.

Nel 2025 il completamento della FAD, per l'AUSL di Imola, risulta del 2,9% vs 4,2% nel 2024 e 15,1% nel 2023. Il valore medio regionale 2025 è di 2,7%.

In riferimento agli indicatori SIVER (**PIAO 2025 2027**) **PROCESSI INTERNI - Produzione Territorio**, si riporta il seguente indicatore:

- (**IND0310**) % di donne seguite prevalentemente dal consultorio in gravidanza. Target: $\geq 52\%$ (media 2018). Risultato atteso aziendale: mantenimento std medio aziendale.

Nel 2025, l'AUSL di Imola presenta un valore pari a 68,71% vs 65,70% nel 2024 e 63,12% nel 2023 in costante incremento e miglioramento rispetto al risultato atteso. Il valore medio regionale 2025 risulta pari a 65,23%.

Prosegue l'impegno dell'Azienda nei servizi offerti nell'ambito dello **Spazio Giovani**, un servizio del Consultorio Familiare creato appositamente per le/i ragazze/i dai 14 ai 19 anni.

Lo Spazio Giovani offre consulenza e presa in carico da parte dell'equipe multiprofessionale composta da ostetrica, ginecologico e psicologico ed è aperto, ad accesso libero e gratuito, due pomeriggi alla settimana

nella sede di Imola e un pomeriggio alla settimana nelle sedi di Castel San Pietro Terme e Medicina presso le rispettive Case della Comunità; è possibile comunicare con i professionisti anche attraverso il Web.

L'accesso è diretto, riservato e gratuito. Possono rivolgersi allo Spazio Giovani anche gli adulti del contesto: genitori, PLS, MMG e insegnanti. Lo spazio Giovani si occupa anche di tutela e promozione della salute e si impegna ogni anno a promuovere e realizzare progetti di educazione alle relazioni, all'affettività e sessualità, di prevenzione della violenza di genere e al maltrattamento. I progetti svolti nelle scuole costituiscono un'importante occasione di conoscenza del Servizio da parte dei ragazzi e delle opportunità di aiuto che possono essere loro fornite.

In riferimento agli indicatori SIVER **(PIAO 2025 2027) PROCESSI INTERNI - Produzione Territorio**, si riporta il seguente indicatore:

- **(IND0317)** % utenti degli spazi giovani sulla popolazione target (14-19 anni). Target: $\geq 7\%$. Risultato aziendale 2025 atteso: mantenimento std medio aziendale.

L'indicatore valuta la capacità di attrazione dei servizi consultoriali rivolti agli adolescenti e mostra per l'AUSL di Imola nel 2025 una percentuale pari a 13,3% vs 11,94% nel 2024 e 10,22% nel 2023, nel rispetto del target regionale e del risultato atteso aziendale. Il valore regionale 2025 risulta pari a 10,03%.

Nell'ambito della **salute riproduttiva** l'impegno è stato volto a rafforzare l'accesso alla contraccezione gratuita per le persone fino ai 26 anni di età e di attivare azioni per prevenire le malattie sessualmente trasmesse. Deve inoltre essere garantito il benessere psicologico relazionale degli adolescenti.

Tra gli indicatori **(PIAO 2025 2027) PROCESSI INTERNI - Produzione Prevenzione** si evidenzia un indicatore combinato per valutare più aspetti della assistenza rivolta agli adolescenti e che raggiunge un valore massimo di 15 punti, somma i punteggi di 4 componenti.

- **(IND1126)** % di ragazzi che accedono a Consultori Familiari, Spazi Giovani e Spazi Giovani Adulti per la contraccezione sulla popolazione target (14-26 anni). Target: $\geq 7\%$. Risultato atteso aziendale: $\geq$ Anno 2024.

Nel 2025 risulta per l'AUSL di Imola un valore pari a 10,72% vs 9,89% del 2024. La media regionale 2025 risulta pari a 9,92%.

Gli indicatori di seguito sono monitorati in SIVER (DGR programmazione e finanziamento - Edizione 2026).

- **(IND1129)** Indicatore composito adolescenti/giovani adulti. Target: > 12 punti.

Nel 2025 l'Azienda mostra un punteggio pari a 19, come il punteggio a livello medio regionale.

- **(IND1127)** % di adolescenti/famiglie/coppie che hanno beneficiato di un supporto psicologico all'interno degli Spazi Giovani sulla popolazione target (14-19 anni). Target: $\geq 1,3\%$.

Nel 2025 l'Azienda rileva un 1,72% vs 1,92% del 2024. La media regionale 2025 risulta pari a 1,72%.

- **(IND1128)** % di accessi negli Spazi Giovani per supporto psicologico effettuati da adolescenti/famiglie/coppie negli Spazi Giovani sulla popolazione target (14-19 anni). Target: $\geq 4,6\%$.

L'Azienda registra un 6,93% di accessi vs 8,35% del 2024. La media regionale 2025 risulta pari a 6,93%.

L'apertura degli Spazi Giovani e Spazi Giovani Adulti su 3 territori (Imola, Medicina e Castel San Pietro Terme) permette ad un numero consistente di ragazzi/e di accedere al servizio strutturato ad accesso diretto, riservato e gratuito. L'équipe di Spazio Giovani è costituita da ostetrica, ginecologa e psicologa che insieme collaborano ad una presa in carico personalizzata volta a promuovere o ripristinare il benessere psico fisico degli utenti che accedono al servizio.

L'attività di Spazio Giovani svolta nel 2025 con ragazzi/e dai 14 ai 19 anni e Spazio Giovani Adulti (ragazzi/e dai 20-34 anni), ha registrato 3.656 accessi (nel 2024: 2.783) per offerta del contraccettivo (di cui 966 accessi con formulazione del ginecologo del piano terapeutico o rinnovo del piano stesso).

Contrasto alla violenza

Il Tavolo Tecnico di Contrasto alla violenza, coordinato dal Consultorio Familiare, è una realtà attiva da anni che lavora al contrasto del fenomeno del maltrattamento contro le donne ed i minori.

Nel 2025 le professioniste del Consultorio Familiare e i membri del Tavolo Tecnico hanno proseguito con le attività ordinarie specifiche di ogni servizio finalizzate al disvelamento e presa in carico di donne che subiscono maltrattamenti ed ha anche attuato attività formative su vari livelli.

Si puntualizzano di seguito alcune di queste azioni:

- Tavolo di Contrasto al Maltrattamento. Nel 2025 sono proseguiti i lavori coordinati dal Consultorio Familiare: effettuati 7 incontri che hanno visto coinvolti stabilmente anche la UOC NPJA, oltre che le rappresentanze delle Forze dell'Ordine del nostro territorio (Carabinieri, Polizia di Stato e Polizia Locale), ASP, la Psicologia Ospedaliera, la Pediatria, la Medicina Legale e i due Centri Antiviolenza del territorio (PerLeDonne e Trama di Terre).
- Nel corso dell'anno è stata proposta una formazione sul tema della violenza di genere agli operatori sanitari del pronto Soccorso e alla CRI. È iniziato un progetto che prevede una formazione presso alcune aziende del territorio al fine di sensibilizzare i lavoratori e le lavoratrici e presentare loro la rete dei servizi presenti sul territorio. È inoltre proseguita una stretta collaborazione con i due Centri Antiviolenza.
- Attività di prevenzione della Violenza di Genere nelle scuole: interventi presso alcuni Istituti secondari di secondo grado con 13 gruppi classe per l'approfondimento dei temi relativi al contrasto della violenza di genere, coinvolgendo ragazzi ed insegnanti.
- Conduzione di due incontri rivolti al Corso universitario per Infermieri da psicologhe del Consultorio sui temi del riconoscimento precoce del maltrattamento e la conoscenza della rete dei servizi per l'invio e la presa in carico delle donne vittime di violenza.
- Presa in carico psicologica e psicoterapeutica di donne che subiscono violenza oltre che degli uomini autori di maltrattamenti che si sono rivolti al Consultorio Familiare o che sono stati inviati da altri servizi del territorio.

L'equipe Migranti e Vulnerabilità, coordinata dal Consultorio Familiare dell'AUSL di Imola, è un'equipe multidisciplinare costituita da operatori di diversi servizi: sanitari, sociali e del terzo settore con l'obiettivo di sviluppare percorsi di presa in carico sanitaria dei migranti provenienti dai Centri di Accoglienza Straordinaria (CAS) oltre ad implementare ed utilizzare compilandola la cartella regionale migranti.

Nel corso del 2025, l'equipe si è riunita in 6 occasioni (15/01; 11/03; 6/05; 24/06; 16/09; 18/11) per garantire la corretta segnalazione di nuovi casi da prendere in carico, su invio da parte dei Centri di Accoglienza Straordinaria (CAS) e Sistema di Accoglienza e Integrazione (SAI) del territorio, tramite Scheda di Segnalazione che contiene i campi necessari al passaggio di informazioni relative la persona migrante e utili ai servizi socio sanitari per una corretta presa in carico. La scheda è stata condivisa con gli Enti gestori, così come si è concordata la modalità di invio. A tale scopo è stato creato apposito indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) atto a ricevere le segnalazioni di cui sopra.

Il Consultorio coordina il Gruppo Migranti e Vulnerabilità dal quale discende la costituzione e apertura di un **Ambulatorio "Spazio Migranti"** presso la Casa della Comunità di Imola che eroga servizi sanitari in favore dei migranti, per implementare le attività previste dalle delibere regionali n. 1304/2022 e n. 2313/2022 in ottemperanza alle nuove progettualità sulla salute dei migranti forzati (progetto PERSONE) e per ottimizzare i percorsi di accesso e di presa in carico di vulnerabilità sanitarie.

L'equipe migranti e vulnerabilità ha un ruolo di governance multilivello, snodo attraverso il quale si articolano le azioni di *referral* con il capofila del progetto, la Regione Emilia-Romagna e le attività di ingaggio degli stakeholder primari (interni all'Azienda) e secondari (esterni: ASP, Terzo Settore, etc.) nell'organizzazione delle azioni progettuali. Nel 2025 l'equipe ha svolto un'attività di rilevazione dei bisogni di salute della popolazione migrante presente sul Nuovo Circondario Imolese, grazie alla collaborazione degli stakeholder esterni, esitati in quattro laboratori tematici in ottica di promozione della salute.

In particolare, si sono trattati i seguenti argomenti: orientamento ai Servizi del Sistema Sanitario Nazionale per facilitare accesso e fruibilità ai cittadini di paesi terzi e in uscita dai progetti Centri di Accoglienza Straordinaria (CAS) e Sistema di Accoglienza e Integrazione (SAI); salute sessuale femminile e maschile, salute e tutela dei minori; igiene alimentare: in ottica di prevenzione delle malattie croniche, sani stili di vita e anche buone pratiche nella conservazione dei cibi.

I laboratori hanno avuto una partecipazione variabile in base alla tematica e all'orario disponibile (molti cittadini di paesi terzi sono lavoratori) con riscontri molto positivi da parte dei partecipanti. Sempre nel 2025 gli operatori dedicati al progetto hanno potuto usufruire della formazione promossa dalla RER sui temi della Salute mentale dei migranti e dei Minori Stranieri non accompagnati (MSNA).

Grazie al progetto FAMI pERsone a finanziamento europeo, avviato nel 2024, si sono potute implementare le attività sopra esposte a supporto della popolazione con background migratorio e creare un ambulatorio denominato "Spazio Migranti" a marzo 2025. L'ambulatorio provvede a compilare e/o aggiornare lo strumento denominato "cartella migranti": applicativo – fruibile tramite il progetto SOLE – che permette di gestire i dati degli stranieri temporaneamente presenti che accedono alle strutture sanitarie sul territorio della Regione Emilia-Romagna.

È stata inoltre predisposta una istruzione operativa che descrive l'attività clinica e di prevenzione svolta nell'ambulatorio Spazio Migranti. Tale Spazio è gestito da un medico di medicina generale, una psicologa – dipendente dell'AUSL di Imola presso il Consultorio Familiare - e una facilitatrice del Terzo Settore, con formazione antropologica, messa a disposizione grazie al finanziamento FAMI pERsone. Il lavoro ambulatoriale nel 2025 è stato molto intenso, tanto da non riuscire a rispondere nel breve tempo alle plurime richieste pervenute.

Monitoraggio SIVER "DGR programmazione e finanziamento - Edizione 2026":

- (**IND1077**) % Screening sanitario all'arrivo da parte delle Equipe Multidisciplinari rispetto ai primi accessi. Target: 100%.

L'Azienda nel 2025 ha utilizzato la cartella per i primi accessi nel 100% dei casi.

Nell'ambito della sezione (**PIAO 2025 2027**) **Dimensione Utente - Integrazione** sono inoltre presenti i seguenti indicatori.

I primi tre rilevano la frequenza con cui viene utilizzato il ricovero ordinario per alcune selezionate patologie croniche. Gli esiti possono essere considerati dei proxy sul grado di accessibilità e funzionalità dei servizi della medicina territoriale. Dove il tasso di ospedalizzazione per tali patologie è più alto si ritiene che vi sia meno garanzia che il livello di assistenza sia adeguatamente erogato.

- (**D03C**) Tasso di ospedalizzazione std (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco – NSG. Target: ≤ 245 . Risultato aziendale atteso 2025: Mantenimento std medio aziendale.

L'Azienda nel 2025 registra un tasso pari a 169,26 vs 222,34 del 2024 e 228,38 del 2023. Il tasso regionale 2025 risulta pari a 226,87.

- (**D04C**) Tasso di ospedalizzazione std (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite – NSG. Target: ≤ 56 . Risultato aziendale atteso 2025: $\leq$ Anno 2024.

L'AUSL di Imola nel 2025 registra un tasso std pari a 58,53 vs 98,74 del 2024 e il 111,76 del 2023. Il tasso regionale 2025 risulta pari a 57,77.

Anche l'esito dell'indicatore che segue, sulla inappropriatezza dell'utilizzo del Pronto Soccorso, può essere considerato un proxy sulle difficoltà ad accedere ai servizi della medicina territoriale. Quando la quota di accessi di PS con codice verde/bianco è più elevata vi è probabilmente meno garanzia che il livello di assistenza sia adeguatamente erogato.

- (**D05C**) Tasso std di accesso in PS nei giorni feriali dalle 8 alle 20 con codice bianco/verde per 1.000 abitanti - Indicatore NSG. Risultato aziendale atteso 2025: $\leq$ Anno 2024.

L'AUSL di Imola rileva un tasso pari a 61,71 vs 67,17 del 2024 e 69,18 del 2023. Il valore medio regionale 2025 è pari a 63,24.

Inoltre, è presente l'Indicatore relativo alle IVG farmacologiche:

- (**IND0908**) % IVG farmacologiche erogate a livello ambulatoriale sul totale delle IVG farmacologiche.

Target: $\geq 25\%$. Risultato aziendale atteso 2025: $\geq$ Standard regionale.

L'AUSL di Imola rileva nel 2025 un valore pari a 0% posto che l'erogazione di tale prestazione viene garantita, allo stato attuale, in regime di Day Hospital, ferma restando la valutazione organizzativa volta all'erogazione a livello ambulatoriale.

Obiettivo: Innovazione in ambito salute mentale, dipendenze patologiche, neuropsichiatria infanzia e adolescenza

L'area della Salute Mentale è stata interessata, negli ultimi anni, dalla progressiva attuazione di nuovi assetti organizzativo – funzionali dei servizi territoriali e ospedalieri sulla base della complessità assistenziale e dei relativi livelli di intensità di cura e allo sviluppo di innovativi assetti di cura sul territorio. Questo livello di assistenza si caratterizza per la centralità del territorio quale luogo di cura, adottando la metodologia della Salute Mentale di Comunità i cui obiettivi sono rivolti a:

- Mantenere ed implementare l'area della prevenzione attraverso attività sul territorio, nei luoghi di vita, nella comunità.
- Mantenere la centralità della persona che si rivolge ai servizi, cittadino portatore di diritti, valorizzandone i saperi e focalizzando l'intervento sugli aspetti relazionali.
- Favorire la partecipazione attiva e organizzata degli utenti e delle loro famiglie.
- Mantenere l'appropriatezza dei percorsi terapeutico-riabilitativi attraverso la ricerca continua e negoziata con utenti e familiari dell'equilibrio tra massima personalizzazione ed applicazione delle metodiche per le quali esistono evidenze scientifiche, in una ottica di appropriatezza, trasparenza e condivisione, favorendo l'umanizzazione della cura.
- Implementare lo sviluppo in rete di NPJA, Dipendenze Patologiche, Centro di Salute Mentale e Area Degenze attraverso l'applicazione dei percorsi regionali rivolti a Disturbi del Comportamento Alimentare, Disturbi Gravi di Personalità, Esordi Psicotici, Disturbi dello Spettro autistico, appropriatezza delle cure farmacologiche, applicazione del Budget di Salute, in accordo con le linee di indirizzo e raccomandazioni nazionali, regionali e aziendali.
- Sviluppare l'integrazione progettuale e organizzativa di natura sanitaria e sociale all'interno del Dipartimento e con i Dipartimenti dell'Azienda, con i Pediatri di libera scelta, i Medici di Medicina Generale e con i soggetti esterni coinvolti: Enti locali, Associazioni, Terzo Settore.
- Proseguire lo sviluppo dell'area Degenza in un'ottica di appropriatezza dei trattamenti, contrasto alla contenzione meccanica e farmacologica e continuità con il CSM e il territorio, rafforzando il modello di lavoro in equipe multiprofessionale e multidisciplinare, sviluppando spazi per l'ascolto individuale e attività gruppal secondo il modello cognitivo comportamentale.
- Garantire il flusso nazionale e regionale SISM al fine di mantenere ed implementare le attività di monitoraggio almeno trimestrale di indicatori e standard di prodotto locali e regionali (rilevati e diffusi tramite la piattaforma SIVER) a garanzia della qualità della assistenza erogata.

La valenza territoriale del luogo di cura caratterizza i percorsi di presa in carico valorizzando la co-progettazione con gli utenti e la partecipazione di tutte le risorse della Comunità nelle diverse forme attraverso il coinvolgimento degli attori locali (pazienti, caregiver, organizzazioni del terzo settore, associazioni ...).

I trattamenti in **strutture residenziali** rappresentano una componente dell'intervento assistenziale nei confronti delle persone in cura presso i Servizi del Dipartimento di Salute mentale e Dipendenze patologiche. Con riferimento all'attività di rivalutazione dei percorsi residenziali ed al miglioramento dell'efficacia dei programmi riabilitativi, l'Azienda ha attuato nell'ambito della psichiatria adulti uno specifico livello denominato "Equipe Residenze" che svolge una funzione di presa in cura diretta o di consulenza, per gli utenti nelle Residenze sociosanitarie, e di collegamento e collaborazione con le equipe delle Residenze Sanitarie Accreditate che dispongono di uno psichiatra dipendente dalla cooperativa.

Tale metodologia, co-progettata e co-costruita con il Terzo Settore fin dai percorsi di superamento degli Ospedali Psichiatrici, prevede la presenza di Percorsi Terapeutici Riabilitativi Individuali scritti, firmati da tutti gli operatori coinvolti e dall'utente insieme alla famiglia o alle persone significative.

Tale percorso, in Azienda, è stato intrapreso a partire dal 2023 con l'avvio di una riorganizzazione, in termini di gestione ed utilizzo dell'offerta complessiva della rete delle residenzialità psichiatriche, in coerenza con il fabbisogno di percorsi residenziali della comunità di riferimento, che ha portato alla rimodulazione dell'offerta territoriale con il superamento della RTI a gestione diretta e l'avvio della Residenza per Trattamenti Riabilitativi biopsicosociali a medio termine a carattere estensivo con modulo Intensivo (RTR) "Franco Basaglia", composta da due posti di RTR estensiva e da un modulo sperimentale di 12 posti di RTR intensiva e gestita dal privato sociale.

Nell'ambito della residenzialità, pertanto, è stata posta attenzione non solo ai bisogni di cura e riabilitazione, ma anche a quelli abitativi, lavorativi e di socialità all'interno della comunità di appartenenza, tramite strategie ed interventi dettagliati nel documento "Linee programmatiche sulla residenzialità dei Servizi di Salute mentale adulti, Dipendenze patologiche e Neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza della Regione Emilia-Romagna". Si è ritenuto necessario innovare l'attuale approccio alla residenzialità, ripensandola complessivamente in un'ottica di salute mentale di comunità, incrementando esperienze innovative che favoriscano una sempre maggiore inclusione sociale, coinvolgendo maggiormente la comunità ed il territorio, gli Enti locali, gli Enti del Terzo settore, le persone stesse e le loro famiglie.

Tale percorso, a cominciare dal rispetto dei tempi di permanenza in strutture residenziali che sottendono anche all'individuazione di servizi innovativi socio-sanitari e di comunità, si pone l'obiettivo di rendere più efficiente ed efficace l'utilizzo del sistema di cura delle strutture residenziali per la Salute mentale adulti, Dipendenze patologiche e NPIA, sia dei Servizi pubblici sia dei Servizi privati.

Nell'ambito della programmazione aziendale si collocano, inoltre, la progressiva realizzazione di integrazioni funzionali ed afferenze nelle Case della Comunità, in collaborazione con la Medicina Convenzionata, l'Azienda ai Servizi alla persona e le Associazioni presenti attraverso l'implementazione delle attività ambulatoriali e le azioni di supporto e facilitazione alle attività di cura del territorio ed auto-mutuo-aiuto.

Le attività di tutte le Unità operative del Dipartimento di salute Mentale e Dipendenze Patologiche, alla luce delle direttrici di intervento, proseguono la rimodulazione degli interventi con metodologie che favoriscono la permanenza a domicilio, mediante l'utilizzo del **Budget di Salute** e le attività di prossimità, nell'ambito della Psichiatria Adulti, della Neuropsichiatria Infantile e nelle Dipendenze Patologiche.

L'Azienda ha mantenuto l'impegno all'attuazione del Programma Regionale Integrato per l'assistenza territoriale alle persone con Disturbo dello Spettro Autistico, minori e adulti, ai sensi della DGR 212/2016 (PRIA), nonché a proseguire l'applicazione del Progetto regionale "Adolescenza", di cui alla DGR 590/2013 e alle raccomandazioni regionali "Percorsi di cura di Salute mentale per gli adolescenti e i giovani adulti".

Di seguito gli indicatori monitorati su SIVER **(PIAO 2025 2027) UTENTE – Integrazione** a rappresentazione dell'attività di ricovero in psichiatria. Tali indicatori rappresentano una proxy dell'efficacia degli interventi di presa in carico territoriale dei pazienti con patologie psichiatriche.

- **(D27C)** % di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche – NSG. Target: $\leq 6,9\%$. Risultato atteso aziendale 2025: $\leq$ Anno 2024.

L'AUSL di Imola rileva nel 2025 un valore pari a 8,61% vs 9,16% del 2024 e 7,17% del 2023. Il valore regionale medio 2025 risulta pari a 6,24%. Il trend è in miglioramento, anche se non ancora allineato alla media regionale.

- **(D29C)** Tasso di ospedalizzazione di minori con diagnosi principale connessa con i problemi psichiatrici in rapporto alla popolazione di minori residenti per 100.000 abitanti - NSG. Risultato atteso aziendale 2025: $\leq$ Anno 2024.

Nel 2025 si rileva un tasso pari a 65,57 vs 134,27 nel 2024 e 87,87 nel 2023. Il tasso medio regionale risulta nel 2025 pari a 142,58.

- **(IND0960)** Tasso std di ospedalizzazione per TSO x 100.000 residenti maggiorenni. Risultato atteso aziendale 2025: $\leq$ Anno 2024.

Nel 2025 si rileva un tasso pari a 28,13 vs 30,21 del 2023 e 14,68 del 2022. Il tasso medio regionale 2024 risulta pari a 24,55.

Il sistema informativo SIVER **(PIAO 2025 2027)** monitora i seguenti indicatori nell'ambito dei **PROCESSI INTERNI - Produzione Territorio**:

- **(IND0953)** Tasso std di prevalenza x 1.000 residenti nei servizi Salute Mentale Adulti. Risultato atteso aziendale 2025: mantenimento std medio aziendale.

Nel 2025 si rileva un tasso pari a 24,64 vs 24 nel 2024 e 23,05 del 2023. Il Tasso medio regionale 2025 risulta di 22,05.

- **(IND0225)** Tasso std di prevalenza x 1.000 residenti nei servizi Neuropsichiatria Infantile. Risultato atteso aziendale 2025: mantenimento std medio aziendale.

Il dato 2025 risulta pari a 84,32 vs 71,61 del 2024 e 62,28 del 2023. Il tasso medio regionale 2025 risulta pari a 94,08.

- **(IND0226)** Tasso std di prevalenza x 1.000 residenti nei servizi Dipendenze Patologiche. Risultato atteso aziendale 2025: mantenimento std medio aziendale.

Nel 2025 risulta pari a 9,02 vs 8,49 del 2024 e 8,18 del 2023. Il tasso medio regionale 2025 risulta pari a 9,48.

Obiettivo: Ambito socio-sanitario

Consolidamento dei punti unici di accesso PUA

Sul territorio aziendale sono attivi i PUA presso ciascuna le Case della Comunità HUB di Imola e Castel San Pietro e presso le Case della Comunità Spoke di Medicina e Vallata del Santerno.

Nel 2024 è stata data attuazione al documento per l'implementazione del modello organizzativo del Punto Unico di Accesso (PUA) nelle quattro Case della Comunità del Nuovo Circondario Imolese, elaborato da un gruppo di lavoro integrato composto da AUSL, Azienda Servizi alla Persona (ASP) e Ufficio di Piano (UDP) in attuazione della Deliberazione del Comitato di Distretto n. 1/2024 e dell'Accordo di programma distrettuale per l'avvio dei PUA previsto dalla programmazione del Fondo Nazionale per le Non autosufficienze (FNA).

Il PUA di ciascuna CdC è una struttura facilmente riconoscibile e raggiungibile per l'accesso, l'accoglienza e l'orientamento dell'assistito. Rappresenta il luogo in cui il SSN si coordina e si integra con il sistema dei servizi sociali, adottando una modalità organizzativa multiprofessionale per l'orientamento e l'accoglienza sociale e sociosanitaria. Con l'attivazione del quarto PUA a livello aziendale, presso l'area accoglienza della Casa della Comunità di Imola (HUB), si completa la presenza del PUA nelle quattro Case della Comunità presenti sul territorio aziendale (Castel San Pietro, Medicina, Imola e Vallata).

In condivisione con l'Azienda Servizi alla Persona (ASP), l'Azienda ha inoltre garantito la presenza specialistica della Geriatria ospedaliera-territoriale nei rapporti con le Casa Residenza Anziani (CRA) e nell'Ospedale di Comunità (OS.CO), oltre alle consolidate funzioni di Assistenza Domiciliare, Ospedale di Comunità, Rete Cure Palliative – Hospice.

Le modalità organizzative ed operative per l'avvio dei PUA e i relativi orari di apertura sono stati definiti da AUSL e ASP con il documento "Punto Unico di Accesso (PUA) - Implementazione del modello organizzativo nel territorio dell'Azienda USL di Imola" diffuso con prot. 24611 del 25/07/2024.

Partecipazione alla programmazione e realizzazione degli interventi a favore dei caregiver familiari di persone non autosufficienti

L'Azienda in collaborazione con il Nuovo Circondario Imolese ed ASP ha già avviato da tempo un programma territoriale in particolare a favore dei caregiver familiari di persone non autosufficienti in attuazione della LR 2/2014, come modificata dalla nuova legge 5/2024. Sono garantite in collaborazione con i servizi sociali attività di accoglienza e orientamento sui servizi e le opportunità presenti a favore dei caregiver.

Si prevede che tutti i Punti Unici di Accesso presenti presso le Case di Comunità, in particolare presso le Case di Comunità Hub di Imola e Castel San Pietro, svolgeranno la funzione di Sportello Caregiver quale principale punto di riferimento, al fine di garantire la piena operatività della procedura di riconoscimento del caregiver già in fase di accesso, operando in rete con gli altri servizi sociali e sanitari, con gli Sportelli sociali, favorendo l'utilizzo delle schede e degli strumenti previsti a livello regionale.

L'Azienda ha partecipato alla programmazione territoriale integrata per il riconoscimento e il **sostegno al caregiver familiare** (LR 2/2014) nel sistema dei Servizi sociali, socio-sanitari e sanitari e per l'utilizzo delle risorse del "Fondo nazionale per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare",

applicando in modo omogeneo le indicazioni operative e fornendo un'attenzione particolare all'individuazione di soluzioni innovative, flessibili e personalizzate, favorendo l'utilizzo delle schede e degli strumenti diffusi con determinazione n. 15465/2020, per la relativa rendicontazione sull'utilizzo del fondo nazionale caregiver, in collaborazione con gli Enti locali.

Dal 2023 è stata adottata una procedura operativa integrata con ASP relativa al riconoscimento del caregiver (Procedura in doc web AUSL di Imola - Riconoscimento del Caregiver doc. Nr. 7089 - versione 1 del 10/01/2024) che prevede l'adozione degli strumenti di riconoscimento del caregiver familiare con valutazione dei bisogni all'interno dei PAI degli interventi finanziati dai fondi caregiver nel 100% dei progetti attivati. Anche nel 2025 è stata garantita la rendicontazione delle attività svolte sostenute dai fondi caregiver da parte dei referenti aziendali e Servizi di Contabilità (DGR 237/2023 e DGR 982/2022).

Nell'ambito dello sviluppo di progetti a bassa soglia per persone con demenza e loro caregiver in connessione con associazioni ed enti locali, nel 2025, il **Centro Disturbi Cognitivi** e Demenze aziendale ha collaborato con l'Associazione Alzheimer Imola per l'invio delle persone con demenza ai centri Caffè Alzheimer. Attualmente sono attivi 5 gruppi: 3 Caffè Alzheimer a Imola (progetto "Chiacchiere al Caffè a Imola" il mercoledì pomeriggio, "Allegramente Insieme" il lunedì pomeriggio e il "Caffè degli Orti" presso il Circolo Sociale Orti il giovedì), uno a Castel S. Pietro Terme ("Quelli che aspettano il caffè") e uno a Casalfiumanese ("Il Caffè della Vallata").

Rafforzamento e qualificazione dell'offerta residenziale di lungo assistenza

Con la DGR 1045 del 30/6/2025 la Regione ha effettuato il riparto delle FRNA 2025 prevedendo un incremento delle risorse rispetto al 2024 e negli anni successivi. In particolare, è previsto che le risorse aggiuntive FRNA siano destinate ai seguenti ambiti di intervento:

- a) adeguamento delle tariffe dei servizi sociosanitari accreditati secondo quanto definito con specifica deliberazione e dei servizi - in particolare rivolti agli utenti con disabilità di cui alla DGR 1230/2008 - che, anche se non rientranti nell'ambito dell'accreditamento, sono regolati da accordi/convenzioni con le Aziende AUSL/Comuni;
- b) sviluppo dei servizi definito nell'ambito della programmazione distrettuale triennale che tenga conto delle seguenti priorità:
 - aumento dei posti accreditati e contrattualizzati dei servizi CRA con sviluppo a tendere nel triennio 2025/2026/2027 verso il parametro del 3% di posti CRA sulla popolazione => 75 anni (DGR 509/2007), favorendo una maggiore omogeneità tra gli ambiti distrettuali delle AUSL;
 - ampliamento dell'erogazione di ore di servizio accreditato di assistenza domiciliare per le persone non autosufficienti, con particolare attenzione ai programmi integrati di dimissioni protette al domicilio;
 - sviluppo dei servizi per disabili in base alle necessità e priorità rilevate nell'ambito distrettuale.

Gli uffici regionali competenti hanno provveduto, previe indicazioni specifiche agli ambiti distrettuali, al monitoraggio di attività e servizi erogati nel 2025 per verificare l'aumento dell'offerta dei servizi sopracitati in ogni ambito distrettuale, compresa la verifica della definizione ed operatività di un programma integrato di dimissioni protette per le persone non autosufficienti al domicilio in tutti gli ambiti distrettuali.

Utilizzando le risorse aggiuntive, l'AUSL di Imola collabora con il Nuovo Circondario Imolese per assicurare l'applicazione sia degli adeguamenti contrattuali già previsti per i servizi accreditati a livello regionale (DGR 1111/2025), sia degli adeguamenti contrattuali per i servizi non accreditati che sono stati definiti per l'area metropolitana di Bologna con uno specifico accordo approvato nella CTSS di Bologna.

Per quanto riguarda invece la programmazione della rete delle strutture socio-sanitarie, ad autunno 2024 in preparazione dell'accreditamento socio-sanitario è stato elaborato ed approvato in Comitato di distretto un documento di programmazione della rete dei servizi, nel quale si evidenzia che la dotazione di posti accreditati in CRA è pari al 2,9% quindi vicina allo standard di programmazione regionale e sono già state condivise linee di sviluppo della rete che potranno essere aggiornate alla luce delle risorse disponibili.

L'Azienda ha assicurato il governo delle prestazioni sanitarie erogate nell'ambito dei servizi accreditati, garantendo in particolare tramite la UO di Geriatria territoriale attività di supporto e consulenza alla rete delle CRA e funzione di raccordo e coordinamento rivolta ai Coordinatori delle CRA.

L'AUSL di Imola collabora con il Nuovo Circondario Imolese e ASP, in qualità di Soggetti committenti per assicurare la piena attivazione e la messa a disposizione di quanto previsto negli accordi contrattuali con i gestori sociosanitari accreditati.

L'AUSL di Imola ha garantito il monitoraggio dell'indicatore **(PIAO 2025 2027) UTENTE - Integrazione**, previsto dal Nuovo Sistema di Garanzia, che fornisce informazioni sull'offerta di strutture residenziali/semiresidenziali extraospedaliere in relazione al fabbisogno potenziale.

- **(D33ZA)** N. di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente - Target: $\geq 30\%$. Risultato atteso aziendale 2025: mantenimento std medio aziendale.

Nel 2025 il valore aziendale risulta pari a 35,66% vs 36,57% del 2024 e 39,24% nel 2023, esprimendo una tendenza al mantenimento. Il valore medio regionale 2025 risulta pari a 38,68%.

- **(IND0866)** Tasso di dimissione protette in pazienti ≥ 65 anni. Risultato atteso aziendale 2025: mantenimento std medio aziendale.

Nel 2025 il tasso di dimissione aziendale è pari a 40,75 vs 46,73 del 2024 e 50,61 del 2023. Il tasso di dimensione regionale è pari a 29,39.

L'Azienda opera a livello territoriale mediante una articolazione di **45 strutture a gestione diretta** e **43 strutture convenzionate accreditate** per un **totale di 88 strutture**. Nel territorio non sono presenti strutture di riabilitazione ex art. 26 L. 833/1978.

Nelle tabelle che seguono vengono riportati i dati, al 31/12/2025, relativi alle strutture a gestione diretta e convenzionate, in base alla tipologia e al tipo di assistenza erogata che risultano coerenti con quelli desumibili dai modelli ministeriali STS 11.

Strutture a gestione diretta

TIPO STRUTTURA	Attività clinica	Diagnostica strumentale e per immagini	Attività di laboratorio	Attività consultorio familiare	Assistenza psichiatrica	Assistenza dipendenze patologiche	Assistenza ai malati terminali	Vaccinazioni per emergenze pandemiche	Prescrizione farmaci nota AIFA 99	Assistenza neuropsichiatrica	Attività Centrale Operativa Territoriale	Attività Ospedale di Comunità
ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE		4	3	12	5	1		2		4	1	
AMBULATORIO E LABORATORIO *	12	4	4						2			
CASA DELLA COMUNITÀ **	4	4	4	4	4	1		2	1	4		
STRUTTURA RESIDENZIALE							1					1
STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE					1	1						
TOTALE	16	12	11	16	10	3	1	4	3	8	1	1

* AMB E LAB: compreso 1 ambulatorio Montecatone (per attività clinica e diagnostica per immagini).

** Le tipologie assistenza delle Case della Comunità sono presenti anche in ciascuna tipologia di struttura in esse operanti. Nel 2025 si aggiunge la nuova Casa della Comunità di Imola.

Strutture convenzionate a gestione indiretta

TIPO STRUTTURA	Attività clinica	Diagnostica strumentale per immagini	Assistenza psichiatrica	Assistenza tossicodipendenti	Assistenza idrotermale	Assistenza anziani **	Assistenza disabili fisici *
ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE					1		
AMBULATORIO E LABORATORIO	7	4					
STRUTTURA RESIDENZIALE			7	3		10	3
STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE			1			3	6
TOTALE	7	4	8	3	1	13	9

* Strutture comprendenti anche disabili psichici.

** Solo Strutture accreditate.

Assistenza psichiatrica, cure palliative e OSCO

Le tabelle che seguono riassumono le strutture (residenziali e semiresidenziali) per Posti Letto e tipologia di assistenza, in coerenza con quelli riportati nel Modello ministeriali STS 24.

Complessivamente le **strutture residenziali a gestione diretta** risultano avere una dotazione pari a 124 PL: 91 riservati all'erogazione di assistenza psichiatrica, 21 dedicati all'attività di OSCO e 12 al Centro Residenziale Cure Palliative – Hospice di Castel San Pietro Terme.

STRUTTURE RESIDENZIALI A GESTIONE DIRETTA	TIPOLOGIA ASSISTENZA	POSTI 31/12/2025
Ospedale di Comunità	Attività di Ospedale di Comunità	21
Centro Residenziale Cure Palliative - Hospice CSPT	Attività Hospice - Cure Palliative	12
STRUTTURE RESIDENZIALI A GEST. INDIRETTA CONVENZ. AUSL IMOLA	TIPOLOGIA ASSISTENZA	POSTI 31/12/2025 CONVENZIONATI
Residenza RTR-E F. Basaglia con modulo RTR-I (Accreditata)	Assistenza Psichiatrica	14
Residenza Psichiatrica La Pascola (Accreditata)	Assistenza Psichiatrica	15
Residenza Psichiatrica Ca' del Vento	Assistenza Psichiatrica	15
Residenza Psichiatrica Albatros	Assistenza Psichiatrica	14
Comunità Alloggio Pampera	Assistenza Psichiatrica	8
Comunità Alloggio per la S.M. La Soffitta	Assistenza Psichiatrica	11
Comunità Alloggio Via Sangiorgi	Assistenza Psichiatrica	14
Totale Assistenza Psichiatrica		91

Le **strutture semiresidenziali a gestione diretta** che erogano assistenza psichiatrica risultano dotate di **6 posti** di Day Hospital Territoriale e **15 posti** del Centro Diurno per tossicodipendenti.

Si rilevano, inoltre, **20 posti semiresidenziali a gestione indiretta** presso una Comunità diurna per l'assistenza psichiatrica, convenzionata con l'AUSL di Imola.

STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI A GESTIONE DIRETTA	TIPOLOGIA ASSISTENZA	POSTI 31/12/2025
Day Hospital Territoriale	Assistenza Psichiatrica	6
Centro Diurno Arcobaleno - SERT	Assistenza per tossicodipendenti	15 (*)
STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI A GEST. INDIRETTA CONVENZ. AUSL IMOLA	TIPOLOGIA ASSISTENZA	POSTI 31/12/2025 CONVENZIONATI
Comunità Diurna per la S.M. Franca Ongaro Basaglia	Assistenza Psichiatrica	20

(*) posti che non compaiono nei flussi ministeriali NSIS. Fonte: Flussi NSIS 2025. Fonte: STS.24 - attività residenze/semiresidenziale rif. psichiatria (compresi disabili psichici), Hospice e SERT.

Assistenza anziani

In tabella sono rappresentate le **strutture residenziali e semiresidenziali** con i Posti autorizzati al 31/12/2025, che erogano assistenza agli anziani (**PL 575 residenziali e posti 52 semiresidenziali**), con evidenza dei posti convenzionati accreditati (**PL 520 residenziali e posti 52 semiresidenziali**).

Le strutture convenzionate sotto riportate risultano regolarmente accreditate dalla Regione.

STRUTTURE RESIDENZIALI ASSISTENZA ANZIANI	POSTI AUTORIZZATI 31/12/2025	DI CUI CONVENZIONATI ACCREDITATI IMOLA
CASA RESIDENZA ANZIANI MEDICINA ASP	59	58
CASA RESIDENZA ANZIANI C.TOZZOLI IMOLA	44	44
CASA RESIDENZA ANZIANI LA COCCINELLA CSPT	82	82
CASA RESIDENZA ANZIANI TOSCHI DOZZA	25	16
CASA RESIDENZA ANZIANI S. MARIA TOSSIGNANO	43	43
CASA RESIDENZA ANZIANI IMOLA	144	131
CASA RESIDENZA ANZIANI VILLA ARMONIA IMOLA	38	27
CASA RESIDENZA ANZIANI MEDICINA CIDAS	40	19
CASA RESIDENZA ANZIANI FIORELLA BARONCINI IMOLA	70	70
CASA RESIDENZA ANZIANI ANTONIO ABATE FONTANELICE	30	30
TOTALE Posti	575	520

STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI ASSISTENZA ANZIANI	POSTI AUTORIZZATI 31/12/2025	DI CUI CONVENZIONATI ACCREDITATI
CENTRO DIURNO PER ANZIANI CSPT	16	16
CENTRO RESID. PER ANZIANI VITA INSIEME MEDICINA	16	16
CENTRO DIURNO ANZIANI C. TOZZOLI IMOLA	20	20
TOTALE Posti	52	52

Assistenza disabili

Nelle tabelle sono rappresentate le **strutture residenziali e semiresidenziali** con i Posti Accreditati o Convenzionati autorizzati al 31/12/2025, che erogano assistenza ai disabili (**30 posti residenziali e 97 posti semiresidenziali**). Fonte RER da flusso STS.24.

STRUTTURE RESIDENZIALI ASSISTENZA DISABILI	POSTI 31/12/2025 ACCREDITATI O CONVENZIONATI
CENTRO DON LEO COMMISSARI (Accreditato)	15
GRUPPO APPARTAMENTO IL SOGNO	6
GRUPPO APPARTAMENTO DOPO DI NOI	6
GRUPPO APPARTAMENTO DI SOLLIEVO	3
TOTALE Posti	30

STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI ASSISTENZA DISABILI	POSTI 31/12/2025 ACCREDITATI O CONVENZIONATI
CENTRO DIURNO CASA AZZURRA (Accreditato)	22
CENTRO DIURNO ALI BLU (Accreditato)	9
LABORATORIO PROTETTO ZABINA	20
LABORATORIO PROTETTO GIOVANI RILEGATORI	8
CENTRO OCCUPAZIONALE LA TARTARUGA	30
CENTRO SOCIO-OCCUPAZIONALE GIRASOLE	8
TOTALE Posti	97

Governo della rete dei servizi socio-sanitari per persone con disabilità

L'AUSL di Imola partecipa alla programmazione delle risorse regionali e nazionali relative alla disabilità nel rispetto della programmazione regionale per il FRNA e nazionale per il Fondo nazionale delle non autosufficienze. Per quanto riguarda le risorse regionali con DGR 1045 del 30/6/2025 è stato previsto un incremento delle risorse FRNA che, dal 2025, vengono utilizzate anche per lo sviluppo dei servizi per disabili in base alle necessità e priorità rilevate nell'ambito distrettuale.

L'Azienda contribuisce, in attuazione della Legge 112/2016 e dei conseguenti atti attuativi regionali, alla programmazione dei servizi e progetti a sostegno delle persone con disabilità grave rimaste prive o che rischiano di rimanere senza il sostegno dei familiari (Programma "Dopo di Noi"), offrendo supporto ad ASP e Nuovo Circondario Imolese anche per la messa a sistema dei progetti per il "Dopo di Noi" realizzati sul territorio nell'ambito della programmazione sociale del PNRR. È stata inoltre garantita la relativa rendicontazione sull'utilizzo delle risorse regionali e nazionali, in collaborazione con Nuovo Circondario Imolese ed ASP.

L'Azienda, al fine di garantire integrazione socio-sanitaria con i servizi sociali gestiti da ASP ed una presa in carico unitaria delle persone con disabilità, mette a disposizione le professionalità sanitarie necessarie alla definizione del progetto di vita rivolto a persone disabili nelle diverse fasi della vita e partecipa in collaborazione con gli Enti Locali alla realizzazione di quanto previsto dalla riforma nazionale sulla disabilità, entrata in vigore nel 2026.

Nell'ambito del programma regionale per le gravissime disabilità acquisite, DGR 2068/2004 "Il sistema

integrato di interventi sanitari e socio-assistenziali per persone con gravissime disabilità acquisite in età adulta: prime indicazioni” e DGR 130/21, si prevede di dare continuità al processo di sviluppo e qualificazione dei servizi sanitari e sociali territoriali, avviato negli anni passati, con l’obiettivo di garantire opportunità di assistenza domiciliare e residenziale per le persone e le famiglie in una situazione di gravissima disabilità (oneri per assistenza presso strutture residenziali pubbliche della Regione; assegni di cura; contributo aggiuntivo assistenti famigliari con regolare contratto).

Il sistema informativo SIVER monitora, nell’ambito degli indicatori **(PIAO 2025 2027) PROCESSI INTERNI – Produzione territorio**, un indicatore relativo al tasso di utilizzo della rete GRAD in età adulta x 1.000 residenti, per valutare l'utilizzo della rete di presa in carico delle persone maggiorenni con gravissime disabilità acquisite (DGR 2068/04).

- **(IND0499)** Tasso di utilizzo della rete GRAD in età adulta x 1.000 residenti. Valore aziendale atteso 2025: mantenimento std medio aziendale. Nel 2025 il tasso risulta pari a 0,29 vs 0,36 del 2024 e 0,38 del 2023. Il valore medio regionale 2025 risulta pari a 0,33.

Servizi sociosanitari per la non autosufficienza

La programmazione del FRNA viene approvata dalla Giunta Regionale con separato atto deliberativo. A livello locale la programmazione e gestione del FRNA avviene in modo integrato con le risorse del Fondo per le non autosufficienze (FNA) e gli altri fondi nazionali, garantendo le rendicontazioni sugli utilizzi delle risorse e sui beneficiari degli interventi.

Per le persone con disabilità, in collaborazione con gli Enti Locali, viene assicurato a livello distrettuale la programmazione del Fondo per il “Dopo di Noi”, di cui alla Legge 112/16 e più in generale il governo della rete dei servizi sociosanitari dedicati alle persone con disabilità.

Si garantiscono, inoltre, in collaborazione con gli Enti Locali gli interventi previsti a sostegno della domiciliarità del **Piano nazionale per le non autosufficienze (PNNA)** e la rendicontazione delle risorse attraverso il sistema SIOSS.

L’Azienda, in riferimento alla programmazione e gestione unitaria con gli Enti Locali delle risorse FRNA e della rendicontazione in collaborazione con l’Ufficio di Piano (UDP) per l’adempimento dei debiti informativi regionali (monitoraggio in applicazione alla LR 27 dicembre 2022, n. 23 - articolo 25 “Monitoraggio non autosufficienza”), ha provveduto a garantire il monitoraggio e la rendicontazione delle risorse per la non autosufficienza, ai sensi della LR 23/2022.

Anche per quanto riguarda la programmazione e rendicontazione risorse FNA e fondo “Dopo di Noi”, in continuità con gli anni precedenti, sono state garantite regolarmente le rendicontazioni, in collaborazione con l’Ufficio di Piano, sugli utilizzi delle risorse e sui beneficiari degli interventi FNA e fondo “Dopo di Noi”, rispettando gli adempimenti relativi ai debiti informativi su sistema SIOSS. Si rimanda anche al Paragrafo seguente sulla Gestione dei servizi socio-assistenziali e del Fondo per la non autosufficienza.

Nell’ambito del **Piano regionale Demenze** (DGR 990/16) è stata garantita la collaborazione alla implementazione dei PDTA demenze a livello provinciale, un percorso di presa in carico integrata che

prevede una corretta gestione dei BPSD (disturbi psicologici e comportamentali associati alle demenze, spesso causa di precoce istituzionalizzazione e/o ospedalizzazione) e la promozione all'adozione della scheda CDR (Clinical Dementia Rating) per valutare le gravi e gravissime demenze (stadi 4 e 5) oggetto di finanziamento da parte del FNA (Fondo Nazionale Non Autosufficienza).

In particolare, nel 2025, sono state garantite specifiche attività di seguito riportate.

Analisi dei processi di lavoro per individuare le modifiche organizzative necessarie a garantire la funzionalità delle UVM di cui al D.lgs. 62/2024 secondo un format predefinito e nel rispetto dei tempi stabiliti.

Nel 2025 sono stati effettuati incontri sia con la Regione, sia nell'ambito dell'Ufficio di supporto della CTSS in merito all'applicazione del D.lgs.62/2024 la cui sperimentazione da marzo 2026 è stata estesa dal Ministero della disabilità anche al territorio provinciale di Bologna.

Nel 2025 in collaborazione con ASP sono stati inoltre ricevuti e avviati 4 "progetti di Vita" presentati da cittadini ai sensi dell'articolo 14 della Legge 328/00.

Inoltre, viene garantito il monitoraggio dell'indicatore previsto nell'ambito del Nuovo Sistema di Garanzia, che fornisce informazioni sull'offerta di strutture residenziali/semiresidenziali extraospedaliere in relazione al fabbisogno potenziale.

Il sistema informativo monitora su SIVER **(PIAO 2025 2027) UTENTE – Integrazione**, un indicatore che fornisce informazioni sull'offerta di strutture residenziali extraospedaliere in relazione al fabbisogno potenziale, nell'ambito del Nuovo Sistema di Garanzia.

- **(D33ZA)** N. di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente - NSG. Target: $\geq 30\%$. Valore aziendale atteso 2025: mantenimento std medio aziendale.

Nel 2025 il valore aziendale risulta pari a 35,66% vs 36,57% del 2024 e 39,24% nel 2023. Il valore medio regionale 2025 risulta pari a 38,68%.

Adozione della scheda CDR (Clinical Dementia Rating) da parte delle aziende sanitarie per valutare le gravi e gravissime demenze (stadi 4 e 5) oggetto di finanziamento da parte del FNA (Fondo Nazionale Non Autosufficienza).

Numero di utenti con scheda CDR sul totale dei pazienti secondo la documentazione aziendale (fonte interna): il dato aziendale, richiesto e fornito alla Regione in uno specifico report annuale, riporta il numero di persone con prima visita e diagnosi di demenza con CDR ≥ 3 , che è risultato di 18 pazienti nel 2025.

Gestione dei servizi socio-assistenziali e del fondo per la non autosufficienza

In Relazione alla gestione del FRNA-FNA si richiamano le indicazioni regionali PG 21/4/2026 0413503.U, in atti prot. 13793 del 21/4/2026, con le quali la Regione comunica l'esito del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti ministeriali, ai sensi dell'art. 1 c. 174 della L. 311/2024, che non ha assentito all'iscrizione sul bilancio sanitario 2025 del contributo previsto dal Fondo Nazionale non Autosufficienza 2025 in quanto l'Intesa in Conferenza Unificata per l'adozione del "Piano Nazionale per la Non Autosufficienza 2025-2027" e

per il riparto delle risorse del Fondo per le non autosufficienze triennio 2025-2027, non è stata sottoscritta entro l'anno di riferimento, ma è avvenuta il 18 marzo 2026.

Con la medesima nota, al fine di concorrere alla riduzione del disavanzo correlato al bilancio FRNA, stante la mancata contabilizzazione del contributo FNA 2025, la Regione ha invitato le Aziende a non disporre accantonamenti per quote inutilizzate FRNA. Alla luce delle suddette indicazioni, il mancato finanziamento FNA 2025 non contabilizzato ammonta a € 2.085.277, mentre la quota non accantonata per quote inutilizzate FRNA 2025 ammonta a € 1.278.934.

Le risorse del Fondo Nazionale Care Giver (DGR 1204/2025 e DGR 2058/2025) sono poste in accantonamento sul Bilancio 2025, rispettivamente per € 54.090 ed € 89.717, per un totale di € 143.807.

Con DGR 1045 del 30/6/2025, ad oggetto "Fondo Regionale per la Non Autosufficienza. Programma Riparto Risorse Anno 2025", la Regione Emilia-Romagna ha comunicato l'assegnazione complessiva delle risorse destinate alla non autosufficienza per il 2025 e dato indicazioni sulla disponibilità complessiva, a livello regionale, delle risorse da destinare ai servizi ed interventi per la non autosufficienza (FRNA - FRNA Gestioni Particolari). Si richiamano a seguire gli atti adottati per la ripartizione e l'assegnazione alle Conferenze Territoriali Sociali e Sanitarie/Aziende USL delle risorse per l'annualità 2025, suddivise per fonte di finanziamento:

- **DGR 409 del 11/03/2024** ad oggetto "Approvazione del programma regionale per l'utilizzo delle risorse del Fondo nazionale per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare, annualità 2023. Riparto, assegnazione e concessione alle Aziende USL". Il finanziamento residuo dell'annualità 2023 (€ 59.791,00) ammonta ad € 21.226,97.
- **DGR 1204 del 21/07/2025** ad oggetto "Programma Regionale per l'utilizzo delle risorse Nazionali destinate agli interventi finalizzati al riconoscimento del valore sociale ed economico dell'attività di cura non professionale del Caregiver Familiare individuate nell'ambito del Fondo Unico per l'inclusione delle persone con disabilità per l'annualità 2024" il finanziamento ammonta a € 69.544,00 che con determinazione del Responsabile Area Socio Sanitaria Anziani e Persone con disabilità della Regione Emilia-Romagna n. 17609 del 17/9/2025 viene imputata la spesa alle sopravvenienze.
- **DGR 2058 del 09/12/2025** ad oggetto "Programma Regionale per l'utilizzo delle risorse del Fondo Regionale Caregiver di cui all'art. 7 Ter della LR2/2014 – Annualità 2025 – Impegno di Spesa"; il Finanziamento ammonta a € 89.717,00.
- **DGR 1045 del 30/6/2025** ad oggetto "Fondo regionale per la non autosufficienza. Programma e riparto risorse anno 2025": tali risorse FRNA sono state ripartite alle Aziende e la loro destinazione è stata definita in sede di programmazione territoriale senza vincolo di utilizzo delle stesse tranne che per le quote aggiuntive specificamente destinate ai servizi accreditati in presenza di particolari condizioni (gestioni particolari pubbliche e private, ulteriori compensazioni Irap e strutture di piccole dimensioni in zone montane e disagiate). Il finanziamento al territorio dell'AUSL di Imola è stato di € 16.928.800,00.

Si richiama l'attenzione sia sull'adeguamento tariffario applicato ai servizi socio-sanitari accreditati privati dal 1/1/2025 previsto dalla DGR 1111 del 7/7/2025 che ha inciso nell'anno con conseguente maggior assorbimento di risorse sul FRNA, sia sull'adeguamento tariffario conseguito al riconoscimento degli aumenti derivanti dall'applicazione della contrattazione collettiva nazionale alle cooperative sociali che gestiscono servizi sociali, sociosanitari e sanitari non accreditati ai sensi della Delibera di Giunta del Nuovo Circondario Imolese nella veste di Comitato di Distretto n. 5 del 14/10/2025 "Approvazione Programma attuativo 2025 del Piano di zona per la salute e il benessere sociale", che ha recepito le Linee guida operative della CTSSM di Bologna del 3/3/2025, prot. n. 14100 sul riconoscimento per gli anni 2025 e 2026 degli ulteriori aumenti conseguenti al rinnovo del CCNL delle Cooperative Sociali.

In sintesi, l'ammontare complessivo delle risorse 2025 disponibili per la non autosufficienza nell'ambito territoriale dell'AUSL di Imola raggiunge il valore di € 17.576.911,79 considerando i residui FRNA e FNA 2024 e le economie di bilancio.

Al netto di tali residui le risorse assegnate sono pari ad € 17.140.493,31 (con un decremento del -4,5% rispetto all'assegnato 2024).

Tabella - Assegnazione Regionale Risorse per la Non Autosufficienza Ausl Imola

DGR 1045/2025

AREA / INTERVENTO	2023	2024	2025	var. 2025 vs 2024
RISORSE FRNA				
Quota su pop. Anziana >= 75 anni	10.779.280	10.438.120	12.175.635	
Rete Disabili	2.828.206	2.828.206	3.877.406	
Gravissime disabilità acquisite DGR 2068/04	256.163	256.163	302.536	
Quota aggiuntiva Gestioni Particolari	560.306	564.299	573.223	
Risorse FRNA incamerate da Economie Bilancio			44.271,52	
Risorse FRNA incamerate da ASP x assegni cura recuperati	4.814,94	7.371,73	8.160,79	
Totale FRNA	14.428.770	14.094.160	16.981.232	2.887.073
RISORSE FNA				
Almeno 50% vincolato per persone con gravissima disabilità	1.795.568,00	1.907.292,00	0,00	
FNA operatori PUA	88.421,00	88.421,00	0,00	
Quota destinata a persone con disabilità grave al netto di quota vita indipendente	0,00	0,00	0,00	
Quota Vita Indipendente	89.564,00	89.564,00	0,00	
Totale FNA	1.973.553	2.085.277	0	-2.085.277
ALTRE RISORSE FNA				
Dopo di Noi (L. 112/2016) DGR 1080 del 27/12/2022 e DGR 1483 del 08/07/2024	170.844,00	170.607,00	0,00	
di cui risorse specificatamente dedicate all'assistenza alle persone con disabilità grave di cui all'art. 4 comma 3 lettere a, b, c del Decreto 23/11/2016	33.675,00		0,00	
Fondo sostegno strutture semiresidenziali disabili DGR 2022/2020	0,00	0,00	0,00	
Misure regionali sostegno caregiver DGR 1789 del 02/11/2021 - DGR 237/2023 - <u>DGR 409/24 - DGR 1204/2024 - DGR 2058/25</u>	57.484,61	59.791,00	159.261,00	
FN Autismo DGR 2299/2022	224.277,00	0,00	0,00	
Totale ALTRE RISORSE	452.605,61	230.398,00	159.261,00	-71.137
TOTALE RISORSE COMPLESSIVE ASSEGNATE	16.854.928,55	16.409.834,73	17.140.493,31	730.658,58
TOTALE RESIDUI 2024 FRNA			125.960,90	
TOTALE RESIDUI 2024 FNA VARI FONDI			310.457,58	
TOTALE COMPLESSIVO ASSEGNATO 2025 + RESIDUO 2024			17.576.911,79	

Nel corso dell'anno l'AUSL di Imola ha provveduto a periodici monitoraggi sull'andamento della spesa e degli interventi in essere, nonché all'inserimento dei dati nel sistema di monitoraggio FRNA con cadenza periodica. È stata fatta costantemente nell'anno, di concerto all'Ufficio di Piano, una verifica circa la sostenibilità economica delle scelte effettuate in sede di programmazione locale.

Si precisa che le indicazioni regionali relative all'utilizzo delle risorse del FRNA, rispetto ai servizi socio sanitari accreditati definitivamente, sono state rispettate e che le prestazioni sanitarie, rese nell'ambito dei servizi socio sanitari accreditati, sono state correttamente imputate al fondo sanitario.

Utilizzo delle risorse per la non autosufficienza

La spesa per la non autosufficienza, rappresentata in Tabella per aree di intervento, rileva un consuntivo 2025 (FRNA, FNA e Vari Fondi) pari a € 18.123.146,40 al netto delle sopravvenienze (€ 11.771,00).

Con la nota prot. n. 0413503 del 21/4/2026 ad oggetto "Chiusura dei Bilanci 2025 – Bilancio FRNA 2025" la Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare della Regione Emilia-Romagna ha comunicato la mancata assegnazione del Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza per l'anno 2025, in quanto in sede di Conferenza Unificata l'intesa per l'adozione del Piano Nazionale per la Non Autosufficienza 2025-2027 e per il riparto delle risorse del Fondo per le non autosufficienze relative al triennio 2025-2027 non è stata sottoscritta entro l'anno di riferimento ma in data 18/3/2026.

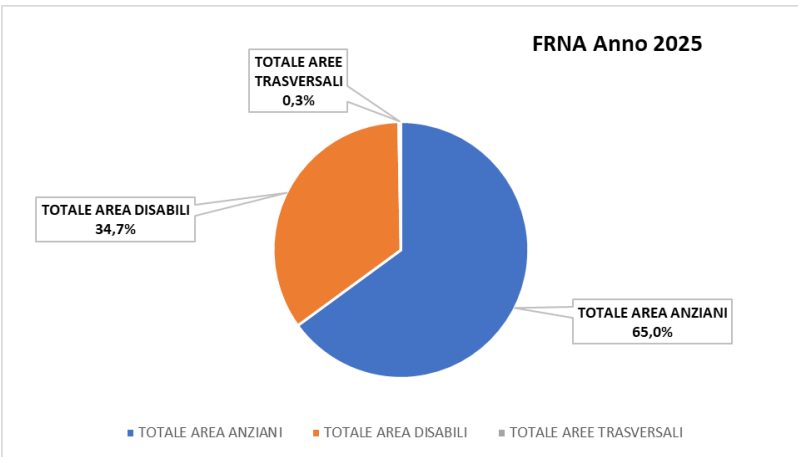
I costi dei servizi e degli interventi a favore delle persone non autosufficienti ed afferenti alle tipologie FNA e Vari Fondi FNA (FNA – FNA Vita Indipendente – FNA Operatori PUA - FNA Dopo di Noi), comunque realizzati nel corso del 2025, sono stati imputati ai residui FNA e Vari Fondi FNA 2024 (€ 248.232,67) e residuo 2025 FRNA (€ 1.278.933,75), generando una perdita a chiusura del Bilancio FRNA – FNA di € -701.812,34. Secondo le indicazioni regionali è stato accantonamento unicamente il residuo FNA Care Giver € 143.808,79.

Il consuntivo 2025 presenta mediamente, a confronto con l'anno precedente, un incremento sulle diverse aree di circa +2,5% dell'utilizzo dei finanziamenti. Gli incrementi di spesa hanno interessato, in particolare, interventi a favore della residenzialità.

Tabella - Risorse utilizzate per la non autosufficienza

AREA / INTERVENTO	Risorse FRNA / FNA 2023 EURO MLN	Risorse FRNA / FNA 2024 EURO MLN	Risorse FRNA / FNA 2025 EURO MLN	Var 2025 vs 2024
AREA ANZIANI				
Residenzialità anziani	8.220.593,44	8.833.484,74	9.354.311,36	520.826,62
<i>di cui sollievo e ricoveri temporanei</i>	<i>190.268,65</i>	<i>188.919,40</i>	<i>260.501,16</i>	<i>71.581,76</i>
Semi residenzialità anziani (Centri diurni)	288.807,96	332.926,70	362.734,17	29.807,47
Domiciliarità anziani	956.427,89	968.230,69	1.067.002,83	98.772,14
Assegni di cura anziani	656.824,55	536.372,49	475.251,51	-61.120,98
Altri interv. anziani a sostegno della dom.	434.523,00	472.032,00	514.591,00	42.559,00
TOTALE AREA ANZIANI	10.557.176,84	11.143.046,62	11.773.890,87	630.844,25
AREA DISABILI				
Residenzialità disabili	1.994.166,83	3.415.665,61	3.493.146,82	77481,21
<i>di cui sollievo e ricoveri temporanei</i>	<i>71.514,20</i>	<i>349.058,44</i>	<i>134.722,99</i>	<i>-214.335,45</i>
Semi residenzialità disabili	2.341.845,99	1.294.884,81	1.284.501,88	-10.382,93
Domiciliarità disabili	539.843,88	589.674,88	719.902,69	130.227,81
Assegni di cura disabili e contributo assistenti famigliari disabili	560.583,02	561.590,14	527.650,59	-33.939,55
Altri interv. disabili a sostegno della dom.	517.679,98	635.715,59	272.218,75	-363.496,84
TOTALE AREA DISABILI	5.954.119,70	6.497.531,03	6.297.420,73	-200.110,30
AREA TRASVERSALI				
Sostegno economico adattamento domestico e adattamento autoveicoli e CAAD	22.087,13	18.974,59	25.641,88	6.667,29
Programmi di sostegno delle reti sociali e di prevenzione soggetti fragili	24.841,35	27.665,61	26.192,92	-1472,69
TOTALE AREE TRASVERSALI	46.928,48	46.640,20	51.834,80	5.194,60
TOTALE AREE	16.558.225,02	17.687.217,85	18.123.146,40	435.928,55
TOTALE Sopravvenienze e insussistenze			11.771,00	
TOTALE AREE (al netto TOTALE Sopravvenienze e insussistenze)			18.134.917,40	

Il Grafico sotto riportato rappresenta la distribuzione percentuale della spesa suddivisa per aree di intervento (Aree Anziani, Aree Disabili Area Trasversale).



Utilizzo delle risorse per area di attività

Nel 2025 il 70,9% (€ 12.847.458,18) delle risorse è stato destinato alla residenzialità, inclusi i ricoveri temporanei; il 9,1% (€ 1.647.236,05) è stato destinato alla semiresidenzialità (centri diurni per anziani e disabili e Centri socio occupazionali); il 9,9% (€ 1.786.905,52) per l'assistenza domiciliare; il 5,5% (€ 1.002.902,10) per assegni cura; il 4,3% (€ 786.809,75) per altri interventi per anziani e disabili a sostegno

della domiciliarità ed, infine, lo 0,3% (€ 51.834,80) per interventi a favore delle reti sociali (sostegno economico adattamento domestico e autoveicoli; sostegno alle reti sociali e prevenzione soggetti fragili).

RISORSE UTILIZZATE PER AREA DI ATTIVITA'

AREA DI ATTIVITA'	RISORSE UTILIZZATE	%
RESIDENZIALITA'	12.847.458,18 €	70,9%
SEMI RESIDENZIALITA'	1.647.236,05 €	9,1%
ASSISTENZA DOMICILIARE	1.786.905,52 €	9,9%
ASSEGNI DI CURA	1.002.902,10 €	5,5%
ALTRI INTERVENTI	786.809,75 €	4,3%
RETI SOCIALI	51.834,80 €	0,3%
TOTALE	18.123.146,40 €	100,0%

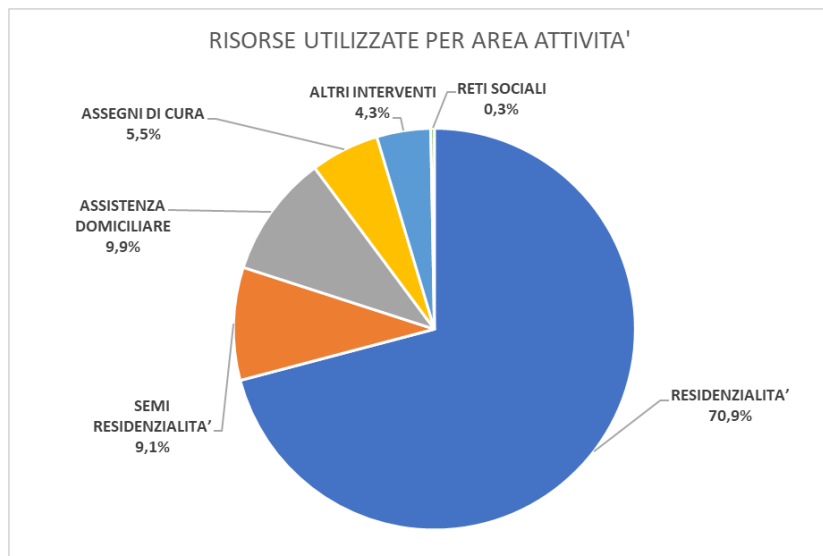


Tabella Indicatori: UTENTE – Integrazione

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2022	Valore Aziendale 2023	Valore Aziendale 2024	Valore Regionale (Target)	Risultato atteso aziendale 2025	Risultato Aziendale 2025	Risultato Regionale 2025	Note / Fonte Dati
D03C	Tasso di ospedalizzazione std (per 100.000 ab.) in età adulta (>= 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco - NSG	240,69	228,38	222,34	≤ 261 per 1000 ab.	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	169,26	226,87	(Flusso SDO)
D04C	Tasso di ospedalizzazione std (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite - NSG	139,04	111,76	98,74	≤ 56,38 per 1000 ab.	< = ANNO 2024	58,53	57,77	(Flusso SDO)
908	% IVG farmacologiche erogate a livello ambulatoriale sul totale delle IVG farmacologiche	-	0	2,28	> = 25	> = ANNO 2024	0	72,72	(Flusso IG)
866	Tasso di dimissione protette in pazienti >= 65 anni	35,71	50,61	46,73	-	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	40,75	29,39	(Flusso SDO)
960	Tasso std di ospedalizzazione in TSO x 100.000 residenti maggiorenni	14,68	30,21	28,13	-	< = ANNO 2024	14,78	21,13	(Flusso SDO)
D27C	% di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche - NSG	13,88	7,17	9,16	< = 6,9	< = ANNO 2024	8,61	6,24	(Flusso SDO)
D29C	Tasso di ospedalizzazione di minori con diagnosi principale connessa con i problemi psichiatrici in rapporto alla popolazione di minori residenti per 100.000 abitanti - NSG	62,44	87,87	134,27	-	< = ANNO 2024	65,57	142,58	(Flusso SDO)
D05C	Tasso std di accesso in PS nei giorni feriali dalle 8 alle 20 con codice bianco/verde per 1.000 abitanti - Indicatore NSG	74,02	69,18	67,17	-	< = ANNO 2024	61,71	63,24	(Flusso PS)
862	Tasso di ricovero pazienti seguiti in ADI	13,23	11,28	9,82	-	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	11,15	11,93	(Flusso ADI e SDO)
D22Z	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA1, CIA2, CIA3) - NSG	100	100	100	-	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	100	100	(Flusso ADI)
907	Pazienti >= 65 anni presi in carico in ADI - PNRR	17,23	18,12	18,05	> = 8,5	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	17,93	11,49	(Flusso ADI)
D32Z	N. di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito nei quali il periodo di ricovero in Hospice è <= 7 gg., sul numero di ricoveri in Hospice di malati oncologici - NSG	22,11	25,79	22,70	< = 25	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	22,58	24,61	(Flusso ADI, HOSPICE e REM)
D30Z	D30Z Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore - NSG	54,00	49,00	46,10	> = 60	> = ANNO 2024	50,70	54,40	(Flusso ADI, HOSPICE e REM)
673	% re-ricovero in ospedale entro 30 giorni dalla dimissione dall'OSCO	11,17	10,26	9,47	-	< = MEDIA RER	6,06	7,05	(Flusso SDO e SIRCO)
D33ZA	Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente - NSG	37,34	39,24	36,57	> = 24,6	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	35,66	38,68	(Flusso FAR e GRAD)
1205	Tasso di occupazione Ospedali di Comunità	75,14	78,30	90,03	-	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	96,74	82,29	(SIRCO, Anagrafe Regionale Strutture Sanitarie, Socio-Sanitarie, Sociali autorizzate e accreditate)

3.1.3 Sottosezione: ESITI - Indicatori

Questa sotto-sezione riporta gli indicatori di Esito monitorati sul **Sistema di indicatori per la valutazione del Servizio Sanitario Regionale (SIVER)**.

Molti indicatori fanno riferimento all'attuazione degli standard sull'assistenza ospedaliera del "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria", operativo dal 1° gennaio 2020, che identifica set di **indicatori "Core"**, quali determinanti per la valutazione complessiva a livello regionale e nazionale dell'Assistenza Ospedaliera, rivisti e ampliati dal Comitato LEA.

Gli indicatori, riportati in tabella, vengono previsti nell'ambito del PIAO e monitorati su SIVER.

NSG - Indicatori "CORE" Area Assistenza Ospedaliera	Target	2022	2023	2024	2025	RER 2025
H04Z Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario - NSG	< 0,15	0,18	0,18	0,16	0,15	0,16
H05Z Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni - NSG	>= 90%	89,29%	92,00%	90,70%	90,83%	86,39%
IND1013 % di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in regime ordinario	>= 80%	63,33%	52,41%	81,59%	85,06%	72,29%
H17C % di parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno - NSG	<= 15%	16,85%	12,85%	14,97%	15,88%	14,20%
H23C Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico - NSG	<= 7,25	5,45	6,47	17,09	12,39	9,34

Di seguito, il monitoraggio completo degli indicatori su piattaforma **SIVER (PIAO 2025 2027) UTENTE - Esiti**.

Indicatori di esito sull'attività di Colecistectomia laparoscopica:

- (**IND379**) "Colecistectomia laparoscopica: % di interventi in reparti sopra soglia (100). Target: 95%.

Valore aziendale atteso 2025: mantenimento std medio aziendale.

L'Azienda nel 2025 risulta pari a 98,88% vs 98,26% del 2024 e 99,48% del 2023, nel pieno rispetto del valore atteso aziendale e del target regionale. Il valore medio regionale 2025 è pari a 82,53%.

- (**H05Z**) "Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni - NSG". Target: >= 90%. Valore aziendale atteso 2025: mantenimento std medio aziendale.

L'AUSL di Imola rileva un esito 2025 pari a 90,83% vs 90,70% del 2024 e 92% nel 2023, rispettando il valore atteso aziendale e il target regionale. Il valore medio regionale 2025 è pari a 86,39%.

Indicatori di esito Mortalità a 30 giorni:

- (**H23C**) "Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni". Target: <= 13,60%. Valore aziendale atteso 2025: <= std medio aziendale.

L'esito 2025 risulta pari a 12,39% vs 17,09% del 2024 e 6,47% del 2023. Il valore aziendale 2025 risulta più alto del valore medio degli ultimi tre anni; si riscontra il miglioramento rispetto al target regionale atteso. La media regionale 2025 è pari a 9,34%.

- (**H24C**) "BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni". Target: $\leq 12\%$. Valore aziendale atteso 2025: mantenimento std medio aziendale.

L'esito 2025 rientra nel target regionale e rispetta l'atteso aziendale: pari a 6,2% vs 6,21 del 2024 e 7,93% del 2023. La media regionale 2025 risulta del 7,62%.

Indicatori di esito riferiti al parto:

- (**H17C**) % di parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno - NSG". Target: $\leq 20\%$. Valore aziendale atteso 2025: mantenimento std medio aziendale.

L'esito 2025 risulta pari a 15,88% vs 14,97% del 2024 e 12,85% del 2023. Il valore aziendale 2025 rispetta il risultato atteso aziendale e regionale. Il valore medio regionale 2025 è pari a 14,20%.

- (**IND402**) "Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio". Target: $\leq 0,7\%$. Valore aziendale atteso 2025: $\leq$ Anno 2024.

L'esito aziendale 2025 è pari a 1,86% vs 1,22% del 2024. Il valore medio regionale 2025 è pari a 0,99%.

- (**IND403**) "Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio". Target: $\leq 1,2\%$. Valore atteso aziendale 2025: mantenimento std medio aziendale.

L'Azienda con un valore 2025 pari a 0,99% vs 1,07% del 2024 e 0,95% del 2023 rispetta i target attesi. Il valore regionale 2025 è pari a 1,55%.

Indicatore tempi di attesa per intervento chirurgico:

- (**IND1013**) "% di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in regime ordinario". Target: $\geq 80\%$. Valore atteso aziendale 2025: $\geq$ Anno 2024.

Il valore aziendale 2025 risulta pari al 85,06% vs 81,59% del 2024 e 52,41% del 2023. L'obiettivo aziendale è raggiunto nel rispetto del target regionale. Il valore medio regionale 2025 risulta pari a 72,29%.

Indicatori eventi maggiori cerebrovascolari o cardiovascolari entro 12 mesi dall'evento: si possono considerare come un proxy di qualità complessiva dell'intero percorso di cura ospedaliero e territoriale.

- (**D01C**) Proporzioni di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (MACCE) entro 12 mesi da un episodio di IMA - NSG. Target: $\leq 14,39$. Risultato atteso aziendale 2025: $\leq$ Anno 2024.

L'AUSL di Imola, nel 2025, mostra un valore pari a 16,86 vs 14,02 del 2024. Il valore medio regionale 2025 è 16,86.

- (**D02C**) Proporzioni di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico - NSG. Target: $\leq 13,95$. Risultato atteso aziendale 2025: $\leq$ Anno 2024.

L'AUSL di Imola, nel 2025, mostra un valore pari a 7,69 vs 14,07 del 2024. Il valore medio regionale 2025 è pari a 15.

Tabella Indicatori: UTENTE – Esiti

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2022	Valore Aziendale 2023	Valore Aziendale 2024	Valore Regionale (Target)	Risultato atteso aziendale 2025	Risultato Aziendale 2025	Risultato Regionale 2025	Note / Fonte Dati
379	Colecistectomia laparoscopica: % di interventi in reparti sopra soglia (100)	98,56	99,48	98,26	> = 95	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	98,88	82,53	(Flusso SDO)
H05Z	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni - NSG	89,29	92,00	90,70	> = 90	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	90,83	86,39	(Flusso SDO)
H23C	Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico - NSG	5,45	6,47	17,09	< = 13,60	< = STD MEDIO RER	12,39	9,34	(Flusso SDO)
H24C	BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni - NSG	13,10	7,93	6,21	< = 12	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	6,20	7,62	(Flusso SDO)
402	Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	1,91	1,52	1,22	< = 0,7	< = ANNO 2024	1,86	0,99	(Flusso SDO)
403	Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	0,26	0,95	1,07	< = 1,2	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	0,99	1,55	(Flusso SDO)
1013	% di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in regime ordinario	63,33	52,41	81,59	>= 80	> = ANNO 2024	85,06	72,29	(Flusso SDO)
H17C	% di parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno - NSG	16,85	12,85	14,97	< 20	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	15,88	14,20	(Flusso SDO)
D01C	Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (MACCE) entro 12 mesi da un episodio di IMA - NSG	19,72	18,03	14,02	<= 14,39	< = ANNO 2024	16,80	16,86	Indicatore NO core NSG
D02C	Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico - NSG	10,48	18,45	14,07	<= 13,95	< = ANNO 2024	7,69	15,0	Indicatore NO core NSG

3.2 Sezione - Dimensione dell'organizzazione e dei processi interni

3.2.1 Sotto sezione: Struttura della offerta e della produzione

Obiettivo: Riorganizzazione dell'Assistenza Ospedaliera, delle attività ad Alta Complessità e a consumo di elevate risorse e potenziamento delle reti cliniche

L'Azienda ha proseguito le azioni di consolidamento e miglioramento degli standard relativi all'assistenza ospedaliera di cui al DM Salute n. 70/2015. È stato garantito il monitoraggio costante dei volumi, dei consumi e delle risorse utilizzate nei processi produttivi al fine di mantenere e/o ottimizzare il posizionamento rispetto a benchmark regionali e nazionali.

Nel 2025 la dotazione di Posti Letto ordinari, rispetto al 2024, rileva un incremento di +1 PL in esito alla riorganizzazione dell'area medico internistica che ha determinato l'unificazione dei due reparti di Medicina interna ed il potenziamento dell'area geriatrica.

Nel computo dei Posti Letto vengono esclusi, come da indicazione regionale, i PL "OBI" introdotti dal DM della Salute del 22/12/2024 nell'ambito del Pronto Soccorso, per la diversa natura di trattamento in assenza di SDO.

Posti Letto	31/12/2021	31/12/2022	31/12/2023	31/12/2024	31/12/2025
PL ordinari	336	336	331	332	333
PL Day Hospital	7	7	5	5	5
PL Day Surgery	8	10	8	7	7
Totale	351	353	344	344	345

L'efficiente utilizzo dei posti letto è legato a diversi indicatori, tra i quali la degenza media e l'ICP (**Indice Comparativo di Performance**). L'Azienda tramite un sistematico monitoraggio di questi indicatori, in particolare dove si riscontrano valori che si discostano dagli standard richiesti, si è posta l'obiettivo di garantire un'adeguata gestione dei posti letto (bed management, protocolli per le dimissioni difficili, ecc.) funzionale anche al miglioramento delle performance riguardanti i tempi di attesa per i ricoveri chirurgici e la presa in carico di pazienti provenienti da PS.

Su piattaforma SIVER (**PIAO 2025 2027**) **PROCESSI INTERNI - Produzione Ospedale:**

- (**IND872**) Indice comparativo di performance (ICP). Target: $\leq 1,25$. Il valore aziendale atteso 2025: mantenimento std medio aziendale.

Nel 2025 l'ICP complessivo aziendale risulta pari a 1,23 vs 1,17 del 2024 e 1,15 del 2023. Si conferma il mantenimento dello std medio.

- (**IND871**) Indice di case mix degenza ordinaria. Il valore atteso aziendale: mantenimento std medio aziendale.

Nel 2025 tale indice risulta pari a 0,84 vs 0,85 del 2024 e 0,85 del 2023, nel pieno rispetto del valore atteso aziendale.

L'**indice di dipendenza della struttura ospedaliera dalla popolazione** esprime percentualmente, per ciascuna struttura/Azienda produttrice, la provenienza dei propri dimessi ed è un indicatore della capacità di attrazione di una struttura ospedaliera. L'indicatore rappresenta la percentuale degli importi DRG che ogni azienda produttrice eroga a favore dei propri residenti.

Si riporta il monitoraggio su SIVER (**PIAO 2025 2027) PROCESSI INTERNI - Produzione Ospedale.**

- (**IND0868**) Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione - Stessa provincia. Il valore atteso aziendale 2025: mantenimento std medio aziendale.

Nel 2025 l'indice aziendale risulta pari a 52,26 vs 51,94 del 2024 e 52,77 del 2023, nel rispetto del valore atteso aziendale. L'indice medio a livello regionale risulta del 77,76.

- (**IND0869**) Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione - Stessa regione. Il valore atteso aziendale 2025: mantenimento std medio aziendale.

Nel 2025 l'indice, pari a 18,80 vs 20,30 del 2024 e 20,82 del 2023, esprime un mantenimento dello std aziendale seppur in lieve calo. L'indice medio a livello regionale risulta pari a 9,69.

- (**IND0870**) Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione – Fuori regione. Il valore atteso aziendale 2025: mantenimento std medio aziendale.

Nel 2025 l'indice aziendale è 28,94 vs 27,76 del 2024 e 26,41 del 2023 in mantenimento rispetto allo std aziendale. L'indice medio a livello regionale è 12,55.

Reti cliniche integrate

Si rappresentano di seguito i Progetti che, nel corso degli ultimi anni, l'Azienda ha perseguito mediante la progressiva attuazione di **Accordi di integrazione a gestione interaziendale:**

- **Chirurgia Senologica** in collaborazione con l'IRCCS - AOU di Bologna, a direzione universitaria, consente l'acquisizione di tecniche diagnostiche e chirurgie innovative, garantendo i requisiti della DGR 345/2018 nell'ambito del Percorso Diagnostico Terapeutico Aziendale (PDTA) "Gestione della paziente affetta da neoplasia della mammella". Nell'ambito della rete si pone in rilievo la valutazione multidisciplinare dei casi arruolati nel PDTA al fine di garantire la presenza di tutte le professionalità discipline previste dalla citata DGR 345/2018.
- **Chirurgia Vascolare** in collaborazione con UNIBO – IRCCS-AOU di Bologna e AUSL di Bologna, a direzione universitaria, consente la condivisione di conoscenze, competenze, tecnologie, interscambio e connessione tra professionisti, mediante un efficiente utilizzo delle risorse umane e degli spazi già dedicati alla relativa attività delle tre Aziende. Presso l'AUSL di Imola è garantita l'offerta di prestazioni, consulenze specialistiche e attività programmata di chirurgia flebologica.
- **Oncologia Territoriale Metropolitana**, in collaborazione con l'AUSL di Bologna, garantisce equità di accesso all'assistenza oncologica e omogeneità delle cure ai cittadini dell'area metropolitana di Bologna

e razionalizzazione del sistema di offerta, garantendo la diffusione delle migliori pratiche assistenziali e la prossimità delle cure presso le Case della Comunità.

- **Dipartimento Interaziendale di Anatomia Patologica ad Attività Integrata (DIAP)** in area Metropolitana, con l'attuazione di specifici progetti di centralizzazione delle linee di attività, in concomitanza con l'aggiornamento tecnologico delle attrezzature: Centralizzazione degli allestimenti di Istologia presso l'AUSL di Bologna e Centralizzazione degli allestimenti nel Laboratorio Unico di Citologia e Immunocitochimica presso l'AUSL di Imola. Il DIAP è attivo in forma stabile, a seguito di apposito Atto di Intesa tra Alma Mater Studiorum – UNIBO, l'AUSL di Imola, l'AUSL di Bologna e l'AOSP di Bologna, decorrente dall'1/3/2021.
- **Dipartimento Interaziendale per la Gestione Integrata del Rischio Infettivo (DIGIRI)** in area metropolitana di Bologna, quale progetto di sviluppo cui l'AUSL di Imola partecipa in collaborazione con le altre Aziende dell'area metropolitana e che con la Deliberazione n. 190 del 7/9/2022 è stato costituito in forma stabile con decorrenza dal 28/6/2022. Nel 2023 è stato formalizzato l'Accordo Attuativo per lo sviluppo delle funzioni presso le varie sedi al fine di potenziare i benefici della rete infettivologica metropolitana dando pratica attuazione al principio dell'equità di accesso alle cure, rendendo il servizio maggiormente coordinato, integrato e completo su scala sovraziendale.
- **Integrazione Banca delle cornee** nelle sedi di Bologna e Imola, in attuazione della DGR 2118/2018 ad oggetto "Approvazione del progetto di riorganizzazione della Banca delle Cornee, ove è attuata la diversificazione e specializzazione delle linee produttive tra le due sedi. Prosegue la collaborazione con l'AUSL di Bologna con l'obiettivo di centralizzare la banca delle cornee presso l'AUSL di Bologna, con previsione di conclusione entro il 2026.

Sotto forma di reti cliniche integrate, le **collaborazioni** realizzate dall'AUSL di Imola, comprendono:

- La rete clinica instaurata con l'Istituto Ortopedico Rizzoli, per l'implementazione presso il Blocco Operatorio di Imola di interventi specialistici di chirurgia della spalla e di chirurgia orto-pediatria.
- La collaborazione con l'Università di Bologna per la formazione di medici specializzandi secondo le convenzioni in essere in riferimento alle Scuole di specializzazione mediche nonché in Psichiatria, Malattie dell'Apparato Cardiovascolare, Geriatria, Chirurgia Generale, Otorinolaringoiatria.
- La collaborazione con l'AUSL di Bologna per le attività specialistiche di Valutazione Neurochirurgica e Neuroradiologica.
- Integrazione del Servizio Trasfusionale nell'ambito del Trasfusionale Unico Metropolitano (TUM).
- L'Adesione al Laboratorio Unico Metropolitano (LUM) attraverso il quale si realizza la concentrazione delle produzioni laboratoristiche per tutte le prestazioni di Patologia clinica, che opera attraverso la propria sede Hub e il Laboratorio Spoke Imola con funzionamento H.24 a copertura delle esigenze ospedaliere interne e dell'emergenza-urgenza.
- L'Adesione al Laboratorio Unico Metropolitano per la concentrazione della produzione di laboratorio per il settore Microbiologia afferente all'AOU quale sede Hub.

- La centralizzazione diluizione farmaci citotossici presso l'UFA del Bellaria.
- La collaborazione con l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Bologna per le attività specialistiche di: Chirurgia plastica, Neurologia pediatrica, Fisica sanitaria, Anestesiologia.
- La collaborazione con l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara per la concentrazione presso il Laboratorio per l'AVEC - sezione di Citodiagnostica dell'UO di Anatomia Patologica dell'AOU di Ferrara - della determinazione HPV, quale test primario nell'ambito dei percorsi di prevenzione del carcinoma della cervice.
- Il rapporto convenzionale con l'Università di Bologna per la disciplina di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva che, nel 2026 ha consentito di qualificare la struttura di gastroenterologia dell'AUSL di Imola a necessaria direzione universitaria; costituisce per l'AUSL di Imola una preziosa opportunità per l'attivazione di percorsi formativi qualificati e il potenziamento dell'attività di ricerca. In ambito gastroenterologico si richiama inoltre l'erogazione presso la sede di Imola di prestazioni altamente specialistiche tra cui la colangiopancreatografia (ERCP) per la diagnosi e il trattamento delle patologie a carico del pancreas e delle vie biliari e pancreatiche.

I rapporti di **collaborazione interaziendale** comprendono, inoltre, l'attuazione di progetti di sviluppo secondo un modello organizzativo che prevede la messa a disposizione di una azienda verso l'altra di **piattaforme logistiche** (prevalentemente spazi, operatori e di degenza) con finalità di potenziare l'offerta migliorando i tempi di attesa e favorire lo sviluppo di competenze specialistiche. In tale contesto, si colloca l'Accordo con l'IRCSS-Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna attivato in tema di sviluppo della **chirurgia otologica** e urologica con tecnica **Holep**.

Nel 2023 l'AUSL di Imola ha dato avvio ai progetti di sviluppo e implementazione della **Chirurgia robotica**, nell'ambito di un progetto comune di sviluppo con l'IRCSS-AOU di Bologna relativo alle discipline di **Urologia, Chirurgia Generale e Ginecologia**.

Assistenza oncologica

Nell'ambito dell'assistenza oncologica è mandato della Direzione generale la promozione dello sviluppo della rete clinico-assistenziale, implementando le relazioni collaborative sia a livello regionale che locale, secondo il modello del *Comprehensive Cancer Care Network* (CCCN), con particolare attenzione all'omogeneità delle cure, alla tempestività della diagnosi e del trattamento, alla multidisciplinarietà dell'approccio clinico-assistenziale e alla integrazione del percorso ospedaliero-territoriale.

L'AUSL Bologna e l'AUSL di Imola sono state impegnate alla conduzione in modalità unificata delle attività di oncologia al fine di:

- individuare e definire le vocazioni distintive chirurgiche, mediche e radioterapiche delle strutture dell'area metropolitana, così da garantire l'invio dei pazienti ai vari centri di riferimento per alcune patologie;
- favorire l'integrazione tra la rete oncologica, le cure primarie e la rete delle cure palliative;
- definire un percorso assistenziale sul territorio metropolitano:

- standardizzato col fine di assicurare le risposte più appropriate ai bisogni dei pazienti, il più vicino possibile al luogo di residenza;
- uniforme per garantire applicazione omogenea delle migliori pratiche di assistenza oncologica su tutta l'area metropolitana;
- integrato tra sede HUB e sede spoke.

Di particolare rilevanza l'implementazione di Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali, quali strumenti clinico-organizzativi di presa in carico globale del paziente, di approccio multidisciplinare e multiprofessionale, di appropriatezza della diagnostica e dei trattamenti e di continuità assistenziale, nonché l'attività dei Tumor Board metropolitani interaziendali, multidisciplinari e multiprofessionali, formati dai referenti di patologia delle varie Aziende Sanitarie, con il compito di rendere omogenee le decisioni diagnostiche e terapeutiche ed ottimizzare i tempi di presa in carico.

Rete dei Centri Senologia

Nel 2025 è proseguito il monitoraggio dell'attività della Rete regionale dei Centri di Senologia dell'Emilia-Romagna, finalizzata all'erogazione di un'assistenza di qualità lungo tutto il percorso diagnostico-terapeutico assistenziale. Il volume di casi di tumore maligno della mammella trattati per anno superiore a 150 (con 10% tolleranza) interventi e la proporzione di re-intervento entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo fanno parte del sistema "core" degli indicatori di valutazione del Nuovo Sistema di Garanzia. L'Azienda ha proseguito il monitoraggio, garantendo che l'indicazione chirurgica sia posta a seguito di valutazione multidisciplinare e assicurando il monitoraggio dei livelli di assistenza richiesti, in primis l'adeguato volume di attività e la proporzione di re-interventi.

Con DGR 14 del 8/1/2024 "Percorso per la sorveglianza a lungo termine della donna con pregresso tumore della mammella - Indicazioni regionali" si è proceduto a definire il rientro nel percorso sistematico dello screening per le donne in età da screening, dopo dieci anni dall'intervento chirurgico per tumore della mammella.

Dal 2018 è stata attivata una collaborazione con AOU di Bologna per la riorganizzazione della Breast Unit di Imola all'interno della UOC interaziendale Chirurgia Senologica, secondo la logica di sviluppo delle reti cliniche integrate, che ha consentito il potenziamento della Breast Unit di Imola, acquisendo tecniche diagnostiche e chirurgiche innovative e garantendo i requisiti previsti dalla DGR 345/2018, del PDTA aziendale "Gestione della paziente affetta da neoplasia della mammella".

Per garantire adeguata rappresentazione della produzione interaziendale e degli obiettivi posti a fronte dell'Accordo e richiesti dal NSG, si è proceduto tra le parti, dal 1/1/2021, all'assunzione della titolarità delle prestazioni di degenza in capo all'UOC Interaziendale di Chirurgia Senologica dell'IRCSS AOU di Bologna, fermo restando la gestione unificata delle attività svolte presso le strutture dell'IRCSS AOU di Bologna e della AUSL di Imola. Nell'ambito della rete, particolare attenzione è stata posta alla valutazione multidisciplinare dei casi arruolati nel PDTA, con la definizione di una specifica procedura interaziendale (P-INT 43), al fine di garantire la presenza di tutte le professionalità e discipline previste dalla normativa.

Nell'ambito dell'area senologica dell'AUSL di Imola sulla base dei dati aziendali interni forniti dall'Infermiere Care Manager di Programmi Clinico Assistenziali, la percentuale di pazienti avviate a terapia medica entro 60 giorni dall'intervento chirurgico nell'anno 2025 si è attestata al 100%.

Di seguito il monitoraggio della DGR di programmazione e finanziamento – Edizione 2026, disponibile su piattaforma SIVER.

- **(PDTA061)** % di nuovi casi operati per tumore della mammella sottoposti a chirurgia radicale e/o conservativa, che ha effettuato una mammografia nei 60 giorni precedenti l'intervento - NSG. Target: $\geq 75\%$.

L'Azienda registra, nel 2025, un valore pari a 59,26% vs 62,75% nel 2024 e 80,36% nel 2023. Il valore medio regionale 2025 è pari a 68,57%.

- **(PDTA062)** % di nuovi casi con tumore della mammella che iniziano una terapia medica entro 45 giorni successivi la data dell'intervento chirurgico – NSG. Target: $\geq 65\%$.

L'AUSL di Imola registra, nel 2025, un valore pari a 50,53% vs 53,76% nel 2024 e 54,78% nel 2023. Il valore medio regionale 2025 è pari a 52,33%.

- **(PDTA063)** % di nuovi casi operati per tumore infiltrante della mammella sottoposti a chirurgia conservativa e terapia medica adiuvante, che avviano un trattamento di radioterapia entro 365 giorni dall'intervento – NSG. Target: $\geq 90\%$.

L'AUSL di Imola mostra, nel 2025, un valore pari a 95,31% vs 89,06% nel 2024 e 82,72% nel 2023. Il valore medio regionale 2025 è pari a 90,63%.

- **(PDTA064)** % di nuovi casi con tumore della mammella che effettuano almeno una mammografia nei 18 mesi successivi la data dell'intervento chirurgico eseguito durante il ricovero indice – NSG. Target: $\geq 90\%$.

Nel 2025, l'Azienda registra un valore del 51,59% vs 62,14 nel 2024 e 63,89% nel 2023. Il valore medio regionale 2025 risulta pari a 78,7%.

Obiettivo: Approccio innovativo del Dipartimento di Sanità Pubblica, Prevenzione e Promozione della Salute

L'attività del Dipartimento di Sanità Pubblica è orientata a garantire l'erogazione dei LEA in tutti gli ambiti della prevenzione collettiva e di sanità pubblica, sanità veterinaria e sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro, mediante un approccio basato sulla conoscenza ed analisi dei "profili di salute" della popolazione.

Gli interventi e le attività tipiche del Dipartimento di Sanità Pubblica sono indirizzati a:

1. Promozione della salute: sviluppare ulteriormente l'attività di promozione della salute nelle Case della Comunità.
2. Prevenzione:
 - Aumento delle coperture vaccinali e armonizzazione dell'offerta a livello regionale.
 - Garantire tra le attività di sorveglianza la completezza e la tempestività di tutti i flussi informativi richiesti (es. influenza, COVID-19).
 - Proseguire il programma per l'effettuazione dello screening attivo e gratuito per infezione da HCV nella popolazione generale (1969-1989).
 - Garantire l'attività di vigilanza nelle strutture socio sanitarie e socio assistenziali per anziani e disabili, avvalendosi di equipe multidisciplinari, con priorità per le strutture non accreditate.
3. Antimicrobicoresistenza: partecipazione alle attività correlate all'uso consapevole dell'antibiotico, ed ai Piani (Nazionale e Regionale) di contrasto all'antimicrobicoresistenza, con particolare riferimento agli ambiti veterinario e ambientale.
4. Sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria:
 - realizzare le attività di prevenzione e controllo in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria e garantire l'attuazione del Piano Regionale Integrato;
 - assicurare la gestione integrata, in ottica one health, delle emergenze di sanità pubblica veterinaria, in particolare per la gestione emergenza Peste suina africana;
 - assicurare la gestione integrata di tutte le emergenze di sanità pubblica secondo le linee di indirizzo e gli accordi regionali, con particolare riferimento agli eventi epidemici, comprese le emergenze di sanità pubblica veterinaria e di sicurezza alimentare.
5. Sicurezza dei lavoratori: sviluppare attività di prevenzione e controllo negli ambienti di vita e di lavoro, implementando piani mirati di prevenzione per la salute e la sicurezza dei lavoratori.

È proseguita, nel 2025, l'attuazione del **Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025**, articolato in 10 Programmi Predefiniti descritti nel Piano Nazionale e 10 Programmi liberi introdotti a livello regionale. L'Azienda, tramite l'operato del Dipartimento Sanità Pubblica, ha garantito il proprio impegno e la collaborazione nell'implementazione del Piano a livello locale, con specifica attenzione alla progettazione e realizzazione delle azioni trasversali in ciascuno dei Programmi, al fine di garantire il raggiungimento degli indicatori definiti a livello locale di cui al documento di governance (DGR 58 del 24/01/2022).

Nel 2025, nell'ambito del Dipartimento Sanità Pubblica dell'AUSL di Imola, è proseguito pertanto l'impegno per il raggiungimento degli indicatori locali. Il responsabile aziendale PRP ha partecipato a tutti gli incontri fissati dalla cabina di regia regionale e si sono tenuti due incontri della cabina di regia locale (7 luglio e 29 ottobre) per monitorare il raggiungimento degli obiettivi, favorire la collaborazione tra referenti di programma ed affrontare eventuali criticità emerse.

Il documento "Obiettivi della programmazione regionale sanitaria 2025 - Paragrafo 1.1.1. Piano Regionale della Prevenzione. Elenco indicatori locali che concorrono alla valutazione degli obiettivi di mandato dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie - Prot. 679839", indica 39 indicatori locali necessari a valutare il raggiungimento degli obiettivi legati alla prosecuzione delle attività 2025: di questi 39 indicatori è previsto, per ogni AUSL, il raggiungimento dell'90% (35 indicatori).

Durante gli incontri della cabina di regia aziendale non sono emerse criticità rispetto al raggiungimento degli obiettivi da parte dei referenti di programma e nel corso dell'ultima riunione della cabina di regia i 35 obiettivi risultavano raggiunti, in fase di raggiungimento o non raggiunti perché dipendenti da obiettivi regionali preliminari. Ogni referente locale di programma ha trasmesso le rendicontazioni richieste ai referenti Regionali di programma secondo i tempi previsti.

Con DGR 183/2023 è stato istituito il **Sistema regionale prevenzione salute dai rischi ambientali e climatici (SRPS)** e approvato il Documento contenente le proposte riguardanti la struttura, l'organizzazione e le funzioni del Sistema regionale e la definizione dei nodi di tale sistema a rete.

Con DGR 2172/2023 sono stati assegnati i finanziamenti di cui all'atto aggiuntivo all'Accordo operativo sottoscritto tra Istituto Superiore di Sanità (ISS) e Regione, di cui al Prot. Rep. RPI 1/12/2023.0000807.U. Nell'ambito dei finanziamenti PNRR/PNC, identificati i nodi SRPS, è stato garantito il rispetto delle tempistiche definite nell'Allegato 3 all'Accordo operativo di cui sopra per l'acquisizione delle attrezzature di cui all'investimento 1.1 del "Piano Nazionale Complementare PNC "Salute, Ambiente, Biodiversità e Clima".

L'AUSL di Imola, nel 2025, ha garantito la propria attività nell'attuazione del suddetto accordo operativo, secondo la programmazione definita dal livello regionale.

Con deliberazione n. 260 del 20/12/2023 era stato istituito il "Nodo aziendale del Sistema Regionale Prevenzione Salute dai rischi ambientali e climatici (SRPS)" nel Dipartimento di Sanità Pubblica dell'AUSL Imola, con allegato un documento descrittivo del nodo SRPS a livello di DSP.

Per quanto riguarda le tempistiche di pubblicazione del bando per l'acquisizione delle attrezzature, a giugno 2025, sono stati acquisiti i beni di priorità 3 e le procedure di approvvigionamento sono state pubblicate entro i termini delle milestones (31.12.2025).

Epidemiologia e sistemi informativi

Per le attività di prevenzione, ai fini del monitoraggio e della valutazione dei risultati, risulta strategica la disponibilità dei dati dei sistemi informativi e di sorveglianza, per il necessario e corretto funzionamento di tutte le funzioni che ne derivano (conoscenza, azione, governance ed empowerment).

A livello regionale sono presenti numerosi sistemi informativi e banche dati aggiornate, un patrimonio informativo che le Aziende contribuiscono a mantenere ed implementare in una visione unitaria, a supporto

dei programmi di sanità pubblica. Il Dipartimento di Sanità Pubblica dell'AUSL di Imola, nel 2025, ha garantito l'implementazione del Registro regionale dei tumori, secondo quanto previsto dal Regolamento di organizzazione e funzionamento del registro stesso; l'attività di implementazione dei dati di incidenza è stata realizzata garantendo il massimo livello di accuratezza e completezza tramite periodici controlli di qualità. Come tutti gli anni, per quanto riguarda la Sorveglianza PASSI, è stata assicurata accuratezza e tempestività nella raccolta delle informazioni funzionale anche al calcolo dell'indicatore composito sugli stili di vita P14C del Nuovo Sistema di Garanzia a livello regionale non ancora disponibile. Si fa presente che tale indicatore viene calcolato a livello regionale sulla base dei dati estrapolati dalla sorveglianza Passi.

Si riportano, di seguito, indicatori SIVER nell'ambito della "DGR programmazione e finanziamento - Edizione 2025" e relativi la Sorveglianza PASSI.

- **(IND0707)** % realizzazione interviste PASSI programmate (anno 2025). Target: $\geq 95\%$ al 28 febbraio 2026.

L'AUSL di Imola realizza un numero di interviste oltre a quelle programmate con un valore pari al 103,51%, in coerenza con la fonte interna (Igiene pubblica) che conferma la realizzazione di tutte le interviste programmate (100%) per il 2025, ovvero complessive 118 interviste.

- **(IND1030)** % realizzazione interviste PASSI d'Argento programmate (anno 2024). Target: $\geq 95\%$ al 28 febbraio 2025.

L'Azienda risulta aver realizzato il 105,48% delle interviste programmate, in coerenza con la fonte interna (Igiene pubblica) per il 2025, ovvero complessive 77 interviste.

Sorveglianza delle malattie infettive

Nell'ambito della revisione e dell'aggiornamento, ove necessario, sono state garantite le azioni per l'applicazione a livello locale (Piani Operativi Locali) del Piano strategico operativo di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale in accordo con quanto previsto dal piano regionale (Piano strategico operativo di risposta a una pandemia influenzale della Regione Emilia-Romagna).

Nell'ambito delle azioni previste dalla fase inter-pandemica è stata garantita la sorveglianza delle forme simil-influenzali, per valutarne l'andamento epidemiologico e intercettare precocemente la diffusione di nuovi virus respiratori, influenzali o di altra eziologia. L'adempimento di questi obiettivi è strettamente legato al rafforzamento della sorveglianza Influnet&RespiVirNet, tramite le attività previste dalla sorveglianza virologica, in particolare esecuzione e trasporto dei tamponi al laboratorio di riferimento regionale.

Il rafforzamento ha riguardato anche l'attività di sorveglianza a supporto di piani di eliminazione/eradicazione di specifiche malattie infettive, quali il morbillo, la rosolia congenita, la pertosse e la poliomielite, assicurando l'invio dei campioni ai laboratori di riferimento regionali per la conferma diagnostica, secondo le tempistiche previste. Come richiesto dal livello regionale, sono state messe in campo azioni volte alla promozione ed attuazione di interventi informativi/comunicativi/educativi sul tema delle malattie infettive la cui trasmissione è fortemente influenzata dai comportamenti individuali, in applicazione delle indicazioni sui percorsi diagnostico-terapeutici per gli utenti con infezioni sessualmente trasmissibili (IST) di un approccio

multidisciplinare della rete delle competenze aziendali e/o interaziendali, al fine di assicurare la trasmissione della segnalazione da parte dei clinici al DSP per tutti i casi diagnosticati di malattia sessualmente trasmessa. Per quanto concerne la Relazione annuale delle attività delle reti IST utilizzando il format regionale, l'Azienda ha provveduto a tale redazione secondo le tempistiche previste (31/1/2025) in collaborazione con gli altri attori della rete IST metropolitana.

In base al monitoraggio SIVER "DGR programmazione e finanziamento - Edizione 2026" si riportano i seguenti indicatori:

- **(IND1031)** "% di casi sospetti di Dengue-Chikungunya-Zika virus segnalati al DSP e notificati sul totale dei casi sospetti testati presso il Laboratorio di riferimento regionale CRREM". Target: valore ottimale = 100%; valore accettabile = > 90%.

La % di casi sospetti segnalati e notificati dall'Azienda, nel 2025 è pari al 100% (4 su 4). E' pervenuta segnalazione al servizio preposto per 4 casi sospetti di Arbovirosi ed in tutti i casi è stata fatta segnalazione al DSP.

Per quanto concerne le attività di potenziamento nell'ambito delle malattie infettive la cui trasmissione è fortemente influenzata dai comportamenti individuali, con particolare riferimento alle infezioni sessualmente trasmissibili (IST), si riporta il seguente indicatore:

- **(IND1032)** Screening HCV sulla popolazione generale: percentuale di popolazione target (tutta la popolazione iscritta all'anagrafe sanitaria, inclusi gli Stranieri temporaneamente presenti, e nata dal 1969 al 1989) che ha effettuato test di screening nel periodo oggetto di osservazione. Target: valore ottimale = 50%; valore accettabile = > 40%; valore sufficiente = > 35%.

L'AUSL di Imola mostra un valore 2025 pari al 70,15% vs 65,87% del 2024. Il valore medio regionale 2025 è pari al 50,08%.

Il Sistema di sorveglianza dei virus respiratori RespiVirNet consente, attraverso l'attività dei medici sentinella, di calcolare l'incidenza settimanale delle infezioni respiratorie e identificarne i virus responsabili. La copertura minima richiesta dal livello regionale è del 4%: obiettivo nazionale per garantire la rappresentatività statistica del campione di popolazione sotto sorveglianza.

- **(IND1033)** Copertura media sistema sorveglianza RespiVirNet: Numero medio di persone assistite da MMG o PLS sentinella afferenti alla rete RespiVirNet ed attivi durante il periodo di sorveglianza/popolazione residenti nel territorio dell'Azienda USL. Target: >= 4%.

Il valore per l'AUSL di Imola, nel 2025, risulta pari a 3,59% vs 1,87% nel 2024. Il valore medio regionale 2025 è pari a 3,76%.

Programmi regionali di screening

Nel corso del 2025 i dati di estensione dei 3 Programmi di screening oncologici sono risultati sostanzialmente in linea con la media regionale per quanto riguarda i Programmi di Screening Cervice uterina e Colon-retto; il Programma di Screening mammella è in lieve flessione per quanto riguarda il tasso di adesione, rispetto alla media regionale.

I dati di estensione e di adesione della popolazione per specifico programma sono riportati in tabella; la rilevazione è stata consolidata dalla Regione al 31/12/2025 per cervice e mammella e al 30/11/2025 per colon-retto.

Programmi regionali screening
(Rilevazione RER consolidata al 31/12/2025 per cervice, mammella, al 30/11/2025 per colon-retto)

Programmi regionali screening: prevenzione tumore collo dell'utero, mammella e colon retto.		2022		2023		2024		2025	
		IMOLA	Media R.E.R.	IMOLA	Media R.E.R.	IMOLA	Media R.E.R.	IMOLA	Media R.E.R.
% Avanzamento Programma	Screening cervice - target 25-65	99,5%	99,4%	99,5%	99,6%	99,5%	99,7%	99,6%	99,7%
	Screening mammografico - target 45 - 49	99,9%	99,7%	100,0%	99,0%	99,9%	99,7%	99,8%	99,9%
	Screening mammografico - target 50 - 69	99,9%	99,6%	99,9%	98,1%	99,9%	99,1%	99,9%	99,4%
	Screening mammografico - target 70 - 74	99,9%	99,5%	100,0%	98,2%	99,9%	99,3%	99,9%	99,2%
	Screening Colon Retto - target 50-69	99,6%	95,9%	99,7%	96,1%	99,8%	96,8%	99,7%	96,9%
% Adesione a invito	Screening cervice - target 25-65	64,6%	65,3%	66,1%	65,9%	66,1%	66,5%	66,9%	67,4%
	Screening mammografico - target 45 - 49	70,5%	71,8%	63,9%	70,9%	69,3%	73,7%	64,8%	73,2%
	Screening mammografico - target 50 - 69	71,3%	71,0%	67,7%	70,4%	68,2%	72,7%	69,0%	74,2%
	Screening mammografico - target 70 - 74	70,2%	72,3%	67,5%	71,4%	67,5%	72,9%	66,9%	73,4%
	Screening Colon Retto - target 50-69	55,5%	53,2%	53,1%	52,8%	54,5%	52,8%	54,3%	54,9%

Su piattaforma SIVER (**PIAO 2025 2027**) **PROCESSI INTERNI - Produzione Prevenzione** vengono monitorati i seguenti obiettivi:

- (**IND761**) Screening mammografico: % di popolazione target (donne di 45-74 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale). Target: $\geq 70\%$. Risultato atteso aziendale 2025: mantenimento STD medio aziendale.

Nel 2025, l'Azienda rileva un valore pari al 68,07% vs 68,29% del 2024 (2023: 67,06%). Il valore regionale 2025 risulta pari a 73,92%.

- (**IND762**) Screening cervice uterina: % di popolazione target (donne di 25-64 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale). Target: $\geq 60\%$. Risultato atteso aziendale 2025: mantenimento STD medio aziendale.

L'AUSL di Imola mostra un valore 2025 pari a 66,89% vs 66,11% nel 2024 e 2023. Il valore regionale 2025 risulta pari a 67,41%.

- (**IND763**) Screening coloretale: % di popolazione target (persone di 50-69 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale). Target: $\geq 50\%$. Risultato atteso aziendale 2025: mantenimento STD medio aziendale.

L'Azienda mostra un valore 2025 pari a 54,34% vs 54,54% nel 2024 (2023: 53,10%). Il valore regionale 2025 risulta pari a 54,90%.

Vaccinazioni infantili e per adulti

Nel 2025, in continuità con gli anni precedenti, viene garantito il monitoraggio e tutte le azioni correttive necessarie per l'invio delle informazioni vaccinali attraverso l'Anagrafe Vaccinale Real Time (AVR-RT).

In riferimento agli indicatori NSG, si riporta il monitoraggio su piattaforma SIVER (**PIAO 2025 2027**) **PROCESSI INTERNI - Produzione Prevenzione.**

Coperture vaccinali pediatriche

- (**P01C**) Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib) – NSG. Target: $\geq 95\%$. Risultato aziendale atteso 2025: $\geq$ Anno 2024.

Nel 2025 si rileva una copertura pari al 96,24% vs 94,25% del 2024. La media regionale 2025 risulta pari a 96,46%.

- (**P02C**) Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) – NSG. NSG. Target: $\geq 95\%$. Risultato aziendale atteso 2025: $\geq$ Anno 2024.

L'AUSL di Imola registra una copertura vaccinale 2025 pari a 96,24% vs 94,36% del 2024. La copertura media RER 2025 risulta pari a 96,30%.

- (**P04C**) Copertura vaccinale antimeningococcica C a 24 mesi nei bambini - NSG. Target: $\geq 95\%$. Risultato aziendale atteso 2025: $\geq$ Anno 2024.

L'AUSL di Imola registra una copertura vaccinale 2025 pari a 91,98% vs 88,15% del 2024. La copertura media RER 2025 risulta pari a 91,39%.

Coperture vaccinali adulti

- (**P06C**) Copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani – NSG. Target: $\geq 75\%$. Risultato aziendale atteso 2025: $\geq$ Anno 2024.

L'AUSL di Imola registra una copertura vaccinale 2025 pari a 61,69% vs 62,47% del 2024. La copertura media RER 2025 risulta pari a 58,23%.

Per quanto concerne il monitoraggio SIVER (DGR programmazione e finanziamento - Edizione 2026) per le coperture vaccinali adulti, si riportano gli esiti per i seguenti indicatori:

- (**IND1034**) Copertura nella popolazione di età ≥ 65 anni per il vaccino coniugato contro lo pneumococco. Target: $\geq 40\%$ con evidenza di un aumento percentuale rispetto all'anno precedente.

Nel 2025 si registra per l'AUSL di Imola una copertura pari a 36,05% vs 25,59% 2024, in miglioramento pur non raggiungendo il target. La copertura media regionale 2025 risulta pari a 31,18%.

- (**IND1035**) Copertura nella popolazione di età ≥ 65 anni per il vaccino contro l'herpes zoster. Target: $\geq 35\%$ con evidenza di un aumento percentuale rispetto all'anno precedente.

Nel 2025 si registra per l'AUSL di Imola una copertura pari a 40,27% vs 34,19%, in miglioramento rispetto al 2024. La copertura media regionale 2025 risulta pari a 29,38%.

- **(IND1039)** Copertura nella popolazione di età compresa tra 65 e 73 anni (coorti 1952-1960) per il vaccino coniugato contro lo pneumococco. Target: $\geq 40\%$ con evidenza di un aumento percentuale rispetto all'anno precedente.

L'AUSL di Imola registra una copertura vaccinale 2025 pari al 43,05%. La media regionale 2025 risulta essere il 41,27%.

- **(IND1060)** Copertura nella popolazione di età compresa tra 65 e 72 anni (coorti 1953-1960) per il vaccino contro l'herpes zoster. Target: $\geq 35\%$ con evidenza di un aumento percentuale rispetto all'anno precedente.

L'AUSL di Imola registra una copertura vaccinale 2025 pari al 39,61%. La media regionale 2025 risulta essere il 35,48%.

Salute e sicurezza in ambienti di lavoro e di vita

La tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori si realizza attraverso le azioni di assistenza e le azioni di vigilanza e controllo svolte dai Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPSAL).

Con l'obiettivo di giungere alla riduzione degli infortuni, prioritariamente quelli mortali, e delle malattie lavoro correlate, si è mantenuta un'attività di vigilanza, controllo e ispezione (e più in generale di P.G.) condotta dagli SPSAL e dalle Unità Operative Impiantistiche e Antinfortunistiche (UOIA) dei Dipartimenti di Sanità Pubblica (DSP) e rivolta in particolare ai comparti a maggior rischio di infortunio quali edilizia, agricoltura, logistica e ad alcuni rischi prioritari come ad esempio il rischio cancerogeno, lo stress lavoro-correlato e da sovraccarico biomeccanico.

L'obiettivo di copertura della vigilanza delle unità locali esistenti, individuato al 7,5% per il 2025, va collocato in questa cornice di riferimento, valorizzando anche attività di controllo che non prevedono accessi ispettivi in azienda. Ai fini del conseguimento di tale obiettivo è stata mantenuta l'indicazione del contributo, tendenzialmente del 10%, da parte delle UOIA.

L'attività di assistenza, condotta particolarmente nell'ambito dei **Piani Mirati di Prevenzione**, prosegue con le caratteristiche già introdotte nel PRP 2021–2025, rivolgendo ulteriore attenzione ai settori a maggior rischio quali edilizia, agricoltura e logistica. Per l'anno 2025 è stata realizzata una formazione a livello regionale rivolte agli operatori degli SPSAL ed iniziative a livello locale, con momenti di formazione specifica rivolte alle figure aziendali della prevenzione delle imprese coinvolte nelle progettualità in corso.

Per quanto concerne il monitoraggio su SIVER **(PIAO 2025 2027) PROCESSI INTERNI - Produzione Prevenzione**, si riporta quanto segue:

- **(IND0185)** % aziende con dipendenti ispezionate – GRIGLIA LEA. Target: $\geq 7,5\%$. Risultato atteso aziendale: mantenimento std aziendale.

L'Azienda mostra un valore 2025 pari a 9,45% vs 9,06% nel 2024. Il dato medio regionale 2025 risulta pari a 8,20%. Da fonte interna, nel 2025 sono state controllate 430 unità produttive, pari al 7% di 6.171 unità esistenti. Di queste, 67 aziende (14%) sono state controllate senza accesso ispettivo.

La copertura complessiva comprende, inoltre, le Unità locali controllate in orari non convenzionali (91) e quelle controllate sul territorio imolese da UOIA AUSL Bologna (89). Tolle 21 aziende tra quelle senza accesso ispettivo perché superano il 10% richiesto, complessivamente sono n. 589 le aziende controllate: il 9,5% di 6.171.

- (**IND0187**) % cantieri ispezionati. Indicatore di osservazione. Risultato atteso aziendale: mantenimento std aziendale.

L'Azienda mostra un valore 2025 pari a 19,07% vs 27,08% del 2024 e 11,76% del 2023. Il dato medio regionale 2025 risulta pari a 17,27%.

Per quanto riguarda il Piano amianto regionale sono state mantenute le seguenti azioni: assistenza informativa e sanitaria ai lavoratori ex-esposti ad amianto; promozione della microraccolta di Materiali Contenenti Amianto (MCA); vigilanza e controllo nei cantieri di bonifica di MCA; implementazione del COR lavoratori ex-esposti ad amianto. In riferimento all'indicatore specifico sui cantieri rimozione amianto controllati su totale piani di rimozione amianto (ai sensi dell'art. 256 D. Lgs 81/08):

- (**IND0708**) % cantieri di rimozione amianto controllati sul totale dei piani di rimozione amianto ai sensi dell'art. 256 del D. Lgs. 81/08. Target: $\geq 15\%$.

L'AUSL di Imola riporta un valore 2025 pari a 21,97% vs 22,22% nel 2024. Il valore medio regionale 2025 risulta pari a 22,66%. I dati interni confermano il 21% nel rispetto del target. Nel 2025 sono stati ispezionati n. 29 cantieri di amianto su 132 notifiche ricevute.

Le attività di vigilanza, controllo e ispezione condotte dal Servizio di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPSAL) e dalle Unità Operative Impiantistiche e Antinfortunistiche (UOIA) dei Dipartimenti di Sanità Pubblica (DSP), oltre all'attività di assistenza tipiche rivolge particolare attenzione ai comparti a maggior rischio di infortunio quali edilizia, agricoltura e logistica che concorrono all'obiettivo della riduzione degli infortuni sul lavoro, con priorità per quelli gravi e mortali.

- (**P07CA**) Denunce d'infortunio sul lavoro: variazione del tasso di frequenza di infortunio sul lavoro tra l'anno di riferimento e l'anno precedente. Target: riduzione rispetto anno precedente.

L'AUSL di Imola rileva una variazione nel 2025 pari a -4,83 vs una riduzione nel 2024 di -0,57 e nel 2023 di -13,4. La riduzione media regionale nel 2025 risulta pari a -2,43.

Per quanto riguarda l'implementazione delle attività degli ambulatori di medicina del lavoro presso le Case della Comunità, in raccordo con i Dipartimenti di Sanità pubblica per la valutazione di casi di sospetta malattia lavoro-correlata finalizzata alla emersione delle patologie occupazionali e relativi adempimenti medico-legali, nel 2025, come richiesto dalla delibera regionale di riferimento, è stato attivato l'ambulatorio di medicina del lavoro presso la Casa della Comunità di Imola e attivata la rete con il CUP per la prenotazione delle visite. Sono inoltre stati presi contatti con la Direzione medica di presidio e con la Direzione delle Cure primarie per la creazione di una rete di supporto anche con la radiologia e la pneumologia, in particolare per quanto riguarda la gestione dei casi dei lavoratori ex esposti ad amianto.

Nel 2025 sono state effettuate 82 visite specialistiche di Medicina del Lavoro.

Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e nutrizione

Il **Piano Regionale Integrato (PRI)** comprende in un unico documento la programmazione regionale dei controlli ufficiali e di altre attività ufficiali in materia di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria.

Il PRI individua per ogni piano specifico una serie di indicatori condivisi con tutte le AUSL per monitorare le azioni previste nel piano. Nel 2025 si richiede un contributo al raggiungimento degli standard previsti per tutti gli indicatori. È stato individuato per il 2025 un sottoinsieme di "indicatori sentinella regionali", quelli che impattano maggiormente sugli indicatori nazionali per la valutazione degli adempimenti LEA e quelli che riguardano attività indicate come "prioritarie" dal Ministero della Salute nel Piano nazionale integrato.

Il livello regionale, pertanto, monitora tre indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) istituito dal Decreto del Ministero della Salute 12 marzo 2019 "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria". Due indicatori rientrano nel "CORE", scelti per valutare le regioni: **P10Z** "Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino" e **P12Z** "Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale".

Per quanto previsto dal nuovo sistema nazionale di identificazione e registrazione degli animali, degli stabilimenti e degli operatori, in particolare per l'implementazione del sistema informativo nazionale degli animali da compagnia (SINAC), si conferma per il 2025 l'attivazione di sportelli front-office per i cittadini e degli operatori per gli adempimenti amministrativi previsti dalla norma sopracitata, finora in carico ai comuni e ora in carico alle AUSL.

Per quanto riguarda l'attività nel settore della nutrizione preventiva e clinica, è prevista una implementazione ulteriore dei Percorsi Preventivi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PPDTA) a favore di bambini e adulti con sovrappeso e obesità, nonché la realizzazione di un percorso formativo regionale destinato ad operatori dei DSP (SIAN) e ai Dipartimenti di salute mentale che ha come tema: "Principi e strumenti per un percorso di Prevenzione e Promozione della Salute sui Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione in Regione Emilia-Romagna". In coerenza con quanto disposto dal PRI, i Dipartimenti di Sanità Pubblica devono dotarsi di una organizzazione in grado di gestire le molteplici emergenze di competenza, raccordandosi con gli Enti e Autorità competenti.

Il monitoraggio disponibile su SIVER (**PIAO 2025 2027**) **PROCESSI INTERNI - Produzione Prevenzione**, rileva i seguenti esiti:

- (**P10Z**) Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, dell'alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino – NSG. Target: $\geq 95\%$. Mantenimento std medio aziendale.

L'Azienda mostra un valore 2025 pari a 97,78% vs 100% nel 2024 e 2023. Il dato medio regionale 2025 risulta pari a 97,82%.

- (**P12Z**) Coperture delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale. Target: $\geq 95\%$. Risultato atteso aziendale: $\geq$ STD RER.

L'Azienda mostra un valore 2025 pari a 100% vs 98,67% nel 2024. Il dato medio regionale 2025 risulta pari a 99,99%.

Il monitoraggio su SIVER della "DGR programmazione e finanziamento - Edizione 2026" presenta anche il seguente indicatore NSG. **P11Z** "Copertura delle principali attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti". Target: 95%. Il dato aziendale rileva una percentuale di pieno raggiungimento (100%).

Tabella Indicatori: PROCESSI INTERNI - Produzione Ospedale

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2022	Valore Aziendale 2023	Valore Aziendale 2024	Valore Regionale (Target)	Risultato atteso aziendale 2025	Risultato Aziendale 2025	Risultato Regionale 2025	Note / Fonte Dati
868	Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione - Stessa provincia	52,44	52,77	51,94	-	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	52,26	77,76	(Flusso SDO)
869	Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione - Stessa regione	20,78	20,82	20,30	-	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	18,80	9,69	(Flusso SDO)
870	Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione - Fuori regione	26,77	26,41	27,76	-	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	28,94	12,55	(Flusso SDO)
871	Indice di case mix degenza ordinaria	0,87	0,85	0,85	-	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	0,84	-	(Flusso SDO)
872	Indice comparativo di performance	1,20	1,15	1,17	<= 1,25	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	1,23	-	(Flusso SDO)

Tabella Indicatori: PROCESSI INTERNI - Produzione Prevenzione

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2022	Valore Aziendale 2023	Valore Aziendale 2024	Valore Regionale (Target)	Risultato atteso aziendale 2025	Risultato Aziendale 2025	Risultato Regionale 2025	Note / Fonte Dati
P02C	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) - NSG	94,84	95,66	94,36	> = 95	> = ANNO 2024	96,24	96,30	(Anagrafe Vaccinale Regionale)
P04C	Copertura vaccinale antimeningococcica C a 24 mesi nei bambini - NSG	91,70	91,65	88,15	> = 95	> = ANNO 2024	91,98	91,39	(Anagrafe Vaccinale Regionale)
P06C	Copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani - NSG	65,05	62,61	62,47	> = 75	> = ANNO 2024	61,69	58,23	(Anagrafe Vaccinale Regionale)
P01C	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib) - NSG	94,73	95,44	94,25	> = 95	> = ANNO 2024	96,24	96,46	(Anagrafe Vaccinale Regionale)
185	% aziende con dipendenti ispezionate - GRIGLIA LEA	9,28	8,74	9,06	> = 7,5	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	9,45	8,20	Indicatore di osservazione (Flusso MeS)
187	% cantieri ispezionati	15,76	11,76	27,08	-	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	19,07	17,27	Indicatore di osservazione (Flusso MeS)
761	Screening mammografico: % di popolazione target (donne di 45-74 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale)	71,02	67,06	68,29	> = 60	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	68,07	73,92	(Osservatorio Nazionale Screening)
762	Screening cervice uterina: % di popolazione target (donne di 25-64 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale)	64,57	66,11	66,11	> = 60	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	66,89	67,41	(Osservatorio Nazionale Screening)
763	Screening colorettrale: % di popolazione target (persone di 50-69 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale)	55,48	53,10	54,54	> = 50	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	54,34	54,90	Osservatorio Nazionale Screening)
P10Z	Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, dell'alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino - NSG	100,00	100,00	100,00	>= 95	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	97,78	97,82	Piattaforma VETINFO, Flusso Informativo PNAA E Flusso Informativo Farmacosorveglianza
P012Z	Coperture delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, riferite alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale - NSG	88,57	100,00	98,67	>= 95	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	100,00	99,99	NSIS - Flussi contaminazione alimenti
1126	% di ragazzi/e che accedono a servizi consultoriali (Consultori Familiari, Spazi Giovani, Spazi Giovani Adulti e Spazi Donne Immigrate) per la contraccezione sulla popolazione target (14-25 anni)	-	-	9,89	>= 10,2	> = ANNO 2024	10,72	9,28	SICO

Tabella Indicatori: PROCESSI INTERNI – Produzione Territorio

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2022	Valore Aziendale 2023	Valore Aziendale 2024	Valore Regionale (Target)	Risultato atteso aziendale 2025	Risultato Aziendale 2025	Risultato Regionale 2025	Note / Fonte Dati
953	Tasso std di prevalenza x 1.000 residenti nei servizi Salute Mentale Adulti	21,74	23,05	24,00	-	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	24,65	22,06	(Flusso SISM)
225	Tasso std di prevalenza x 1000 residenti nei servizi Neuropsichiatria Infantile	51,16	62,28	71,61	-	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	70,26	85,48	(Flusso SINPIAER)
226	Tasso std di prevalenza x 1.000 residenti nei servizi Dipendenze Patologiche	-	8,18	8,49		MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	9,02	9,48	(Flusso SIDER)
310	% di donne seguite prevalentemente dal consultorio in gravidanza	59,24	63,12	65,70	> = 52 (media 2018)	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	68,71	65,23	(Flusso CEDAP)
317	% utenti degli spazi giovani sulla popolazione target (14-19 anni)	9,23	10,22	11,82	> = 7	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	13,30	10,03	(Flusso SICO)
499	Tasso di utilizzo della rete GRAD in età adulta x 1.000 residenti	0,32	0,25	0,36	-	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	0,29	0,33	(Flusso GRAD)

3.2.2 Sotto sezione: Qualità, sicurezza delle cure e gestione del rischio sanitario

Obiettivo: Qualità, sicurezza delle cure e gestione del rischio sanitario

La sicurezza è una componente fondamentale dell'assistenza sanitaria e rappresenta un elemento imprescindibile per l'erogazione di prestazioni di elevata qualità. Il tema della sicurezza delle cure e della gestione del rischio clinico è diventato una delle priorità del SSN in quanto elemento centrale nell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), secondo criteri di qualità e sicurezza.

Per far fronte a questo tema prioritario l'Azienda garantisce l'implementazione degli obiettivi definiti nel **Piano Programma aziendale per la gestione del rischio e la sicurezza (PPSC)** e nel **Piano Operativo Annuale Rischio Infettivo**, come previsto dai nuovi requisiti generali per l'accreditamento (rif. DM 19/12/2022 e s.m.i.). In riferimento alla elaborazione e formalizzazione del Piano annuale per la Sicurezza cure e Gestione rischio sanitario, i processi prioritari per la gestione del rischio e sicurezza delle cure, secondo le indicazioni delle nuove Linee di indirizzo regionale (Anno 2005 elaborato secondo le indicazioni delle nuove Linee di indirizzo regionali ed in coerenza alle tematiche ed agli obiettivi previsti dal Piano Strategico Regionale per la Sicurezza delle Cure e la Gestione del Rischio Sanitario 2025-2026), l'AUSL di Imola ha aggiornato e formalizzato il proprio PPSC per l'anno 2025 (rif. Deliberazione n. 97 del 22/5/2025 "Piano programma sicurezza delle cure (PPSC) – Anno 2025 – Approvazione").

In coerenza con la programmazione triennale, l'Azienda nel 2025 ha garantito l'impegno per la diffusione della cultura della sicurezza, promuovendo l'applicazione degli strumenti e metodi per la gestione del rischio e mantenendo l'implementazione delle Raccomandazioni e delle buone pratiche per la sicurezza dei pazienti e degli operatori. A tal fine sono state attivate sinergie e collaborazioni formali tra la funzione di gestione del rischio clinico e le altre funzioni specifiche trasversali all'area della sicurezza (rischio infettivo, sicurezza degli operatori, sistema qualità e accreditamento, governo clinico, formazione, valutazione, gestione dei sinistri, etc.), garantendo supporto e riferimento ai diversi livelli organizzativi aziendali (livello intermedio e livello operativo) in un processo di miglioramento continuo che ha interessato gli ambiti di seguito esposti.

Misurazione della sicurezza delle organizzazioni sanitarie

L'Azienda promuove la cultura della misurazione della sicurezza, garantendo l'implementazione a livello aziendale dei principali sistemi di segnalazione (incident reporting, farmacovigilanza, dispositivo vigilanza, PREVIOS, etc.).

Nel 2023, come da programmazione regionale, è stato avviato l'utilizzo della nuova piattaforma applicativa gestionale SegnalER, per la gestione delle segnalazioni da parte degli operatori (Modulo A) e da parte dei cittadini (Modulo B); il nuovo gestionale è utilizzato a regime dal 2024.

L'AUSL di Imola nel 2025 ha continuato ad assicurare l'implementazione di SegnalER a livello aziendale, che si completa con l'avvio del Modulo C (Gestione diretta dei sinistri) secondo il cronoprogramma definito dalla Regione Emilia-Romagna.

Implementazione strumenti per la gestione del rischio e monitoraggio delle Raccomandazioni e Buone Pratiche per la sicurezza

Per promuovere l'attenzione sul tema della sicurezza delle cure e degli operatori, l'Azienda favorisce la diffusione e implementazione degli strumenti per la valutazione e la gestione del rischio, applicando i principali metodi di analisi reattiva (es. Significant Event Audit, audit clinico) e sensibilizzando gli operatori rispetto a metodologie di analisi proattiva (es. FMEA/FMECA, visite per la sicurezza, etc.).

In particolare, dal 2023 l'Azienda promuove l'estensione dei metodi e degli strumenti di risk management alle strutture territoriali e alle cure intermedie (es. OSCO, Case della Comunità, Cure domiciliari, CRA, etc.), con particolare attenzione alle transizioni di cura ed ai cambiamenti di setting assistenziale ospedale-territorio (es. COT). In particolare, le "visite per la sicurezza" (secondo il modello regionale VISITARE) sono effettuate anche in ambito territoriale, coinvolgendo in particolare le CRA del territorio aziendale.

Nel 2025 tramite il Progetto VISITARE sono stati coinvolti i seguenti setting (come rendicontato alla RER con prot. 3100/2026): CRA Cidas (Medicina) (visita c/o la struttura effettuata in data 12/5/2025) e CRA Toschi (Dozza) (visita c/o la struttura effettuata in data 18/6/2025). Le "visite per la sicurezza" rappresentano l'occasione per valutare la conoscenza e il livello di applicazione delle raccomandazioni e buone pratiche per la sicurezza delle cure (Raccomandazioni Ministeriali, etc.) di cui l'Azienda promuove l'implementazione, anche garantendo la compilazione annuale del questionario AgeNAS.

Particolare attenzione è stata posta alla promozione e diffusione tra gli operatori delle principali Linee di indirizzo e Buone pratiche per la sicurezza delle cure (prevenzione delle cadute accidentali, prevenzione delle lesioni da pressione, prevenzione della contenzione, etc.), tramite diverse iniziative tra le quali, in continuità con il 2024, i corsi FAD attivati a livello regionale e disponibili sulla piattaforma SELF-PA.

Come rendicontato alla RER con prot. 3099 del 29/1/2026, relativamente all'obiettivo IND1204 – Lesioni da pressione, si conferma la realizzazione dei seguenti eventi formativi:

- Corso BLENDED n° 178/2025 (2 edizioni) "Valutazione e categorizzazione delle LDP in AREA CRITICA" (totale partecipanti: 21): 1ª edizione dal 8/05/2025 al 30/09/2025; 2ª edizione dal 12/5/2025 al 30/9/2025.
- Corso FSC n° 286/2025 (1 edizione) "Valutazione e categorizzazione delle LDP, valutazione delle lesioni cutanee e gestione delle medicazioni avanzate Edizione 2025" (totale partecipanti: 22): dal 3/11/2025 al 31/12/2025.
- Implementazione di un audit clinico-assistenziale concomitante, (come indicato dal documento regionale "Buone pratiche per la prevenzione della contenzione in ospedale" con determinazione n. 4125/2021), sull'adesione alle buone pratiche per la prevenzione della contenzione che coinvolga unità operative nelle quali la tematica è rilevante e redazione di un report.

È stato condotto l'audit clinico "Buone pratiche per la prevenzione della contenzione in ospedale", come rendicontato alla RER con prot. 3099 del 29/1/2026 (trasmissione report di audit).

Prevenzione del rischio infettivo e contrasto all'antimicrobico resistenza

L'AUSL di Imola ha aderito nel corso degli anni agli strumenti innovativi per la sorveglianza e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza e dell'antibioticoresistenza sviluppati dalla Regione Emilia-Romagna.

La DGR 318/2013 ha definito le linee di indirizzo per la gestione del rischio infettivo in Regione, riprese da progetti specifici del Piano Regionale della Prevenzione 2014-2019 e nell'ambito del recepimento regionale del Piano Nazionale di Contrasto all'Antimicrobicoresistenza 2017-2020 (DGR 1021/2018) e della sua proroga. Il nuovo Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 individua le "Misure per il contrasto dell'Antimicrobicoresistenza" come uno dei 10 Programmi Predefiniti che vengono monitorati per tutte le Regioni attraverso indicatori e relativi valori attesi.

L'AUSL di Imola ha recepito il "**Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2022-2025**" (DGR 540/2023) i cui elementi prioritari sono:

- sostegno alle attività di sorveglianza per migliorare il livello di partecipazione e la qualità dei dati raccolti in ambito aziendale con particolare riferimento alla sorveglianza della infezione del sito chirurgico (sistema SICHER);
- sostegno alle attività di implementazione dell'igiene delle mani mediante il monitoraggio dei consumi dei prodotti idroalcolici in ambito sanitario e sociosanitario e dell'adesione a questa pratica, utilizzando l'applicativo web MAppER;
- sostegno all'implementazione delle Linee guida sulle componenti essenziali dei programmi di prevenzione e controllo (*Guidelines on core components of IPC programmes*) attraverso l'utilizzo di IPCAF (*Infection Prevention and Control Assessment Framework*) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

La Regione Emilia – Romagna ha recepito il PNCAR 2022-2025 e costituito il Gruppo di Lavoro Regionale (Delibera N. 540 del 12/04/2023 e N. 15468 del 14/07/2023) avviandone i lavori e l'AUSL di Imola ha garantito la partecipazione ai gruppi regionali (PRCAR) per l'ambito veterinario e ambientale: presso l'AUSL Imola, a livello di Dipartimento di Sanità Pubblica, sono state organizzate 2 cabine di regia finalizzate al coordinamento e verifica dell'andamento degli obiettivi locali del Piano Regionale della Prevenzione, tra cui il PNCAR e presso la Regione Emilia-Romagna con la partecipazione dei referenti dell'AUSL di Imola agli incontri regionali finalizzati al coordinamento e verifica dell'andamento degli obiettivi regionali PNCAR.

In riferimento al contenimento del consumo degli antibiotici sistemici, attraverso la promozione dell'uso appropriato al fine di contrastare l'antimicrobicoresistenza, in linea con gli obiettivi del PrCAR (Piano regionale di contrasto alla antibiotico-resistenza) anche per il 2025, nell'ambito del pannello di indicatori in ambito regionale, viene confermato l'indicatore combinato che valuta diversi aspetti della prescrizione di antibiotici in ambito territoriale. Tale indicatore può raggiungere un valore massimo di 20 punti, ottenibili sommando i punteggi (min di 1 – max 5) di ciascuna delle quattro dimensioni che lo compongono. Indicatore combinato sui consumi di antibiotici in ambito territoriale.

Il monitoraggio disponibile su SIVER **(PIAO 2025 2027) PROCESSI INTERNI - Appropriately, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico**, rileva i seguenti esiti:

- **(IND1012)** Indicatore combinato sui consumi di antibiotici in ambito territoriale. Target: ≥ 15 punti.
Risultato aziendale atteso 2025: $\geq$ anno 2024.

Nel 2025, l'Azienda presenta un valore pari a 17 punti, in incremento rispetto al 2024 (13 punti) e nel rispetto del target atteso. Il punteggio medio regionale 2025 risulta pari a 18 punti.

Per quanto concerne la **prevenzione del rischio infettivo**, al fine di monitorare le attività svolte, è stato definito a livello regionale un indicatore combinato che consente di valutare contestualmente i diversi livelli di prevenzione, sorveglianza e controllo delle infezioni e delle resistenze negli ospedali per acuti e che può raggiungere un valore massimo di 20 punti, calcolato sommando i punteggi degli indicatori componenti.

- **(IND1026)** Indicatore composito su prevenzione, sorveglianza e controllo delle infezioni e delle resistenze negli ospedali per acuti. Target: ≥ 15 punti.

L'AUSL di Imola, nel 2025, risulta ottenere un punteggio pari a 16 punti.

- **(IND0742)** Copertura SICHER - % Procedure chirurgiche sorvegliate sul totale delle procedure sottoposte a sorveglianza e Partecipazione alla revisione dei casi di infezioni probabili. Target: $\geq 75\%$.

L'Azienda registra una copertura 2025 pari a 87% vs 77% del 2024. La % media RER risulta pari a 77%.

- **(IND1025)** Igiene delle mani: numero di opportunità osservate per 10.000 giornate degenza. Target: ≥ 150 .

Il rapporto viene calcolato con il Numero opportunità osservate in ambito ospedaliero in un anno sul Numero di giornate di degenza in regime ordinario. L'AUSL di Imola, nel 2025, rileva un valore pari a 232 vs 178 del 2024. Il valore RER 2025 risulta pari a 320.

- **(IND0737)** Consumo di prodotti idroalcolici per 1.000 giornate di degenza. Target: ≥ 30 litri per 1.000 giornate di degenza.

L'Azienda registra nel 2025 un consumo pari a 24 litri per 1.000 giornate di degenza. Il valore medio regionale 2025 è stato di 36 litri per 1.000 giornate di degenza.

- **(IND1024)** Punteggio framework IPCAF. Target: ≥ 601 .

Il Framework per la valutazione della prevenzione e controllo delle infezioni (*Infection Prevention and Control Assessment Framework* - IPCAF) è uno strumento dell'Organizzazione Mondiale della Sanità disegnato per guidare l'implementazione delle Linee guida sulle componenti essenziali dei programmi di prevenzione e controllo (*Guidelines on core components of IPC programmes*) che consente di valutare il programma e le attività di prevenzione e controllo delle infezioni in ospedale.

Nel 2025, l'AUSL di Imola registra un punteggio IPCAF pari a 745 (fonte: piattaforma PRCAR: Punteggio Finale Totale: = 745/800 (Livello IPC Raggiunto: = Avanzato) vs 730 del 2024.

Sicurezza in chirurgia

La sicurezza in chirurgia rappresenta per numerosità di accadimenti, potenziale gravità di esiti e costi diretti e indiretti, un ambito di costante attenzione, soprattutto per la prevenzione degli eventi che possono verificarsi in sala operatoria. Con la pubblicazione delle “*Guidelines for safe surgery*” dell’Organizzazione Mondiale della Sanità, la Regione Emilia-Romagna ha elaborato e diffuso le Raccomandazioni regionali per la sicurezza in sala operatoria promuovendo l’utilizzo di un’apposita check list (SSCL - *Surgical Safety Checklist*). A partire dal 2017 a livello regionale sono stati introdotti due specifici flussi informativi per monitorare l’applicazione della SSCL e l’attivazione del sistema di sorveglianza regionale SICHChER (Sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico in Emilia-Romagna) che è stato negli anni esteso anche all’ambito ostetrico (taglio cesareo) e dal 2025 all’ambito della chirurgia ambulatoriale.

Nel 2025 sono proseguite le attività per migliorare la sicurezza in chirurgia mediante l’applicazione della check-list SSCL (progetto SOS-Net) per tutte le procedure chirurgiche e di taglio cesareo e l’esecuzione di osservazioni dirette in sala operatoria effettuate utilizzando l’App regionale OssERvare”.

Per l’AUSL di Imola le osservazioni dirette in sala operatoria effettuate mediante l’utilizzo della “App regionale OssERvare” vedono il pieno rispetto del target con Osservazioni dirette in sala operatoria effettuate mediante l’utilizzo della App: target regionale: ≥ 30 osservazioni dirette/anno. Nel 2025 sono state effettuate n. 30 osservazioni (di cui 3 su SSCL-TC).

Sicurezza del farmaco e dei dispositivi medici

La sicurezza nell’uso dei farmaci è componente di primaria importanza nelle attività sanitarie e al suo perseguimento è indirizzato l’impegno dell’AUSL di Imola, che ha recepito in specifiche procedure le Raccomandazioni e Buone pratiche per la gestione clinica dei farmaci, per garantire il processo di ricognizione e di riconciliazione farmacologica, per la gestione in sicurezza di farmaci oncologici, etc.

L’attività di farmacovigilanza risulta particolarmente importante per il miglioramento continuo della sicurezza in terapia farmacologica, rappresentando un’importante fonte di informazioni per aumentare la sicurezza dei trattamenti. Nel corso del 2025 è stata data ulteriore applicazione alla procedura operativa AIFA per i Responsabili di Farmacovigilanza, promuovendo in ogni contesto il ricorso alla segnalazione on line e fornendo ritorno informativo per ogni segnalazione.

Da sottolineare la collaborazione ad un progetto sul monitoraggio dell’uso di farmaci e dispositivi medici, inserito nel programma regionale di farmacovigilanza attiva e all’interno delle attività istituzionali del Centro Regionale di Farmacovigilanza, mediante una borsa di studio dedicata in particolare alla sicurezza e appropriatezza d’uso dei farmaci erogati alla dimissione da ricovero e/o visita ambulatoriale.

È proseguito nel 2025 il coinvolgimento della farmacia nella gestione delle sospette ADR in ambito oncoematologico, il supporto alla segnalazione da parte del personale sanitario e l’invio periodico di report aggiornati sui farmaci sottoposti a monitoraggio addizionale, retaggio del precedente progetto di FV POEM3.

In tema di formazione si evidenzia la partecipazione al progetto COSIsiFA, iniziativa nazionale nata per promuovere l’informazione scientifica indipendente sul farmaco, soprattutto negli ambiti pediatria, oncologia, antibiotico-resistenza, cronicità e polifarmacoterapia.

È stato dato ampio risalto a due FAD gratuite messe a disposizione dal progetto sui temi polifarmacoterapia e antibioticoterapia, provvedendo alla divulgazione a tutti gli operatori sanitari e aderendo ad una formazione sincrona su antibioticoterapia con l'intento di formare facilitatori in grado di trasferire informazioni sull'uso appropriato degli antibiotici nel contesto di incontri locali.

A fine 2025 si segnala l'adesione ad un nuovo progetto regionale biennale di farmacovigilanza attiva denominato INTER-ACTIONS, orientato alla rivalutazione e ottimizzazione delle terapie farmacologiche nella popolazione anziana politrattata, realizzato con il supporto metodologico del Dipartimento Scienze Mediche Chirurgiche DIMEC, Alma Mater Studiorum UNIBO, in collaborazione con il Centro Regionale di Farmacovigilanza e il coinvolgimento di personale medico e operatori sanitari dell'UOC di Geriatria Ospedaliera e Territoriale AUSL di Imola.

Di seguito l'indicatore SIVER **(PIAO 2025 2027) PROCESSI INTERNI – Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico.**

- **(IND1075)** % di grandi anziani (≥ 75 anni) trattati con 9 o più farmaci in cronico, evitando contemporaneamente eventuali *undertreatment*, sul totale di grandi anziani. Risultato aziendale atteso 2025: $\leq$ anno 2024.

L'indicatore valuta la percentuale di grandi anziani politrattati, potenzialmente a maggior rischio di insorgenza di problematiche legate all'assunzione contemporanea di numerosi farmaci (interazioni clinicamente rilevanti, inefficacia terapeutica, tossicità). L'AUSL di Imola nel 2025 rileva un valore pari a 8,55% vs 8,37% del 2024 e 8,51% nel 2023. Il valore medio regionale 2025 risulta pari a 9,04% vs 9,02% del 2024.

Obiettivo: Governance della spesa e uso appropriato dei farmaci, delle tecnologie associate e dei dispositivi medici

Le azioni rivolte alla **politica del farmaco e al governo della spesa farmaceutica** costituiscono un settore di particolare rilevanza strategica per l'Azienda che, in base agli indirizzi regionali, riguardano interventi di appropriatezza d'uso e prescrizione sia in ambito ospedaliero che con riferimento alla farmaceutica convenzionata e con obiettivi specifici su categorie terapeutiche critiche per consumi e spesa. Pur avendo avviato, nel corso degli ultimi anni, interventi che hanno realizzato trend di miglioramento in materia di appropriatezza di consumi e di spesa, l'Azienda prosegue con particolare impegno le azioni volte alla appropriatezza farmaceutica. Il perseguimento degli obiettivi regionali per **appropriatezza di consumi e spesa** costituiscono pertanto impegni dell'Azienda su cui convergono azioni da parte di diversi professionisti coinvolti nell'ambito della farmaceutica convenzionata e territoriale e nell'acquisto e consumo ospedaliero di farmaci.

Spesa farmaceutica

La spesa farmaceutica complessiva dell'AUSL di Imola a consuntivo 2025, sulla base dei flussi informativi, viene rappresentata nella tabella seguente con il confronto rispetto all'esercizio 2024 e alla media regionale.

SPESA ASSISTENZA FARMACEUTICA: 2025 - 2024 A CONFRONTO					
ASSISTENZA FARMACEUTICA (Fonte dati: Reportistica RER)	2023	2024	2025	var % 2025 - 2024	var % Media RER 2025 - 2024
Farmaceutica convenzionata	€ 16.246.512	€ 17.169.448	€ 16.649.714	-3,0%	-3,7%
Acquisto Ospedaliero (escluso ossigeno e farmaci innovativi)	€ 25.967.507	€ 29.178.363	€ 31.281.861	7,2%	8,0%
TOTALE SPESA FARMACEUTICA	€ 42.214.019	€ 46.347.811	€ 47.931.575		
Acquisto Ospedaliero	2023	2024	2025	var % 2025 - 2024	
Totale Acquisto Ospedaliero	€ 25.967.507	€ 29.178.363	€ 31.281.861	7,2%	
<i>di cui</i>					
Consumi interni e Diretta Fasce H - C	€ 16.170.397	€ 18.172.955	€ 19.229.615	5,8%	
Erogazione diretta di Fascia A	€ 9.797.110	€ 11.005.408	€ 12.052.246	9,5%	
Spesa Convenzionata netta pro capite pesata	2023	2024	2025	var % 2025 - 2024	var 2025-2024
Spesa netta pro capite pesata	€ 121,09	€ 127,65	€ 123,55	-3,21%	-€ 4,10
Media RER	€ 113,09	€ 120,56	€ 115,90	-3,87%	-€ 4,66
Scostamento Imola da media regionale	€ 8,00	€ 7,09	€ 7,65	6,60%	
Spesa Territoriale netta pro capite pesata (convenzionata + erogazione diretta fascia A)	2023	2024	2025	var % 2025 - 2024	var 2025-2024
Spesa pro capite pesata	€ 194,11	€ 209,47	€ 212,98	1,7%	3,51 €
Media RER	€ 200,33	€ 218,30	€ 216,66	-0,8%	-1,64 €
Scostamento da media regionale	-€ 6,22	-€ 8,83	-€ 3,68	-1,70%	

Il consuntivo 2025 dell'AUSL di Imola registra un decremento della spesa convenzionata netta del -3% rispetto all'esercizio 2024, pari a € -519.734. A livello regionale si registra un decremento medio complessivo del -3,7%.

Si pone in evidenza che la spesa netta convenzionata riflette l'applicazione della manovra ticket regionale (DGR 390/2025) che per l'AUSL di Imola ha determinato, a consuntivo, un impatto in riduzione di € 952.252. Al lordo della manovra ticket, la spesa farmaceutica convenzionata per l'AUSL di Imola avrebbe registrato un incremento di € +425.988 pari a +2,5% in linea ed in miglioramento rispetto all'obiettivo assegnato che era pari a +3,4%. Si evidenzia altresì che nell'ambito della spesa farmaceutica convenzionata è compresa la spesa derivante dall'ingresso dei farmaci "gliptine" in precedenza compresi nell'acquisto ospedaliero dei farmaci (distribuzione diretta "per conto"). Sotto il profilo operativo, l'Azienda ha mantenuto il set di interventi strutturato ai fini del governo della spesa, registrando i progressivi esiti delle azioni introdotte.

Per quanto concerne l'acquisto ospedaliero di farmaci con DGR n. 972/2025 è stato assegnato all'AUSL di Imola un obiettivo di spesa in incremento del +9,9%, pari in valore di € +2.900.329, a fronte di una media regionale di incremento del +7,6%. Tale obiettivo di spesa esclude i farmaci innovativi (pieni e condizionati), gli antibiotici "reserve", l'ossigeno ed i vaccini mentre include i farmaci oncologici ad alto costo per le indicazioni terapeutiche prive del requisito di innovatività (piena e condizionata).

Il consuntivo 2025 registrato dall'AUSL di Imola, al netto dei farmaci innovativi, ossigeno e vaccini, risulta pari a € 31.281.861, corrispondente a +7,2% (pari a +2.103.498) rispetto al 2024, in linea ed in miglioramento rispetto all'obiettivo di spesa assegnato. La variazione di spesa deriva dal maggiore assorbimento di spesa di alcuni determinanti principalmente correlati a erogazione diretta verso pazienti presi in carico e con malattie rare.

In ambito di Erogazione diretta di fascia A, si registra complessivamente un aumento rispetto al 2024 pari a +9,5% (€ +1.046.838) con un andamento differenziato in riferimento alle varie linee di erogazione.

È stato garantito, pertanto, il proseguimento dell'impegno dell'Azienda nella Erogazione Diretta dei farmaci alla dimissione da ricovero e da visita ambulatoriale, al fine di intervenire su margini di miglioramento dell'attività di ricognizione e riconciliazione delle terapie farmacologiche, in ogni passaggio di setting assistenziale, ai medicinali del Prontuario Regionale a miglior garanzia di efficacia e sicurezza attraverso maggiore sinergia tra le parti coinvolte. A tal fine sono stati attivati spazi adeguati dedicati alla erogazione diretta ubicati presso il presidio ospedaliero.

In relazione alla spesa Farmaceutica si riportano gli indicatori regionali monitorati su piattaforma regionale SIVER (DGR programmazione e finanziamento 2026).

L'indicatore sottostante che misura la differenza percentuale tra la spesa per farmaci ad acquisto ospedaliero nell'anno corrente e quella nell'anno precedente prevede target personalizzati per azienda: AUSL di Imola = +9,9%. La spesa per farmaci ad acquisto ospedaliero considerata è riferita a tutti i farmaci acquistati sia per il consumo interno in regime di ricovero (ordinario e DH) e ambulatoriale, sia per la distribuzione diretta e

distribuzione per conto. Sono, inoltre, compresi i farmaci esteri, galenici e magistrali. Sono, invece, esclusi ossigeno e innovativi, oncologici e non oncologici oggetto di specifici fondi di finanziamento. I farmaci non considerati nel calcolo della spesa totale sono elencati, per ogni anno, e vengono identificati in uno specifico protocollo.

- **(IND0352)** Variazione della spesa per farmaci ad acquisto ospedaliero rispetto all'anno precedente. Target: +9,9% rispetto al 2024.

La variazione aziendale 2025 rilevata su SIVER risulta pari a +6,18% comprensiva del valore di consumo della partecipata Montecatone Rehabilitation Institute spa. La variazione media regionale 2025 si attesta a +8,03%.

L'indicatore che segue mostra la spesa farmaceutica pro-capite dei farmaci dispensati in regime convenzionale. Viene considerata la spesa farmaceutica convenzionata per i residenti, al lordo del *payback*. È inclusa la mobilità intraregionale ed esclusa la mobilità extraregionale.

- **(IND0696)** Spesa farmaceutica convenzionata pro-capite. Target: Media regionale.

Il valore di spesa aziendale nel 2025 è pari a 120,98 euro pro-capite. Il valore medio regionale 2025 risulta pari a 112,66 euro pro-capite.

In riferimento alla spesa farmaceutica territoriale pro-capite (convenzionata e diretta), l'indicatore considera la spesa farmaceutica territoriale pro-capite dei farmaci di classe A erogati a carico del sistema sanitario regionale, comprendendo i farmaci dispensati in regime convenzionale e quelli somministrati mediante la distribuzione diretta e "per conto". La spesa per la farmaceutica convenzionata è al lordo del pay back ed è esclusa la spesa per la farmaceutica integrativa. L'indicatore è calcolato per azienda di residenza e si riferisce al costo relativo ai residenti. È inclusa la mobilità intraregionale ed esclusa la mobilità extraregionale. Esclusa anche la spesa per farmaci di fascia C.

- **(IND0732)** Spesa farmaceutica territoriale pro-capite (convenzionata e diretta). Target: Media regionale.

Il valore di spesa aziendale nel 2025 risulta pari a 208,82 euro pro-capite. Il valore medio regionale 2025 risulta pari a 208,50 euro pro-capite.

Appropriatezza farmaceutica

Particolare attenzione è stata posta dall'Azienda, con il contributo della Direzione Farmaceutica e dei professionisti, al presidio dell'appropriato utilizzo dei **farmaci innovativi** oncologici e non oncologici, **farmaci biosimilari**, nonché sull'utilizzo dei **farmaci per la cura delle Malattie Rare**, sui quali si mantiene un costante monitoraggio.

Antibiotici sistemici in ambito territoriale. Il contenimento del consumo degli antibiotici sistemici, attraverso la promozione dell'uso appropriato è finalizzato a contrastare l'antimicrobicoresistenza, in linea con gli obiettivi del PrCAR (Piano regionale di contrasto alla antibiotico-resistenza).

Anche per il 2025, nell'ambito del pannello di indicatori in ambito regionale, viene confermato l'indicatore combinato che valuta diversi aspetti della prescrizione di antibiotici in ambito territoriale. Tale indicatore può raggiungere un valore massimo di 20 punti, ottenibili sommando i punteggi (min di 1 – max 5) di ciascuna delle quattro dimensioni che lo compongono.

Indicatore combinato sui consumi di antibiotici in ambito territoriale.

- **(IND1012)** Indicatore combinato sui consumi di antibiotici in ambito territoriale. Target: ≥ 15 punti.

Nel 2025, l'Azienda presenta un valore pari a 17 punti, in incremento rispetto al 2024 (13 punti) e nel rispetto del target atteso. Il punteggio medio regionale 2025 risulta pari a 18 punti.

In riferimento ai singoli indicatori si riporta il monitoraggio disponibile su SIVER.

- **(IND0340)** Consumo giornaliero antibiotici sistemici (DDD*1000 ab. die). Target: $< 12,5 \text{ DDD} * 1000 \text{ ab.}$

L'Azienda presenta un consumo 2025 pari a $12,2 \text{ DDD} * 1000 \text{ ab.}$ vs $13,50 \text{ DDD} * 1000 \text{ ab.}$ nel 2024. Il consumo medio regionale 2025 risulta di $12,08 \text{ DDD} * 1000 \text{ ab.}$

- **(IND1011)** Percentuale di consumo antibiotici Access in base alla classificazione AWARE sul consumo territoriale totale di antibiotici per uso sistemico (%DDD). Target: $\geq 60\%$.

Il valore aziendale 2025 risulta pari a 61,10 vs 60,80% del 2024. La % regionale 2025 risulta pari al 63,90%.

- **(IND0793)** Consumo giornaliero fluorochinoloni negli over 75 (DDD*1000 ab. die). Target: $< 2,0 \text{ DDD per } 1.000 \text{ ab.}$

L'Azienda rileva un consumo giornaliero 2025 pari a $1,55 \text{ DDD per } 1.000 \text{ ab.}$ vs $1,69 \text{ DDD per } 1.000 \text{ ab.}$ del 2024. Il valore RER 2025 risulta pari a $1,38 \text{ DDD per } 1.000 \text{ ab.}$

- **(IND0343)** Tasso di prescrizione di farmaci antibiotici in età pediatrica x 1.000 residenti (prescrizioni * 1.000 bambini/anno). Target: $< 800 \text{ prescrizioni per } 1.000 \text{ ab.}$

L'Azienda presenta nel 2025 un tasso di prescrizione di 635,39 vs 947,58 x 1.000 residenti del 2024. Il tasso a livello regionale 2025 risulta di 598,02 x 1.000 residenti.

L'indicatore combinato viene considerato in aggiunta a quello del Nuovo Sistema di Garanzia:

- **(D14C)** Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti: antibiotici - NSG. Target $< 4.762,74$.

Nel 2025, l'indicatore NSG rileva un consumo pro capite per l'AUSL di Imola pari a 4.453,37 in decremento rispetto al 2024 (4.941,82). Il consumo regionale 2025 risulta pari a 4.409,3.

Gli ulteriori indicatori con relativi target presenti nel pannello in uso a livello regionale vengono riportati quale importante patrimonio informativo a integrazione dell'attività di monitoraggio del consumo degli antibiotici sistemici.

- **(IND0341)** Consumo giornaliero di fluorochinoloni x 1.000 residenti. Target: $< 1,5 \text{ DDD per } 1.000 \text{ ab.}$

L'Azienda presenta nel 2025 un consumo pari a $0,65 \text{ DDD per } 1.000 \text{ ab.}$ vs $0,76 \text{ DDD per } 1.000$ nel 2024. Il consumo medio regionale 2025 è pari a $0,64 \text{ DDD per } 1.000$.

- (**IND0342**) Consumo giornaliero di fluorochinoloni in donne di età 20-59 anni x 1.000 residenti. Target: < 1,2 DDD per 1.000 ab.

L'Azienda presenta nel 2025 un consumo pari a 0,5 DDD per 1.000 ab. vs 0,6 DDD per 1.000 ab. del 2024. Il consumo medio regionale 2025 è pari a 0,49 DDD per 1.000.

- (**IND0344**) Rapporto fra prescrizioni di amoxicillina non associata e prescrizioni di amoxicillina associata a inibitori enzimatici in età pediatrica. Target: > 1,5.

L'Azienda presenta nel 2025 un indice pari a 1,37 vs 1,12 nel 2024. Il rapporto medio regionale 2025 risulta pari a 1,91.

Vitamina D. Tenuto conto della variabilità di utilizzo territoriale della vitamina D, si conferma anche per il 2025 un obiettivo di contenimento modulato sulla base dei livelli di consumo osservati per ciascuna Azienda sanitaria, al fine di raggiungere il seguente target medio regionale.

- (**IND0922**) Consumo giornaliero di Vitamina D per 1.000 residenti - ATC A11CC05. Target AUSL di Imola: ≤ 84 DDD/1000 ab die.

L'AUSL di Imola, nel 2025, presenta un consumo giornaliero pari a 84 DDD/1000 ab die, in lieve aumento rispetto all'anno precedente (76,58). Il consumo regionale 2025 risulta di 117,36 DDD/1000 ab die.

Si riconferma, inoltre, l'obiettivo mirato all'uso prevalente delle formulazioni multidose in gocce e quelle in compresse/capsule a minor costo rispetto alla soluzione monodose.

- (**IND1082**) Consumo in DDD formulazioni a minor costo (GTT/CPR/CPS) sul totale del consumo in DDD di vitamina D -ATC A11CC05. Target: ≥ 80%.

L'AUSL di Imola, nel 2025, presenta un consumo pari a 77,9 vs 75,79 nel 2024 e 69,14 del 2023, in miglioramento. Il consumo regionale 2025 risulta di 73,5%.

PPI e Omega 3. Tenuto conto delle azioni realizzate dalle Aziende sanitarie che hanno consentito un contenimento dei consumi, il livello regionale chiede per il 2025 di mantenere l'attenzione su tale classe di farmaci al fine di consolidare i risultati raggiunti localmente. A questo proposito si riportano gli esiti degli indicatori monitorati su piattaforma SIVER:

- (**IND0695**) Consumo giornaliero di farmaci Inibitori di pompa protonica (PPI) x 1.000 residenti. Target generale: mantenimento valori raggiunti nel 2024. Target specifico AUSL Imola: < 53 DDD per 1.000 ab. pesati die

L'AUSL di Imola nel 2025 mostra un consumo giornaliero di farmaci PPI, erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale e tramite distribuzione diretta o "per conto", per 1.000 residenti, pari a 52,80 vs 52,85 DDD per 1.000 ab. pesati die, in mantenimento rispetto ai valori raggiunti nel 2024. Il valore regionale 2025 risulta pari a 57,61 DDD per 1.000 ab. pesati die.

- (**IND0794**) Consumo giornaliero di farmaci Omega 3 per 1.000 residenti - ATC C10AX06. Target generale: mantenimento valori raggiunti nel 2024. Target specifico AUSL di Imola: pari a 2,2 DDD per 1.000 ab.

Il dato 2025 rileva un consumo aziendale pari a 2,24 vs 2,19 DDD per 1.000 ab. pesati die, in mantenimento rispetto ai valori raggiunti nel 2024. Il valore regionale 2025 risulta pari a 3,14 DDD per 1.000 ab.

Per quanto riguarda i **farmaci con uso/prescrizione prevalentemente ospedaliera**, la Regione richiede l'adesione ai risultati di gara ed una particolare attenzione alle classi di farmaci di seguito elencate al fine di garantirne un uso ottimale.

Antibiotici. L'Azienda anche nel 2025 ha garantito il monitoraggio periodico dei consumi in ambito ospedaliero, procedendo alla condivisione e valutazione degli esiti con i prescrittori, con particolare riferimento al monitoraggio semestrale dell'uso dei farmaci con indicazione nel trattamento di infezioni nosocomiali da germi difficili multiresistenti, che sono compresi nella lista di farmaci "watch" e "reserve" della classificazione AWaRe dell'OMS, per i quali AIFA ha definito schede di prescrizione (Antibiotici "watch" con Scheda di prescrizione AIFA: delafloxacin).

Antidiabetici. Tenuto conto della disponibilità in nota AIFA 100 della nuova classe degli agonisti recettoriali del GIP e del GLP-1, il Gruppo di lavoro regionale multidisciplinare sui farmaci per il diabete conferma l'uso raccomandato per gli SGLT2 inibitori in almeno il 70% dei nuovi pazienti che associano a metformina un secondo ipoglicemizzante fra SGLT2 inibitore, GLP1 RA, GIP/GLP1 RA.

- (**IND1206**) di pazienti con metformina che associano una gliflozina rispetto al totale dei pazienti con metformina che associano una gliflozina o un GLP-1° o un'agonista recettoriale del GIP e del GLP-1. Target $\geq 70\%$.

Nel 2025, l'AUSL di Imola presenta una percentuale pari a 78,50% vs 77,84% nel 2024 e 60,54% nel 2023. Il valore medio 2025 RER risulta pari a 67,31%.

Farmaci cardiovascolari

Nuovi anticoagulanti orali (DOAC): si raccomanda di privilegiare la scelta dei farmaci con il miglior rapporto costo/opportunità, sia per quanto riguarda il trattamento della FANV che della TVP/EP. Viene definito rispetto ai pazienti incidenti alla terapia con un DOAC il seguente indicatore:

- (**IND1180**) % di pazienti incidenti che utilizzano i DOAC con il miglior rapporto costo/opportunità. Target $\geq 70\%$.

La % di pazienti incidenti nel 2025 risulta pari all'27,8%. La performance regionale nel 2025 mostra un valore pari a 28,74%, mettendo in evidenza un esito generale per tutte le Aziende molto al di sotto del target richiesto.

Per quanto riguarda il trattamento della TVP/EP si sottolinea l'importanza dell'ottimizzazione della terapia – con particolare riferimento alla durata del trattamento. Per tutte le Aziende il dato 2025 è lontano dal target richiesto, in particolare l'AUSL di Imola risente di una ulteriore latenza dovuta al recepimento locale degli esiti di gara regionale. La tendenza incrementale del dato di consumo a 12 mesi rispetto ai 9 mesi, evidenzia comunque una progressiva aderenza alle indicazioni sull'utilizzo dei DOAC a miglior costo/opportunità, condivise durante tutti gli incontri di negoziazione/monitoraggio di Budget.

Farmaci ipolipemizzanti (acido bempedoico, iPCSK9 – anticorpi monoclonali e inclisiran -, ezetimibe e statine, icosapent etile).

Viene richiesto il rispetto delle considerazioni contenute nel Documento PTR n. 352 "Considerazioni sulla prescrivibilità dei farmaci per il trattamento delle dislipidemie. Documento di commento all'attuale Nota AIFA n. 13", con particolare riferimento al ruolo delle statine.

I dati intermedi presentati in corso d'anno 2025 dalla Regione sull'aderenza alle indicazioni contenute nel documento PTR n. 352, con particolare riferimento ai pazienti trattati con acido bempedoico da solo o in associazione con ezetimibe, seconda linea rispetto al trattamento con statine, mostrano per l'AUSL di Imola una minor percentuale di pazienti (25%) non trattati in precedenza con statine rispetto alla media Regionale (33%), dato suggestivo di maggiore aderenza al documento RER sulla prescrizione di farmaci per il trattamento delle dislipidemie.

Farmaci intravitreali anti VEGF. Nel rispetto della Nota AIFA 98, viene raccomandato per l'uso prevalente di privilegiare la scelta della somministrazione economicamente più vantaggiosa. Inoltre, nei pazienti incidenti, che rientrano nelle indicazioni oggetto della Nota AIFA, è atteso che la percentuale di somministrazioni economicamente più vantaggiose raggiunga almeno l'85% del totale.

- Impiego prevalente del farmaco antiVEGF con il miglior rapporto costo/opportunità nei pazienti incidenti. Target: $\geq 85\%$.

Per AUSL Imola l'impiego del farmaco economicamente più vantaggioso è stato pari al 100% come nel 2024.

Farmaci oncologici e oncoematologici. In riferimento all'adesione alle raccomandazioni regionali sui farmaci oncologici formulate dal gruppo GREFO e adottate dalla Commissione regionale del farmaco, l'Azienda nella scelta del trattamento ha tenuto conto anche del rapporto costo/opportunità nell'uso prevalente, nell'ambito della stessa linea di trattamento e a parità di forza e in assenza di specifiche condizioni/comorbidità, al fine di rispettare le indicazioni contenute in tali raccomandazioni.

Per favorire il raggiungimento dell'obiettivo viene effettuato a livello aziendale un monitoraggio della spesa per i farmaci a maggior costo analizzati mediante incontri periodici specifici.

Nuove formulazioni di farmaci oncologici. L'impiego di nuove formulazioni sottocute disponibili per principi attivi oncologici già inseriti in Prontuario nelle formulazioni endovenose, per le medesime indicazioni terapeutiche, deve tenere conto delle indicazioni della CRF in considerazione di un ottimale uso delle risorse e della necessità di preservare le situazioni in cui sussistono specifiche esigenze assistenziali.

Farmaci biologici. Impiego di farmaci biologici in presenza di un biosimilare nella classe, secondo il target indicato. Di seguito gli esiti monitorati dal sistema SIVER in termini di impiego di farmaci biologici sul totale del consumo, in riferimento al 2025.

- (**IND0370**) % di consumo di eritropoietine biosimilari. (Target $\geq 95\%$).

L'indicatore riporta un esito 2025, per l'AUSL di Imola, pari al 99,97 vs 99,90% del 2024, nel pieno rispetto del target. Il consumo medio regionale 2025 risulta pari a 99,40%.

- (**IND0657**) % di consumo di infliximab biosimilare. (Target $\geq 95\%$).

Analogamente a quanto rilevato a partire dal 2022 tutti i pazienti in terapia endovenosa con Infliximab c/o la Reumatologia di Imola, sono stati trattati con il biosimilare (100%).

- (**IND0658**) % di consumo di etanercept biosimilare. (Target $\geq 95\%$).

La percentuale di consumo di etanercept biosimilare risulta, nel 2025, pari a 96,98% vs 95,53% del 2024. La performance regionale 2025 risulta pari a 94,71%.

- (**IND0659**) % di consumo di follitropina biosimilare. (Target $\geq 90\%$).

L'indicatore mostra, nel 2025, un consumo pari a 92,64% vs 73,38% nel 2024, in incremento. La percentuale regionale 2025 risulta pari a 84,49%.

- (**IND0777**) % di consumo di adalimumab biosimilare. (Target $\geq 95\%$).

Nel 2025 la percentuale di consumo per l'AUSL di Imola risulta pari a 96,88% vs 95,39% consumo rilevato nel 2024. Il consumo medio regionale 2025 risulta del 97,77%.

- (**IND0778**) % pazienti trattati con trastuzumab sottocute. (Target $\leq 20\%$).

Il prodotto sottocute, a differenza del prodotto endovena, non dispone di prodotti biosimilari che sono da preferire in quanto, a parità di efficacia terapeutica, consentono un risparmio economico. L'AUSL di Imola registra nel 2025 come nel 2024 e 2023 una % pari a 0. La media RER risulta pari a 5,57% pazienti trattati.

- (**IND0779**) % pazienti trattati con rituximab sottocute. (Target $\leq 20\%$).

Il prodotto sottocute, a differenza del prodotto endovena, non dispone di prodotti biosimilari che sono da preferire in quanto, a parità di efficacia terapeutica, consentono un risparmio economico.

L'AUSL di Imola a partire dal 2023 non rileva pazienti tratti con rituximab sottocute, ma esclusivamente con la forma endovenosa maggiormente costo-opportuna.

- (**IND0780**) % di consumo di enoxaparina biosimilare. (Target $\geq 95\%$).

Nel 2025 il consumo di Enoxaparina per l'AUSL di Imola risulta pari a 99,63% vs 99,85% del 2024. A livello regionale nel 2025 il consumo medio risulta pari a 99,62%.

- (**IND0887**) % di consumo di bevacizumab biosimilare. (Target $\geq 95\%$).

L'AUSL di Imola nel 2025 presenta un consumo di bevacizumab pari al 100% vs il 97,95% del 2024. Il consumo medio regionale risulta pari al 99,99%.

- (**IND1182**) Percentuale di consumo di ustekinumab biosimilare. (Target $\geq 50\%$).

L'AUSL di Imola nel 2025 presenta un consumo di ustekinumab pari al 16,55%. Il consumo medio regionale risulta pari al 56,69%. Il dato dell'AUSL di Imola, notevolmente più basso della media RER, è da imputare a prescrizioni da parte di centri extra-AUSL; dei 12 pazienti residenti in AUSL Imola in trattamento con ustekinumab per Chron, unica indicazione del farmaco biosimilare, solo due hanno avuto prescrizione da parte dalla gastroenterologia Imola, con farmaco biosimilare, gli altri 10 pazienti (7 con prescrizione da AOSP BO e 3 con prescrizione di centri AUSL Romagna) hanno presentato prescrizioni con originator.

Si prevede un miglioramento del dato nel corso del 2026, dopo contatti informali con le Aziende limitrofe a fine 2025, con richiesta di modifiche della prescrizione.

Terapia immunosoppressiva con i farmaci biologici. In assenza di specifiche condizioni cliniche, in linea con le indicazioni contenute nelle raccomandazioni regionali, la Regione definisce i seguenti indicatori.

- **(IND1183)** % di pazienti incidenti affetti da malattia reumatologica trattati con anti-TNF alfa economicamente più vantaggiosi. (Target $\geq 80\%$).

L'AUSL di Imola nel 2025 presenta una percentuale pari al 70% vs 95% del 2024. Il consumo medio regionale 2025 risulta pari a 75,19%.

- **(IND1184)** % di pazienti incidenti affetti da psoriasi trattati con anti-TNF alfa economicamente più vantaggiosi. (Target $\geq 80\%$).

L'AUSL di Imola nel 2025 presenta una percentuale pari a 80,77% vs 84,62% del 2024. Il consumo medio regionale 2025 risulta pari a 77,54%.

- **(IND1071)** % pazienti prevalenti affetti da malattia reumatologica già in trattamento con biologico che nel primo cambio di terapia ad altro biologico impiegano anti-TNF alfa. Target: $\geq 60\%$.

L'Azienda presenta nel 2025 un valore pari a 63,64% vs 100% del 2024 e 60% del 2023. La percentuale media regionale 2025 è pari a 52,21%.

- **(IND1072)** % di pazienti prevalenti affetti da malattia cutanea già in trattamento con biologico che nel primo cambio di terapia ad altro biologico impiegano anti-TNF alfa o gli inibitori dell'interleuchina economicamente più vantaggiosi. Target: $\geq 60\%$.

L'Azienda presenta nel 2025 un valore pari a 54,55% vs 27,27% del 2024. La percentuale media regionale 2025 è pari a 58,04%.

Dispositivi Medici

I dispositivi medici rappresentano uno dei driver di spesa ad alto assorbimento di risorse nel settore sanitario; è quindi obiettivo dell'Azienda individuare azioni che assicurino l'accesso alle cure dei pazienti e la disponibilità di prodotti innovativi, tenendo in considerazione l'impatto economico finanziario.

La Regione definisce obiettivi specifici volti a migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria, anche attraverso l'acquisto, concertato a livello regionale, di dispositivi medici di alta qualità, innovativi e/o di alta tecnologia, promuovendo una gestione efficiente e sostenibile degli approvvigionamenti di prodotti complessi e ad alto costo (definizione procedure con i Nuclei Operativi Locali che agiscono a livello aziendale e che si coordinano con le Commissioni di Area Vasta dei Dispositivi Medici – CAVDM ed eventualmente con la Commissione Regionale dei Dispositivi Medici - CRDM).

L'obiettivo attiene anche alla sostenibilità dei costi attraverso l'acquisto di dispositivi con il migliore rapporto costo-efficacia e l'utilizzo di accordi di acquisto centralizzati per ottenere prezzi più competitivi, valutando l'acquisto di dispositivi con caratteristiche di sicurezza avanzate o l'utilizzo di protocolli di verifica per la scelta del dispositivo a migliore rapporto costo-beneficio in termini di sicurezza e prestazioni.

Inoltre, l'Azienda ha mantenuto l'impegno a garantire un efficace sistema di vigilanza dei dispositivi medici per identificare rapidamente problemi legati all'uso e attuare azioni correttive immediate, attraverso la

valutazione degli incidenti segnalati e la divulgazione di informazioni che consentano di prevenire altri incidenti dello stesso tipo.

Dispositivi medici e dispositivo-vigilanza

Al fine di sostenere i processi di governo della spesa, per l'anno 2025, sono stati individuati come prioritari dal livello regionale i seguenti obiettivi organizzativi:

- Introduzione innovazione nel rispetto del percorso istituzionale stabilito per la valutazione. Supportare i professionisti nell'utilizzo dell'applicativo web regionale per la valutazione dei nuovi dispositivi medici. L'applicativo rappresenta un canale fondamentale anche per segnalare alla Commissione regionale le tecnologie potenzialmente candidabili al percorso HTA. Formare il personale sull'uso corretto dei campioni gratuiti per evitare errori e garantire la sicurezza dei pazienti.
- Implementazione linee di indirizzo/protocolli regionali sull'uso appropriato dei DM. Garantire il recepimento e la diffusione dei documenti regionali da parte del livello aziendale, come quelli sull'ERCP e sull'autogestione del diabete, l'adozione uniforme garantisce un'equa distribuzione e un miglior rapporto costo-beneficio.
- Gestione acquisti e criteri di selezione dei dispositivi medici. Gli acquisti devono basarsi su criteri di qualità, sostenibilità e innovazione e prevedere la piena adesione alle gare regionali sia in termini qualitativi che quantitativi.
- Tracciabilità dispositivi medici e implementazione del sistema UDI. Garantire la completa tracciabilità dei dispositivi, implementando l'UDI, per assicurare la corretta associazione tra dispositivo e intervento, sia in ambito ospedaliero che territoriale.

Nel 2025, l'Applicativo web per la gestione delle richieste di valutazione dei dispositivi medici è stato illustrato dalla Direzione Assistenza Farmaceutica nel corso degli incontri di Dipartimento, fornendo supporto ai clinici anche in modalità individuale ove richiesto. Molta attenzione è stata posta alla formazione del personale sull'utilizzo corretto dei campioni gratuiti: sono state gestite e tracciate 25 richieste di campionature gratuite delle quali 4 inerenti dispositivi medici di classe III con acquisizione del parere favorevole del Direttore Sanitario.

In merito all'implementazione di linee di indirizzo RER sull'uso appropriato dei DM, ci si è focalizzati sulla corretta gestione delle medicazioni avanzate, CND critica per consumi e spesa per AUSL di Imola, con incontri con il *team wound care* sull'applicazione dei documenti regionali e in accordo con le gare Intercenter.

Nell'ambito della gestione degli acquisti si sono applicati stringenti criteri per adire ad acquisti fuori contratto, dettagliando le motivazioni in ogni richiesta di finanziamento, protocollata e tenuta agli atti.

Per quanto attiene alla tracciabilità dei dispositivi medici e all'implementazione del sistema UDI, per gli aspetti di competenza è stata data informazione al personale del comparto in vista del coinvolgimento che sarà richiesto una volta disponibile il necessario adeguamento tecnologico.

Obiettivi di spesa dispositivi medici Regione Emilia-Romagna

Nel 2025 la spesa prevista a livello regionale per dispositivi medici è stata di 720,3 milioni di euro, con un aumento di circa 13,4 milioni rispetto al dato trasmesso nel quarto trimestre CE 2024 regionale (+1,9%), in linea con l'aumento del FSR.

La programmazione di spesa per i Dispositivi Medici riflessa dall'Azienda nel Preventivo 2025 è stata posta in coerenza con l'obiettivo di budget assegnato (nota RER prot. 25/2/2025 0188115.U, in atti prot. 6656 del 25/2/2025) pari in valore a € 13.176.190, che costituisce un incremento rispetto al CE IV TRIM 24 pari a € +268.211 (+2,08%), al netto del rimborso da parte dell'IRCCS Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna del consumo dei dispositivi dedicati alla chirurgia robotica di propria pertinenza.

A consuntivo 2025 si registra un valore di spesa per Dispositivi Medici pari a € 13.125.339 al netto del rimborso sopra richiamato pari a € 370.047. La spesa a consuntivo pertanto risulta in linea con l'obiettivo di spesa con uno scostamento rispetto al Preventivo 2025 del -0,38% pari a € -50.851

La sostenibilità ai fini del raggiungimento dell'obiettivo di spesa è stata strettamente monitorata in relazione ai diversi e numerosi fattori che vi concorrono quali: dispositivi impiantabili ad alto costo, dispositivi medici dedicati alla chirurgia robotica (Chirurgia generale, Urologia, Ginecologia), strumentario chirurgico.

La previsione è stata accompagnata da obiettivi operativi aziendali di budget volti a preferire l'utilizzo dei DM economicamente più vantaggiosi, a parità di condizioni, con particolare riferimento ai dispositivi il cui costo medio a paziente 2024 si discostava dalla media RER (protesi anca – protesi ginocchio – dispositivi per la gestione del diabete).

Farmacia dei servizi

Protocollo d'Intesa con le Farmacie convenzionate

L'obiettivo è quello di dare piena attuazione alle progettualità definite attraverso le Intese sottoscritte tra Regione e Associazioni di categoria delle farmacie convenzionate, come da DGR n. 2365/2024 (Intesa farmacie e relativi ambiti di attività), n. 1609/2024 (telerefertazione ambito cardiologico), n. 1335/2024 (allestimento personalizzato antibiotici) e alle successive disposizioni adottate in relazione al nuovo Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con le farmacie pubbliche e private.

In particolare, con riferimento alla DGR 2365/2024, le farmacie convenzionate devono aderire al sistema di farmacovigilanza e partecipare alle iniziative formative proposte dal livello aziendale e dal livello regionale.

Sul territorio dell'AUSL di Imola, per quanto attiene al sistema di farmacovigilanza, le farmacie hanno formalmente aderito alle iniziative proposte dal livello aziendale e regionale; non risultano in rete nazionale di farmacovigilanza segnalazioni di sospetta reazione avversa a farmaci da parte di farmacie convenzionate.

L'adesione delle farmacie a queste attività viene valutata tramite l'applicativo regionale e i dati inseriti nella rete nazionale di farmacovigilanza.

Obiettivo: Attività a supporto del mantenimento e sviluppo dell'Accreditamento a livello aziendale e regionale

Mantenimento e sviluppo del sistema di gestione per la qualità e accreditamento aziendale

Un'ulteriore area strategica, individuata anche nel PPSC, riguarda lo sviluppo di sinergie tra la gestione del rischio e il Sistema di gestione qualità (SGQ) aziendale.

Il nuovo modello di Accreditamento regionale (rif. DGR 1943/2017 e DGR 1314/2024) si fonda sullo sviluppo di un sistema di gestione per la qualità aziendale che promuove una visione sistemica dei processi direzionali e delle attività, con particolare attenzione ad alcuni temi specifici tra cui: sviluppo dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA), monitoraggio delle performance (indicatori piattaforma SIVER PIAO e Nuovo Sistema di Garanzia), verifica periodica dei risultati, clinical competence, gestione del rischio ed umanizzazione.

In particolare, con riferimento sia al 6° criterio ("Appropriatezza clinica e sicurezza") sia ad altri requisiti comunque afferenti al tema della sicurezza, l'Azienda ha coordinato gli obiettivi strategici al fine di sviluppare le tematiche connesse alle modalità di gestione degli eventi avversi, mantenendo parallelamente in essere le attività già da tempo avviate in vari altri ambiti a livello aziendale. Ciò anche nell'ambito di una stretta e costante collaborazione tra la funzione di Risk management aziendale e l'Area Qualità e Accreditamento.

Con particolare riferimento agli adeguamenti normativi del DM 19/12/2022 e della successiva DGR 1314/2024, a partire dal 2023 il PPSC aziendale viene aggiornato annualmente.

La gestione del rischio è pienamente coerente con le indicazioni in tema di accreditamento nazionali e regionali e con la visione sistemica realizzata in Azienda attraverso lo sviluppo del Sistema di gestione qualità aziendale (SGQ), che garantisce le seguenti attività:

- sviluppo azioni di miglioramento emerse da verifica regionale, con il coinvolgimento delle UUOO, delle Direzioni tecniche e degli Staff interessati;
- monitoraggio mantenimento dei requisiti previsti per l'accreditamento istituzionale (requisiti generali da DGR 1430/2017 e DGR 1314/2024; requisiti specifici da DGR 327/2004 e s.m.i.) tramite audit interni periodici (Programma Aziendale Audit definito annualmente);
- pianificazione di momenti di verifica dei risultati relativi alla qualità dell'assistenza (Relazione annuale sulla performance, monitoraggio budget, etc.) anche tramite indicatori specifici (SIVER, PIAO e obiettivi budget);
- discussione e analisi degli eventi particolarmente significativi attraverso lo svolgimento di SEA e monitoraggio della qualità assistenziale e/o organizzativa dei PDTA, con monitoraggio sulle azioni correttive/di miglioramento individuate;
- sviluppo e mantenimento degli standard di clinical competence previsti per gli operatori dai requisiti specifici per l'accreditamento delle singole discipline;
- mantenimento (aggiornamento) della documentazione SGQ (procedure, istruzioni operative), secondo valutazione del bisogno a cura della Direzione/Dipartimento/UO di competenza.

L'AUSL di Imola definisce annualmente il Programma aziendale Audit con la programmazione per gli audit interni Sistema Gestione Qualità (SGQ), per le attività di valutazione/verifica ai singoli processi e le attività per l'identificazione/analisi dei rischi. Il Programma aziendale Audit per l'anno 2025 è stato approvato dal Collegio di Direzione nella seduta del 15/01/2025 (rif. prot. 1782 del 20/1/2025).

Nell'ambito del programma audit 2025 è stato effettuato l'audit interno SGQ al Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DSM-DP), con valutazione della conformità ai requisiti specifici di disciplina delle Unità operative afferenti al Dipartimento. La rendicontazione delle attività è stata trasmessa alla Direzione aziendale con prot. 6135 del 23/02/2026, quindi trasmessa alla Regione Emilia-Romagna.

La relazione sulle attività di verifica interna SGQ svolte nel 2025 (rif. prot. 6135 del 23/2/2026 "Trasmissione Relazione annuale attività di audit aziendale – Anno 2025") è stata trasmessa all'Organismo Tecnicamente Accreditante (OTA) regionale. Gli indicatori SIVER sul Monitoraggio DGR 972/2025 – Edizione 2026, vengono di seguito riportati:

- **(IND1101)** % di valutatori partecipanti alle attività di verifica sul numero di valutatori convocati.
Target: $\geq 80\%$.

L'Azienda nel 2025 ha visto la partecipazione alle attività di verifica, da parte dei valutatori convocati, del 92,30% vs 94,74% del 2024. La partecipazione media regionale risulta dell'86,70%.

- **(IND1102)** % di valutatori partecipanti alle attività di verifica sul numero di valutatori afferenti all'Azienda. Target: $\geq 80\%$.

Per l'AUSL di Imola la partecipazione nel 2025 è stata del 100%.

Questi obiettivi vengono rendicontati direttamente dall'OTA (come precisato nella email ricevuta il 27/1/2026, agli atti): gli indicatori relativi alla partecipazione dei valutatori alle verifiche di Accredimento e alle iniziative formative, sono elaborati da parte dell'OTA quindi pubblicati su SIVER.

Obiettivo: Azioni per la tutela della salute degli operatori della sanità

Piano di promozione della salute e del benessere organizzativo degli operatori sanitari finalizzato anche alla prevenzione delle aggressioni

A livello aziendale sono stati istituiti due gruppi di lavoro costituiti da professionisti afferenti a diverse aree per la gestione del benessere organizzativo degli operatori sanitari e per la gestione delle azioni aggressive contro i dipendenti da parte di terzi (Gruppo PREVIOS).

Il gruppo "Benessere organizzativo" ha lo scopo di raccogliere segnalazioni di condizioni di disagio / malessere nelle Unità Operative in modo da analizzare, definendo le matrici alla base di tali situazioni, il contesto e proporre risposte specifiche ed univoche a situazioni con denominatori comuni (es. attivazione di trainer per il consolidamento della leadership di dirigenti e coordinatori; interventi diretti sul team per dirimere conflittualità interna etc.). Si occupa anche di azioni che migliorano il benessere all'interno delle Unità operative rafforzando le capacità di management e leadership dei dirigenti di struttura.

L'AUSL di Imola aderisce alla rete *Health Promoting Hospitals* (HPH); la partecipazione alla rete HPH si inserisce nel programma di promozione della salute nei luoghi di lavoro del Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025. A livello aziendale, le attività di Rete HPH sono ricondotte al coordinamento del Gruppo Benessere Aziendale (Deliberazione n. 233 del 14/5/2024) individuato dalla Direzione quale Comitato di coordinamento locale per la partecipazione dell'Azienda alla rete degli Ospedali che promuovono salute (*Health Promoting Hospitals* - HPH), con la finalità di supportare la Direzione aziendale nel potenziare e realizzare azioni a supporto della tutela della salute e del benessere dei suoi lavoratori e delle sue lavoratrici, compresi gli aspetti legati alla prevenzione delle molestie e della violenza di genere.

Nel 2025 l'AUSL di Imola ha formalizzato il comitato di coordinamento locale della Rete *Internazionale Health Promoting Hospitals & Health Services* - HPH, con particolare attenzione agli aspetti legati alla prevenzione delle molestie e della violenza di genere, con le seguenti figure aziendali:

- Responsabile Programma aziendale psicologia clinica e di comunità (coordinatore).
- Risk Manager e Responsabile Assicurazione Qualità (RAQ).
- Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione.
- Medico Competente.
- Presidente CUG.
- Consiglieri di Fiducia.
- Referente PP3 del Servizio Prevenzione Sicurezza Ambienti Lavoro.

Al comitato di coordinamento locale della Rete possono essere invitate anche altre figure aziendali in base agli argomenti da trattare.

Nel 2025 sono stati raggiunti i seguenti obiettivi:

- partecipazione di almeno due membri del Comitato di coordinamento locale HPH alla formazione regionale promossa dalla Rete RER HPH sul tema delle molestie e delle violenze di genere in collaborazione con i CUG Aziendale;
- autovalutazione Standard 4 HPH dell'AUSL di Imola;
- avviato il percorso di collaborazione tra Medici Competenti della Sorveglianza Sanitaria e i medici dell'ambulatorio sani stili di vita;
- avviato il progetto Ospitalità in Pronto Soccorso (OPS) presso il Pronto Soccorso;
- effettuati 3 incontri del comitato di coordinamento locale HPH;
- n. 126 operatori hanno frequentato il Corso Fad "Il rischio di violenza sugli operatori sanitari: fattori di rischio, gestione del fenomeno e azioni di miglioramento";
- messa a disposizione corsi di formazione aziendali per i lavoratori "Strategie di gestione dell'aggressività e tutela del personale sanitario".

Anche nel 2025 sono state sostenute iniziative e progettualità in tema di promozione della salute, del benessere della persona e della comunità e di prevenzione primaria (LR n. 19/2018) alla cui attuazione l'Azienda deve assicurare la propria collaborazione anche in riferimento ai finanziamenti assegnati e concessi con DGR 1096 dell'11 giugno 2024.

In particolare, nel 2025, si richiedeva di attivare un accordo operativo per il coordinamento delle attività di promozione della salute e prevenzione con il coinvolgimento dei vari soggetti del territorio (Comuni, Istituti scolastici, associazionismo ecc.). Pertanto, nell'ambito delle attività finalizzate al raggiungimento degli obiettivi del PRP, in un'ottica di intersectorialità, sono stati attivati diversi accordi e convenzioni con Comuni ed enti del terzo settore, quali ad esempio:

- Determina 96/2024 "Convenzione fra l'Azienda U.S.L. di Imola e professione medica & *Insalute aps-ets* per lo svolgimento di attività in collaborazione finalizzate a empowerment dei cittadini, promozione della salute, formazione operatori sanitari e orientamento delle professioni medica e sanitarie degli studenti degli istituti scolastici superiori del territorio – periodo 1° gennaio 2024 - 31 dicembre 2026.";
- Deliberazione 260/2025 "Approvazione della convenzione quadro ex art. 15 l. N. 241/90 tra ausl Imola e Comitato Italiano Paralimpico (CIP)";
- Deliberazione 38/2026: Approvazione della convenzione tra l'AUSL di Imola e l'Istituto oncologico romagnolo coop. sociale di Forlì per la realizzazione dei progetti del piano regionale della prevenzione – PRP 2021-2025 e PRP 2026, ai sensi dell'art. 55 del d.lgs. 117/2017 (codice del terzo settore), relativamente all'anno scolastico 2025/2026 e rivolti ad alunni delle scuole primarie e secondarie di 1° e 2° grado;
- Deliberazione G.C. n. 172 del 24/06/2025 di "Approvazione del Protocollo d'Intesa "I.N.E.S. – Imola Natura Energia Salute" per la promozione della Sostenibilità energetica, verde e salute, sottoscritto tra il

Comune di Imola e il Con.Ami, Ausl Imola, Fondazione Cassa di Risparmio di Imola, Alma Mater Studiorum.

Nell'ambito delle attività di promozione dei sani stili di vita i dipendenti aziendali hanno partecipato ad un corso di formazione a livello regionale per il *counselling* breve a supporto dei cambiamenti degli stili di vita e a loro volta fungono da formatori presso l'azienda AUSL.

Attualmente sono presenti in Azienda 9 formatori, di cui un referente organizzativo; nel 2025 si sono svolti 2 corsi di ricaduta per operatori delle case della Comunità per trasferire abilità di counselling motivazionale e conoscenze sui sani stili di vita. Ulteriori corsi sono in programmazione per il 2026. Per quanto riguarda la Rete regionale scuole che promuovono salute – Distretto di Imola - sono proseguite le attività di tutoraggio ed è stato sottoscritto accordi di collaborazione con enti del terzo settore a supporto di tale attività.

Prevenzione delle aggressioni nei confronti degli operatori dei servizi sanitari

Il fenomeno della violenza verso gli operatori dei servizi sanitari è sempre più rilevante e diffuso nel mondo. L'AUSL di Imola ha implementato la Raccomandazione ministeriale per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari e con il Piano aziendale PREVIOS, parte integrante del PPSC, l'Azienda ha formalizzato il proprio impegno programmatico per la prevenzione della violenza a danno degli operatori che lavorano nelle strutture sanitarie.

Nell'ambito del Piano aziendale, la Direzione facilita il coordinamento con le Forze dell'Ordine o altri soggetti che possano fornire un valido supporto per identificare le strategie atte ad eliminare o attenuare la violenza in Azienda. Con il supporto del Gruppo aziendale PREVIOS, l'Azienda monitora periodicamente gli eventi aggressivi, valutando le opportune misure da intraprendere.

Nel corso del 2025 sono stati segnalati n. 66 eventi aggressivi nei confronti degli operatori sanitari registrati presso i servizi dell'AUSL di Imola, un dato in diminuzione rispetto al 2024, anno in cui si era registrato il numero più elevato di episodi del quadriennio 2022-2025, con 97 eventi.

Il dato conferma l'attenzione dell'Azienda nel monitorare e prevenire situazioni di rischio per gli operatori, grazie al progressivo utilizzo degli strumenti di segnalazione, che consentono di monitorare con maggiore attenzione anche situazioni di rischio o potenziale conflitto.

I dati raccolti offrono uno spaccato delle situazioni in cui il personale sanitario si trova ad affrontare tensioni e comportamenti aggressivi e ad essere più esposti sono gli operatori che lavorano quotidianamente a contatto diretto con i pazienti. Gli infermieri rappresentano il 62% delle segnalazioni, seguite dai medici con il 25% e dagli operatori sociosanitari con il 6%. Dal punto di vista di genere emerge che l'84% degli operatori coinvolti sono donne, mentre il 16% sono uomini, un dato che riflette anche la composizione del personale sanitario, dove molte professioni assistenziali sono prevalentemente femminili.

Gli episodi si distribuiscono lungo tutta la settimana, con l'88% delle segnalazioni che si concentrano nei giorni feriali e il 12% nei festivi. Per quanto riguarda gli orari, il 49% degli episodi avviene nella fascia mattutina tra le 7 e le 13, mentre il 33% si registra nelle ore notturne tra le 20 e le 7.

Il pomeriggio concentra invece il 18% delle segnalazioni. Anche i luoghi in cui avvengono gli episodi raccontano del fenomeno: il 59% delle aggressioni avviene in ospedale, di cui il 22% in Pronto Soccorso, il 11% nel Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC) e il 23% nelle aree di degenza.

Nel territorio avvengono il 41% delle aggressioni di cui il 19% negli ambulatori territoriali, il 17% nelle Case/Ospedali di Comunità e il 5% presso il Servizio di Emergenza/Urgenza territoriale.

I dati confermano come le situazioni di aggressività si concentrino soprattutto nei contesti assistenziali più complessi e nei momenti in cui la relazione tra operatori, pazienti e familiari è più intensa. Spesso si tratta di episodi legati a momenti di forte tensione emotiva, come attese, condizioni di fragilità o situazioni cliniche difficili. Durante il 2025, per perseguire la diminuzione delle aggressioni, oltre a misure tecniche/strutturali (percorso di confronto con gli operatori da parte della direzione, per individuare un migliore layout del PS e il SPP ha effettuato l'aggiornamento del DVR in SPSC), l'Azienda ha messo a disposizione corsi di formazione per i lavoratori del SPDC e del DEA-PS "Strategie di gestione dell'aggressività e tutela del personale sanitario" e il corso per gli operatori del Front Office "Il front office di prenotazione e accettazione: acquisizione di strumenti e competenze comunicative e relazionali per fornire risposte efficaci per prevenire situazione conflittuali e aggressioni nei confronti degli operatori sanitari".

Rafforzare i programmi vaccinali nei confronti del personale sanitario con particolare riferimento alla vaccinazione antinfluenzale e garantire la piena applicazione della DGR n 351/2018 in tema di "rischio biologico in ambiente sanitario"

La campagna vaccinale antinfluenzale rappresenta un momento di essenziale sensibilizzazione degli operatori alla cultura della prevenzione da infezioni indotte da agenti aero trasmessi. La campagna vaccinale è stata negli ultimi due anni ulteriormente rafforzata attraverso un'offerta di prossimità (es. vaccinazione eseguibile direttamente nei reparti per agevolare il personale presente durante il turno di lavoro) oltre a garantire un'ampia fascia oraria d'offerta in modo da poter garantire l'adesione al personale che lavora su turni.

L'Azienda promuove una campagna di sensibilizzazione sulla adesione alla vaccinazione, sia attraverso i sistemi informatici sia tramite coinvolgimento diretto da parte Medico competente.

Completare l'adozione della cartella sanitaria e di rischio informatizzata regionale

La cartella sanitaria e di rischio regionale rappresenta uno strumento essenziale per poter uniformare le modalità lavorative in materia di salute e sicurezza sul lavoro a livello regionale.

Nel corso della campagna vaccinale 2025 la somministrazione delle vaccinazioni per i dipendenti è stata garantita presso il servizio aziendale della Sorveglianza Sanitaria. Per facilitare l'accessibilità alla vaccinazione sono state programmate sedute vaccinali anche presso l'Ospedale.

Tutte le vaccinazioni somministrate ai dipendenti sono state registrate sul gestionale "Arianna" (cartella sanitaria e di rischio informatizzata), secondo le indicazioni regionali, per un totale di 958 vaccinazioni somministrate, di cui:

- anti influenzale: 407
- Covid 19: 161

- Epatite B: 115
- Difterite: 76
- Tetano: 72
- Pertosse: 71
- Morbillo/Parotite/Rosolia: 36
- Varicella: 20.

Si precisa che non possono essere registrate sul gestionale le vaccinazioni somministrate ai dipendenti presso altri Servizi aziendali (es. Igiene Pubblica) o presso il proprio MMG, che utilizzano per la registrazione delle vaccinazioni i propri gestionali.

Per quanto riguarda la copertura vaccinale antinfluenzale per operatori sanitari addetti all'assistenza, nonostante le iniziative aziendali mirate a promuovere tale vaccinazione, supportate operativamente dalla Sorveglianza Sanitaria, in collaborazione con i Medici Competenti, la copertura vaccinale non ha raggiunto l'obiettivo stabilito dalla RER (> 40%), fermandosi al 26% della totalità dei dipendenti e al 27% se si considerano solo gli operatori sanitari. Tuttavia, si registra un trend di crescita rispetto alla campagna vaccinale 2024/2025 (+5%).

L'aumento è particolarmente significativo per la dirigenza sanitaria, che ha superato il target del 40%. Nel 2024, si era già registrata una buona adesione alla vaccinazione da parte dei Medici di Medicina Generale (MMG) e dei Pediatri di Libera Scelta (PLS), con un tasso di adesione che si è confermato anche nel 2025, raggiungendo il 50%.

Si segnala che i dati potrebbero essere sottostimati, in quanto non sono visibili all'AUSL di Imola le vaccinazioni effettuate presso altre Aziende (ad esempio, per i dipendenti AUSL di Imola residenti in altre AUSL che si sono vaccinati dal proprio MMG).

	Campagna 2023/2024			Campagna 2024/2025			Campagna 2025/2026			
Macro mansione	in servizio	di cui vaccinati	% adesione	in servizio	di cui vaccinati	% adesione	in servizio	di cui vaccinati	% adesione	delta
Comparto amministrativo	173	39	23%	175	41	23%	160	37	23%	0%
Comparto sanitario	1.006	173	17%	1243	210	17%	1219	239	20%	3%
Comparto tecnico	120	19	16%	109	16	15%	111	23	21%	6%
Dirigenza altra	11	7	64%	16	9	56%	15	10	67%	10%
Dirigenza sanitaria	325	116	36%	326	111	34%	338	159	47%	13%
N/A	262	34	13%							0%
Totali	1.897	388	20%	1869	387	21%	1843	468	25%	5%
Solo sanitari	1.331	289	22%	1569	321	20%	1557	398	26%	5%
MMG / PLS	114	15	13%	116	53	46%	112	56	50%	4%
Sanitari (dipendenti + MMG/PLS)	1.445	304	21%	1.685	374	22%	1.669	454	27%	5%

La sotto sezione **3.2.2 Appropriately, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico**, nell'ambito del **PIAO 2025 2027**, presenta il monitoraggio di un set di indicatori di cui si illustra di seguito l'andamento, in particolare si tratta anche di indicatori monitorati a livello nazionale dal **Nuovo Sistema di Garanzia**.

In attuazione agli standard sull'assistenza ospedaliera, previsti dal DM 70/2015 e dalla DGR 2040/2015, è stata perseguita l'appropriatezza di erogazione dei ricoveri medici e chirurgici in ottemperanza a quanto previsto negli adempimenti LEA. Particolare attenzione è stata posta agli ambiti e discipline che presentano le maggiori criticità legate ai DRG potenzialmente inappropriati, indicati nell'allegato 6-A) del DPCM 12/01/2017 (LEA), mediante la definizione di percorsi e protocolli specifici per le condizioni suscettibili di trasferimento al regime diurno o ambulatoriale.

- (**H04Z**) Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario - NSG. Target: $\leq 0,15$. Risultato aziendale atteso 2025: $\leq$ anno 2024.

Nel 2025 il rapporto risulta pari a 0,15 vs 0,16 del 2024, confermando una tendenza in miglioramento (2023 e 2022 pari a 0,18). Il valore medio regionale 2025 risulta pari a 0,16.

L'indicatore che segue valuta il volume dei ricoveri diurni effettuati negli ospedali per acuti con finalità prevalentemente medico-diagnostiche e per tale motivo a rischio di inappropriatezza, perché potenzialmente finalizzati a prestazioni erogabili in regime ambulatoriale.

- (**H06Z**) Tasso di ricovero diurno di tipo medico-diagnostico in rapporto alla popolazione residente - NSG. Risultato aziendale atteso 2025: mantenimento std medio aziendale.

L'AUSL di Imola registra un tasso pari a 1,53 vs 1,98 del 2024 e 2,05 nel 2023, mostrando un miglioramento rispetto al valore medio degli anni precedenti (1,99). Il tasso regionale medio 2025 è pari a 1,89.

L'indicatore che valuta il volume di accessi di tipo medico in regime diurno negli ospedali per acuti e per tale motivo a rischio di inappropriatezza perché potenzialmente finalizzati a prestazioni erogabili in regime ambulatoriale, è dato dal numero di accessi (giornate di degenza) nelle strutture pubbliche e private accreditate per residenti in modalità diurna per le discipline per acuti.

- (**H07Z**) Tasso di accessi in ricoveri day hospital di tipo medico (standardizzato per età) in rapporto alla popolazione residente - NSG. Risultato aziendale atteso 2025: mantenimento std medio aziendale.

L'AUSL di Imola rileva un tasso 2025 pari a 19,45 vs 21,51 del 2024 e 22,53 del 2023, mostrando un miglioramento rispetto allo std medio aziendale (21,90). Il tasso RER 2025 risulta pari a 24,88.

Gli indicatori che seguono misurano il governo della domanda e l'appropriatezza prescrittiva in riferimento al fabbisogno della popolazione residente nel territorio della Azienda, in riferimento alle prestazioni specialistiche di tipo diagnostico incluse nel PNGLA 2019-2021.

- (**IND0863**) Indice di consumo standardizzato per visite oggetto di monitoraggio. Risultato aziendale atteso 2025: mantenimento std medio aziendale.

L'indice aziendale 2025 risulta pari a 932,82 vs 939,16 del 2024. Nel 2023 l'indice risultava pari a 862,85. Rispetto allo std medio aziendale si rileva un lieve incremento. L'indice di consumo medio regionale 2025 risulta 884,11.

- (**IND864**) Indice di consumo standardizzato per prestazioni di diagnostica oggetto di monitoraggio. Risultato aziendale atteso 2025: mantenimento std medio aziendale.

L'indice aziendale 2025 risulta pari a 642,91 vs 748,02 del 2024. Nel 2023 l'indice risultava pari a 795,64. Nel rispetto dello std medio aziendale si registra un miglioramento. L'indice medio regionale 2025 risulta 581,24.

L'indicatore sul consumo pro-capite di prestazioni di RM osteoarticolari può essere considerato una proxy della appropriatezza di consumo di prestazioni ambulatoriali. Nei territori dove il valore di tale indicatore è più alto si ritiene che vi sia un maggiore livello di inappropriatezza clinica.

- (**D13C**) Consumo di prestazioni di RM osteoarticolare in pazienti anziani con più di 65 anni per 1.000 abitanti - NSG. Risultato aziendale atteso 2025: mantenimento std medio aziendale.

Il consumo aziendale 2025 risulta pari a 78,90 vs 93,57 del 2024 e 96,61 del 2023, registrando un netto miglioramento anche rispetto allo std medio aziendale. Il consumo medio regionale 2025 risulta 67,24.

Per valutare l'utilizzo della rete dell'emergenza urgenza da parte degli ospiti di strutture residenziali anziani (CRA) viene monitorato il seguente indicatore:

- (**IND0505**) % persone anziane in carico a strutture sociosanitarie con accesso al PS. Risultato aziendale atteso 2025: <= Anno 2024.

L'AUSL di Imola presenta nel 2025 un 13,28% vs 13,04% del 2024 e 11,74% del 2023. La % 2025 a livello regionale risulta pari a 16,98%.

L'indicatore successivo valuta la percentuale di persone anziane (>=65 anni) in carico a strutture socio-sanitarie accreditate (CRA) che hanno almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni per la stessa MDC durante la presa in carico.

- (**IND0506**) % persone anziane in carico a strutture sociosanitarie con ricovero ripetuto entro 30 giorni. Risultato aziendale atteso 2025: mantenimento std medio aziendale.

Per l'AUSL di Imola il valore 2025 risulta pari a 1,69% vs 3,42% del 2024 e 3,31% del 2023, rilevando un esito più basso rispetto allo std medio aziendale. La % 2025 a livello regionale risulta pari a 4,16%.

Tabella Indicatori: PROCESSI INTERNI - Appropriatelyzza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2022	Valore Aziendale 2023	Valore Aziendale 2024	Valore Regionale (Target)	Risultato atteso aziendale 2025	Risultato Aziendale 2025	Risultato Regionale 2025	Note / Fonte Dati
H04Z	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario - NSG	0,18	0,18	0,16	< = 0,15	< = ANNO 2024	0,15	0,16	(Flusso SDO)
H06Z	Tasso di ricovero diurno di tipo medico-diagnostico in rapporto alla popolazione residente - NSG	1,94	2,05	1,98	-	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	1,53	1,89	(Flusso SDO)
H07Z	Tasso di accessi in ricoveri day hospital di tipo medico (standardizzato per età) in rapporto alla popolazione residente - NSG	22,03	22,53	21,15	-	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	19,45	24,88	(Flusso SDO)
863	Indice di consumo standardizzato per visite oggetto di monitoraggio	786,85	862,95	939,16	-	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	932,82	884,11	(Flusso ASA)
864	Indice di consumo standardizzato per prestazioni di diagnostica oggetto di monitoraggio	724,85	795,64	748,02	-	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	642,91	581,24	(Flusso ASA)
D13C	Consumo di prestazioni di RM osteoarticolari in pazienti anziani con più di 65 anni per 1.000 abitanti - NSG	89,71	96,61	94,29	-	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	78,90	67,24	(Flusso ASA)
505	% persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con accesso al PS	10,22	11,74	13,04	-	< = ANNO 2024	13,28	16,98	(Flussi FAR e PS)
506	% persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con ricovero ripetuto entro 30 giorni	1,79	3,31	3,42	-	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	1,69	4,16	(Flussi FAR e SDO)
1012	Indicatore composito sui consumi di antibiotici in ambito territoriale	12	13	14	>= 15	>= ANNO 2024	17,00	18,00	(Flussi AFT e FED)
1075	% di grandi anziani (>= 75 anni) trattati con 9 o più farmaci in cronico, evitando contemporaneamente eventuali undertreatment, sul totale di grandi anziani	8,78	8,51	8,37	-	< = ANNO 2024	8,55	9,04	(Flussi AFT e FED)

3.2.3 Sotto sezione: Organizzazione

Afferiscono a questa sotto sezione obiettivi relativi all'organizzazione aziendale, sia in termini di assetto organizzativo che di processi interni, con particolare riferimento all'applicazione di strumenti informatici. Nell'ambito dell'organizzazione e dei processi interni trova collocazione anche l'impianto aziendale volto all'attuazione del Lavoro Agile e delle Pari opportunità, nonché le azioni rivolte all'Equità.

Con riferimento all'assetto organizzativo aziendale si rimanda all'**Atto Aziendale** con i quali viene rappresentata e definita la struttura organizzativa e indicati i principi di sistema e i valori a cui è improntata l'azione delle singole strutture e dell'organizzazione nel suo complesso, al fine di garantire la più efficace ed efficiente risposta per il raggiungimento degli obiettivi di Valore pubblico e di Performance che l'Azienda si pone. L'Atto Aziendale riporta i criteri generali di organizzazione e il sistema delle Responsabilità in base al quale si inquadra l'attività aziendale che ispira la propria organizzazione a criteri di responsabilizzazione diffusa, di delega dei sistemi di gestione, di valorizzazione dell'autonomia gestionale delle singole articolazioni organizzative, di autonomia professionale degli operatori e di un generale orientamento alla flessibilità. Ciò si traduce nell'attribuzione e nella delega esplicita di responsabilità, nonché nell'assegnazione di obiettivi, affinché i singoli operatori possano essere coinvolti nella più efficace gestione aziendale e perseguire il raggiungimento degli obiettivi assegnati, tenuto conto delle risorse a disposizione.

L'Atto Aziendale vigente è pubblicato sul sito Internet aziendale, in Amministrazione Trasparente, Disposizioni generali.

L'Azienda ha provveduto inoltre all'aggiornamento del **Regolamento di organizzazione aziendale** (Deliberazione n. 247 del 24/12/2024) in conformità alla normativa nazionale e regionale e nel rispetto di principi fondamentali dell'organizzazione contenuti nell'Atto Aziendale, al fine di aggiornare e disciplinare l'assetto organizzativo e le modalità di funzionamento dell'AUSL di Imola.

Tale Regolamento è stato ulteriormente aggiornato, con Deliberazione n. 62 del 31/3/2026, per necessità di aggiornare la definizione analitica degli assetti organizzativi aziendali, mediante una revisione del Regolamento di Organizzazione Aziendale che ha recepito le modifiche organizzative nel tempo intervenute.

Nell'ambito dell'**organizzazione e dei processi interni** si inseriscono gli atti e i processi di seguito descritti:

- Il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA).
- Il Piano Aziendale Equità.
- Il Piano delle Azioni Positive.

Obiettivo: POLA - Piano Organizzativo Lavoro Agile (rif. art. 14 Legge n. 124/2015, come modificato da art. 263 D.L.34/2020)

Tra gli strumenti di riorganizzazione del lavoro si inserisce il lavoro agile e il telelavoro normato con la Legge 81/2017 "Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi di lavoro subordinato".

Il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA), assorbito all'interno del PIAO, è 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", del Ministro per la pubblica amministrazione. Individua le modalità attuative del lavoro agile prevedendo, per le attività che possono essere svolte in modalità agile, che almeno una percentuale dei dipendenti possa avvalersene, garantendo che non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera. Definisce, anche, le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale, comparto e dirigenza, e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi, nonché della qualità dei servizi erogati.

Sulla base di tali premesse ed in applicazione della logica di scorrimento programmatico, l'AUSL di Imola ha adottato il Piano Organizzativo del Lavoro Agile 2025-2027, quale specifica sezione del PIAO dedicata ai processi di innovazione amministrativa da mettere in atto ai fini della programmazione e della gestione del lavoro agile, che ne conferma impostazione, principi e azioni, fornendo evidenza dell'avvenuta transizione della modalità di lavoro agile dalla fase emergenziale a quella ordinaria in linea con il quadro normativo vigente. Tale strumento è orientato a favorire un cambiamento culturale all'interno dell'organizzazione.

I tre pilastri strategici sui quali si fonda il programma di attuazione del Lavoro Agile sono stati individuati nelle seguenti dimensioni: cultura organizzativa, tecnologie digitali, logica di "*change management*" ossia di gestione del cambiamento organizzativo per valorizzare al meglio le opportunità rese disponibili dalle nuove tecnologie, e performance. L'AUSL di Imola si è anche dotata di un "Regolamento per la disciplina del lavoro agile e telelavoro per il personale del comparto e delle aree dirigenziali".

La pianificazione degli obiettivi che si intendono perseguire nell'ambito dell'organizzazione aziendale tramite l'utilizzo dello Smart-Working viene prevista nel POLA 2025-2027, che nella logica di scorrimento programmatico sarà oggetto di aggiornamento annuale.

A seguire si riportano gli indicatori monitorati su SIVER nell'ambito dei **PROCESSI INTERNI – Organizzazione PIAO 2025 2027** relativi all'anno 2025.

- (**IND1160**) % lavoratori agili effettivi sul totale dei lavoratori. Risultato aziendale atteso 2025: attuazione indirizzi regionali.

Per l'AUSL di Imola il valore 2025 risulta pari a 3,18% vs 3,11% del 2024 e 2,70% del 2023. La % 2025 a livello regionale risulta pari a 4,99%.

- (**IND1161**) % lavoratori agili effettivi sul totale dei lavoratori agili potenziali. Risultato aziendale atteso 2025: attuazione indirizzi regionali.

Per l'AUSL di Imola il valore 2025 risulta pari a 14,86% vs 14,08% del 2024 e 9,16% del 2023. La % 2025 a livello regionale risulta pari a 28,18%.

- (**IND1162**) % giornate di lavoro agile sul totale delle giornate lavorative: attuazione indirizzi regionali.

Per l'AUSL di Imola il valore 2025 risulta pari a 1,90% vs 1,72% del 2024 e 1,79% del 2023. La % 2025 a livello regionale risulta pari a 4,25%.

Obiettivo: Azioni a supporto dell'equità e della parità di genere

La programmazione aziendale deve costantemente mantenere un approccio *equity oriented*: strategie dei servizi e pratiche organizzative si devono porre l'obiettivo di ridurre le disuguaglianze di salute generate dai determinanti sociali, culturali ed economici, intraprendendo azioni volte alla facilitazione e all'umanizzazione dell'accesso delle persone al sistema sanitario e sociale, dal punto di vista fisico, informativo ed informatico, di presa in carico e di cura, secondo criteri di appropriatezza, equità, rispetto e valorizzazione delle differenze individuali o di gruppo. A questo macro obiettivo tendono una serie di interventi compositi, sviluppati da una molteplicità di attori, di gruppi ed organismi aziendali già da tempo formalizzati ed attivi (Board Equità, Comitato Consultivo Misto degli Utenti, Comitato Utenti e Familiari della Salute Mentale, Comitato Unico di Garanzia, Gruppo Benessere, *Diversity Management* e *Health Promoting Hospitals, Community Lab*), che si devono coordinare ed armonizzare, non solo internamente all'AUSL di Imola, ma anche all'interno del più ampio perimetro metropolitano.

Nel corso del 2025, l'AUSL di Imola ha consolidato e sviluppato il proprio impegno nella promozione dell'equità e della medicina di genere, rafforzando l'approccio strutturale avviato negli anni precedenti e integrandolo in modo sempre più sistemico nella programmazione aziendale.

Un elemento di particolare rilievo è rappresentato dal percorso di revisione della governance aziendale, che ha portato alla riorganizzazione del **Board Equità** per il **triennio 2026-2028**, anche in coerenza con gli obiettivi introdotti dal Dlgs 222/2023. La nuova configurazione integra competenze relative all'accessibilità fisica, digitale, organizzativa e culturale, includendo anche una componente con esperienza diretta sui temi della disabilità, rafforzando un presidio sistemico e multidisciplinare delle politiche di equità.

Parallelamente, nel corso del 2025, la partecipazione attiva agli incontri delle/dei referenti equità delle aziende sanitarie dell'area metropolitana di Bologna ha contribuito alla co-costruzione del **Piano Equità metropolitano** e alla definizione della **Cabina di regia metropolitana per l'equità**, quale organismo di coordinamento tra le aziende, in raccordo con il livello regionale. In tale ambito, l'Azienda ha garantito il proprio contributo sia nella definizione degli indirizzi strategici condivisi sia nella costruzione di strumenti di governance integrata, assicurando coerenza tra livello aziendale, metropolitano e regionale.

In coerenza con gli obiettivi regionali, è stato inoltre predisposto il **Piano triennale aziendale per l'equità 2026-2028**, quale strumento attuativo del PIAO e di rafforzamento della governance aziendale in materia.

Sul piano operativo, nel 2025 sono state sviluppate e consolidate azioni in particolare su:

- comunicazione accessibile e health literacy, attraverso la produzione e revisione di materiali informativi chiari e inclusivi;
- supporto ai programmi del Piano Regionale della Prevenzione, con integrazione delle dimensioni di equità;
- accompagnamento ai processi di trasformazione organizzativa, in particolare nell'ambito delle Case della Comunità;
- rafforzamento delle attività di ascolto e relazione con la cittadinanza attraverso l'URP;

- partecipazione attiva a gruppi di lavoro regionali e interistituzionali, tra cui il gruppo regionale diversity management, il gruppo HPH – Standard 4 e il percorso regionale di ricerca-formazione per l'accoglienza e il benessere delle persone LGBTQI+ nei servizi sanitari, sociali e socio-sanitari;
- promozione e realizzazione di iniziative formative interne sul linguaggio di genere e sulla comunicazione inclusiva;
- introduzione di azioni organizzative orientate all'equità di genere, tra cui la declinazione al femminile delle qualifiche professionali nelle firme dell'applicativo aziendale GSA, associate al codice fiscale, per le professioniste che non abbiano espresso diversa indicazione.

Il complesso delle azioni realizzate conferma il progressivo consolidamento di un modello organizzativo orientato all'equità, fondato sull'integrazione tra programmazione, comunicazione e partecipazione, e sulla capacità di intercettare e affrontare in modo strutturale le disuguaglianze in salute.

In questa prospettiva, l'equità si configura sempre più come criterio ordinario di progettazione e valutazione dei servizi, e non come ambito separato di intervento. Il rafforzamento della governance multilivello e delle competenze diffuse rappresenta una leva strategica per garantire un sistema sanitario capace di rispondere in modo appropriato, inclusivo e sostenibile ai bisogni dell'intera comunità.

Con il **Piano delle Azioni Positive**, l'Azienda mira ad attuare al proprio interno gli obiettivi di parità e pari opportunità per garantire condizioni di benessere lavorativo anche al fine di prevenire e rimuovere qualunque forma di discriminazione. Le azioni positive, come definito dalla Decreto Legislativo n. 198 del 2006 - Codice delle pari opportunità tra uomo e donna, sono misure volte alla rimozione degli ostacoli che di fatto impediscono la realizzazione di pari opportunità. Sono dirette a realizzare l'uguaglianza sostanziale tra uomini e donne nel lavoro. Le azioni positive hanno, in particolare, lo scopo di:

- eliminare le disparità nella formazione professionale, nell'accesso al lavoro, nella progressione di carriera, nella vita lavorativa e nei periodi di mobilità;
- favorire la diversificazione delle scelte professionali delle donne in particolare attraverso l'orientamento scolastico e professionale e gli strumenti della formazione;
- superare condizioni, organizzazione e distribuzione del lavoro che provocano effetti diversi, a seconda del sesso, nei confronti dei dipendenti con pregiudizio nella formazione, nell'avanzamento professionale e di carriera ovvero nel trattamento economico e retributivo;
- promuovere l'inserimento delle donne nelle attività, nei settori professionali e nei livelli nei quali esse sono sotto rappresentate e in particolare nei settori tecnologicamente avanzati ed ai livelli di responsabilità;
- favorire, anche mediante una diversa organizzazione del lavoro, delle condizioni e del tempo di lavoro, l'equilibrio tra responsabilità familiari e professionali e una migliore ripartizione di tali responsabilità tra i due sessi.

Si tratta, quindi, di un importante strumento per la cui realizzazione l'Azienda si avvale dell'attività propria del **Comitato Unico di Garanzia (CUG)** che redige le Relazioni annuali di rendicontazione.

Il **Piano Triennale delle Azioni Positive 2024 – 2026** dell'AUSL Imola, formalizzato con Deliberazione n. 140 del 31/7/2024, declina le aree di intervento all'interno delle quali sono identificate le azioni, gli obiettivi, gli attori coinvolti e la tempistica prevista per il loro raggiungimento.

Il Piano Triennale delle Azioni Positive 2024 – 2026 è pubblicato sul sito Internet aziendale, in "Amministrazione Trasparente", "Performance".

Obiettivo: Sviluppo della Telemedicina

L'innovazione tecnologica contribuisce in modo determinante a sostenere un nuovo modello di sanità che sposta il fulcro dell'assistenza sanitaria dall'ospedale al territorio, tramite modelli assistenziali innovativi centrati sul cittadino e in grado di facilitarne l'accesso alle prestazioni sul territorio.

Le modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie supportate dalla telemedicina sono fondamentali per contribuire a sviluppare un sistema di prossimità, assicurare equità nell'accesso alle cure nei territori remoti, supporto alla gestione della cronicità, accesso all'alta specialità e migliore continuità della cura attraverso il confronto multidisciplinare e un fondamentale ausilio per i servizi di emergenza-urgenza.

Le Linee di indirizzo nazionali sulla Telemedicina approvate dall'Assemblea Generale del Consiglio Superiore di Sanità definiscono la Telemedicina una modalità di erogazione di servizi di assistenza sanitaria, tramite il ricorso alle *Information and Communication Technologies (ICT)*, in situazioni in cui il professionista (o più professionisti) della salute e il paziente non si trovano nella stessa località.

Lo sviluppo della telemedicina riguarda l'implementazione di servizi di Telemonitoraggio, Teleassistenza, Televisita e Teleconsulto, tramite l'avvio e il pieno sviluppo della nuova piattaforma regionale che si colloca nell'ambito del progetto PNRR "Missione 6C1 I1.2.3 – Telemedicina, relativi al telemonitoraggio, per un migliore supporto ai pazienti cronici" e della regolamentazione ai sensi della DGR 629/2023 "Approvazione del Piano Operativo servizi di Telemedicina" che riporta il fabbisogno totale per i servizi di telemedicina previsti per l'infrastruttura regionale ed il cronoprogramma del relativo investimento nell'ambito del PNRR – Missione 6. In particolare, gli ambiti di applicazione devono essere prevalentemente rivolti all'implementazione di tali servizi nelle Case della Comunità e delle nuove Centrali Operative Territoriali (COT), oltre che essere sviluppate anche in ambito ospedaliero e laddove sia necessario un controllo a distanza di una particolare cronicità. In quest'ottica, si ritiene fondamentale anche avviare/rafforzare i percorsi di telemonitoraggio/telecontrollo di livello 1, impiegando i dispositivi medici funzionali allo scopo e acquistati nell'ambito dell'intervento PNRR COT Device (M6C1 I1.2.2.3). Tali dispositivi, organizzati in kit aventi la medesima composizione in termini di numero e tipologia di dispositivi, sono stati tutti consegnati e collaudati presso le Aziende Sanitarie territoriali.

Obiettivo: Percorsi di razionalizzazione, integrazione ed efficientamento dei servizi sanitari, socio-sanitari e tecnico-amministrativi del Servizio Sanitario Regionale

In attuazione degli indirizzi regionali l'AUSL di Imola è impegnata in percorsi di razionalizzazione, integrazione ed efficientamento dei servizi sanitari, socio-sanitari e tecnico-amministrativi in sede di Area Metropolitana e di Area Vasta.

Integrazione dei Servizi amministrativi e tecnici

In ambito amministrativo si richiama l'integrazione relativa alle funzioni unificate dei servizi di Amministrazione Giuridica del Personale (SUMAGP) e dei servizi di Amministrazione Economica del Personale (SUMAEP), nonché le funzioni unificate del Servizio di Contabilità e Finanza e dei Servizi Economici.

L'AUSL di Imola ha aderito ai servizi SUMAGP e SUMAEP e dal 2024 ha aderito al Servizio Unico Metropolitano di Contabilità e Finanze (SUMCF).

Nel settore Acquisti l'integrazione ha visto l'istituzione, con deliberazione n. 149/2022, del Servizio Acquisti di Area Vasta dell'Emilia Centrale (SAAV) per lo svolgimento delle relative funzioni unificate.

In ambito amministrativo si richiama il particolare impegno dell'Azienda nell'implementazione del nuovo sistema gestionale amministrativo contabile (GAAC) per il quale prosegue l'attività di progressiva implementazione, al fine di portare a pieno regime l'operatività degli applicativi e il valore aggiunto delle sinergie derivanti dal progetto di omogeneizzazione delle procedure.

Sistemi informativi per il reporting – Area Amministrativa e Controllo (AMC)

Nell'ambito del progetto GAAC, essendo lo stesso in una fase avanzata e matura, è stata ravvisata la necessità di focalizzare l'attenzione in modo sistematico sullo sviluppo dei sistemi informativi di questa area, revisionando coerentemente l'organizzazione attuale di gestione e sviluppo dei dati esposti e della loro rappresentazione. Nel 2025 viene dato avvio all'implementazione di un **sistema informativo per il reporting dell'area amministrativa contabile** integrato nel sistema di *Business intelligence* regionale per rispondere ai bisogni informativi della Regione ER e delle Aziende Sanitarie della RER da parte di un gruppo di lavoro regionale dedicato e alla costruzione/revisione di una rete efficiente ed efficace di referenti aziendali con cui mettere a fattor comune i bisogni informativi al quale l'AUSL di Imola ha partecipato, garantendo il proprio contributo.

Logistica

In ambito di Area Vasta e/o regionale in tema di integrazione logistica, l'Azienda è stata impegnata a migliorare il supporto informatico al processo logistico di approvvigionamento dei beni farmaceutici e dei dispositivi medici dai magazzini verso i reparti e servizi utilizzatori.

Servizi intermedi

Sul fronte dei servizi intermedi la situazione vede progetti conclusi o in fase di consolidamento.

A seguito dell'adesione al Laboratorio Unico Metropolitano (LUM), attualmente a regime, si è proceduto all'allocazione di ambiti di produzione presso i Laboratori Hub dell'AUSL di Bologna, mantenendo in Azienda il Laboratorio di Imola (Spoke) con funzionamento H24 a copertura delle esigenze ospedaliere interne e dell'emergenza-urgenza. Presso il Laboratorio Hub dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna sono invece allocati gli ambiti di produzione afferenti il settore della Microbiologia.

Il Servizio Trasfusionale eroga la propria attività secondo processi integrati nell'ambito del Trasfusionale Unico Metropolitano (TUM) a direzione dell'AUSL di Bologna, fermo restando eventuali ulteriori sviluppi di integrazione nel modello organizzativo. L'AUSL di Imola contribuisce alla raccolta del plasma in misura maggiore rispetto al proprio specifico fabbisogno contribuendo in tal modo all'offerta dell'area metropolitana.

In relazione ai servizi di Anatomia Patologica, l'Azienda ha aderito al Dipartimento Interaziendale di Anatomia Patologica ad Attività Integrata (DIAP) in Area Metropolitana, che ha visto la sua istituzione con deliberazione n. 49 del 18.3.2021, con l'obiettivo di riprogettare congiuntamente l'attività in un'ottica di razionalizzazione ed ottimizzazione dei percorsi di sviluppo delle competenze, della didattica e della ricerca e del miglioramento del percorso diagnostico a supporto dei clinici. Ne discende una integrazione di ambiti di attività quali la centralizzazione degli allestimenti istologici e citologici. In particolare, fa capo all'AUSL di Imola il Laboratorio Hub Unico di Citologia e Immunocitochimica nell'ambito dell'UOC di Anatomia Patologica.

Nell'ambito dei programmi di sinergie organizzative/funzionali si inquadra, inoltre, la collaborazione con l'IRCCS Azienda Ospedaliera di Bologna per la gestione delle consulenze specialistiche di Genetica Medica, mentre per le attività di diagnostica, si richiama a quanto già realizzato mediante la centralizzazione del Laboratorio di Genetica presso l'IRCSS-Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna.

In ambito radiologico l'Azienda prosegue nei rapporti di collaborazione con l'AUSL di Bologna avviato con riferimento all'attività di valutazione Neurochirurgica e Neuroradiologica mediante teleconsulto/consulenza e all'attività di collaborazione per la lettura e refertazione delle mammografie in screening.

Per quanto concerne gli **Accordi di integrazione a gestione interaziendale** a livello provinciale, si rimanda a quanto illustrato nella Sezione - Dimensione dell'organizzazione e dei processi interni, Sotto sezione Struttura della offerta e della produzione, a fronte dell'obiettivo: "Riorganizzazione dell'Assistenza Ospedaliera, delle attività ad Alta Complessità e a consumo di elevate risorse e potenziamento delle reti cliniche".

Si richiamano, in particolare, i più recenti sviluppi in tema di rapporti di collaborazione interaziendale che hanno visto, nel corso del 2022, l'attuazione di progetti di sviluppo secondo un modello organizzativo che prevede la messa a disposizione di una Azienda verso l'altra di **piattaforme logistiche** (prevalentemente spazi, operatori e di degenza), aventi come finalità da un lato il potenziamento dell'offerta, migliorando i tempi di attesa e dall'altro favorire lo sviluppo di competenze specialistiche.

In tale contesto, si collocano gli Accordi con IRCSS-Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna attivati in tema di chirurgia otologica ed in ambito ginecologico.

Si pone in evidenza, inoltre, il rilancio della chirurgia mininvasiva, al fine di aumentare i livelli di autosufficienza e attrattività, mediante l'implementazione della **chirurgia robotica**, un progetto di sviluppo avviato con l'IRCSS-AOU di Bologna nelle discipline di Urologia, Chirurgia Generale e Ginecologia, un'importante opportunità per il nostro territorio, per lo sviluppo delle attività di chirurgia mininvasiva, ed anche per la connessa crescita delle funzioni di ricerca e di didattica specialistica, in collaborazione con UNIBO.

Funzioni tecnico-professionali, amministrative e logistiche

L'Azienda ha garantito la propria partecipazione ai processi di integrazione di attività e funzioni, da realizzarsi anche attraverso la concentrazione strutturale delle funzioni tecnico-professionali, amministrative e logistiche, nell'ambito dell'Area Metropolitana di Bologna.

Si richiamano gli accordi già operativi per la delega di funzioni verso l'AUSL di Bologna, nell'ambito dell'Amministrazione del Personale, Area Giuridica (SUMAGP) ed Area Economica (SUMAEP) e nell'ambito del Servizio Acquisti Metropolitano (SAM). Ad ulteriore sviluppo, dal 1.2.2024, l'integrazione delle funzioni aziendali di Contabilità e Finanza nel **Servizio Unico Metropolitano di Contabilità e Finanza (SUMCF)**, secondo il modello organizzativo già in essere tra Aziende USL di Bologna, IOR e IRCCS-Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna.

Le funzioni delegate alla gestione unificata rispondono alla finalità di concentrare in un unico organo di governo le attività specialistiche, standardizzare i meccanismi di integrazione e coordinamento con i servizi gestori aziendali, sviluppare le professionalità ed il livello di specializzazione.

Secondo il modello organizzativo, le funzioni di programmazione economica e di monitoraggio degli andamenti permangono a livello aziendale e sono stati posti in capo alla UOS Programmazione e Controllo direzionale. Nel settore Acquisti l'integrazione ha visto l'istituzione, con deliberazione n. 149/2022, del Servizio Acquisti di Area Vasta dell'Emilia Centrale (SAAV) per lo svolgimento delle relative funzioni unificate.

In ambito amministrativo si richiama inoltre il particolare impegno dell'Azienda nell'implementazione del nuovo sistema gestionale amministrativo contabile (GAAC) per il quale prosegue l'attività di progressiva implementazione, al fine di portare a pieno regime l'operatività degli applicativi e il valore aggiunto delle sinergie derivanti dal progetto di omogeneizzazione delle procedure.

Si colloca, inoltre, nei progetti di Area Vasta, l'attivazione e sperimentazione della Piattaforma GIPI per la gestione dei procedimenti di accesso ai sensi della L. 241/90 ed Accesso generalizzato in attuazione del progetto definito a livello di Area Vasta.

Nell'ambito dell'**organizzazione** si inseriscono inoltre gli interventi volti a fornire supporto ai **processi interni** mediante un adeguato sviluppo della **infrastruttura ICT e degli strumenti informatici** come di seguito descritti.

Obiettivo: Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi

La transizione digitale rende i servizi più accessibili e adattati alle esigenze dei cittadini e degli operatori. L'obiettivo è offrire servizi innovativi, aumentare efficienza e produttività, in linea con gli standard e i vincoli regionali, nazionali ed europei. In questo ambito l'AUSL di Imola ha iniziato un percorso di transizione digitale negli ultimi anni come la gestione dei referti TAO tramite un portale in uso nelle Farmacie del territorio Imolese e dal 2024, grazie a fondi PNRR, l'Azienda ha portato i primi servizi per i cittadini sull'APPIO (quali gestione prenotazioni e pagamenti e comunicazioni di campagne informative) che hanno visto un ampliamento nel corso del 2025 con ulteriori servizi per i cittadini e operatori (ticket PS, ticket vaccinazioni, Scelta e revoca MMG e PLS, attività di formazione e bandi e concorsi).

Nell'ambito dell'organizzazione si inseriscono gli interventi volti a fornire supporto ai processi interni mediante un adeguato sviluppo della **infrastruttura ICT e degli strumenti informatici**.

L'AUSL di Imola, in questa prospettiva, pone quale obiettivo strategico la definizione di un programma di rafforzamento e sviluppo per dotare l'Azienda di una moderna e sostenibile struttura ICT diffusa ed integrata a livello di SSR.

Gli obiettivi principali che sono stati perseguiti anche nel 2025 sono i seguenti:

- Sviluppo della telemedicina per la cura a distanza dei pazienti, rendendo diffusamente fruibili le prestazioni di televisita, teleconsulto e telemonitoraggio.
- Consolidamento dell'implementazione del fascicolo sanitario elettronico semplificandone l'accesso, assicurando l'interoperabilità dei dati tra le diverse infrastrutture tecnologiche e promuovendo azioni di trasmissione dell'informazione tra strutture sanitarie e verso la cittadinanza.
- Miglioramento dei sistemi di trasmissione regolare e completa dei flussi informativi e dei dati, verso il livello nazionale al fine di garantire gli adempimenti per la verifica della corretta erogazione dei LEA e di corretta alimentazione del Programma nazionale esiti.
- Tempestività nella trasmissione dei flussi informativi e dei dati verso le banche dati attivate a livello regionale al fine di adempiere agli obiettivi di programmazione e pianificazione a livello sociosanitario ed amministrativo.

Tra le azioni previste nel Piano per l'Innovazione e lo Sviluppo ICT nel Servizio Sanitario Regionale, di particolare rilievo la diffusione e promozione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE).

Obiettivo: Sviluppo del Fascicolo Sanitario Elettronico – Incremento del livello di alimentazione e digitalizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico

L'AUSL di Imola, come già detto, si pone quale obiettivo strategico la definizione di un programma di rafforzamento e sviluppo per dotare l'Azienda di una moderna e sostenibile struttura ICT diffusa ed integrata a livello di SSR. Il rafforzamento della infrastruttura aziendale a livello digitale è presupposto imprescindibile di un moderno sistema salute, a supporto della telemedicina e finalizzato a garantire la corretta alimentazione dei flussi informativi previsti dal livello nazionale e regionale, oltreché attivare sistemi di rilevazione e/o registri di sorveglianza uniformi a livello di sistema complessivo.

Invio di tutti i referti ospedalieri e territoriali al Fascicolo Sanitario Elettronico

Per il 2025 gli obiettivi a livello nazionale sono stati più sfidanti per quanto riguarda il Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0 (FSE 2.0). Nel corso del 2025, nel rispetto della programmazione prevista per l'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - subintervento M6 C2 I1.3.1 Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (FSE) - sono state completate le attività necessarie affinché tutti i documenti clinici nel FSE 2.0 siano digitalmente nativi e firmati digitalmente, secondo le specifiche tecniche nazionali.

Si riportano gli indicatori monitorati su SIVER nell'ambito dei **PROCESSI INTERNI – Organizzazione PIAO 2025 2027** relativi all'anno 2025, riferiti al FSE.

- (**IND1083**) % di documenti sanitari prodotti secondo lo standard FSE 2.0 sul totale dei documenti prodotti. Target: $\geq 60\%$. Risultato aziendale atteso 2025: mantenimento risultato aziendale e sviluppo secondo gli indirizzi regionali.

Per l'AUSL di Imola l'esito 2025 risulta pari a 98,57 vs 84,64% nel 2024. La media regionale 2025 è pari a 91,36%.

- (**IND1084**) % di documenti sanitari prodotti secondo lo standard FSE 2.0 firmati digitalmente sul totale dei documenti sanitari prodotti secondo lo standard FSE 2.0. Target: $\geq 85\%$. Risultato aziendale atteso 2025: $\geq$ Anno 2024.

Per l'Azienda il risultato 2025 è pari a 86,85% vs 84,78% nel 2024. La media regionale 2025 è pari a 88,49%.

- (**IND1194**) % dei consensi alla consultazione espressi per gli assistiti regionali rispetto al totale degli assistiti regionali. Target: $\geq 90\%$. Risultato aziendale atteso 2025: $\geq$ Anno 2024.

Per l'Azienda il risultato 2025 è pari a 95,47 vs 93,77% del 2024. La media regionale 2025 è pari a 93,53%.

Obiettivo: Adempimenti agli obblighi per la corretta gestione dei flussi informativi

Sistema informativo

Il sistema informativo sanitario regionale si sta ampliando sempre più per rispondere alle nuove e molteplici esigenze attraverso la revisione di alcune rilevazioni già esistenti, l'attivazione di nuove rilevazioni e l'integrazione di altre, al fine di garantire i flussi strategici necessari al governo del servizio sanitario regionale e mantenere gli standard qualitativi finora raggiunti.

Il sistema di reportistica e indicatori (ReportER), strumento che permette di contribuire al miglioramento del livello di qualità e di completezza dei flussi informativi, continua ad evolvere per allargare ulteriormente il proprio perimetro di monitoraggio anche ad altre aree di interesse, oltre ad un nuovo modulo applicativo in ReportER per permettere alle Aziende Sanitarie di trasmettere i dati del nuovo Flusso SIRER.

Nel 2025 è stata implementata una nuova modalità di accesso basata su autenticazione federata per consentire agli utenti di accedere al sistema anche attraverso i servizi Federa (SPID, CIE, CNS) e, nel caso degli utenti delle Aziende Sanitarie, mediante le proprie credenziali aziendali, grazie all'integrazione di ReportER con gli *Identity Provider* (IdP) delle singole Aziende.

Costituisce obiettivo prioritario il mantenimento e l'alimentazione tempestiva del patrimonio informativo regionale, con particolare attenzione ai flussi che vanno a costituire il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), in quanto questi flussi rappresentano un Adempimento LEA ai sensi di quanto previsto dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, inoltre il rispetto degli obblighi informativi costituisce prerequisito alla valutazione di tutti gli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG).

Per quanto riguarda il monitoraggio della tempestività nella trasmissione dei dati verso la Regione, è stato definito un indicatore composito che permette di valutare, in maniera combinata, le performance ottenute per i diversi flussi informativi. L'indicatore può raggiungere un valore massimo di 10 punti e viene calcolato come media ponderata dei punteggi ottenuti nei singoli indicatori che lo compongono.

Di seguito gli esiti 2025 in riferimento agli indicatori di tempestività nell'invio dei dati.

- **(IND1124)** Indicatore composito di tempestività nell'invio dei dati. Target: ≥ 9

L'AUSL di Imola rileva un punteggio pari a 9,5. Il punteggio medio regionale risulta di 8,75.

Indicatore	Target	2024	2025	RER 2025
(IND0530) Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso SDO	>90%	97,47%	98,43%	93,35%
(IND0531) Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso ASA, esclusi i DSA	>95%	80,57%	82,17%	88,10%
(IND0532) Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso FED, esclusa la DPC	>85%	94,18%	94,35%	96,06%
(IND0533) Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso DiMe	>90%	83,29%	97,09%	95,77%
(IND0534) Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso PS	>98%	99,97%	99,92%	96,97%

Indicatore	Target	2024	2025	RER 2025
(IND0892) Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso FED, focus DPC	>95%	99,40%	99,48%	93,60%
(IND0893) Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso AFO	>85%	88,27%	98,90%	94,99%
(IND0895) Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - ASA modalità di accesso DSA	>70%	84,61%	73,13%	57,42%

Obiettivo: Raccolta dei dati, consolidare i sistemi informativi, i registri e le sorveglianze

L'Azienda ha garantito la corretta alimentazione dei flussi informativi previsti dal livello nazionale e regionale, con attenzione specifica a quelli collegati ad eventi epidemici. Ha garantito inoltre il raccordo con il livello regionale per i sistemi di rilevazione e i registri di sorveglianza.

Di seguito si riportano gli indicatori in forma tabellare del sotto sezione "**Processi interni - Organizzazione**" monitorati su SIVER "**PIAO 2023 2025**".

Tabella Indicatori: PROCESSI INTERNI – Organizzazione

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2022	Valore Aziendale 2023	Valore Aziendale 2024	Valore Regionale (Target)	Risultato atteso aziendale 2025	Risultato Aziendale 2025	Risultato Regionale 2025	Note / Fonte Dati
1160	% lavoratori agili effettivi sul totale dei lavoratori	2,00	2,70	3,11	-	Attuazione secondo gli indirizzi RER	3,18	4,99	(GRU - Protocollo POLA)
1161	% lavoratori agili effettivi sul totale dei lavoratori agili potenziali	29,00	9,16	14,08	-	Attuazione secondo gli indirizzi RER	14,86	28,18	(GRU - Protocollo POLA)
1162	% giornate di lavoro agile sul totale delle giornate lavorative	0,23	1,79	1,72	-	Attuazione secondo gli indirizzi RER	1,90	4,25	(GRU - Protocollo POLA)
1083	% di documenti sanitari prodotti secondo lo standard FSE 2.0 sul totale dei documenti prodotti	-	-	84,64	>= 60%	Attuazione secondo gli indirizzi RER	98,57	91,36	
1084	% di documenti sanitari prodotti secondo lo standard FSE 2.0 firmati digitalmente sul totale dei documenti sanitari prodotti secondo lo standard FSE 2.0	-	-	84,78	>= 85%	> = ANNO 2024	86,85	88,49	
1194	% dei consensi alla consultazione espressi per gli assistiti regionali rispetto al totale degli assistiti regionali	80,45	91,43	93,77	>= 90%	> = ANNO 2024	95,47	93,53	

3.2.4 Sotto sezione: Dotazioni di personale

Obiettivo: Governo delle risorse umane

Tale sotto sezione riguarda la Programmazione Triennale dei Fabbisogni del Personale che trova la sua pratica declinazione attraverso specifico atto che, sulla base della normativa nazionale (art. 6, co. 4, del D.Lgs 165/2001 e D.M. 8 maggio 2018) deve essere approvato dalla Regione.

La **proposta di Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP) 2025-2027** è stata impostata in coerenza con le linee di programmazione regionali e con l'obiettivo economico-finanziario assegnato, nonché con quanto indicato nel bilancio preventivo 2025, assicurando adeguata informazione alle organizzazioni sindacali. Il PTFP 2025-2027, adottato in via provvisoria dall'AUSL di Imola contestualmente al Bilancio Economico Preventivo, è stato approvato definitivamente con deliberazione n. 166 del 18/8/2025, a seguito dell'approvazione regionale dei Bilanci Economici Preventivi, ai sensi della deliberazione n. 972/2025 della Regione Emilia Romagna che disciplina il procedimento di approvazione regionale del PTFP. L'esecuzione del Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale, anche nel corso del 2025 è stata rivista e rimodulata al fine di assicurare la coerenza con i contenuti della programmazione sanitaria regionale, e favorire in particolare la riduzione delle liste di attesa.

In analogia agli anni precedenti, gli obiettivi della programmazione sanitaria regionale per l'anno 2025 sono definiti a partire dagli obiettivi contenuti nel Documento di economia e finanza regionale (DEFR) che la Giunta e gli Assessori assumono come prioritari per l'anno in corso, in coerenza con le linee di indirizzo per il Servizio Sanitario Regionale contenute nel programma di mandato della Giunta per la XI legislatura regionale. In coerenza con tale normativa di settore, viene richiesto alle Aziende di completare l'implementazione delle procedure in materia di superamento del precariato e di valorizzazione della professionalità acquisita dal personale con rapporti di lavoro di natura flessibile, contenuti nei diversi protocolli sottoscritti con le Organizzazioni sindacali regionali, sia per il personale del comparto che per quello delle aree dirigenziali, valorizzando tutte le potenzialità racchiuse nelle procedure disciplinate nella normativa di riferimento.

L'implementazione delle politiche di stabilizzazione del personale precario dovrà conseguentemente limitare il ricorso al lavoro atipico, non correlato alla gestione della carenza di particolari professionalità e agire favorevolmente sulla spesa ad esso collegata. In ogni caso, il ricorso alle tipologie contrattuali flessibili ed atipiche dovrà avvenire in coerenza con la vigente disciplina legislativa e contrattuale. Al fine di ottimizzare i processi di reclutamento del personale ed efficientare le procedure di assunzione, si dovrà proseguire nel programmare le attività concorsuali di reclutamento del personale non dirigenziale a tempo indeterminato almeno a livello di area vasta.

Il fabbisogno di personale

Relativamente all'anno 2025 si rileva complessivamente un numero di cessazioni in linea con quello verificatosi il precedente anno, in un trend che vede un volume annuo di cessazioni di personale a tempo indeterminato (cessazioni ad ogni titolo) di circa 200 unità.

Si evidenzia che un tale elevato numero di cessazioni comporta sempre ripercussioni sull'organizzazione, con particolare riferimento agli ambiti sanitari e tecnico specialistici, ove l'ingresso di nuove risorse richiede lunghi tempi di addestramento. Occorre infine considerare che il progressivo invecchiamento della popolazione lavorativa determina notevoli criticità in termini di flessibilità dell'organizzazione del lavoro. In questo quadro complessivo si ritiene opportuno mettere in luce due elementi. Il primo è quello della carenza strutturale nel mercato del lavoro del personale infermieristico e delle sue ripercussioni sulle politiche assunzionali aziendali; nel corso dell'ultimo triennio la tendenza di tale figura professionale è in costante calo. Il fatto che tale riduzione sia un fenomeno esogeno ed indipendente dalle politiche di reclutamento aziendali, si riscontra anche nelle procedure concorsuali svolte dall'Azienda che vedono un analogo calo di partecipazione.

In questo contesto, con riferimento particolare alle professioni infermieristiche, ed in generale alle professioni sanitarie, l'Azienda ha intrapreso politiche assunzionali volte a massimizzare le potenzialità assunzionali che il mercato del lavoro permetterà.

L'AUSL di Imola, insieme con le altre Aziende dell'Area Metropolitana ha garantito, attraverso il Servizio Unico Metropolitano Amministrazione Giuridica del Personale, una programmazione unitaria delle procedure di reclutamento per il personale sia della dirigenza, sia del comparto. L'Azienda - con la finalità di sopperire ad eventuali carenze di personale derivanti dalla sostituzione solo in parte delle cessazioni - ha anche attuato misure correttive orientate alla riorganizzazione dei processi, con l'obiettivo di continuare ad assolvere alla mission aziendale, senza pregiudicare il livello di sicurezza dei pazienti e garantire, comunque, elevati standards di assistenza.

Valorizzazione del capitale umano – stabilizzazioni, verticalizzazioni

Per l'anno 2025 non si sono rilevati fabbisogni emergenti in merito alle suddette procedure di stabilizzazione. Quanto al percorso di progressione verticale tra le aree, negli ultimi mesi del 2024 è stato adottato, previo confronto con le OOSS, il regolamento metropolitano per la disciplina delle procedure selettive per la progressione tra le aree di cui al CCNL relativo al personale del Comparto Sanità - triennio 2019-2021. Nei mesi di aprile e maggio 2025 si è definito il fabbisogno di posizioni da verticalizzare in un'ottica di massima valorizzazione delle professionalità presenti in Azienda. Tale percorso ha condotto all'emissione del bando di selezione interna per complessive 16 posizioni lavorative.

Linee di sviluppo delle attività

Gestione del sistema sanitario regionale e del personale

In ordine ai processi di collaborazione interaziendale e alle relazioni con i diversi soggetti che interagiscono col sistema sanitario regionale, anche nell'anno 2025 prosegue l'impegno a sviluppare linee d'azione comuni in ambito di politiche del personale, attraverso incontri periodici ai Tavoli di confronto attivati a livello regionale, provinciale o di Area Vasta.

L'AUSL di Imola ha garantito il coordinamento con la Regione per la prosecuzione delle attività di governo del "Sistema Unitario di Gestione Informatizzata delle Risorse Umane" (GRU). Visto l'elevato grado di

complessità e l'alto livello di attenzione richiesto dal progetto, l'Azienda ha garantito la puntuale collaborazione durante tutte le fasi di sviluppo del Sistema sulla base delle decisioni della Cabina di regia GRU. Si è data progressivamente applicazione, in particolare, anche alla gestione della turnistica, tramite l'apposito Modulo Gestione Turni, considerata la rilevanza che questo tema riveste anche nell'ultimo contratto nazionale della Dirigenza sanitaria. Obiettivo prioritario per l'anno 2025 è stata la prosecuzione dell'implementazione della Business Intelligence del personale sul sistema di reportistica e indicatori ReportER, già avviato sui contesti giuridico ed economico e analizzato per le presenze-assenze, secondo il cronoprogramma definito dalla cabina di regia.

Gli incontri periodici della Cabina di regia GRU e dei sottogruppi per area tematica sono stati la sede entro cui definire gli ambiti di sviluppo, nonché il riferimento per il tempestivo feedback da parte delle Aziende sanitarie su quanto realizzato. L'Azienda ha garantito l'efficiente allocazione delle risorse umane, la regolare erogazione dei servizi e dei livelli essenziali di assistenza e favorire la riduzione delle liste di attesa e il rispetto dei vincoli di spesa, anche in coerenza con le direttive e le linee condivise nel corso degli incontri con le Direzioni regionali.

3.2.5 Sotto sezione: Rischi corruttivi e Trasparenza

Obiettivo: Promozione delle misure volte a contrastare i fenomeni corruttivi e a promuovere la trasparenza

Tale sotto sezione comprende l'esplicitazione degli obiettivi strategici in materia di prevenzione dei Rischi corruttivi e della promozione della Trasparenza. Gli obiettivi strategici relativi alla prevenzione della corruzione e promozione della trasparenza sono i seguenti:

- diffondere la cultura dell'etica pubblica e della integrità a tutti i dipendenti e collaboratori, mediante la programmazione di adeguati eventi formativi;
- rafforzare l'attuazione dei principi della trasparenza e dell'integrità nei processi aziendali, mediante il riesame della mappatura dei processi nelle aree di rischio, a completamento del percorso già avviato, ovvero per il relativo aggiornamento, sia nell'area sanitaria che nell'area amministrativa e tecnica.

In riferimento ad uno specifico indicatore SIVER nell'ambito della rendicontazione della DGR programmazione e finanziamento:

- **(IND1173)** % dichiarazioni per la gestione del conflitto di interessi effettivamente raccolti entro la chiusura d'anno. Target: $\geq 90\%$.

L'AUSL di Imola nel 2025 risulta aver raccolto il 99,58% delle dichiarazioni per la gestione del conflitto di interessi, evidenziando un incremento significativo (nel 2024: l'87,38%). La percentuale media regionale 2025 risulta pari a 90,39%.

A decorrere dalla raccolta delle dichiarazioni relative all'anno 2024, il calcolo viene effettuato sulla base delle indicazioni pervenute dal Tavolo regionale RPCT e contenute nel Verbale dell'incontro del 24/2/2025, in atti al prot. 8621 del 11/3/2025. Rispetto al 2024 il dato è notevolmente aumentato e a partire dal 2025 l'Azienda è rientrata pienamente nell'obiettivo fissato. Questo risultato è stato anche frutto delle azioni di monitoraggio, sensibilizzazione e richiamo ai dipendenti ancora inadempienti che sono state poste in campo nell'ultimo trimestre 2025.

Di seguito si espongono le principali attività garantite nel corso del 2025.

Come convenuto con l'OIV-SSR ed il Tavolo regionale RPCT (nota in atti al prot. 22900 del 2/7/2025) ed in relazione ai contenuti della DGR 973/2025 ad oggetto "Linee guida per la predisposizione del Piano Integrato di attività e organizzazione nelle aziende e negli enti del SSR" - modifica e integrazioni e indicazioni operative per la predisposizione del Piano Integrato di attività e organizzazione nelle aziende e negli enti del SSR", con deliberazione n. 158 del 30/7/2025, su proposta del RPCT è stata approvata la Sottosezione Rischi Corruttivi e Trasparenza del PIAO 2025-2027, con lo scopo di aggiornare e dare evidenza delle modifiche riconducibili, in particolare, alle novità nel frattempo intervenute (PNA 2024, aggiornamento del Codice di comportamento, aggiornamento delle analisi del contesto esterno ed interno, valutazione dei rischi, identificazione misure generali e specifiche, trasparenza, ecc.).

È proseguita, inoltre, l'attività di aggiornamento della mappatura dei processi a rischio corruttivo. A livello aziendale, particolare impegno è stato dedicato all'analisi delle aree di rischio dei processi del Dipartimento Salute Mentale-Dipendenze Patologiche, con il coinvolgimento dei singoli Direttori (analisi formalizzata in atti al prot. 43864 del 29/12/2025).

Sono inoltre stati attivati Gruppi di Lavoro nell'ambito delle aziende sanitarie AVEC-Romagna, come di seguito rappresentati:

- Gruppo di lavoro in ordine all'aggiornamento della mappatura dei processi di "Prescrizione farmaci ad alto costo".
- Gruppo di lavoro in ordine all'aggiornamento della mappatura dei processi "Area Bilancio e Flussi Finanziari".
- Gruppo di lavoro in ordine all'aggiornamento della mappatura dei processi della "Medicina del Lavoro".

Le attività dei gruppi interaziendali sono concluse; successivamente le mappature verranno analizzate a livello locale per una eventuale integrazione relativa alle specificità aziendali, con l'obiettivo di inserire l'aggiornamento nella sottosezione Rischi Corruttivi e Trasparenza del PIAO di prossima adozione.

Sono proseguiti i lavori del Tavolo di coordinamento interaziendale dei RPCT delle aziende sanitarie dell'AVEC e della AUSL Romagna, con incontri a cadenza mensile da remoto.

I Componenti del Tavolo hanno partecipato, inoltre, con proposte condivise, agli incontri:

- della Rete Regionale per l'integrità e la Trasparenza per mezzo del proficuo confronto che eleva l'attenzione alle tematiche delle politiche della prevenzione della corruzione e trasparenza in un'ottica regionale;
- del Tavolo regionale per il coordinamento delle misure in materia di Trasparenza e Prevenzione della Corruzione delle Aziende e degli Enti del SSR ed alla successiva attuazione delle azioni concordate: in tale ambito, particolare attenzione è stata rivolta alle indicazioni provenienti dal Tavolo regionale all'aggiornamento dell'applicativo GRU-WHR Time, per consentire il deposito delle dichiarazioni del Codice di Comportamento.

Per quanto concerne la "formazione", è stata avviata in produzione una formazione in modalità FAD in materia di antiriciclaggio a cui hanno potuto partecipare i dipendenti delle Aziende sanitarie AVEC e AUSL della Romagna. È stata, inoltre, organizzata la Giornata della Trasparenza, svolta il giorno 20 febbraio 2026 all'Aula Magna della AOU di Ferrara, sull'importante tematica della "Trasparenza nella ricerca: opportunità e prospettive" che ha visto, quali relatori, la RPCT della Regione Emilia Romagna, i Sono proseguiti i lavori del Tavolo di coordinamento interaziendale dei RPCT delle aziende sanitarie dell'AVEC e della AUSL Romagna, con incontri a cadenza mensile da remoto.

La Relazione dell'AUSL di Imola per l'anno 2025 del RPCT è stata pubblicata sul sito aziendale – Amministrazione trasparente – Altri contenuti – Prevenzione della Corruzione – Relazione annuale del

RPCT, entro il termine del 31/1/2026 definito dal Presidente ANAC nel comunicato del 10/12/2025, alla pagina: <https://www.ausl.imola.bo.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/7397>

In tema di Trasparenza, la verifica disposta dall'ANAC con deliberazione n. 192 del 7/5/2025 recante: *"Attestazioni OIV, o strutture con funzioni analoghe, sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione riferite all'annualità 2024"*, ha interessato diverse Unità operative aziendali e varie tipologie di atti.

L'OIV-RER ha effettuato il controllo sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione sulla base della ricognizione del RPCT unitamente ai Responsabili delle Unità operative interessate, verificati positivamente e trasmessi dall'OAS aziendale.

La verifica dell'OIV ha avuto esito positivo e, con proprio provvedimento in atti al prot. n. 23933 del 10/7/2024, ha attestato la veridicità e l'attendibilità in ordine alla corretta pubblicazione, all'aggiornamento, alla completezza e all'apertura del formato di ciascun documento selezionato ai sensi della delibera n. 192/2025, rispetto a quanto pubblicato sul sito dell'AUSL di Imola.

Funzione aziendale di Audit

La LR 16 luglio 2018, n. 9, con l'introduzione dell'art. 3 ter "Sistema di audit interno", previsto nella LR 23 dicembre 2004 n. 29, ha da un lato implementato l'architettura dell'organizzazione delle Aziende del SSR, prevedendo l'istituzione della funzione aziendale di Audit interno e dall'altro, ha previsto l'attivazione di una cabina di regia regionale, con l'istituzione, avvenuta con DGR n. 1972/2019, del Nucleo Audit regionale.

Con Determinazione del Direttore Generale Cura della persona, salute e welfare, n. 18471 del 10 settembre 2024, sono state adottate le **Linee Guida in materia di Sistema di Controllo Interno** per rappresentare sinteticamente e in modo organico, il Sistema di Controllo Interno delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale e di definirne i requisiti minimi, nonché le caratteristiche organizzative e di funzionamento a cui uniformarsi, seppur nella propria autonomia. Nel 2024, le Aziende hanno adottato apposito atto nel quale risultano descritte le caratteristiche e le modalità di funzionamento a livello aziendale del Sistema di Controllo Interno.

Per il 2025, in ambito interventi PNRR/PNC, le funzioni/strutture aziendali di Audit interno devono svolgere attività di controllo in relazione all'effettivo svolgimento dei controlli operativi (c.d. di primo livello) connessi alle verifiche amministrativo/contabili. L'attività di verifica in capo alle **Funzioni di Audit Interno** è meramente formale e pertanto attiene alla corretta compilazione delle checklist oggetto di interesse e corretta archiviazione documentale. La funzione di Audit interno è affidata ad un Board Aziendale composto da dirigenti e/o collaboratori preposti a funzioni di staff aziendali, già operanti nel presidio di rischi aziendali specifici, coordinato dal componente aziendale del Nucleo Audit Regionale.

L'organizzazione del Board prevede che i componenti operino congiuntamente e/o disgiuntamente, a seconda delle aree oggetto di auditing, adottando modalità di approccio che garantiscano l'applicazione dei principi di obiettività professionale, integrità, riservatezza, garantendo l'astensione nelle attività di valutazione del sistema di controllo afferente al settore/servizio nel quale è incardinato il singolo componente.

Il Board aziendale ha la finalità di garantire la funzione di Audit interno, quale presidio di terzo livello, ad integrazione dell'*Assurance* fornita dagli altri livelli di presidio aziendale dei rischi.

Le funzioni saranno effettuate mediante processi di auditing basati sulla valutazione del disegno e del funzionamento dei controlli interni aziendali, con modalità che favoriscano il coinvolgimento del management operativo, favorendo la diffusione e la cultura della mappatura dei rischi e della valutazione integrata dei rischi. Nella fase di start up si è ritenuta prioritaria l'azione a presidio dei rischi amministrativo-contabili e corruttivi.

L'attività svolta nel 2025, ha riguardato i seguenti ambiti. La collaborazione nell'ambito del Nucleo Audit Regionale alla definizione delle "Linee Guida in tema di Sistema di Controllo Interno, approvate dalla Regione con Determinazione n. 18471 del 10/9/2024" e trasmesse alle Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie con prot. 1/10/2024.1098585.U.

In base alle suddette Linee Guida l'Azienda, con Deliberazione n. 234 del 19/12/2024, ha adottato il Sistema di Controllo Interno, programmando specifici interventi da attuarsi nel corso del 2025 relativamente a:

- Mappatura dei controlli di primo livello in ambito amministrativo, individuano per ciascun processo: rischi, controlli, frequenza, responsabile/owner, evidenza documentale/informativa.
- Formalizzazione dei requisiti minimi che identificano e caratterizzano le funzioni/strutture per il secondo livello di controllo mediante rappresentazione dei processi gestiti, i rischi presidiati secondo la normativa di riferimento, il Responsabile Funzione e/o Struttura organizzativa preposta, le modalità operative di gestione e monitoraggio dei rischi, la modalità di rendicontazione interna/esterna e le relazioni con gli altri livelli di controllo. Tale attività è stata effettuata in relazione alle funzioni di secondo livello: Programmazione e Controlli Direzionali, Accreditamento-Qualità, Gestione del Rischio-Sicurezza delle Cure, Anticorruzione-Trasparenza, Prevenzione e Protezione dei lavoratori.

Sia l'attività di mappatura dei controlli di primo livello sia la mappatura dei processi delle funzioni di secondo livello di controllo sono stati formalizzati con note rispettivamente agli atti con prot. 14047 del 23/4/2026 e prot. 14051 del 23/4/2026.

Gli obiettivi regionali 2025 prevedevano il proseguimento delle attività di controllo in ambito PNRR/PNC, sia in relazione alle checklist di gara (allegati 5.1 e 5.2) sia in relazione alle checklist di parte contabile.

A tal fine, in data 21/1/2026 è stato condotto l'Audit di verifica sull'avvenuto svolgimento dei controlli operativi - (c.d. di primo livello) connessi alle verifiche amministrativo-contabili delle procedure e delle spese sostenute relativamente al progetto CUP H87H22000200006 M6C1 Investimento 1.1 Casa della Comunità di Castel San Pietro Terme - manutenzione straordinaria, prossimo alla fase di rendicontazione mediante sistema Regis, di cui alla nota in atti prot. 10373/2026 con cui il Verbale di Audit è stato trasmesso alla Direzione Generale ed al RUP.

L'AUSL di Imola partecipa ai lavori del Nucleo Audit Regionale attraverso n. 2 componenti aziendali individuati nel Responsabile della Programmazione e Controllo e nel Responsabile della Prevenzione Rischi

Corruttivi e Trasparenza. Con deliberazione n. 254 del 22.12.2022, l'AUSL di Imola ha istituito la funzione di Audit interno ai sensi della LR n. 9/2018 che modifica e integra la LR n. 29/2004.

La funzione di Audit interno è affidata ad un Board Aziendale composto da dirigenti e/o collaboratori preposti a funzioni di staff aziendali, già operanti nel presidio di rischi aziendali specifici, coordinato dal componente aziendale del Nucleo Audit Regionale.

L'organizzazione del Board prevede che i componenti possano operare congiuntamente e/o disgiuntamente, a seconda delle aree oggetto di auditing, adottando modalità di approccio che garantiscano l'applicazione dei principi di obiettività professionale, integrità, riservatezza, garantendo l'astensione nelle attività di valutazione del sistema di controllo afferente al settore/servizio nel quale è incardinato il singolo componente. Il Board aziendale ha la finalità di garantire la funzione di Audit interno, quale presidio di terzo livello, ad integrazione dell'*Assurance* fornita dagli altri livelli di presidio aziendale dei rischi. Le funzioni saranno effettuate mediante processi di auditing basati sulla valutazione del disegno e del funzionamento dei controlli interni aziendali, con modalità che favoriscano il coinvolgimento del management operativo, favorendo la diffusione e la cultura della mappatura dei rischi e della valutazione integrata dei rischi. Nella fase di start up si è ritenuta prioritaria l'azione a presidio dei rischi amministrativo-contabili e corruttivi.

Gli obiettivi regionali prevedevano, inoltre, per la funzione Audit aziendale, il completamento delle attività di controllo su PNRR/PNC, in relazione alla spesa "rendicontata" nel primo e nel secondo semestre. Posto che, l'AUSL di Imola, in qualità di Soggetto Attuatore esterno rispetto alla Regione che ricopre il ruolo di Soggetto Attuatore per i progetti PNRR della Missione 6, non ha avuto indicazioni regionali per il completamento della fase di "rendicontazione" della spesa su Regis, la funzione Audit ha comunque condotto attività di Audit di verifica, a campione, con riferimento ai progetti PNRR conclusi e prossimi alla fase di rendicontazione nel sistema Regis, secondo le indicazioni regionali fornite a Febbraio 2025.

In data 20/3/2025 è stato condotto l'Audit di verifica sull'avvenuto svolgimento dei controlli operativi - (c.d. di primo livello) connessi alle verifiche amministrativo-contabili delle procedure e delle spese sostenute relativo al progetto CUP H27H22000750006 (Centrale Operativa Territoriale) prossimo alla fase di Rendicontazione mediante il sistema Regis. In data 25/3/2025 è stato condotto l'Audit di verifica sull'avvenuto svolgimento dei controlli operativi - (c.d. di primo livello) connessi alle verifiche amministrativo-contabili delle procedure e delle spese sostenute relativo ai progetti di Ammodernamento Tecnologico – Alta tecnologia, conclusi e prossimi alla fase di rendicontazione, per i seguenti CUP campionati: H29J22000860006 Ecotomografo cardiologico; CUP H29J22000840006 Mammografi digitali con tomosintesi; CUP H29J22000910006 Sistema polifunzionale per la radiologia digitale. I verbali di Audit sono stati trasmessi alla Direzione Generale ed ai RUP rispettivamente con note in atti prot. 11297 del 31/3/2025 e prot. 11298 del 31/3/2025.

Tabella Indicatori: PROCESSI INTERNI - Anticorruzione Trasparenza

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2022	Valore Aziendale 2023	Valore Aziendale 2024	Valore Regionale (Target)	Risultato atteso aziendale 2025	Risultato Aziendale 2025	Risultato Regionale 2025	Note / Fonte Dati
818	% centralizzazione di acquisti di beni e servizi a livello regionale	68,95	62,40	63,79	-	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	ND	-	Indicatore di osservazione (Fonte Intercent-ER)
405	% sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza	100	99,80	100	-	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	100,00	99,68	Indicatore di osservazione (Fonte Delibera annuale ANAC attestazione assolvimento obblighi di pubblicazione)

3.3 Sezione - Dimensione della ricerca, dell'innovazione e dello sviluppo

3.3.1 Sotto sezione: Programmazione della ricerca e della didattica

Obiettivo: Attività di Ricerca

L'AUSL di Imola promuove le attività di ricerca e innovazione all'interno dell'Azienda e in stretta integrazione con gli Enti del Servizio sanitario regionale in cui la ricerca rappresenta una funzione istituzionale, quali le Aziende Ospedaliero-Universitarie e gli IRCCS; tale integrazione è favorita nell'ambito dei progetti di sviluppo e potenziamento delle reti cliniche in Area Metropolitana, che tra i propri obiettivi pongono particolare attenzione a garantire maggiori opportunità di ricerca, di formazione e di valorizzazione delle professionalità coinvolte nella rete.

In quanto azienda territoriale, quindi non vocata di per sé alla ricerca biomedica e pre-clinica (che coinvolge prioritariamente le Università, le AOU e gli IRCCS), l'AUSL di Imola contribuisce alla innovazione in sanità promuovendo alcune tipologie di ricerca traslazionale, in particolare studi osservazionali, e progetti di ricerca sui servizi sanitari (qualità, equità, efficienza, efficacia e costi dell'assistenza sanitaria) o di popolazione (sanità pubblica, prevenzione).

Le nuove modalità per la presentazione di studi ed emendamenti al Comitato Etico Territoriale (CET) AVEC (CET di riferimento per AUSL Imola), in vigore dal 01/07/2024 in seguito alla dismissione della piattaforma informatizzata gestionale regionale SIRER, sono state recepite con la revisione della procedura aziendale "Procedura per la gestione delle sperimentazioni cliniche nell'AUSL di Imola" (rif. DocWeb: doc. Nr. 6546, versione 2 del 31/12/2024).

Nel corso del 1° semestre 2025 è stato avviato a livello regionale (rif. Prot. 03/04/2025 0340669.U) il nuovo sistema informativo della ricerca sanitaria (flusso regionale SirER). I referenti individuati a livello aziendale hanno garantito la partecipazione agli incontri di coordinamento programmati a livello regionale, nonché la trasmissione dei dati secondo le tempistiche definite dalla Regione. Nel 2025 sono stati avviati presso AUSL di Imola 8 studi.

Come da indicazioni normative, l'Azienda ha garantito la periodica pubblicazione sul proprio sito web dei report (aggiornati trimestralmente) sulle sperimentazioni con farmaco (rif. art.11, c.4bis, D.Lgs 211/2003 – introdotto dall'art.2, c.1, D. Lgs.52/2019).

3.3.2 Sotto sezione: Sviluppo organizzativo e formazione

Obiettivo: Valorizzazione del capitale umano

L'AUSL di Imola riconosce l'importanza strategica del proprio capitale professionale e negli ultimi anni diversi sono stati gli interventi volti a qualificare il rapporto di lavoro in un'ottica di migliore ed efficiente organizzazione del lavoro, rivolta ad assicurare qualità dei servizi erogati ai cittadini, maggiore trasparenza ed integrità dell'agire pubblico e a definire un sistema basato sulla valorizzazione delle proprie risorse umane.

Sistema di valutazione integrata delle performance

Il sistema di valutazione dell'AUSL di Imola è disciplinato dal "Regolamento Sistema di valutazione integrata della performance annuale, delle competenze e degli incarichi al personale", di cui alla Deliberazione n. 136 del 22/6/2018, in linea con quanto disposto in materia dall'OIV-SSR, da ultimo secondo le Linee Guida n. 1/2022, prot. RER 0641755 del 18/7/2022.

Discende da tale impianto la "Guida alla valutazione del personale – AUSL di Imola" (in atti Prot. 0007818 del 1/3/2022) che, nell'ambito del percorso regionale di rafforzamento del sistema integrato di valutazione del personale, ha lo scopo di illustrare, in modo chiaro e sintetico la struttura ed i contenuti del sistema di valutazione adottato dall'Azienda, ai dipendenti sia nella veste di valutatori che di valutati.

Valutazione personale dirigenziale. A seguito della negoziazione di Budget annuale, gli obiettivi assegnati alle singole strutture operative, "a cascata" sono stati attribuiti al personale dirigente con incarichi di direzione; principalmente obiettivi di struttura organizzativa e di rispettiva responsabilità ed obiettivi assegnati annualmente dalla Regione alle Aziende. I contributi individuali di Direttori di Dipartimento, Direzioni Tecniche e Direttori di Unità Operativa sono stati rilevati con i seguenti obiettivi:

- Attuazione Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione (PTPC) ed obiettivi derivanti dalle Schede attuative.
- Applicazione Regolamento Budget aziendale: rispetto tempistica e condivisione interna degli obiettivi nelle strutture.
- Applicazione Sistema di valutazione integrata delle performance e delle competenze e degli incarichi al personale (deliberazione n. 136 del 22/6/2018): applicazione e sviluppo nel rispetto della tempistica definita a livello aziendale.
- Stesura della Relazione di monitoraggio dell'attività gestionale della propria struttura.
- Attuazione Piano Triennale delle azioni positive ai sensi della Direttiva 2/2019 e del D.Lgs 198/2006: promuovere pari opportunità e rimuovere gli ostacoli che impediscono la piena realizzazione delle opportunità nel lavoro.
- Obiettivi specifici per il ruolo e ambito di attività.

Per la restante dirigenza (*professionista*) sono preponderanti gli obiettivi specifici individuali e di contributo alla performance della struttura di appartenenza. In particolare, per quanto riguarda i medici ospedalieri e

specialisti, verrà garantito il monitoraggio e la valutazione specifica per singolo professionista in riferimento alla propria performance sulla dematerializzazione delle prescrizioni di specialistica ambulatoriale e di visite di controllo (flusso ASA) e sulla dematerializzazione delle prescrizioni dematerializzate di farmaceutica (flusso AFT). Il percorso di valutazione sopra descritto viene applicato anche al personale del comparto titolare di posizione organizzativa o che svolge funzioni di coordinamento.

Valutazione personale comparto non titolare di incarico funzionale. La valutazione viene effettuata utilizzando un modulo specifico di valutazione del SW GRU Gestionale Risorse Umane Regionale a partire dal 2018. La valutazione annuale del personale del comparto verte su un sistema di osservazione e misurazione di attività, dimensioni organizzative della struttura di appartenenza e in base al contributo ed impegno individuale dimostrato, ai fini del riconoscimento della retribuzione di risultato ai sensi dei vigenti CIA (Contratti Integrativi Aziendali). La valutazione annuale del personale del Comparto prende, quindi, a riferimento le seguenti aree valutative: Performance Organizzativa della struttura di appartenenza e Contributi individuali tramite griglia predefinita di indicatori che descrivono i comportamenti attesi e i relativi valori di apprezzamento, rappresentati in apposita sezione della scheda individuale di valutazione annuale.

Gestione del sistema sanitario regionale e del personale

Nell'ambito dei processi di riorganizzazione delle funzioni amministrative è stata garantita, attraverso i Servizi Unificati Metropolitani di Amministrazione Giuridica ed Economica del Personale, la collaborazione alla Regione nelle attività di supporto al progetto "Sistema unitario di Gestione Informatizzata delle Risorse Umane (GRU)", partecipando attivamente ai tavoli di confronto a livello regionale al fine di definire criteri interpretativi omogenei e sviluppare linee d'azione comuni in tema di politiche del personale.

Nell'anno 2022 ha avuto attuazione, con effettiva applicazione operativa, il progetto GRU 2.0 che ha visto l'avvio di un nuovo software unico regionale che ha interessato diversi moduli procedurali del Sistema unitario di Gestione Informatizzata delle Risorse Umane, ovvero Rilevazione presenze/assenze, Portale del dipendente, Gestione Turni, Formazione. L'Azienda ha agito, nell'ambito del coordinamento regionale, per la realizzazione del progetto e la collaborazione per lo sviluppo dei nuovi moduli secondo il cronoprogramma definito dalla cabina di regia. In particolare, il nuovo applicativo di rilevazione presenze/assenze è utilizzato da parte di tutti gli operatori dei competenti uffici e tramite lo stesso vengono generati i flussi delle voci stipendiali variabili con il relativo flusso di trasferimento al trattamento economico.

L'Azienda contribuisce inoltre all'implementazione e messa a punto del nuovo Modulo di valutazione modulo GRU Valutazione 2.0, con riferimento particolare al proprio "**Piano 2023 2025 di sviluppo e miglioramento del sistema di valutazione**", quale percorso strutturato aziendale di sviluppo e miglioramento del sistema di valutazione, approvato con deliberazione n. 212 del 30/10/2023.

Il Piano fissa obiettivi specifici nel periodo triennale, la cui realizzazione viene rilevata tramite indicatori declinati nel Piano e un confronto periodico sullo stato di avanzamento e sulle eventuali criticità riscontrate. L'ultimo Monitoraggio del Piano, relativo alla II semestre 2025 (trasmesso all'OIV SSR con nota in atti prot. 10795 del 30/3/2026), mette in evidenza come l'Azienda stia progressivamente attuando le azioni previste e che impatteranno sul 2026. Sulla base delle indicazioni regionali, l'AUSL di Imola, nel triennio, ha

programmato il progressivo passaggio del Sistema di valutazione aziendale del personale al modulo valutazione del SW GRU Gestionale Risorse Umane Regionale, per utilizzare il SW GRU Nuova Versione Regionale per tutti i Profili e Tipologie di valutazione previste dal Sistema di valutazione integrata aziendale.

In particolare, per le seguenti tipologie di valutazione:

Valutazione annuale del personale dirigente e personale comparto con incarico funzionale

- Configurazione in GRU delle schede di valutazione del personale dirigente e del personale del comparto IF, secondo i profili vigenti in Azienda.
- Primo impianto con passaggio dei dati 2025 per creare le nuove schede per l'anno 2026.

Valutazione degli incarichi assegnati al personale:

- Benchmark con altre Aziende per l'adozione di un sistema di calcolo già applicato in GRU.
- Modifica delle schede di valutazione degli incarichi.
- Aggiornamento/Modifica della regolamentazione aziendale.
- Impianto in GRU entro il 31/12/2026.

Formazione aziendale

Nel 2025 è stata dedicata particolare attenzione ai percorsi formativi connessi all'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) che ha richiesto un significativo investimento nello sviluppo di competenze digitali, organizzative e gestionali e l'allineamento a quanto previsto dalla Direttiva del 16 gennaio 2025 del Ministro Zangrillo "Valorizzazione delle persone e produzione di valore pubblico attraverso la formazione". Si evidenzia, inoltre, l'impegno dell'Azienda nella promozione della sicurezza dei lavoratori e del benessere organizzativo, attraverso iniziative formative dedicate alla prevenzione dello stress lavoro-correlato, al contrasto del *burnout*, allo sviluppo delle competenze relazionali e di contrasto all'aggressività. Tali interventi hanno contribuito a rafforzare la qualità dell'ambiente lavorativo e a sostenere la motivazione e la resilienza degli operatori. Particolare rilievo assume l'area della gestione del rischio clinico, con percorsi finalizzati alla diffusione della cultura della sicurezza delle cure, all'analisi e prevenzione degli eventi avversi, all'aggiornamento su procedure e linee guida e all'utilizzo di strumenti di audit e monitoraggio. L'investimento in questo ambito si traduce in un miglioramento continuo dei processi assistenziali e in una maggiore tutela del paziente.

Per sostenere le responsabilità e gli obiettivi, nel rispetto delle disposizioni aziendali ed in particolare di quanto indicato nell'Atto Aziendale, la UOS Formazione lavora in stretta collaborazione con i dipartimenti e con le configurazioni dell'azienda e si interfaccia con i dipartimenti con la rete dei referenti per la formazione e si avvale di una rete di tutors afferenti alle professioni sanitarie.

La UOS Formazione è articolata nei Nuclei Operativi di:

- Formazione continua e Provider ECM;
- Formazione universitaria;
- Formazione a favore di esterni;

- Supporto Amministrativo e Segreteria generale.

L'attività si sviluppa in contesti logisticamente differenziati e le risorse umane dedicate alla gestione dei processi in carico alla UOS Formazione sono, in diversi casi, condivise con altri Dipartimenti.

Formazione continua

Nell'attuale contesto caratterizzato da trasformazioni sociali, economiche e sanitarie, da rapidi progressi tecnologici e da aspettative sempre più dinamiche da parte di cittadini e utenti, la formazione del personale rappresenta un elemento fondamentale. La formazione del personale deve essere progettata e realizzata con l'obiettivo di incentivare l'innovazione ed affrontare in modo consapevole e proattivo le sfide di un mondo in continua evoluzione. La formazione deve contribuire a rafforzare, diversificare ed ampliare le competenze, le conoscenze e le abilità dei dipendenti permettendo loro di affrontare nuove richieste, risolvere problemi complessi e contribuire efficacemente al raggiungimento degli obiettivi organizzativi e di valore pubblico.

La percentuale di eventi realizzati sui programmati inseriti a PAF è stata pari al 79%, di fatto allineata a quanto atteso a piano, pari all'80%. Il risultato registrato è comunque stabile e frutto anche dell'investimento effettuato e garantito per sostenere maggiormente i Dipartimenti nella fase di pianificazione del PAF 2025, per valutare ulteriormente il livello di compatibilità organizzativo con la formazione inserita a piano.

Il Provider AUSL di Imola ha realizzato n. 302 corsi rivolti al personale dipendente (vs n. 373 dell'anno precedente) che hanno dato origine a complessive n. 428 edizioni (vs 424 del 2024). Probabilmente per compensare le necessità organizzative, sono state replicate dello stesso corso, più edizioni dedicate ad un numero più contenuto di professionisti, dato confermato anche dal numero delle partecipazioni diminuite rispetto all'anno precedente.

Ciò che caratterizza la formazione nelle aziende sanitarie è il bisogno di garantire la sua rapida spendibilità nella quotidianità lavorativa e pertanto deve essere integrata nei processi assistenziali, negli obiettivi di sistema e nelle strategie di governance delle aziende sanitarie. La formazione blended si colloca in questa direzione perché permette di coniugare ed ottimizzare i bisogni diversi espressi da tutti i soggetti coinvolti (organizzazione e professionista).

L'esperienza maturata negli ultimi anni, anche a seguito dei percorsi di implementazione della valutazione dell'efficacia della formazione realizzati, ha incentivato lo sviluppo di modalità di formazione alternative a quella residenziale ed ha generato l'opportunità di sviluppare percorsi di blended learning che, integrando in una progettazione strutturata ed articolata tipologie di formazione diversificate. Sono stati 5, articolati in 61 edizioni, gli eventi blended sottoposti a valutazione di trasferibilità e di impatto come evidenziato in dettaglio nella Tabella che segue.

TITOLO	Tipologia	N° corsi	N° edizioni	Valutazione di Trasferibilità	Valutazione di Impatto
ASSISTENZA INFERMIERISTICA NELLE PROCEDURE NORA	BLD (RES + FSC)	1	2	si	si
IL PRIMARY NURSING: L'ASSISTENZA CENTRATA SULL'ASSISTITO E LA SUA FAMIGLIA	BLD (RES + FSC)	1	4	si	si
IL GRAVE DISTURBO DI PERSONALITÀ: DALL' ANALISI ALLA DISCUSSIONE E SISTEMATIZZAZIONE DEI CASI CLINICI COMPLESSI	PROGRAMMA (RES + FSC)	1	2	si	si
TEORIA DELLA MENTE E DBT NEL TRATTAMENTO DELLA PSICOPATOLOGIA DEI GRAVI DISTURBI DI PERSONALITÀ: L'INTEGRAZIONE TEORICA DEI MODELLI		1	2		
TEORIA DELLA MENTE E DBT NELLA PSICOPATOLOGIA DEI GRAVI DISTURBI DI PERSONALITÀ: VALUTAZIONE E TRATTAMENTO DEI PAZIENTI CON TENDENZE SUICIDARI		1	2		
LEAN EXPERIENCE FACTORY: ACCOMPAGNAMENTO OPERATIVO	BLD (RES + FSC)	1	1	si	si
PNRR INFEZIONI OSPEDALERE	FAD	1	10	si	si
	FSC	5	30		
	RES	1	8		

Per quanto attiene il gradimento espresso dai partecipanti agli eventi formativi sui criteri di interesse definiti a livello regionale su una scala 0-3, i dati 2025 indicano una valutazione media di gradimento del corso pari a 2,60, in linea con gli anni precedenti.

Partecipazioni

Al 31 dicembre 2025 gli operatori soggetti a obbligo ECM risultano 1.294 dipendenti, su un totale di 1.854 (pari al 70%); 91 MMG a tempo indeterminato a cui si aggiungono 2 incarichi provvisori, 18 PLS, 31 Medici Specialisti ambulatoriali titolari di incarico; 10 Professionisti ambulatoriali titolari di incarico; 1 Specialista ambulatoriale e 2 Professionisti ambulatoriali con incarico a tempo determinato. Sono 9.200 le posizioni processate dal Provider AUSL di Imola nel 2025 (vs le n. 9.454 del 2024) come evidenziato in Tabella.

CORSI INTERNI 2025	PARTECIPANTI		ORE EROGATE		ECM	
	dipendenti	non dipendenti	dipendenti	non dipendenti	dipendenti	non dipendenti
ASSENTI	475	344				
Totale Assenti	819					
Partecipazioni che NON hanno esitato in attestazioni	318	324	1.932	2.088		
Totale Partecipazioni NO attestazioni	642		4.020			
Partecipazioni con attestazione ECM o NON (comprensiva di FAD accreditate dal Provider AUSL Imola)	5.005	4.195	45.654	30.653	46.260	26.290
Totale Partecipazioni processate	9.200		76.307		72.550	

L'area dell'aggiornamento professionale, seguito dalla formazione legata alla sicurezza, assorbe complessivamente il 91% delle ore di partecipazione, come evidenziato in Tabella.

AREE TEMATICHE	% di ore fruite sul totale delle ore registrate
Obbligatoria (Sicurezza)	18%
Aggiornamento Professionale	73%
Tematiche Cug	2%
Altro (rischio clinico, infezioni...)	7%

Per quanto riguarda la partecipazione dei dipendenti a corsi interni o esterni, secondo l'inquadramento contrattuale e il genere evidenzia che l'80% dei dipendenti ha partecipato nel corso dell'anno ad almeno 1 evento formativo e non si rappresentano difformità rilevanti tra personale dirigente e non così come evidenziato nella Tabella.

PARTECIPAZIONE	Maschi	Femmine	Totale	N. dipendenti che ha seguito almeno un corso	% sulla P.O.	N. ore di formazione fruite dai dipendenti
Personale dirigente	133	217	350	269	77	14.764
Personale non dirigente	312	1.192	1.504	1.211	81	52.768
Totale	445	1.409	1.854	1.480	80	67.532

Le partecipazioni autorizzate come aggiornamento esterno nel 2025, utilizzando l'istituto della formazione obbligatoria o facoltativa, sono state complessivamente 516 (vs n. 794 del 2024) rilevando un decremento rispetto all'anno precedente (-278) frutto dell'approvazione del Regolamento aziendale per la disciplina degli incarichi ex art. 53 del D.Lgs. 165/2001 (Deliberazione n. 128 del 17/7/2024) che ha condotto al 1/1/2025, l'attività di docenza/relatore/moderatore, in un percorso diverso da quello dell'aggiornamento esterno.

TIPOLOGIA AGGIORNAMENTO ESTERNO - 2025	N.ro partecipazioni
OBBLIGATORIO	465
FACOLTATIVO	51
Totale	516
FORMAZIONE LIBERA "SPOT" (fruita a titolo personale)	63
FAD ESTERNA (no MED3- no E.LLABER)	529
FAD SINCRONA	21
Totale	613
FORMAZIONE ESTERNA SPONSORIZZATA	145
TOTALE COMPLESSIVO	1.274

Le sponsorizzazioni relative alla partecipazione ad iniziative esterne, debitamente documentate e gestite sulla base della procedura aziendale aggiornata ed entrata in vigore all'inizio del 2025, evidenzia, al contrario, un

amento delle partecipazioni che si attestano a n. 145 (vs n. 78 del 2024). Il dato va quindi contestualizzato in esito a questa più puntuale tracciatura aziendale del percorso relativo alle sponsorizzazioni.

Sono state anche registrate sul Portale GRU della Formazione sulla posizione del singolo dipendente, le informazioni ricevute dallo Staff Formazione relative a n. 613 (vs le 490 dell'anno precedente) iniziative esterne fruite a titolo personale da parte dei professionisti soprattutto attraverso il ricorso alla FAD.

Formazione a distanza (FAD)

L'offerta di pacchetti di formazione FAD a livello aziendale nel corso del 2025 è avvenuta attraverso quattro canali: il Consorzio MED3, di cui l'AUSL di Imola è componente, il Portale Federato SELF della Regione Emilia-Romagna per la P.A. su cui da Giugno 2025 è confluito il Portale regionale E-LLABER e il Portale Syllabus per ampliare l'offerta formativa a seguito della Direttiva del 16 gennaio 2025 del Ministro Zangrillo, "Valorizzazione delle persone e produzione di valore pubblico attraverso la formazione".

Nel 2025 il ricorso a questa tipologia di formazione è quindi aumentato notevolmente, come il monitoraggio mirato sulla fruizione da parte dei professionisti dei pacchetti resi disponibili. Per quanto attiene l'utilizzo dei pacchetti di formazione disponibili sul Portale MED3, sono state attivate complessivamente n. 238 partecipazioni (vs n. 286 del 2024) e solo il 32% degli iscritti non ha completato il corso vs il 43% del 2024. Probabilmente il netto miglioramento è stato generato anche a seguito dell'approvazione delle "Linee di indirizzo per fruizione formazione a distanza (FAD)" (Deliberazione n. 236 del 19/12/2024).

Sul Portale SELF-PA sono stati attivati n. 44 eventi formativi obbligatori frequentati con esito positivo da n. 1.382 (vs 3.573 del 2024) e sul Portale Syllabus si sono registrate n. 1.463 partecipazioni.

Crediti formativi

A seguito della attività formativa interna pianificata, progettata, realizzata e autorizzata, il "monte crediti" registrato nella sola formazione interna, per i soli dipendenti con obbligo ECM, è pari a 46.260 (vs i 49.856 del 2024) con un pro-capite medio per dipendente con obbligo ECM che si attesta a 35,74 crediti. Sono le tipologie FAD e residenziale quelle che si confermano produrre il monte ore crediti più elevato, seguite dalla Formazione sul campo (gruppi di miglioramento e training individualizzato).

L'anno 2025 coincide con il termine del triennio ECM e si evidenzia che il 78% dei dipendenti ha conseguito un numero maggiore di 100 ECM. Il dato registrato non tiene conto dei riconoscimenti di crediti sul portale Cogeaps ai singoli professionisti per la costruzione del Dossier formativo e della eventuale riduzione derivante dal triennio precedente e delle eventuali esenzioni e/o esoneri a cui potrebbero aver diritto i singoli.

DIPARTIMENTO	N PROF.TI con N. ECM = o > 150	N PROF.TI con N. ECM = 100 o < 149	N PROF.TI con N. ECM = o < 99	N TOT PROF.TI ECM
DIPARTIMENTO CHIRURGICO	141	51	72	259
DIPARTIMENTO MEDICO	170	52	54	278
DIPARTIMENTO EMERGENZA ACCETTAZIONE	145	62	84	295
DIPARTIMENTO DELLA CONTINUITA' E DELLE CURE PRIMARIE	115	24	22	164
DIPARTIMENTO DI SANITA' PUBBLICA	38	11	5	56
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	66	23	14	104
DIREZIONE MEDICA E INFERMIERISTICA DI PRESIDIO	36	18	23	72
DIREZIONE ASSISTENZA FARMACEUTICA	2	6	6	14
DIREZIONE DI DISTRETTO	10	2	3	18
UFFICI STAFF DIREZIONE SANITARIA	20	5	1	31
DIP. ATT. INTEGR. INTERAZ. GEST. INTEGR. RISCHIO INFETTIVO	2	0	1	3
TOTALI	745	254	285	1.294
%	58%	20%	22%	100%

Incarichi di docenza e Tutoraggio

I dati relativi agli incarichi didattici assegnati nel 2025 per la realizzazione delle varie iniziative sono 569 (vs i 589 del 2024), come sintetizzato nella Tabella che segue e che vede per un complessivo 65% dei casi la valorizzazione per questa attività delle competenze già presenti all'interno del sistema sanitario regionale. Per la modifica intervenuta sul sistema ECM dal 2023 sono valorizzati, anche in termini di crediti ECM maturati, alcuni ruoli gestionali.

INCARICHI DIDATTICI PER RUOLO	DOCENTI	ORE	CREDITI
Coordinatore/responsabile scientifico FSC	55	1.083	1.420
Docente	314	2.568	3.816
Relatore	5	13	6
Responsabile scientifico RES/FAD/BLENDED	54	707	198
Tutor	141	5.778	4.585
TOTALE	569	10.149	10.025

Sono state erogate 10.149 ore di docenza (vs le 9.763 ore del 2024) e tutoraggio all'interno di percorsi di formazione, corrispondenti a complessivi 10.025 crediti ECM (vs i 8.413 dell'anno precedente).

Costi

Complessivamente nel 2025 sono stati utilizzati fondi ordinari per un totale di € 309.945,00 comprensivi dei costi per la gestione del patrimonio bibliografico aziendale a cui si aggiungono € 36.489,00 provenienti da fondi a destinazione vincolata. La ripartizione delle spese generata dalle diverse Strutture aziendali, suddivisa tra formazione interna ed esterna, è rappresentata nella Tabella che segue.

SPESA FORMAZIONE 2025	Da budget	Da Fondi Vincolati	Totale
Aggiornamento Interno	99.643 €	27.477 €	127.120 €
Aggiornamento Esterno	93.549 €	9.012 €	102.561 €
Totale	193.192	36.489	229.681
Acquisizione patrimonio bibliografico	116.752 €		116.752 €
TOTALE COMPLESSIVO			346.433

Funzione Provider

In base agli accordi regionali, che prevedono il coinvolgimento a rotazione di tutti i Provider regionali, anche l'AUSL di Imola ha svolto la Funzione Provider per alcuni eventi promossi dall'area Formazione - Settore Innovazione nei servizi sanitari e sociali- Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare della Regione. Sono stati accreditati complessivamente n. 16 eventi (vs n. 7 dell'anno precedente) articolati in 17 edizioni.

Formazione interna dei Medici convenzionati

I Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta hanno organizzato complessivamente n. 9 corsi che hanno registrato complessivamente n. 169 partecipazioni a cui si somma l'opportunità offerta di partecipare alla formazione realizzata per il personale operante all'interno dei CAU, come da Linee di indirizzo regionali come evidenziato nella Tabella, per un totale complessivo finale di n. 11 corsi e n. 178 partecipazioni.

TITOLO EVENTO	TIPOLOGIA EVENTO	MONTE ORE CORSO	N. EDIZIONE	PARTECIPANTI
PICCOLI UOMINI CRESCONO: PROGETTO DI PREVENZIONE ANDROLOGICA NELL'ADOLESCENTE 1	Formazione Residenziale (1-200)	4:00	1	37
LE PROBLEMATICHE DELL'APPARATO URINARIO NEL BAMBINO DALLE INFEZIONI ALL'ENURESIS 1	Formazione Residenziale (1-200)	5:00	1	19
IL PROGETTO PROBA E IL SELF HELP NELL' AMBULATORIO DEL PEDIATRA DI FAMIGLIA 1	Formazione Residenziale (1-200)	5:00	1	10
ALLERGIA ALIMENTARE NEL BAMBINO 1	Formazione Residenziale (1-200)	5:00	1	18
TEMI DI REUMATOLOGIA PER IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE 1	Formazione Residenziale (1-200)	4:00	1	42
FORMAZIONE DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE NEO CONVENZIONATO 1	Formazione Residenziale (1-200)	9:00	1	5
APPROCCIO INTEGRATO PER INDIVIDUARE E TRATTARE I DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE NEL BAMBINO E NELL'ADOLESCENTE 1	Formazione Residenziale (1-200)	4:00	1	20
LA RELAZIONE DI CURA SECONDO IL METODO BALINT 1	Formazione Residenziale (1-200)	20:00	1	12
SPIROMETRIA: ESECUZIONE E INTERPRETAZIONE 1	FAD E-Learning	1:00	1	6
LA FORMAZIONE PER IL MEDICO DEL CAU 1	FAD E-Learning	11	1	8
TRAINING IN PRONTO SOCCORSO DEDICATO AI MEDICI DEL CENTRO ASSISTENZA URGENZA (CAU) 1	Training individualizzato	30:00	1	1
TOTALE			11	178

Formazione PNRR

Per quanto riguarda il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, i due interventi finanziati di carattere anche formativo sono stati i seguenti:

TITOLO_CORSO	TIPOLOGIA DI FORMAZIONE	ORE CORSO	N. partecipanti
PNRR - LA PREVENZIONE INFEZIONI OSPEDALIERE - MODULO B -	Training Individualizzato	2	212
PNRR - LA PREVENZIONE INFEZIONI OSPEDALIERE - MODULO B (parte teorica) e MODULO C	Formazione Residenziale (1-200)	3	203
PNRR MODULO A CORSO INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA IN AMBITO OSPEDALIERO	FAD E-Learning	14	142
TOTALE COMPLESSIVO			557

TITOLO_CORSO	TIPOLOGIA DI FORMAZIONE	N ORE DEL CORSO	n. partecipanti
FSE2.0 - LA DIGITALIZZAZIONE DEI PROCESSI SANITARI NELL'AMBITO DELLA DIFFUSIONE DEL FSE	Formazione Residenziale (1-200)	3	12
FSE 2.0 - RER - Formazione base generale 1	FAD E-Learning	6	593
FSE 2.0 - RER - Formazione per medici specialisti 1	FAD E-Learning	3	9
TOTALE COMPLESSIVO			614

L'impegno su questi 2 interventi è stato importante, registrando complessivamente n. 1.171 partecipazioni, come evidenziato nella tabella che segue.

Formazione integrata Area Vasta Emilia Centrale

Anche nel corso del 2025 la UOS Formazione ha partecipato con regolarità alle attività del gruppo AVEC-Formazione, attraverso incontri online, secondo una pianificazione interna annuale e nell'ambito di gruppi di lavoro e confronto promossi dalla Funzione Formazione dell'ASSR, per confrontarsi nell'ottica di allineare i processi di formazione all'interno delle diverse aziende. In dettaglio oggetti di confronto sono stati: il PNRR progetti di formazione; il confronto sulla selezione dell'offerta formativa presente su Syllabus per rispondere alla Direttiva Zangrillo e l'elaborazione di un documento condiviso, che aggiorna le tariffe da prevedere per le docenze ai corsi organizzati dal Provider. Rispetto alla programmazione 2025, sono state realizzate n. 17 iniziative formative.

Formazione sviluppata con il Territorio

Importante è l'integrazione e la collaborazione con le Istituzioni/Strutture/Enti presenti sul Territorio su cui insiste l'AUSL di Imola. A questo proposito sono stati realizzati una serie di eventi formativi che hanno coinvolto le strutture residenziali per anziani e l'ASP sui temi specifici. Complessivamente sono state registrate n. 211 partecipazioni che hanno coinvolto Infermieri, Operatori Socio Sanitari, Fisioterapisti, Assistenti Sociali, Educatori e Psicologi e volontari come riportato in Tabella.

Eventi formazione sviluppata con il Territorio	Tipologia evento	Monte ore	N. Edizione	Partecipanti
INFECTION PREVENTION CONTROL (IPC) LINK NURSES CRA ACCREDITATE	Blended (Res + Fsc)	20:00	1	11
ANALISI INDICATORI CLINICO ASSISTENZIALI (TAVOLO DI COORDINAMENTO CRA) 2025	Gruppi di Miglioramento	12:00	1	21
IL FINE VITA: APPROCCIO INTEGRATO ALLE CURE PALLIATIVE SENSO E QUALITA' DEL PRENDERSI CURA	Formazione Residenziale (1-200)	3:00	2	34
PREVENZIONE DELLA MALNUTRIZIONE NELL' OSPITE CRA, DISFAGIA E PROBLEMATICHE ANNESSE	Formazione Residenziale (1-200)	4:00	1	24
LA COMUNICAZIONE EFFICACE NEI CONTESTI SOCIO SANITARI	Formazione Residenziale (1-200)	3:00	2	53
LA CORRETTA MOBILIZZAZIONE DEI PAZIENTI IN CRA	Formazione Residenziale (1-200)	6:00	2	30
LABORATORIO DIDATTICO INTENSIVO SULL'IGIENE DELLE MANI - CRA	Formazione Residenziale (1-200)	3:30	3	38
TOTALE COMPLESSIVO			12	211

È proseguita anche l'attività formativa di mantenimento promossa e realizzata per le Scuole di ogni ordine e grado presenti sul territorio e dedicata al personale scolastico (insegnati, educatori, personale ATA) e un gruppo di alunni, per la somministrazione di farmaci in orario scolastico in bambini/adolescenti affetti da patologia cronica nel rispetto della normativa vigente. Sono stati realizzati 3 eventi che hanno coinvolto 168 soggetti.

Risultati della Formazione

La valutazione delle attività di formazione continua a livello aziendale si esprime a diversi livelli sulla base del Regolamento della Formazione e delle procedure in essere.

I dati relativi agli indicatori aziendali della Formazione 2025 sono stati presentati al Collegio di Direzione in data 20/03/2026 e discussi con la rete dei Referenti della Formazione e successivamente il RAF viene pubblicato nella pagina intranet dedicata alla UOS Formazione- sezione documenti

Report di dettaglio relativi ai dati sulla formazione all'interno del Dipartimento vengono elaborati in coincidenza con i monitoraggi degli obiettivi di Budget e rendicontati per la valutazione degli obiettivi stessi e preventivamente analizzati assieme ai Referenti della Formazione di Dipartimento e ai Direttori di Dipartimento. In relazione alle Aree prioritarie individuate dal Collegio di Direzione per l'anno 2025, ove risultava prioritario e rilevante l'impegno per dare attuazione a quanto previsto dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, si rendiconta in sintesi l'attività formativa realizzata:

Area TEMATICA PRIORITARIA	Evidenza
linea d'investimento "C2-Investimento 2.2 - Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario – Sub Investimento 2.2 (b) Corso di formazione in infezioni ospedaliere" della Missione 6 del PNRR (DGR n. 444 del 27.03.2023), che prevede un Target di operatori sanitari ospedalieri formati pari a n. 582 entro giugno 2026 sui contenuti vincolanti dell'Allegato 5 del PNRR.	Eventi realizzati: N. ore 3.021 N. 557 partecipazioni.

Area TEMATICA PRIORITARIA	Evidenza
linea d'investimento M6 C2 - Investimento 1.3.1 "Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione e l'analisi dei dati e la simulazione - Linea di attività (b) Adozione e utilizzo FSE da parte delle regioni»	Eventi realizzati: N. ore 3.633 N. 614 partecipazioni.
linea d'investimento M6 C2 - Sub intervento 2.2 (c) "Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario. Sub-misura: corso di formazione manageriale".	N. 5 professionisti hanno garantito la frequenza, come da indicazioni aziendali.
sviluppo delle competenze per sostenere l'attuazione di quanto contenuto nel DM 23.5.2022 n. 77 che inquadra il modello di sviluppo dell'Assistenza territoriale nel SSN.	Formazione per i Medici assegnati al CAU: N. 8 medici hanno frequentato il corso FAD, reso disponibile e n. 1 ha completato il percorso con lo stage in PS. Realizzato evento di Formazione sul campo intitolato "La gestione dei problemi sociosanitari di natura cronica nel contesto territoriale dell'AUSL di Imola dall'Infermiere di Famiglia e di Comunità"; durata ore 18 ore e n. 8 partecipanti.
Implementazione del Primary Nursing	Progettato un Programma Formativo che ha visto lo svolgersi dei seguenti eventi formativi: - IL MODELLO ORGANIZZATIVO PRIMARY NURSING: DIRIGERE IL CAMBIAMENTO DURATURO; durata ore 4,30; n. partecipanti 52 - IL PRIMARY NURSING: L'ASSISTENZA CENTRATA SULL'ASSISTITO E LA SUA FAMIGLIA; durata ore 39; partecipanti n. 89 - IMPLEMENTARE IL MODELLO ORGANIZZATIVO PRIMARY NURSING; ore 30; n. 2 partecipanti - TEAM DI COORDINAMENTO DI IMPLEMENTAZIONE DEL PRIMARY NURSING; ore 10; n. 5 partecipanti

Nel corso dell'anno, sono stati oggetto di visita da parte dell'Osservatorio Regionale per la formazione continua in sanità per il Provider AUS Imola, i seguenti eventi:

ID EVENTO	data inizio	data fine	durata ore	TITOLO	TIPOLOGIA DI FORMAZIONE	Tipologia di analisi/visita da parte dell' Osservatorio
7429.1	13/03/2025	13/11/2025	20	LA RELAZIONE DI CURA SECONDO IL METODO BALINT	Residenziale	analisi documentale
7232.1	04/03/2025	15/05/2025	6	IL PAZIENTE GERIATRICO E ORTOGERIATRICO: MOBILIZZAZIONE E ASSISTENZA	Blended (Res + Fsc)	analisi documentale
7325.1	10/01/2025	31/01/2025	8	LA CONDUZIONE DI GRUPPI IN SANITA': DALLA PRASSI ATTUALE ALLE PROSPETTIVE FUTURE	Residenziale	analisi documentale
7438	07/03/2025	07/03/2025	4,3	Programma Formativo – il Modello Organizzativo Primary Nursing: dirigere il cambiamento duraturo	Residenziale	visita durante lo svolgimento del corso
7927	04/11/2025	04/12/2025	15	Intelligenza emotiva e gestione delle relazioni	Residenziale	Data dell'osservazione: 4/12/2025 dalle 8.30 alle 11.30

I verbali di visita relativi alle visite in sede dell'evento "Intelligenza emotiva e gestione delle relazioni" e "Programma Formativo – il Modello Organizzativo Primary Nursing: dirigere il cambiamento duraturo", hanno evidenziato diversi elementi qualificanti da punto di vista qualitativo, l'offerta formativa erogata osservata.

Gli obiettivi per il 2025 hanno mantenuto costante l'attenzione alla progettazione di eventi formativi con l'obiettivo di misurare il trasferimento degli apprendimenti dal contesto formativo al contesto lavorativo e misurare l'efficacia delle azioni formative in termini di impatto sull'organizzazione. È entrato ormai a sistema, a livello della complessiva organizzazione, il percorso di progettazione con l'obiettivo di misurare il trasferimento degli apprendimenti dal contesto formativo al contesto lavorativo e misurare l'efficacia delle azioni formative. Il dettaglio dell'esito dei percorsi di valutazione è pubblicato per competenza, nelle singole Relazioni annuali di Dipartimento e consultabile agli atti presso la UOS Formazione.

Sono n. 5 i percorsi formativi sottoposti a valutazione di impatto e che hanno coinvolto i 2 Dipartimenti Aziendali, 1 Direzione Tecnica e la Direzione Generale.

Alta formazione: collaborazioni Università / Altri Enti

È continuata la collaborazione, nel corso del 2025, con gli Istituti di istruzione secondaria presenti sul territorio per i Percorsi per le Competenze Trasversali e per l'Orientamento (PTCO), accogliendo in stage 15 studenti e con borse estive n. 16 studenti meritevoli dei 4° e 5° anni.

Per quanto riguarda l'attività formativa per il conseguimento della qualifica di Operatore Socio-Sanitario (OSS), nel 2025 è stata garantita la collaborazione - come indicato nei documenti regionali di riferimento - all'Istituto Paolini Cassiano per realizzare percorsi di prima formazione del personale di supporto all'assistenza infermieristica, accogliendo in stage complessivamente n. 4 allievi.

L'AUSL di Imola ha garantito la funzione di tutoraggio nei tirocini svolti presso le Strutture interne e la docenza per gli ambiti specifici attraverso propri professionisti dipendenti.

Attivo, in continuità con gli anni precedenti, il Master di II livello in Endoscopia avanzata "Luigi Barbara" dell'Università di Bologna sviluppato in collaborazione con l'OUC di Gastroenterologia.

Corsi di Laurea

La cornice di riferimento è il rapporto consolidato di collaborazione con l'Università degli Studi di Bologna, Dipartimenti di Scienze Mediche e Chirurgiche (DIMEC) e di Scienze Biomediche e Neuromotorie (DIBINEM), per quanto attiene i 5 Corsi di Laurea delle professioni Sanitarie presenti nell'AUSL di Imola: Infermieristica; Fisioterapia; Educazione Professionale; Tecniche della Prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro e Laurea Magistrale in Scienze delle Professioni Sanitarie della Prevenzione.

Per i primi due corsi, l'Azienda è sezione formativa - ovvero sede delle lezioni teoriche relative alla parte professionalizzante e di tutte le ore di attività integrativa e di tirocinio - mentre per i restanti tre è sede didattica (sede di tutte le lezioni teoriche e di tirocinio). È stato aggiornato sulla base di quanto definito nel Regolamento per la costruzione dell'Albo Aziendale dei Tutor di Tirocinio per i Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie di 1° livello, l'Albo aziendale reso pubblico sulla pagina intranet dedicata.

La Tabella mostra la distribuzione degli studenti nei Corsi di Laurea presenti in Azienda che registra un trend in flessione (-29 unità vs 2024), in linea con quanto già osservato a livello nazionale ed anche europeo e legato alla più complessiva diminuzione di attrattività che stanno riscontrando le Professioni Sanitarie nei giovani.

CORSI DI LAUREA	N. studenti A.A. 2023/2024	N. studenti A.A. 2024/2025	N. studenti A.A. 2025/2026
Fisioterapia	60	61	61
Infermieristica	203	198	159
Educazione Professionale	130	119	126
Tecniche della Prevenzione	53	46	60
Magistrale Scienze della Prevenzione	34	35	24
Totale complessivo	480	459	430

Sono stati stabilizzati i dati relativi agli incarichi didattici (n. 12) assegnati per i corsi di Laurea attivati nel 2025, dettagliati in Tabella, per ciò che attiene i Responsabili delle attività didattiche professionalizzanti ed i Coordinatori didattici di anno di corso.

Corsi di laurea 2025	Ruolo	N.ro incarichi	Impegno nell'attività
Infermieristica	Responsabile delle attività didattiche professionalizzanti	1	12 ore/settimana
	Coordinatore didattico di anno in corso	3	36 ore/settimana
Fisioterapia	Responsabile delle attività didattiche professionalizzanti	1	36 ore/settimana
	Coordinatore didattico di anno in corso	1	36 ore/settimana (distacco da M.R.I.)
Educazione Professionale	Responsabile delle attività didattiche professionalizzanti	1	12 ore/settimana
	Coordinatore didattico di anno in corso	2	18 ore/settimana
Tecniche della Prevenzione	Responsabile delle attività didattiche professionalizzanti	1	18 ore/settimana
	Coordinatore didattico di anno in corso	1	24 ore/settimana
Magistrale in Scienze della Prevenzione	Responsabile delle attività didattiche professionalizzanti	1	12 ore/settimana
TOTALE		12	

I dipendenti che svolgono attività di docenza all'interno dei Corsi di Laurea sono pari a 28 unità affiancati da alcuni docenti esterni provenienti dalle Aziende metropolitane e da Montecatone R.I. ed ulteriori n. 81 unità coinvolte nella gestione delle attività seminariali o di laboratorio in qualità di esperti della materia.

Con DGR 2071 del 9/12/2025 il contributo regionale assegnato all'AUSL di Imola per l'anno 2025 per la gestione dei Corsi di Laurea ammonta a € 989.678,53 ed include le risorse, pari a € 209.569,23, riconosciute all'Azienda sulla base dell'Accordo attuativo del 23 settembre 2020, siglato dall'Assessore alle Politiche per la

Salute e CGIL - CISL - UIL, che prevede l'utilizzo del 25% del fondo al fine di qualificare il sistema della formazione universitaria di base e post base per la partecipazione ad essa da parte del personale del SSR. La valorizzazione è stata riconosciuta ai dipendenti con deliberazione aziendale n. 85 del 13/5/2026 (Valorizzazione delle funzioni di tutoraggio per l'anno 2025 in applicazione dell'accordo regionale del 23/9/2020 e dello specifico finanziamento regionale - D.G.R. n. 2071 del 9/12/2025).

Grazie alla presenza di modelli organizzativi flessibili, basati sulla forte integrazione tra l'area della formazione e l'area dell'organizzazione, i costi che l'azienda sostiene per garantire le necessarie attività, sia dirette che indirette, ai percorsi formativi sono completamente coperti dal finanziamento regionale ricevuto. Sulle disponibilità economiche residue vengono effettuati interventi manutentivi e di potenziamento delle attrezzature nelle aule che ospitano le lezioni dei corsi di laurea.

Considerando l'Azienda in termini di sistema continua ad essere considerato importante, quale strumento di promozione e trasformazione della cultura professionale e aziendale, l'investimento nella formazione del personale dipendente che svolge attività di docenza e di Coordinamento didattico nei corsi di laurea e la funzione di tutor di tirocinio all'interno dei servizi sedi di tirocinio curricolare degli studenti.

Rilevante il coinvolgimento di tutti coloro che collaborano alla gestione dei Corsi di Studio attivati, per garantire i processi di Quality Assurance di cui è investito l'Ateneo. Importante l'investimento che è stato avviato sul versante della ricerca all'interno dei Corsi di Laurea e di cui si incominciano ad apprezzare i primi risultati in termini di pubblicazioni su riviste scientifiche di settore.

Nel 2025 l'AUSL di Imola continua ad essere capofila per tutta l'Area Metropolitana e Montecatone R.I. per il percorso che porta all'attribuzione degli incarichi di docenza. Sono stati accolti in Azienda in tirocinio, all'interno del Progetto Erasmus in ingresso n. 2 studenti del Corso di Laurea in Infermieristica, provenienti dall'Università di Saragozza.

Specializzazioni

Nell'area delle Specializzazioni Mediche, alla luce delle indicazioni regionali e dei modificati assetti organizzativi aziendali, l'attività formativa vede complessivamente nel 2025 presenti n. 187 medici in formazione specialistica vs n. 226 unità rispetto al 2024 (-39), anche se in presenza alternata e non continuativa, provenienti da diverse Scuole di Specializzazione.

Scuola di Specializzazione	Università	N.ro Medici
Anestesia, rianimazione, Terapia intensiva e del dolore	Bologna	30
Anestesia, Rianimazione, Terapia Intensiva e del dolore	Ferrara	6
Chirurgia Generale	Bologna	3
Chirurgia Generale	Modena e Reggio	1
Genetica Medica	Bologna	9
Geriatria	Bologna	11
Ginecologia e Ostetricia	Bologna	12
Igiene e medicina preventiva	Bologna	2
Malattie Infettive e Tropicali	Bologna	13
Malattie dell'apparato cardiovascolare	Bologna	7
Malattie dell'apparato digerente	Bologna	11
Medicina di Emergenza Urgenza	Bologna	15
Medicina del Lavoro	Bologna	10
Medicina Legale	Bologna	3
Medicina dello sport e dell'esercizio fisico	Ferrara	1
Nefrologia	Bologna	2
Oculistica	Bologna	4
Ortopedia e Traumatologia	Bologna	8
Ortopedia e Traumatologia	Ferrara	1
Otorinolaringoiatria	Bologna	2
Pediatria	Bologna	17
Pediatria	Modena e Reggio	1
Psichiatria	Bologna	6
Radiodiagnostica	Bologna	1
Sanità veterinaria	Bologna	1
Sanità veterinaria	Teramo	2
Urologia	Bologna	8
Totale complessivo		187

Si evidenzia inoltre l'impegno del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, del Consultorio Familiare e della Psicologia Ospedaliera nella formazione degli Psicologi, che ha visto la presenza di n. 32 Psicologi provenienti da Scuole di Specializzazione sul territorio regionale ed extra regionale.

A questi si aggiunge 1 unità accolta presso la Direzione Assistenza Farmaceutica afferente alla Scuola di specializzazione in Farmacologia e Tossicologia.

Altri tirocini

Oltre all'attività formativa in carico sopradescritta, le Strutture aziendali sono state anche sede di altri tirocini universitari, come descritto nella seguente Tabella (+13 unità rispetto al 2024).

Corso di Studio	N.ro Studenti
Laurea in Dietistica	1
Laurea in Logopedia	1
Laurea in Ostetricia	14
Laurea in Servizio Sociale	3
Laurea in Tecniche di Radiologia	6
Laurea in Tecniche di fisiopatologia cardiovascolare	2
Laurea in Tecnico Neurofisiopatologia	3
Laurea Magistrale in Biologia della salute	2
Laurea Magistrale in Biotecnologie Mediche	3
Laurea Magistrale in Languages of communication	1
Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed ostetriche	7
Laurea Magistrale in Scienze Riabilitative Professioni Sanitarie	4
Laurea Magistrale in Scienze delle Prof. Sanitarie Tecniche diagnostiche	2
Master in Management dei servizi sanitari e Sociosanitari	1
Master in Sessuologia clinica	1
Master in Infermiere di Famiglia e di Comunità	1
Master Management del rischio Infettivo correlato all'assistenza sanitaria	3
Master per le funzioni di coordinamento nell'area delle professioni sanitarie	19
Totale complessivo	74

I medici convenzionati dell'AUSL di Imola - in particolare, i Medici di Medicina Generale - hanno svolto un ruolo importante per quanto attiene la formazione, svolgendo funzione di tutoraggio: nel 2025 risultano n. 5 MMG che hanno accolto complessivamente n. 15 tirocinanti.

Presso il Presidio Ospedaliero sono stati accolti altri tirocinanti medici per un totale di n. 23 di cui 3 tirocinanti hanno frequentato il tirocinio in Medicina Generale e 20 hanno svolto frequenze volontarie.

3.4. Sezione - Dimensione della sostenibilità

3.4.1 Sotto sezione: Economico-finanziaria

Obiettivo: Rispetto dell'equilibrio economico finanziario

Anche per l'anno 2025 gli obiettivi aziendali sono stati i seguenti:

- Il rispetto del vincolo di bilancio assegnato, concorrendo al raggiungimento dell'obiettivo del pareggio di bilancio del Servizio Sanitario Regionale.
- Il costante monitoraggio della gestione e dell'andamento economico-finanziario.
- La partecipazione al sistema di monitoraggio bimestrale dell'andamento delle gestioni aziendali e in particolare alle verifiche sul rispetto degli obiettivi di budget definiti dalla Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare; sistema di monitoraggio attivato fin dall'anno 2022 con DGR 407/22.
- La presentazione alla Regione della certificazione prevista dall'art. 6 dell'Intesa Stato-Regioni del 23/3/2005, attestante la coerenza degli andamenti trimestrali all'obiettivo assegnato; in presenza di certificazione di non coerenza, presentazione di un piano contenente le misure idonee a ricondurre la gestione all'interno dei limiti assegnati entro il trimestre successivo.

Al fine di garantire la sostenibilità ed il governo dei servizi, L'AUSL di Imola ha assicurato, nel corso del 2025, la gestione economico-finanziaria, nell'osservanza dei principi contabili dettati in materia sanitaria.

La gestione nel suo complesso è stata orientata alla appropriata gestione della spesa secondo gli indirizzi di programmazione regionali, senza con ciò pregiudicare la piena erogazione dei LEA e particolare impegno è stato indirizzato al perseguimento degli obiettivi di spesa assegnati dalla Regione, mediante un costante monitoraggio degli andamenti dei fattori produttivi oggetto di assegnazione di budget, nonché della gestione economica nel suo complesso, rappresentata mediante riscontri di monitoraggio bimestrali con livello regionale. Parimenti l'impegno è stato indirizzato all'impianto ed al monitoraggio degli obiettivi operativi aventi riflesso sull'andamento economico.

In tale contesto è stato garantito il rispetto delle tempistiche bimestrali di monitoraggio dell'andamento economico, nonché la predisposizione ed invio dei CE trimestrali, unitamente alle ulteriori specifiche rendicontazioni richieste. Sono, inoltre, state presentate le certificazioni previste dall'art. 6 dell'Intesa Stato Regioni del 23.3.2005.

Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR

Nel corso del 2025 il Servizio Unico Metropolitano Contabilità e Finanza ha garantito la corretta e puntuale alimentazione della Piattaforma per la Certificazione dei Crediti (PCC) e dello Stock del debito. Ha altresì garantito la scadenza trimestrale relativa ai pagamenti di transazioni commerciali effettuati nel 2025. Di tale attività, trimestralmente, è stato dato riscontro al Collegio Sindacale.

L'Azienda è riuscita a garantire i pagamenti ai fornitori entro la scadenza contrattuale e raggiungere un buon indice di tempestività dei pagamenti, nel rispetto delle normative di riferimento e di quanto previsto dalla

Riforma PNRR 1.11 relativa alla "Riduzione dei tempi di pagamento delle pubbliche amministrazioni e delle autorità sanitarie". I target da raggiungere sono fissati in 60 giorni, per l'indicatore del tempo medio di pagamento degli Enti del Servizio sanitario nazionale e pari a zero per l'indicatore del tempo medio di ritardo. La trasparenza dei risultati è stata garantita attraverso la pubblicazione trimestrale dell'indice di tempestività dei pagamenti ai sensi del D.Lgs n. 33/2013 come modificato dal D.Lgs. n. 97/2016.

Di seguito si riporta un prospetto con gli indicatori e relativo risultato degli ultimi 3 anni.

IND	DESCRIZIONE INDICATORE	2023	2024	2025	TARGET
IND0220	Indice di tempestività dei pagamenti	-10,08	-13,83	-15,44	<=0
IND1153	Tempo medio di pagamento	57,95	45,17	42,72	<=60
IND1154	Tempo medio di ritardo	-14,31	-15,41	-17,32	<=0

Quale ulteriore strumento a supporto dei gestori, e finalizzato al contenimento dei tempi di pagamento fornitori, è stato aggiornato con nuove funzionalità il modulo dedicato al monitoraggio delle liquidazioni / sospensioni. Oltre al cruscotto con le fatture distinte per scadenze e sospensione, è stato implementato un modulo per l'invio dei solleciti ai fornitori che non hanno dato riscontro alle note formali di contestazione mosse dall'Istituto. A tale scopo, sono stati organizzati incontri con i servizi gestori, ove oltre alla presentazione del suddetto cruscotto è stata nuovamente illustrata la corretta applicazione delle sospensioni.

In riferimento al rispetto dell'invio trimestrale delle tabelle riferite ai pagamenti relativi alle transazioni commerciali, nel 2025, Istituto ha provveduto a trasmettere trimestralmente tali tabelle, debitamente compilate, riferite ai pagamenti relativi a transazioni commerciali effettuati nel 2025. La compilazione di tali tabelle costituisce adempimento regionale in sede di Tavolo di verifica degli adempimenti presso il MEF.

In ottemperanza alla legge 30 dicembre 2018, n. 145 che, come novellata dal decreto-legge 6 novembre 2021, n.152, introduce per gli enti e organismi di cui all'articolo 1, comma 2, della legge 31 dicembre 2009, n. 196, diversi dalle amministrazioni dello Stato, misure tese a garantire sia il rispetto dei tempi di pagamento previsti dalla direttiva europea sia lo smaltimento dello stock dei debiti pregressi, nel corso dell'anno 2025 è stato garantito l'allineamento dei dati contabili ai dati presenti nella PCC con particolare riferimento alla corretta gestione delle sospensioni finalizzate alla corretta rilevazione dello stock del debito calcolato dalla PCC, che per l'anno 2025 resta l'unico riferimento. L'AUSL di Imola rileva nel 2025 uno Stock del debito pari al 100% come nel 2024 e 2023.

Per rafforzare ulteriormente le misure già previste per la riduzione dei tempi di pagamento, nell'ambito della riforma PNRR, milestone M1C-M1C1-72bis del PNRR, con decreto-legge 155/2024 art. 6 comma 1 è stato pubblicato il modello del **Piano annuale dei flussi di cassa** successivamente deliberato rispetto al quale l'Azienda deve garantire il rispetto dell'adempimento.

In ottemperanza al nuovo adempimento previsto dalla riforma PNRR milestone M1C-M1C1-72bis, per rafforzare ulteriormente le misure già previste per la riduzione dei tempi di pagamento, nel corso

dell'esercizio 2025 l'Azienda ha predisposto il piano dei flussi di cassa applicando il modello previsto dal decreto-legge 155/2024 art. 6 comma 1.

Il piano annuale dei flussi di cassa è stato adottato con delibera n° 54 del 28/2/2025 ed è stato aggiornato trimestralmente con la delibera n° 85 del 18/4/2025, delibera n° 148 del 22/7/2025 e delibera n° 210 del 20/10/2025.

Le buone pratiche amministrativo-contabili

Anche per l'anno 2025 il Servizio Unico Metropolitano Contabilità e Finanza (SUMCF) ha partecipato alle riunioni di cabina di regia regionali GAAC e PAC, collaborando attivamente alla valutazione delle proposte di migliorie evolutive (MEV) ed alla revisione delle linee guida regionali PAC in tema di Immobilizzazioni materiali e Immateriali ed altresì Patrimonio Netto. Con riferimento al miglioramento del sistema informativo contabile, nel corso del 2025 si è tenuto conto delle indicazioni e delle Linee Guida regionali, finalizzate al miglioramento dell'omogeneità, della confrontabilità e dell'aggregabilità dei rispettivi bilanci attraverso:

- un'accurata compilazione degli schemi di bilancio previsti dal D.Lgs. n. 118/2011 (Stato Patrimoniale, Conto Economico, Nota Integrativa, Rendiconto Finanziario);
- la verifica della correttezza delle scritture contabili tenuto conto delle disposizioni del D.Lgs. n. 118/2011, della relativa Casistica applicativa e delle indicazioni regionali;
- il corretto utilizzo del Piano dei conti regionale, economico e patrimoniale e la puntuale e corretta compilazione dei modelli ministeriali CE, SP, LA e CP (così come definiti dal decreto 24 maggio 2019). In particolare, per il modello CP di rilevazione dei costi dei presidi ospedalieri articolato in ricavi e costi in analogia con il modello CE, si dovrà porre particolare attenzione alla corretta alimentazione del modello al fine di garantire l'equilibrio della gestione dei presidi ospedalieri.

La coerenza nella compilazione degli schemi di bilancio con un target atteso $\geq 95\%$, nel 2025 per l'AUSL di Imola è risultata pari al 100%. Inoltre, è stata garantita la partecipazione ai gruppi di lavoro per l'aggiornamento delle "Linee Guida Regionali del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC)".

La corretta tenuta della contabilità (compilazione degli schemi di bilancio previsti dal D.Lgs. n. 118/2011 Stato Patrimoniale, Conto Economico, Nota Integrativa, Rendiconto Finanziario - verifica della correttezza delle scritture contabili - corretto utilizzo del Piano dei conti regionale, economico e patrimoniale - puntuale e corretta compilazione dei modelli ministeriali CE, SP, LA e CP) è stata attestata dalle relazioni dei colleghi sindacali che anche per l'anno 2025 hanno espresso parere favorevole all'intero documento di bilancio.

Quanto al monitoraggio delle **partite vetuste**, anche per l'anno 2025 è stata svolta un'attenta valutazione sul mantenimento a bilancio di tali partite, tenuto anche conto che le partite pregresse (crediti, debiti, quote inutilizzate di contributi, ecc..) sono attentamente analizzate dal MEF, in sede di verifica degli adempimenti e dalla Corte dei Conti in sede di controllo sui bilanci aziendali. Sono proseguite quindi le attività di controllo su ciascuna partita contabile creditoria e debitoria al fine di verificare la sussistenza del presupposto giuridico per il mantenimento a bilancio di tali partite e, in mancanza di esso, provvedere a rilevare un'insussistenza dell'attivo.

È stato nuovamente sottoposto ai gestori aziendali il dettaglio delle partite relative a fatture ancora da ricevere e da emettere, per valutarne la effettiva sussistenza. Per ciascuna partita, il gestore ha indicato la motivazione per il relativo mantenimento in contabilità.

Con riferimento alle **fatture e note di credito**, nel corso del 2025, analogamente alle partite vetuste, anche per le fatture e note di credito da ricevere e da emettere 2024 e precedenti, l'Azienda ha proceduto ad un'attenta valutazione sul mantenimento a bilancio di tali poste, tenuto anche conto delle risultanze di magazzino (ordini emessi e bolle caricate nei relativi esercizi di competenza e non fatturati), realizzando il 100% delle fatture da ricevere verificate.

In merito al **recupero crediti**, il SUMCF ha coordinato il monitoraggio periodico dei ticket ancora da incassare, garantendo a fine esercizio la corretta imputazione per competenza dei ricavi relativi a periodi 2025. Ha altresì coordinato le attività di integrazione con il Servizio Notifiche Digitali della Pubblica Amministrazione, integrato con PagoPA, allo scopo di garantire tempi più rapidi e certezza della consegna delle notifiche di pagamento, minori costi per gli enti e meno disagi per i cittadini. In tema di recupero crediti l'Azienda si è dotata di un nuovo Regolamento, di cui alla Deliberazione n. 184 del 22/9/2025 e della relativa procedura amministrativo-contabile.

In riferimento alle **sanzioni per mancata disdetta** (LR 2/2016 e successive indicazioni) si raccomanda l'elevazione delle sanzioni relative a tutte le mancate disdette fino al 30/6/2025 entro il 31/12/2025 e si invita a sollecitare tempestivamente le sanzioni elevate e non rimosse. Per l'AUSL di Imola le prestazioni prenotate e non erogate nei primi 6 mesi 2025 sono state pari a n. 2.061 a fronte delle quali sono state elevate sanzioni pari a n. 1.723 entro il 31/12/2025 (83,6%).

In ordine ai **contratti di service**, rispetto ai quali si deve garantire una corretta modalità di contabilizzazione, funzionale a monitorare ed analizzare la spesa sanitaria nelle diverse componenti di spesa, si evidenzia che tale contabilizzazione nelle disaggregazioni dei costi in noleggio apparecchiature, manutenzioni apparecchiature e costo dei dispositivi medici è strettamente correlata all'effettiva impostazione, secondo tale disaggregazione, della richiesta d'offerta da parte dei soggetti aggregatori (Intercent e Consip) e dal Servizio Acquisti Metropolitano di Area Vasta Emilia Centro. Pertanto, la modalità di contabilizzazione disaggregata è stata attuata in relazione alla disponibilità dei costi risultanti dalle aggiudicazioni sopra definite.

Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile

L'Azienda ha garantito, attraverso i propri componenti, la partecipazione attiva alla Cabina di Regia, aggiornata nel corso del 2023, come da Determinazione regionale n. 5642 del 16/3/2023 e da documento in atti prot. 11723 del 28/3/2023, che comprende il nuovo Regolamento di funzionamento della Cabina di Regia. Tale organismo esplica le seguenti funzioni:

- garantisce le funzioni di governance per l'implementazione e lo sviluppo del progetto GAAC, secondo modalità tali da garantire le finalità, l'efficacia, l'efficienza, l'organicità e l'omogeneità del sistema nel lungo periodo;
- opera quale sede di confronto, coordinamento ed integrazione tra i diversi livelli decisionali all'interno del SSR, al fine di favorire l'omogeneizzazione delle codifiche, dei linguaggi, degli strumenti di gestione, sia in termini di condivisione delle migliori pratiche che di interpretazione delle normative;
- individua, in coerenza con gli obiettivi del progetto, le aree all'interno delle quali promuovere la graduale convergenza verso modalità omogenee di gestione dei processi amministrativo contabili;
- garantisce il monitoraggio dei processi di manutenzione e il coordinamento dello sviluppo evolutivo della infrastruttura applicativa e tecnologica.

Il Servizio Unico Metropolitano Contabilità e Finanze (SUMCF) ha partecipato alle riunioni di cabina di regia GAAC, coinvolgendo professionisti del servizio con competenze specifiche in base alle tematiche di volta in volta trattate ed ha assicurato la collaborazione dei Referenti GAAC nelle attività necessarie all'implementazione e alla gestione del sistema informativo.

Il SUMCF ha partecipato e collaborato ad:

- attività di Bonifica delle anagrafiche soggetti coordinate dal livello regionale;
- attività di Bonifica degli anagrafici beni (Farmaci e Dispositivi Medici) coordinate dal livello regionale;
- attività di aggiornamento delle anagrafiche centralizzate del dato identificativo unico UDI DI per i Dispositivi Medici, come previsto dai Regolamenti (UE) 2017/745 e 2017/746, per identificare e tracciare i dispositivi medici lungo la *supply chain* sanitaria nell'Unione europea e all'implementazione delle funzionalità GAAC necessarie alla gestione del codice UDI completo a seguito del dettato normativo;
- attività finalizzate all'efficientamento degli SPOC coordinate dal livello regionale di cui alla nota Prot. 0255647.U del 11 marzo 2024;
- attività finalizzate al miglioramento della gestione dei rilasci coordinate dal livello regionale di cui alla nota Prot. 0255647.U del 11 marzo 2024.

Inoltre, ha effettuato e garantito:

- il collaudo delle MEV 123 e MEV 124 per la contabilizzazione automatica delle fatture fornitori, allo scopo di velocizzare la fase di caricamento fatture e garantire ulteriormente i pagamenti entro scadenza contrattuale;
- test per il collaudo del tracciato record funzionale all'invio ad Agenzia delle Entrate e Riscossione dei crediti e diffidati;
- supporto nella gestione delle anagrafiche centralizzate;
- supporto ai consulenti RTI nelle attività di test relative alla performance di procedura;
- supporto alle attività di bonifica delle anagrafiche soggetti coordinate dal livello regionale;
- supporto nell'analisi del modulo recupero crediti per la proposta di migliorie evolutive

- supporto al gruppo tecnico Business Intelligence (BI) dell'Area Amministrativo Contabile (AMC).

Nel 2025, a seguito dell'individuazione dei referenti aziendali per la partecipazione del Gruppo di lavoro denominato "gruppo tecnico BI-AMC", è stata garantita la partecipazione e assicurate le attività richieste dalla Regione e dal gruppo tecnico per garantire l'avvio secondo le tempistiche che saranno programmate.

Si riportano di seguito gli indicatori monitorati su SIVER relativi al **PIAO 2023 2025: SOSTENIBILITÀ Economico Finanziaria**.

- (**IND220**) Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti. Target: ≤ 0 . Risultato atteso aziendale: mantenimento std medio aziendale.

L'AUSL di Imola rileva nel 2024 un indice pari a -13,83 vs un valore di -10 nel 2023 e -17 nel 2022.

- (**IND365**) "% di consumo di molecole non coperte da brevetto e presenti nelle liste di trasparenza". Risultato atteso aziendale: $\geq$ MEDIA RER.

L'AUSL di Imola nel 2024 presenta una % pari a 90,20 vs 89,33% del 2023. Il valore medio regionale 2024 risulta pari al 90,10%.

- (**IND732**) "Spesa farmaceutica territoriale pro-capite (convenzionata e diretta)". Risultato atteso aziendale: $\leq$ Anno 2023.

Nel 2024 l'Azienda presenta una spesa farmaceutica pro-capite pari a 206,58 vs 193,62 del 2023 pertanto in incremento. La spesa farmaceutica territoriale pro capite media regionale 2024 risulta pari a 206,92 vs 192 del 2023.

- (**IND363**) "Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico". Target: ≥ 95 . Risultato atteso aziendale: $\geq$ MEDIA RER.

Il tasso 2024 per l'AUSL di Imola risulta pari a 99,17 vs 106,78 del 2023, nel rispetto del target regionale ed aziendale. Nel 2024 il tasso di copertura a livello regionale risulta pari a 95,59.

Tabella Indicatori: SOSTENIBILITA' - Economico Finanziaria

IND	Indicatore	valore Aziendale 2022	valore Aziendale 2023	valore Aziendale 2024	Valore Regionale (Target)	Risultato atteso aziendale 2025	Risultato Aziendale 2025	Risultato Regionale 2025	Note / Fonte Dati
220	Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti	-17,00	-10,00	-13,83	-	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	-15,44	-	(Protocollo RER)
732	Spesa farmaceutica territoriale pro-capite (convenzionata e diretta)	191,37	193,62	206,58	-	< = STD MEDIO RER	208,82	208,50	(Flussi AFT e FED)
363	Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico	103,50	106,78	99,17	> = 90%	> = STD MEDIO RER	96,56	95,70	(Flusso DiMe e Piano dei Conti)
877	Beni sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	13,02	14,47	15,69	-	RISPETTO OBIETTIVI DI SPESA REGIONALI ANNUALI	15,76	20,05	Bilancio consuntivo riclassificato, modello CE
878	Acquisto di servizi sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	39,26	39,13	40,73	-	RISPETTO OBIETTIVI DI SPESA REGIONALI ANNUALI	39,86	29,23	Bilancio consuntivo riclassificato, modello CE
879	Acquisto di servizi non sanitari sul valore della prodzione (Ricavi con mobilità)	9,96	8,78	9,26	-	RISPETTO OBIETTIVI DI SPESA REGIONALI ANNUALI	9,09	12,06	Bilancio consuntivo riclassificato, modello CE
880	Costo risorse umane sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	36,35	36,54	35,63	-	RISPETTO OBIETTIVI DI SPESA REGIONALI ANNUALI	36,17	38,06	Bilancio consuntivo riclassificato, modello CE

3.4.2 Sotto sezione: Investimenti e PNRR-PNC

Obiettivo: Governo degli Investimenti infrastrutturali e tecnologici

La programmazione degli investimenti è contenuta nel Piano degli Investimenti triennale, annualmente aggiornato, che costituisce parte integrante del Bilancio Economico Preventivo annuale.

Si riportano di seguito le linee di intervento in tema di: **Governo degli investimenti e razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio e tecnologico.**

Finanziamenti ex art. 20 L. 67/88 - Infrastrutture

A seguito della firma dell'Accordo di Programma tra Stato e Regioni per la V fase I stralcio del Programma Investimenti ex art. 20 L.67/88, nel quale è previsto l'intervento di "Ristrutturazione della Casa della Comunità di Imola - I stralcio", intervento APC 34, si è proceduto con l'iter di approvazione della progettazione e dell'affidamento dei lavori.

L'intervento, nell'ambito dell'Accordo di Programma per gli investimenti ai sensi dell'art. 20 Legge 67/1988 V fase 2° stralcio, riguardante la "ristrutturazione della Casa della Comunità di Imola – primo stralcio" il cui affidamento dei lavori tramite Accordo Quadro (Determina aggiudicazione n. 288 del 10/5/2021) è stato approvato con Determina n. 683 del 15/11/2023 e attivato tramite Ordine Di Lavoro del 20/11/2023 (inizio lavori in data 27/11/2023), pertanto nei termini previsti.

I lavori principali sono terminati in data 2/5/2025. In data 5/8/2025, con Determina n. 523, sono stati affidati i lavori minori a completamento dell'intervento. L'intervento prevede il completamento delle aree della prevenzione della Casa della Comunità di Imola la cui progettazione è prevista per il 2026.

Tutti gli interventi ammessi a finanziamento, relativi ad Accordi di Programma (ex art. 20 Legge 67/1988), sottoscritti precedentemente al 2019, sono stati conclusi ed attivati e sono state trasmesse il 100% delle richieste di liquidazione.

Finanziamenti ex art. 20 L. 67/88 - Tecnologie

A seguito della firma dell'Accordo di Programma tra Stato e Regioni per la VI fase I stralcio del Programma Investimenti ex art. 20 L.67/88 nel quale è previsto l'intervento di "Rinnovo tecnologie biomediche per area chirurgica e area critica" intervento APE 18, avente quadro economico di € 700.000, nel 2025 è stato completato iter autorizzativo del Gruppo Tecnico Regionale e la relativa ammissione al finanziamento.

A seguito della firma dell'Accordo di Programma tra Stato e Regioni per la VII fase I stralcio del Programma Investimenti ex art. 20 L.67/88 nel quale è previsto l'intervento di "Acquisizione kit per telemonitoraggio 1° livello e assistenza domiciliare da remoto" intervento APF 28, nel 2024 sono stati redatti ed approvati gli specifici piani di fornitura finalizzati all'ottenimento del finanziamento.

Nel corso del 2026, su coordinamento regionale, verrà avviata la procedura di gara per l'acquisizione delle apparecchiature previste dal progetto.

Interventi in progettazione al 31/12/2025

Tra gli interventi prioritari dell'AUSL di Imola è presente l'"Intervento di nuova costruzione, realizzazione della nuova camera mortuaria di Imola, Ospedale di Imola, via Montericco, 4" (Int. 2023/3).

L'intervento è finanziato, per un importo di € 3.000.000, con il Piano di gestione 4, di cui al comma 14, art.1, della Legge n. 160 del 27 dicembre 2019 "Fondo per il rilancio degli investimenti delle amministrazioni centrali dello Stato per lo sviluppo del Paese". Nel 2025 è stato approvato il Progetto di Fattibilità Tecnico – Economica con Delibera aziendale n. 11 del 16/1/2025. Durante l'anno è stato affidato e verificato il progetto esecutivo e sono stati affidati i lavori di realizzazione della nuova costruzione. L'inizio dei lavori è previsto entro febbraio 2026.

Tra gli interventi dell'AUSL di Imola è previsto "l'Ampliamento dell'Ospedale di Imola - Realizzazione della nuova sede per le attività ambulatoriali e riabilitative" (Intervento P.3) inizialmente finanziato con la quota regionale di € 3.500.000,00 (P.3) e una quota aziendale di pari importo derivante dalla permuta dell'area relativa all'immobile denominato "Silvio Alvisi" di proprietà dell'Azienda.

Dopo lungo e complesso iter amministrativo relativo all'inserimento di tale area nel PSC comunale, la disponibilità delle risorse provenienti dalla permuta è venuta meno, pertanto, l'Azienda avvierà interlocuzioni con la Regione per ridefinire la finalizzazione di detto finanziamento regionale con lo scopo di destinarlo a lavori di ammodernamento strutturale dell'Ospedale di Imola (con particolare riferimento a spazi operatori e impianti) in luogo dell'originaria finalità dell'ampliamento e, conseguentemente, senza necessità di integrazione dell'importo con ulteriori fonti di finanziamento.

Per quanto riguarda le attrezzature sanitarie, relativamente all'intervento 2023/1 "Rinnovo tecnologie biomediche per area chirurgica e area critica", il finanziamento è stato approvato a fine 2024; nel mese di settembre 2025 è stata deliberata la concessione del finanziamento ed entro la fine del 2025 è stata predisposta la documentazione progettuale propedeutica all'avvio della procedura di gara. Nel corso del 2026 si prevede l'aggiudicazione della fornitura e, entro la fine dell'anno, la conclusione dell'intervento con la messa in esercizio delle nuove apparecchiature.

Interventi in corso di realizzazione al 31/12/2025

Nel 2025 sono proseguiti i lavori relativi all'intervento di "Ristrutturazione della Casa della Comunità di Imola - I stralcio", intervento APC 34, avente quadro economico di € 3.000.000,00 che fa parte dell'Accordo di Programma tra Stato e Regioni per la V fase I stralcio del Programma Investimenti ex art. 20 L.67/88.

I lavori principali sono terminati in data 2/5/2025.

Interventi conclusi dal 1/1 al 31/12/2025

Gli interventi urgenti, indifferibili e imprevedibili 2025, risultano tutti conclusi al 31/12/2025.

Di seguito si riassume quanto realizzato. Per quanto riguarda i lavori, sono stati eseguiti i seguenti interventi per un importo complessivo di € 322.499,85:

- Intervento di sostituzione dell'impianto di chiamata Pediatria presso l'Ospedale di Imola.
- Intervento di sostituzione dell'impianto di chiamata Ostetricia e Ginecologia presso l'Ospedale di Imola.

- Intervento di adeguamento della centrale frigorifera e sostituzione di gruppo frigorifero presso l'Ospedale di Comunità di Castel san Pietro Terme.
- Progettazione esecutiva e assistenza alla Direzione Lavori per intervento di adeguamento della centrale frigorifera e sostituzione di gruppo frigorifero presso l'Ospedale di Comunità di Castel san Pietro Terme.
- Riparazione ascensore OCN 55 presso l'Ospedale di Imola.
- Riparazione tubazioni presso l'Ospedale Vecchio di Imola.
- Riparazione gruppi frigo e impianti di condizionamento presso l'Ospedale di Imola e la Casa della Comunità di Medicina.

Sono stati altresì acquisiti beni economici (lavasciuga, lavatrice, lavastoviglie, blocco cottura, congelatore domestico, frigorifero, paraventi pieghevoli, porta sacchi biancheria in sostituzione dei beni fuori uso), necessari al funzionamento dei servizi aziendali per un importo complessivo di € 19.478,71.

Relativamente alle tecnologie informatiche e sanitarie, sono state sostituite diverse apparecchiature risultate obsolete tra cui frigoemoteca, congelatore da laboratorio, fibroscopio per intubazione, apparecchiature per oculistica, bilirubinometro pediatrico, un apparecchio domiciliare e altre piccole apparecchiature per un importo complessivo di € 72.318,89. Per quanto riguarda i beni economici, sono stati portati a termine:

- l'intervento n. 2025/1 "Arredi, beni economici, automezzi, urgenti e indispensabili in sostituzione dei fuori uso necessari al funzionamento dei servizi", quota finanziata con fondi regionali per € 31.303,51 (rif. DGR 1779 DEL 30/11/2020);
- l'intervento 2025/2 "Acquisizione mezzi di soccorso DGR 2132 del 11/11/2024" per un importo di € 133.712,00.

Per quanto riguarda le attrezzature sanitarie, nel 2025 è stato completato l'intervento 2024/2 per l'acquisto di Defibrillatori automatici esterni (DEA) per distribuzione nel territorio aziendale per € 33.909,90.

Interventi DL 34 2020

Per quanto concerne il Piano di Riorganizzazione della Rete Ospedaliera finanziati mediante ex art. 2 D.L. 34/2020, gli interventi sottoelencati sono stati completati nell'anno 2023 e nel 2024 inseriti tra gli interventi finanziati con fondi PNRR, pertanto, nel 2025 non sono presenti attività contabili:

- Intervento 60 Realizzazione di 4 posti di semi – intensiva/UTIC per pazienti infetti con aumento dei box con filtro e impianti, Ospedale di Imola, con quadro economico di € 289.635,79;
- Intervento 61 Realizzazione di 4 posti letto di semi – intensiva con spazi di pertinenza in Medicina d'urgenza, Ospedale di Imola, con quadro economico di € 457.206,45;
- Intervento 62 Realizzazione di 2 ambulatori per infettivi, 2 P.L. in OBI per infettivi, con filtro, percorso di accesso, anche per mezzi di soccorso, e attesa dedicati Covid, con quadro economico di € 633.811,65.

Nel 2025 sono stati raggiunti i target europeo M6C2-9 e italiano M6C2-8-ITA-1 in conformità con quanto previsto dal Piano di riorganizzazione regionale/provinciale e dal Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS) per

l'esecuzione e la realizzazione degli investimenti a regia finanziati nell'ambito del PNRR Missione 6 – Componente 2 sottoscritto tra Ministero della Salute e la Regione Emilia-Romagna.

Interventi Piano investimenti realizzati o da realizzarsi con fondi esclusivamente aziendali

Per quanto riguarda i software, nel 2025, sono proseguiti i lavori di implementazione, sviluppo e manutenzione evolutiva per i seguenti applicativi regionali, finanziati con fondi da rettifiche contributi in conto esercizio:

- Gestionale Analitica Amministrativo Contabile GAAC (progetto 2017/19).
- Sviluppo fascicolo sanitario elettronico PRGLA (progetto 2020/6).
- Gestionale Dipartimenti Salute Mentale CURE (progetto 2019/18).
- Gestionale Segnalazioni SEGNALER (progetto 2022/1).

In relazione ai beni economici, una seconda quota dell'intervento n. 2025/1 "Arredi, beni economici, automezzi, urgenti e indispensabili in sostituzione dei fuori uso necessari al funzionamento dei servizi" è stato finanziato con fondi provenienti da alienazioni per un importo di € 8.383,42 e risulta concluso al 31/12/2025.

Obiettivo: Governo degli Investimenti PNRR

La programmazione aziendale degli interventi rientranti nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e nel Piano Nazionale per gli investimenti complementari (PNC) – Missione 6 Salute per la Componente 1 (Case della Comunità), Centrali Operative Territoriali (COT), Ospedali di Comunità (OS.CO) e Componente 2 Ammodernamento del Parco Tecnologico e Digitale ospedaliero, sono formalizzati con deliberazione n. 38/2022 e n. 42/2022. In particolare, con Deliberazione 38/2022 l'Azienda ha approvato gli interventi rientranti nel PNRR e nel PNC – Missione 6 Salute:

- Componente 1: Case della Comunità (CdC) – Centrali Operative Territoriali (COT) – Ospedali di Comunità (OdC)
- Componente 2: Verso un Ospedale sicuro e sostenibile – Interventi di miglioramento/adeguamento sismico.

Nel 2025 l'Azienda ha portato a compimento il programma di interventi strutturali finanziati con il PNRR, come da DGR di programmazione 2025.

1. (M6C1-I.1.1) Case della Comunità – Rispetto di milestones e target.
2. (M6C1-I.1.3) Ospedale della Comunità – Rispetto di milestones e target.
3. (M6C2-I.1.2) Ospedale Sicuro – Rispetto di milestones e target.

Si sono, inoltre, conclusi, gli interventi relativi alle COT e alle Grandi Apparecchiature. In particolare:

1. L'AUSL di Imola gestisce diversi interventi finanziati con Fondi PNRR relativi alle Case della Comunità del proprio territorio. Per tutti gli interventi i lavori sono stati completati come di seguito dettagliato:
 - "Casa della Comunità di Medicina – Manutenzione straordinaria" (fine lavori 18/8/2025).
 - "Casa della Comunità di Imola – Ristrutturazione II stralcio" (fine lavori 21/11/2025).
 - "Casa della Comunità di Castel San Pietro Terme - Manutenzione straordinaria": i lavori sono stati completati a settembre 2023 e nel 2025 le economie risultanti dal progetto sono state investite nell'acquisto di arredi e di tecnologie sanitarie.

L'attivazione completa di tutte le Case della Comunità sopra indicate è prevista nel primo trimestre 2026, con il conseguente raggiungimento del Target europeo M6C1-3.

2. In data 24/12/2025 sono stati completati i lavori dell'intervento "Ospedale di Comunità di Castel San Pietro Terme - manutenzione straordinaria". L'attivazione dell'Ospedale di Comunità è prevista nel primo trimestre 2026, con il conseguente raggiungimento del Target europeo M6C1-11.
3. L'Intervento per la realizzazione dei "Lavori di miglioramento sismico dell'ospedale di Imola, I stralcio" è terminato in data 3/4/2025. Entro il secondo trimestre del 2026 è previsto il conseguimento del Target europeo M6C2 I1.2.

Nell'ambito della rendicontazione COT Strutture, l'AUSL di Imola ha completato la rendicontazione su piattaforma ReGIS e SharePoint regionale relativa all'intervento "Centrale Operativa di Imola - Manutenzione Straordinaria" - M6C .2.2 "Centrali operative 1-1 Territoriali (COT)" strutture.

Per quanto concerne in ambito PNRR il Monitoraggio per sostituzioni tecnologie obsolete e la messa in uso di nuove tecnologie, nessuna Tecnologia è stata prevista per il 2025, in quanto nel corso del 2024, l'AUSL di Imola aveva garantito tutte le scadenze documentali (REGIS e Regionali) e il rispetto dei tempogrammi di tutti gli interventi previsti nell'ambito della M6C2 – 1.1.2 (Grandi Apparecchiature Sanitarie).

Consuntivo 2025 - Investimenti PNRR – PNC

Assistenza Ospedaliera

Nel 2025 gli investimenti in tecnologie sanitarie e informatiche previsti dal PNRR, effettuati per l'assistenza ospedaliera, hanno riguardato i seguenti progetti:

- proseguita l'attività di realizzazione del progetto di Digitalizzazione DEA di I Livello presso l'Ospedale Civile Nuovo "Santa Maria della Scaletta" di Imola, con particolare riferimento a:
 - completamento del potenziamento dell'infrastruttura di rete fissa e Wi-Fi;
 - evoluzione degli applicativi software sanitari (cartella clinica elettronica, cartella ambulatoriale, cartella di sala operatoria, ecc.), finalizzata all'introduzione di nuove funzionalità e al miglioramento di quelle esistenti;
 - completamento degli interventi in ambito cybersecurity previsti dal progetto;
 - acquisizione di personal computer portatili a supporto della digitalizzazione dei processi clinico-assistenziali.
- Nell'ambito dell'investimento "Adozione e utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)", sono proseguite le attività di adeguamento tecnologico degli applicativi aziendali al formato FSE 2.0, con particolare riferimento ai sistemi di gruppo B (referti ambulatoriali), finalizzate a garantire l'interoperabilità e l'alimentazione del Fascicolo secondo gli standard nazionali e regionali.

Assistenza Territoriale

Per quanto riguarda i lavori finanziati con fondi PNRR, gli interventi risultano tutti conclusi entro il 2025 come di seguito specificato:

- "Lavori di miglioramento sismico dell'ospedale di Imola, I stralcio", intervento inizialmente finanziato con fondi PNC e rimodulato con passaggio a fondi PNRR in data 17/12/2024 (fine lavori 3/4/2025);
- "Casa della Comunità di Medicina – Manutenzione straordinaria" (fine lavori 18/8/2025);
- "Casa della Comunità di Imola – Ristrutturazione II stralcio" (fine lavori 21/11/2025);
- "Ospedale di Comunità di Castel San Pietro Terme - manutenzione straordinaria" (fine lavori 24/12/2025).

Per quanto riguarda la "Casa della Comunità di Castel San Pietro Terme - Manutenzione straordinaria", i lavori sono stati completati a settembre 2023 e nel 2025 le economie risultanti dal progetto sono state investite nell'acquisto di arredi e di tecnologie sanitarie.

L'attivazione delle Case della Comunità e dell'Ospedale di Comunità di Castel San Pietro Terme è prevista nel primo trimestre 2026, con il conseguente raggiungimento dei rispettivi Target europei M6C1-11 e M6C1-3.

Nel 2025 gli investimenti effettuati relativi alle tecnologie sanitarie e informatiche previsti dal PNRR hanno riguardato:

- L'implementazione di tutti gli aspetti tecnologici della Centrale Operativa Territoriale di Imola (COT) e in particolare per:
 - COT INTERCONNESSIONE: Acquisizione HW (PC, stampanti e strumentazione inerente all'infrastruttura) e SW (unico Regionale) necessari per il funzionamento della COT.
- L'implementazione di sviluppi per ADOZIONE AppIO per alcuni servizi aziendali.
- Progetto telemedicina, con regia Regionale, per l'acquisizione di HW (personal computer desktop e portatili) necessario per le postazioni di televisita e teleconsulto.

Consuntivo Investimenti 2025. Per una dettagliata rappresentazione della rendicontazione del Piano investimenti 2025 si rimanda alle tabelle riportate nella Relazione al Bilancio di Esercizio 2025, con evidenza delle fonti di finanziamento.

Di seguito in base al **PIAO 2025 2027 – Sostenibilità Investimenti**, si riporta l'indicatore monitorati su piattaforma SIVER.

Tabella Indicatori: SOSTENIBILITA' – Investimenti

IND	Indicatore	Valore Aziendale 2022	Valore Aziendale 2023	Valore Aziendale 2024	Valore Regionale (Target)	Risultato atteso aziendale 2025	Risultato Aziendale 2025	Risultato Regionale 2025	Note / Fonte Dati
1193	% Grandi apparecchiature con età < 10 anni	66,00	100	100	> = 50	MANTENIMENTO STD MEDIO AZIENDALE	100	72,98	PROTOCOLLO RER

3.4.3 Sotto sezione: SOSTENIBILITA' ambientale ed energetica

Obiettivo: Azioni per lo sviluppo sostenibile

Il Piano delle azioni per lo sviluppo sostenibile si inquadra nell'orizzonte più vasto che vede le Aziende Sanitarie della Città Metropolitana di Bologna impegnate, su mandato della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria Metropolitana, nella Missione Europea per "Bologna città neutrale per il clima entro il 2030".

Con Delibera n. 2 del 11/01/2024 del Direttore Generale dell'AUSL di Bologna è stato approvato il primo Portafoglio di azioni per la neutralità climatica delle Aziende del Servizio Sanitario Metropolitan di Bologna, città neutrale per il clima al 2030, in collaborazione tra AUSL di Bologna, AOU di Bologna, IRCCS Rizzoli e AUSL di Imola. Allo scopo di esplicitare gli impegni e le loro ricadute è stato concordato uno strumento di pianificazione, comune a tutti i partner, denominato "Portafoglio di azioni per la neutralità climatica", che viene a tutti gli effetti ricompreso nell'orizzonte del PIAO di ciascuna Azienda. Seguendo le indicazioni della piattaforma europea NetZeroCities, le azioni sono suddivise in "settori/ambiti di applicazione".

Sulla base dei dati raccolti per ogni azione, si quantificano le emissioni di gas climalteranti (GHG) ridotte grazie all'azione, secondo specifici indicatori di ambito per la misura della neutralità climatica.

Annualmente, si procede, per tutte le Aziende Sanitarie al monitoraggio e alla rendicontazione sia ai fini del PIAO che del *Climate City Contract*, alla integrazione e all'ampliamento del piano delle azioni, sulla base della estensione degli ambiti/settori di sviluppo che progressivamente verranno implementati a livello aziendale e metropolitano.

Gli ambiti prioritari d'azione sono i seguenti:

- ENERGIA/EDIFICI
- TRASPORTI/MOBILITA'.

ENERGIA/EDIFICI

L'AUSL di Imola ha aderito al contratto Intercent-ER di Multiservizio di Manutenzione degli immobili che comprendente, oltre alla manutenzione degli immobili ed impianti, un servizio energia mediante il quale l'Assuntore deve realizzare interventi di efficientamento energetico, conseguendo almeno 625 TEP di risparmio. Gli interventi, che sono stati completati nel 2025, sono di natura impiantistica, edile e di installazione di sistemi di regolazione per la compensazione delle temperature dell'acqua di mandata con tele-gestione da remoto nelle centrali e sotto-centrali termiche dell'impianto di riscaldamento.

Inoltre, sono stati sostituiti, negli edifici aziendali, circa 3700 corpi illuminanti obsoleti con corpi con tecnologia a led. Ogni intervento sul patrimonio immobiliare (nuove costruzioni, ampliamenti, ristrutturazioni e manutenzioni straordinarie) in coerenza con il Decreto Ministeriale "Criteri Ambientali Minimi" e con le previsioni della DGR 1261/2022 in termini di requisiti minimi di prestazioni energetica degli edifici, è stato progettato per assicurare un incremento dell'efficienza energetica e di produzione da FER (Fonte Energetica Rinnovabile). Con DGR n. 223/2023 è stato approvato il Programma degli interventi dei Piani di Gestione PG4 e PG5, di cui al comma 14, art.1, della Legge n. 160 del 27 dicembre 2019 "Fondo per il rilancio degli investimenti delle amministrazioni centrali dello Stato per lo sviluppo del Paese, con il quale verrà realizzata

la Nuova Camera Mortuaria di Imola. L'intervento pari a € 3.000.000 e l'immobile di nuova edificazione rispetterà quanto previsto dalla DGR 1261/2022 sui requisiti minimi di prestazione energetica degli edifici, realizzando un edificio con caratteristiche nZEB.

Si sottolinea, inoltre, che il PNRR dovendo anche contribuire ad attuare gli obiettivi di sviluppo sostenibile in coerenza con il *Green Deal europeo*, prevede per gli interventi finanziati, oltre al rispetto della normativa sopra richiamata, il rispetto del principio del DNSH - Do No Significant Harm - ovvero di non arrecare nessun danno significativo all'ambiente, con requisiti ancora più stringenti in materia di efficienza ed energie rinnovabili. Inoltre, sono in corso valutazioni per dotare il parcheggio dell'Ospedale di Imola di tettoie con impianto fotovoltaico e annessi sistemi di ricarica per auto elettriche, da realizzarsi mediante Partenariato Pubblico Privato.

Nel 2025 è proseguito lo sviluppo delle azioni intraprese, sia sul piano dell'innovazione tecnologica sia a livello gestionale. Tali azioni comprendono un'attività continua di analisi e monitoraggio sull'uso dell'energia attuata dall'Energy Manager Metropolitano, attraverso la partecipazione ai lavori del gruppo regionale energia, condividendo in chiave di benchmark i dati di consumo e costo su piattaforma informatica e contribuendo alla redazione della Relazione annuale sugli andamenti dei consumi energetici delle Aziende Sanitarie regionali.

L'AUSL di Imola ha aderito alla convenzione CONSIP EE19, optando anche per "Opzione Verde"; tale opzione indica il rispetto dell'Autorità per l'Energia Elettrica, il Gas ed il Sistema Idrico n. 104/11 e s.m.i per la garanzia di origine di cui alla direttiva 2009/28/CE delle forniture da fonti rinnovabili sul territorio italiano tramite il sistema Garanzia d'Origine (GO) coordinato dal Gestore Servizi Energetici S.p.A.

Tale sistema certifica l'immissione in rete di un quantitativo di energia elettrica prodotta da sole fonti rinnovabili (come acqua, sole, vento e calore della terra) pari almeno al consumo dei punti di prelievo.

L'AUSL di Imola è inoltre servita nel 85% degli immobili da impianti a teleriscaldamento; la restante quota è servita da impianti a gas metano gestite nell'ambito del servizio energia del Multiservizio di Manutenzione.

Iniziative per la razionalizzazione dei consumi energetici e riduzione dell'impatto ambientale delle attività del SSR

L'Azienda partecipa al progetto regionale di comunicazione, sensibilizzazione e coinvolgimento degli operatori del Servizio Sanitario Regionale (SSR) per orientare i comportamenti individuali verso la riduzione degli sprechi. Il progetto ha lo scopo di comunicare pubblicamente quali azioni sono state realizzate dalla Regione e dalle Aziende sanitarie per ridurre gli impatti ambientali e quali comportamenti può adottare ciascuno per contribuire a ridurre gli sprechi e gli impatti negativi su clima, ambiente e salute.

L'obiettivo è di quantificare i risultati raggiunti, stimare i benefici attesi dalle nuove attività introdotte e stimolare il coinvolgimento delle persone che frequentano e lavorano nelle strutture sanitarie, per ridurre lo spreco di risorse ed energia. I benefici attesi, in materia di valore pubblico generato, possono essere espressi come mitigazione (riduzione delle emissioni di gas climalteranti) e adattamento (risposta efficace alle nuove condizioni ambientali imposte dai cambiamenti climatici irreversibili).

Inoltre, le azioni che consentono un risparmio nella spesa per energia, rifiuti e altri servizi ambientali liberano risorse per il Servizio sanitario che possono essere utilizzate per fornire migliori prestazioni sanitarie ai cittadini. L'Azienda ha attivamente partecipato al progetto "Iniziative per la razionalizzazione dei consumi energetici e riduzione dell'impatto ambientale delle attività del SSR", anche nel 2025, in riferimento a quanto sotto riportato:

- Coinvolgimento del personale aziendale per promuovere le indicazioni sulle azioni e sui comportamenti da mantenere al fine di ridurre il consumo energetico.
- Individuazione di metodi di lavoro e monitoraggi per l'applicazione delle Linee di Indirizzo Regionali coinvolgendo le Unità operative aziendali e le ditte che si occupano di manutenzione che ha permesso di intraprendere azioni correttive sulle curve di regolazione climatica degli impianti.
- Classificazione degli spazi e ridefinizione delle temperature previste, effettuando un riesame degli spazi da climatizzare, degli orari di funzionamento degli impianti ed un riesame periodico delle regolazioni e della misura dei parametri microclimatici.
- Partecipazione agli incontri con gli Energy Manager aziendali per la definizione del livello di dettaglio dei parametri e dei dati da inserire nello sharepoint regionale.

TRASPORTI/MOBILITA'

Al fine di ridurre l'impatto sul clima delle emissioni clima alteranti, l'Azienda ha proseguito le attività volte alla promozione di una mobilità sostenibile e meno impattante sulla salute.

Tali attività hanno la finalità di promuovere forme di mobilità sostenibili, negli spostamenti casa-lavoro e per servizio del personale, nonché assicurare condizioni di accessibilità, viabilità e sosta adeguate nelle strutture aziendali. Inoltre, queste azioni hanno anche la finalità di far crescere una maggiore attenzione alle conseguenze delle nostre scelte e comportamenti quotidiani e orientare i dipendenti (ovvero, dei cittadini).

In particolare, le azioni previste si pongono in continuità con gli anni precedenti:

- Promozione dell'utilizzo del trasporto pubblico negli spostamenti casa-lavoro da parte dei dipendenti, mediante il riconoscimento di un incentivo economico sugli abbonamenti annuali in convenzione con la società di trasporto pubblica TPER.
- Promozione della mobilità ciclabile negli spostamenti casa-lavoro da parte dei dipendenti attraverso il riconoscimento di un incentivo economico, tramite la piattaforma WECITY in base ai km percorsi.
- Sostenibilità ambientale della flotta aziendale, attraverso il potenziamento del noleggio a lungo termine di auto ibride a carico dei fondi aziendali. Per il futuro si valuterà l'acquisto di auto elettriche, comunque sempre condizionato dal reperimento di fondi da progetti specifici e/o con fondi aziendali.
- Dotazione di pensiline per biciclette riservate a dipendenti ed utenti, in zona ospedaliera, e delle Case della Comunità con pannelli fotovoltaici per ricarica e alimentazione di luci notturne di sicurezza e sistemi di chiusura con cancelli elettrici (con fondi da reperire).

- Installazione di colonnine per la ricarica elettrica di mezzi di dipendenti ed utenti, a gestione privata, all'Ospedale S. Maria della Scaletta e presso la Casa della Comunità di Castel San Pietro Terme.
- Elaborazione del Piano di Spostamento Casa Lavoro annuale, ove inserire anche alcune delle risultanze delle azioni intraprese.

Nell'ambito dello studio e delle valutazioni per una transizione ecologica e una mobilità sempre più sostenibile coerente con gli obiettivi regionali, nazionali ed europei, nel 2025 è avvenuta la sottoscrizione di una convenzione con TPER per l'acquisto a tariffe agevolata di abbonamenti al trasporto pubblico a favore del personale dipendente. L'agevolazione ha permesso una scontistica del 30% sul costo pieno dell'abbonamento (15% di sconto da TPER e 15% da parte di fondi AUSL).

Vi è stato inoltre il rinnovo della convenzione denominata BIKE TO WORK con il Comune di Imola, che ha permesso un incentivo economico per i dipendenti che si recano al lavoro in bicicletta.

È stata garantita la redazione del Piano di Spostamento Casa Lavoro dell'anno 2025 con compilazione, da parte dei dipendenti, di un questionario sulla mobilità. Il questionario ha messo in evidenza alcuni elementi di interesse e di sviluppo di iniziative a favore di miglioramenti infrastrutturali e di mezzi ad alimentazione elettrica e su rotaia.

L'attività relativa alla mobilità, comprensiva del censimento dei parcheggi aziendali, è stata condivisa con incontri specifici e tramite lo "Sharepoint mobilità sostenibile" con la Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare - Area Infrastrutture e Patrimonio della Regione Emilia – Romagna.

Per quanto riguarda il governo della mobilità nelle aree aziendali, l'attività del Mobility Manager ha riguardato le valutazioni propedeutiche alla progettazione delle aree di sosta e viabilità della nuova camera mortuaria che sarà realizzata presso l'Ospedale di Imola, migliorando la sosta in particolare per le persone con disabilità e il percorso e sosta per gli utenti con biciclette, creando inoltre, un'area di sosta protetta per le biciclette dei dipendenti.

Per quanto riguarda il governo della mobilità nelle aree aziendali, sono stati aumentati i posti per la sosta per persone con disabilità e migliorati i percorsi e sosta per gli utenti e dipendenti che utilizzano la bicicletta in particolare per l'Ospedale di Imola. Per disincentivare il trasporto privato in automobile è stata ridotta l'area di sosta interna alla struttura dell'ex Ospedale di Imola.

Altre attività hanno riguardato l'installazione di colonnine per la ricarica di auto elettriche:

- presso la Casa di Comunità di Imola a servizio delle auto elettriche aziendali, realizzate con fondi PNC.
- Presso l'Ospedale di Imola e l'Ospedale della Comunità di Castel San Pietro mediante la "Concessione di servizi connessi alla mobilità elettrica mediante gestione di infrastrutture di ricarica su suolo di proprietà delle Aziende Sanitarie", di cui alla procedura aggiudicata da IntercentER con Determinazione N. 233 del 02/04/2025 (Risoluzioni N. 6159/2022 e N. 553/2025). L'intervento sarà eseguito dal concessionario Edison Next spa e nel 2025 era in corso l'ottenimento delle autorizzazioni da parte del distributore locale (In Rete).

Glossario acronimi

Acronimo	Significato
ADI	Assistenza Domiciliare Integrata
AFT	Aggregazioni Funzionali Territoriali
AMA	Auto Mutuo Aiuto
ANAC	Agenzia Nazionale Anticorruzione
AOSP	Azienda Ospedaliera
AOU	Azienda Ospedaliera Universitaria
ASA	Assistenza Specialistica Ambulatoriale
ASP	Azienda Servizi alla Persona
AVEC	Area Vasta Emilia Centro
AVEN	Area Vasta Emilia Nord
BEP	Bilancio Economico Preventivo
BPCO	Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva
CAS	Centro Accoglienza Straordinaria per richiedenti asilo
CCM	Comitato Consultivo Misto per la qualità dal lato degli utenti
CdC	Casa della Comunità
CE	Conto Economico
COT	Centrale Operativa Territoriale
COTSD	Comitato Ospedale Territorio Senza Dolore
COVID-19	Malattia respiratoria acuta da SARS-CoV-2 o malattia da coronavirus 2019
CPP	Cure Palliative Pediatriche
CRA	Casa Residenza Anziani
CSM	Centro Salute Mentale
CSSR	Centro Socio-Sanitario di Riabilitazione
CTSS	Conferenza Territoriale Socio-Sanitaria
CUF	Comitato Utenti e Familiari
CUP	Codice Unico di Progetto
CUG	Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità
DAI	Dipartimento ad Attività Integrata
DAT	Dipartimento Amministrativo e Tecnico
DCP	Dipartimento Cure Primarie
DEA	Dipartimento Emergenza Accettazione
DHT	Day Hospital Territoriale
DIAP	Dipartimento Interaziendale ad Attività Integrata di Anatomia Patologica
DiC	Dipartimento Chirurgico
DIGIRI	Dipartimento Interaziendale per la Gestione Integrata del Rischio Infettivo
DIMO	Dipartimento Medico Oncologico
DM	Decreto Ministeriale
DP	Dipendenze Patologiche
DPS	Documento programmatico sulla sicurezza
DRG	Raggruppamento Omogeneo di Diagnosi
DSA	Day Service Ambulatoriale
DSM	Dipartimento di Salute Mentale
DSM DP	Dipartimento di Salute Mentale - Dipendenze Patologiche
DSP	Dipartimento di Sanità Pubblica
DVR	Documento Valutazione Rischi

Acronimo	Significato
FAD	Formazione a Distanza
FSE	Fascicolo Sanitario Elettronico
ECU	Emergency Care Unit
GAAC	Gestione Area Amministrativa Contabile
GRU	Gestione Risorse Umane
GSA	Gestione Specialistica Ambulatoriale
HW	Hardware
HT	Hospice Territoriale
HUB-SPOKE	Modello organizzativo che prevede un centro specialistico di riferimento
ICT	Information Communication Technology
IFeC	Infermiere di Famiglia e Comunità
IGV	Interruzione Volontaria Gravidanza
IND	Indicatore: a fianco si trova il numero dell'indicatore
InSiDER	Indicatori Sanità e Dashboard Emilia-Romagna
LEA	Livelli Essenziali di Assistenza
LUM	Laboratorio Unico Metropolitano
MMG	Medici di Medicina Generale
MRI	Istituto di ricovero di Montecatone
NCP	Nuclei di Cure Primarie
NGEU	Programma Next Generation EU
NPiA	Neuro Psichiatria Infantile Adolescenza
OIV	Organismo Indipendente di Valutazione
OO.SS	Organizzazioni Sindacali
OSCO	Ospedale di Comunità
PAI	Piani Assistenziali Individuali
PAT	Punto di Accesso Territoriale
PDTA	Piano Diagnostico Terapeutico Assistenziale
PIAO	Piano Integrato di Attività e Organizzazione
PL	Posto Letto
PLS	Pediatrati di Libera Scelta
PNRR	Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
PNC	Piano Nazionale per gli investimenti complementari
POLA	Piano Organizzativo Lavoro Agile
PRGLA	Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa
PRIA	Programma Regionale integrato assistenza territoriale alle persone con Disturbo dello Spettro Autistico
PRP	Piano Regionale Prevenzione
PTCO	Percorsi per le Competenze Trasversali e per l'Orientamento
PTFP	Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale
PTPCT	Piano Triennale Prevenzione della Corruzione e Trasparenza
PUA	Punto Unico di Accesso
PUC	Punto unico di coordinamento di Cure Palliative
RER	Regione Emilia-Romagna
RLCP	Rete Locale di Cure Palliative
RMN	Risonanza Magnetica
RPCT	Responsabile Prevenzione Corruzione Trasparenza
RUA	Responsabile Unico Aziendale

Acronimo	Significato
SAI	Sistema di Accoglienza ed Integrazione
SAM	Servizio Acquisti Metropolitano
SARS-CoV-2	Sindrome respiratoria acuta grave Coronavirus-2
SELF-PA	Portale formazione nella pubblica amministrazione
SICHER	Procedura Sicurezza in Chirurgia Emilia-Romagna
SIRCO	Sistema Informativo Regionale Ospedali di Comunità
SIVER	Sistema di Indicatori per la Valutazione Emilia-Romagna
SOLE	Programma SOLE - Sanità on line
SPDC	Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura
SPID	Sistema Pubblico di Identità Digitale
SPP	Servizio Prevenzione Protezione
SRCI	Struttura Residenziale Cure Intermedie
SSCL	Surgical Safety Check List
SSU	Struttura Semplice Unificata
SSD	Struttura Semplice Dipartimentale
SSIA	Struttura Semplice Inter Aziendale
SSR	Servizio Sanitario Regionale
SUM	Servizio Unico Metropolitano
SUMAGP	Servizio Unico Metropolitano Amministrazione Giuridica del Personale
SUMAEP	Servizio Unico Metropolitano Amministrazione Economica del Personale
SUMCF	Servizio Unico Metropolitano Amministrazione Contabilità Finanza
SW	Software
TC	Tomografia Assiale Computerizzata
TUM	Trasfusionale Unico Metropolitano
UCPD	Unità di Cure Palliative Domiciliari
UDP	Ufficio di Piano
UO	Unità Operativa
UOC	Unità Operativa Complessa
UTIC	Unità di Terapia Intensiva Cardiologica
UVG	Unità di Valutazione Geriatrica
UVM	Unità di Valutazione Multidimensionale

Allegato – Grado di raggiungimento degli obiettivi, di cui all’Allegato B della DGR 972/2025 “Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del SSR per l’anno 2025”

Il presente allegato è estratto dalla Relazione sulla Gestione compresa nel Bilancio di Esercizio 2025 (Capitolo 9) adottato con Deliberazione aziendale n. 75 del 30/4/2026 ed approvato con DGR 837 del 25/5/2026.

9. GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI DI CUI DI CUI ALL'ALLEGATO B DELLA DGR 972/2025

Il presente Capitolo riporta le azioni realizzate per il perseguimento degli obiettivi della Programmazione annuale regionale, così come declinati nella DGR 972/2025 all'Allegato B, che ne costituiscono il quadro programmatico di riferimento per l'anno 2025.

9.1 ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E LAVORO

OBIETTIVO 1.1: Approccio innovativo del Dipartimento di Sanità Pubblica, prevenzione e promozione della salute

Obiettivo 1.1.1 Piano Regionale della Prevenzione

Il **Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025** è stato approvato con DGR 2144 del 20/12/2021, unitamente agli indirizzi per la sua governance approvati con DGR 58 del 24/1/2022, è in corso di regolare svolgimento. Tutti i Programmi, sia liberi che predefiniti, sono in via di implementazione e coordinati da specifici gruppi di lavoro a cui contribuiscono tutte le Aziende sanitarie. La cabina di regia attraverso incontri periodici ha assicurato il coordinamento e l'integrazione dei vari programmi nonché presidiato le azioni trasversali anche in collaborazione con il tavolo multisettoriale ex-L.R. 19/2018.

Il Ministero ha certificato la regolare attuazione del PRP anche in riferimento alla finalità di cui alla verifica degli Adempimenti LEA, Area Prevenzione e sanità pubblica, Completezza e Qualità dei dati, indicatore U.1.1b) relativa all'anno 2023. La Regione Emilia-Romagna ha ottenuto il risultato di 98,31% (116/118) nel raggiungimento e validazione degli indicatori certificativi. Non si sono ravvisate criticità nel processo di rendicontazione e valutazione.

In particolare, per il 2025, si conferma la richiesta di porre specifica attenzione alla progettazione e realizzazione delle azioni trasversali in ciascuno dei Programmi del PRP e si richiede di contribuire al raggiungimento degli indicatori a livello locale come definiti nel documento di governance, di cui alla DGR 58 del 24/1/2022. Si chiede inoltre di rispondere nei tempi stabiliti dalla Cabina di Regia, di cui alla determinazione 24473/2021, alla richiesta di rendicontazione degli indicatori locali.

Risultati 2025

Indicatore e target:

- **(IND1125)** Raggiungimento degli indicatori locali definiti nel documento di governance di cui alla DGR 58/2022 come di competenza delle Aziende sanitarie. Target: 90%.

L'AUSL di Imola, su SIVER – Monitoraggio DGR programmazione e finanziamento – registra, nel 2025, una percentuale pari al 100% (2024: 92,31%).

Nel 2025, nell'ambito del Dipartimento Sanità Pubblica dell'AUSL di Imola, è proseguito l'impegno per il raggiungimento degli indicatori locali, come meglio esplicitato nella rendicontazione del successivo obiettivo. Il responsabile aziendale PRP ha partecipato a tutti gli incontri fissati dalla cabina di regia regionale e si sono tenuti due incontri della cabina di regia locale (7 luglio e 29 ottobre) per monitorare il raggiungimento degli obiettivi, favorire la collaborazione tra referenti di programma ed affrontare eventuali criticità emerse.

Il documento "Obiettivi della programmazione regionale sanitaria 2025 - Paragrafo 1.1.1. Piano Regionale della Prevenzione. Elenco indicatori locali che concorrono alla valutazione degli obiettivi di mandato dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie - Prot. 679839" indica 39 indicatori locali necessari a valutare il raggiungimento degli obiettivi legati alla prosecuzione delle attività 2025: di questi 39 indicatori è previsto, per ogni AUSL, il raggiungimento dell'90% (35 indicatori).

Durante gli incontri della cabina di regia aziendale non sono emerse criticità rispetto al raggiungimento degli obiettivi da parte dei referenti di programma e nel corso dell'ultima riunione della cabina di regia i 35 obiettivi risultavano raggiunti, in fase di raggiungimento o non raggiunti perché dipendenti da obiettivi regionali preliminari. Attualmente il dato non è disponibile su SIVER.

Ogni referente locale di programma ha trasmesso le rendicontazioni richieste ai referenti Regionali di programma secondo i tempi previsti.

Obiettivo 1.1.2 Legge Regionale n. 19/2018 "Promozione della salute, del benessere della persona e della comunità e prevenzione primaria"

La salute è il risultato di un processo complesso e dinamico che implica interdipendenza tra fattori e determinanti personali, socioeconomici e ambientali. Ne consegue quindi che le politiche di prevenzione sono più efficaci se non sono rivolte solo all'individuo ma hanno anche carattere strutturale ed economico e sono il risultato di alleanze strategiche tra Assessorati, Direzioni tecniche e Istituzioni esterne alla macchina regionale, secondo un approccio che trae ispirazione da quanto realizzato per formulare il Patto per il lavoro e il Clima e per la redazione e condivisione della strategia regionale per l'Agenda 2030.

Per agire efficacemente su tutti i determinanti di salute è necessario poi un approccio metodologico One-Health che metta in sinergia il contributo di tutte le competenze professionali necessarie, anche al di fuori dell'ambito strettamente sanitario. Questa è la visione sostenuta dalla L.R. 19/2018 che promuove salute in tutte le politiche.

A livello locale diventa strategica la definizione degli "Accordi operativi per la salute di comunità", previsti dalla L.R. 19/2018, allo scopo di definire obiettivi e iniziative comuni tra i soggetti del territorio che possono contribuire a progettare e attuare gli interventi del Piano della Prevenzione. Nell'ambito di tali Accordi, gli Enti Locali e le Aziende Usl possono istituire Tavoli multisettoriali locali di coordinamento delle politiche di promozione della salute e prevenzione, per l'integrazione e la cooperazione, coinvolgendo anche i diversi soggetti del territorio che possono contribuire allo sviluppo di iniziative volte alla promozione della salute delle comunità locali. Anche nel 2025 verranno sostenute iniziative e progettualità in relazione alla Legge alla cui attuazione le Aziende sanitarie dovranno assicurare la propria collaborazione anche in riferimento ai finanziamenti assegnati e concessi con DGR 1096 dell'11 giugno 2024.

Risultati 2025

Anche nel 2025 sono state sostenute iniziative e progettualità in relazione alla Legge alla cui attuazione l'Azienda deve assicurare la propria collaborazione anche in riferimento ai finanziamenti assegnati e concessi con DGR 1096 dell'11 giugno 2024.

Indicatore e target:

- Attivare un accordo operativo per il coordinamento delle attività di promozione della salute e

prevenzione con il coinvolgimento dei vari soggetti del territorio (Comuni, Istituti scolastici, associazionismo ecc.). Target: Sì.

Nell'ambito delle attività finalizzate al raggiungimento degli obiettivi del PRP, in un'ottica di intersectorialità, sono stati attivati diversi accordi e convenzioni con Comuni ed enti del terzo settore, quali ad esempio:

- Determina 96/2024 "Convenzione fra l'Azienda U.S.L. di Imola e professione medica & Insalute aps-ets per lo svolgimento di attività in collaborazione finalizzate a empowerment dei cittadini, promozione della salute, formazione operatori sanitari e orientamento delle professioni medica e sanitarie degli studenti degli istituti scolastici superiori del territorio – periodo 1° gennaio 2024 - 31 dicembre 2026.";
- Deliberazione 260/2025 "Approvazione della convenzione quadro ex art. 15 l. N. 241/90 tra ausl Imola e Comitato Italiano Paralimpico (CIP)";
- Deliberazione 38/2026: Approvazione della convenzione tra l'AUSL di Imola e l'Istituto oncologico romagnolo coop. sociale di Forlì per la realizzazione dei progetti del piano regionale della prevenzione – PRP 2021-2025 e PRP 2026, ai sensi dell'art. 55 del d.lgs. 117/2017 (codice del terzo settore), relativamente all'anno scolastico 2025/2026 e rivolti ad alunni delle scuole primarie e secondarie di 1° e 2° grado;
- Deliberazione G.C. n. 172 del 24/06/2025 di "Approvazione del Protocollo d'Intesa "I.N.E.S. – Imola Natura Energia Salute" per la promozione della Sostenibilità energetica, verde e salute, sottoscritto tra il Comune di Imola e il Con.Ami, Ausl Imola, Fondazione Cassa di Risparmio di Imola, Alma Mater Studiorum.

OBIETTIVO 1.1.3: Promozione della salute

La prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili richiede molteplici interventi di promozione di stili di vita salutari di cui alcuni possono anche contribuire a mitigare il cambiamento climatico e ridurre l'inquinamento, attraverso la cosiddetta politica dei co-benefici.

Il SSR intende sviluppare alleanze con il mondo della scuola, con quello del lavoro e del volontariato per moltiplicare iniziative di informazione e formazione mirate a tutte le fasce di età della popolazione, avendo come obiettivi prioritari il contrasto e la prevenzione dei comportamenti a rischio per un rapporto cordiale e consapevole con l'alimentazione, per l'astensione dal fumo di sigaretta, per prevenire gli abusi alcolici e l'uso di sostanze psicoattive.

Si richiede un potenziamento dell'alleanza tra Dipartimento di Sanità pubblica e Case della Comunità attraverso il coinvolgimento di personale appositamente formato e in grado di supportare scelte di cambiamento raccordandole con la conoscenza (e la promozione attiva) delle opportunità offerte nel territorio per contrastare i comportamenti a rischio per la salute.

Vanno sviluppate iniziative che sostengano fattivamente le scuole aderenti alla Rete regionale Scuole che promuovono salute in stretta collaborazione con il Tavolo regionale di cui all'art. 13 della L.R. 19/2018 presieduto dall'Assessore alla scuola.

Risultati 2025

Nell'ambito delle attività di promozione dei sani stili di vita dipendenti aziendali hanno partecipato ad un corso di formazione a livello regionale per il *counselling* breve a supporto dei cambiamenti degli stili di vita e a loro volta fungono da formatori presso l'azienda AUSL.

Attualmente sono presenti in AUSL 9 formatori, di cui un referente organizzativo, e nel 2025 si sono svolti 2 corsi di ricaduta per operatori delle case della Comunità per trasferire abilità di counselling motivazionale e conoscenze sui sani stili di vita. Ulteriori corsi sono in programmazione per il 2026. Per quanto riguarda la Rete regionale scuole che promuovono salute – Distretto di Imola - sono proseguite le attività di tutoraggio ed è stato sottoscritto accordi di collaborazione con enti del terzo settore a supporto di tale attività.

Obiettivo 1.1.4: Sistema regionale prevenzione salute dai rischi ambientali e climatici (SRPS)

Con DGR 183/2023 è stato istituito il Sistema regionale prevenzione salute dai rischi ambientali e climatici (SRPS) e approvato il Documento contenente le proposte riguardanti la struttura, l'organizzazione e le funzioni del Sistema regionale, nonché la definizione dei nodi di tale sistema a rete.

Con determina dirigenziale 26597 del 18 dicembre 2023 è stato istituito il Comitato strategico di coordinamento del Sistema e con DGR 2172 del 12/12/2023 sono stati assegnati, concessi e impegnati i finanziamenti di cui all'atto aggiuntivo all'Accordo operativo sottoscritto tra Istituto Superiore di Sanità (ISS) e Regione Emilia-Romagna, di cui al prot. Rep. RPI 01.12.2023.0000807.U.

Nel 2025 si completerà l'acquisizione della strumentazione e si chiede alle Aziende sanitarie identificate nodi SRPS di rispettare, le tempistiche definite nell'Allegato 3 all'Accordo operativo sottoscritto tra ISS e Regione Emilia-Romagna: entro 31 marzo 2025 (T1 2025) aggiudicazione interventi di ammodernamento di strutture e fabbisogni, ovvero conclusione delle procedure di appalto per la fornitura di beni o servizi; entro 30 giugno 2025 (T2 2025) avvio degli interventi di ammodernamento attraverso la stipula dei contratti ovvero l'avvio degli stessi in regime di urgenza.

Risultati 2025

Indicatori e target:

- PNRR/PNC - Rispetto delle tempistiche definite nell'Allegato 3 all'Accordo operativo sottoscritto tra ISS e Regione Emilia-Romagna per l'acquisizione delle attrezzature di cui all'investimento 1.1 del "Piano Nazionale Complementare PNC "Salute, Ambiente, Biodiversità e Clima". Target: SI'.

Nell'ambito del Piano Nazionale degli Investimenti Complementari (PNC) la Regione Emilia-Romagna e l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) hanno siglato un accordo operativo per la realizzazione dei sub-investimenti del Programma "Salute, Ambiente, Biodiversità e Clima" – Missione 6 Salute – Componente 1. L'ISS, soggetto attuatore, affida alla Regione, soggetto realizzatore, l'attuazione degli interventi correlati a tale progetto.

L'AUSL di Imola ha garantito la propria attività nell'attuazione del suddetto accordo operativo, secondo la programmazione definita dal livello regionale.

Con deliberazione n. 260 del 20/12/2023 è stato istituito il "Nodo aziendale del Sistema Regionale Prevenzione Salute dai rischi ambientali e climatici (SRPS)" nel Dipartimento di Sanità Pubblica dell'AUSL Imola. Alla delibera è stato allegato un documento descrittivo del nodo SRPS a livello di DSP.

Per quanto riguarda le tempistiche di pubblicazione del bando per l'acquisizione delle attrezzature, a giugno 2025, sono stati acquisiti i beni di priorità 3 e le procedure di approvvigionamento sono state pubblicate entro i termini delle milestones (31.12.2025).

Obiettivo 1.1.5: Epidemiologia e sistemi informativi

Per le attività di prevenzione, ai fini del monitoraggio e della valutazione dei risultati, è strategica la disponibilità dei dati dei sistemi informativi e di sorveglianza, promuovendoli per il necessario e corretto funzionamento di tutte le funzioni che ne derivano (conoscenza, azione, governance ed empowerment).

A livello regionale sono presenti numerosi sistemi informativi e banche dati aggiornate, un patrimonio informativo da mantenere ed implementare in una visione unitaria, a supporto dei programmi di sanità pubblica, nonché dell'implementazione della L.R. 19/2018 sulla promozione della salute prima citata.

In questo senso il progetto di profilo di salute on-line in fase di conclusione, ma anche il nuovo sistema informativo della prevenzione potranno essere strumenti utili per aiutare le comunità a mettere a fuoco i bisogni di salute e monitorare i processi attuati in risposta.

Per le attività intersettoriali è importante razionalizzare i sistemi informativi già esistenti (non solo quelli sanitari) e integrarli in una logica di rete per sfruttarne appieno il potenziale informativo. È in questa logica, ad esempio, che il sistema regionale SRPS ha approvato, nell'ambito delle risorse assegnate con l'investimento 1.1 del PNC-PNRR, la realizzazione di un sistema informativo che integri i dati analitici dei diversi enti rendendone possibile una lettura e interpretazione in un'ottica One Health definendo un nuovo rapporto con gli enti preposti alla tutela e salvaguardia della salute e dell'ambiente.

Si rammenta inoltre che, come da Determina n. 24414 del 15/11/2024, è stata istituita la Cabina di Regia per la realizzazione del Progetto Regionale "Portale della Sanità Pubblica (ER-PSP)" e che le Aziende USL alla massima partecipazione ai Tavoli Servizi Verticali atti a verificare il corretto funzionamento delle integrazioni con gli altri sistemi informativi sanitari di riferimento, di verificare la corretta implementazione dell'applicativo all'interno della propria Azienda e di raccogliere specifiche esigenze.

Inoltre, si chiede di garantire, con adeguata qualità nella compilazione e tempestività nella trasmissione delle informazioni, l'alimentazione dei seguenti sistemi di sorveglianza: Sistema di Sorveglianza degli stili di vita (PASSI, PASSI d'Argento) e il Registro regionale di mortalità. Per quanto riguarda la Sorveglianza PASSI l'accuratezza e tempestività nella raccolta delle informazioni è funzionale anche al calcolo dell'indicatore composito sugli stili di vita NSG - P14C del Nuovo sistema di garanzia.

Risultati 2025

Indicatore e target:

- **(IND0707)** % realizzazione interviste PASSI programmate (anno 2025). Target: $\geq 95\%$ al 28 febbraio 2026.

Da fonte SIVER risulta, per l'AUSL di Imola, la realizzazione di interviste oltre a quelle programmate con un valore pari al 103,51%, in coerenza con la fonte interna (Igiene pubblica) che conferma la realizzazione di tutte le interviste programmate (100%) per il 2025, ovvero complessive 118 interviste.

- **(IND1030)** % realizzazione interviste PASSI d'Argento programmate (anno 2024). Target: $\geq 95\%$ al 28 febbraio 2025.

L'Azienda su piattaforma SIVER risulta aver realizzato il 105,48% delle interviste programmate, in coerenza con la fonte interna (Igiene pubblica) per il 2025, ovvero complessive 77 interviste.

- **(P14C)** Indicatore composito sugli stili di vita – NSG. Proporzione di soggetti con comportamenti/stili di vita non salutari. 1) A livello regionale la fonte dei dati per il calcolo di questo indicatore sarà la Sorveglianza PASSI. Target: Valore ottimale $\leq 25\%$; valore accettabile $\leq 40\%$.

Si fa presente che tale indicatore viene calcolato a livello regionale sulla base dei dati estrapolati dalla sorveglianza Passi. Il dato non è attualmente disponibile su SIVER (Monitoraggio DGR 972/2025 – Edizione 2026).

- Assicurare la partecipazione ai Tavoli Servizi Verticali del Progetto Regionale "Portale della Sanità Pubblica (ER-PSP)". Target: SI'.

Il DSP ha fornito i nominativi per l'attivazione dei Tavoli verticali di competenza (ad eccezione quindi del tavolo "Screening") e gli operatori hanno garantito la partecipazione agli incontri programmati nel 2025.

OBIETTIVO 1.2: Prevenzione

Obiettivo 1.2.1: Vaccinazioni

Il nuovo **Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV 2023-2025)** è stato approvato dalla Conferenza Stato Regione e Province Autonome il 2 agosto 2023. L'offerta vaccinale prevista viene ricompresa interamente nei LEA per le classi di età e le categorie a rischio si fa riferimento alle indicazioni regionali di tipo organizzativo relativamente a formazione e all'accesso alle prestazioni. La Regione continua a monitorare il raggiungimento dei target soprattutto delle coperture vaccinali per età ed implementerà un cruscotto per la valutazione in tempo reale delle coperture per alcune categorie di pazienti o di alcune coorti di nascita (24 mesi – vaccinazioni obbligatorie ai sensi della L. 119/2017).

Continua l'offerta della vaccinazione antinfluenzale e antiCOVID-19/SARS-CoV-2 in base alle indicazioni ministeriali, all'andamento epidemiologico e alla disponibilità di vaccini di nuova generazione. Si rafforza l'offerta de-stagionalizzata per la vaccinazione antipneumococcica e contro Herpes zoster (coorti 1952-1960). Per il 2025 si dovrà garantire quanto indicato dal Ministero della Salute e dalla Regione relativamente alle vaccinazioni previste da piani nazionali e recepire pienamente il Documento tecnico regionale contenente le raccomandazioni e offerte vaccinali per condizioni di rischio 2023-2025.

Nell'ambito delle misure di recupero delle vaccinazioni non erogate a causa delle ondate pandemiche anche per il 2025 si dovrà garantire il mantenimento delle offerte vaccinali anche ai soggetti che, pur rientrando nelle categorie previste dalle offerte, non hanno usufruito della prestazione garantire almeno: il 95% di copertura vaccinale a 24 mesi di vita per la vaccinazione esavalente (difterite-tetano-pertosse-polio-emofilo-epatite B); il 95% copertura vaccinale a 24 mesi di vita per la vaccinazione trivalente (morbillo-parotite-rosolia e varicella, per i nati dal 2017); andamento crescente percentuale delle coperture per le vaccinazioni raccomandate per coorte e agli utenti con patologie croniche, anche prevedendo modelli organizzativi di rete atti al rafforzamento dell'offerta; proseguimento dell'attività prevista per la piena attuazione della L. 119/2017, in particolare relativamente alla gestione degli inadempienti e ai recuperi vaccinali e perseguire il miglioramento dell'offerta vaccinale (influenza e pertosse) alla donna in gravidanza; miglioramento delle

coperture vaccinali per influenza negli over sessantenni, pneumococco e herpes zoster per la coorte dei sessantacinquenni (come previsto dal PNPV) agendo sulle attività ambulatoriali e le collaborazioni dei medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, farmacie e armonizzare i percorsi di accesso e di erogazione (ospedalieri o territoriali ad hoc); il mantenimento delle offerte attive e gratuite relativamente alla vaccinazione HPV e l'attuazione del Piano di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita.

Nel 2025, continuerà ad essere garantito il monitoraggio, oltre a tutte le azioni correttive necessarie, per il corretto invio delle informazioni vaccinali attraverso l'Anagrafe Vaccinale Regionale Real Time (AVR-RT) per alimentare l'Anagrafe Vaccinale Nazionale.

Risultati 2025

Indicatori e target

In riferimento al monitoraggio degli indicatori NSG, si riportano due indicatori sulle coperture vaccinale pediatriche, monitorati su piattaforma SIVER (DGR programmazione e finanziamento – Edizione 2026).

- **(P01C)** Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib) – NSG. Target: $\geq 95\%$.

Nel 2025 si rileva una copertura pari al 96,24% vs 94,25% del 2024. La media regionale 2025 risulta pari a 96,46%.

- **(P02C)** Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) – NSG. NSG. Target: $\geq 95\%$.

L'AUSL di Imola registra una copertura vaccinale 2025 pari a 96,24% vs 94,36% del 2024. La copertura media RER 2025 risulta pari a 96,30%.

Per quanto concerne le coperture vaccinali adulti, si riportano i seguenti indicatori monitorati su SIVER:

- **(IND1034)** Copertura nella popolazione di età ≥ 65 anni per il vaccino coniugato contro lo pneumococco. Target: $\geq 40\%$ con evidenza di un aumento percentuale rispetto all'anno precedente.

Nel 2025 si registra per l'AUSL di Imola una copertura pari a 36,05% vs 25,59% 2024, in miglioramento pur non essendo stato raggiunto il target. Si fa presente che si tratta di una campagna vaccinale congiunta con gli MMG. La copertura media regionale 2025 risulta pari a 31,18%.

- **(IND1035)** Copertura nella popolazione di età ≥ 65 anni per il vaccino contro l'herpes zoster. Target: $\geq 35\%$ con evidenza di un aumento percentuale rispetto all'anno precedente.

Nel 2025 si registra per l'AUSL di Imola una copertura pari a 40,27% vs 34,19%, in miglioramento rispetto al 2024. La copertura media regionale 2025 risulta pari a 29,38%.

- **(IND1039)** Copertura nella popolazione di età compresa tra 65 e 73 anni (coorti 1952-1960) per il vaccino coniugato contro lo pneumococco. Target: $\geq 40\%$ con evidenza di un aumento percentuale rispetto all'anno precedente.

L'AUSL di Imola registra una copertura vaccinale 2025 pari al 43,05%. La media regionale 2025 risulta essere il 41,27%.

- **(IND1060)** Copertura nella popolazione di età compresa tra 65 e 72 anni (coorti 1953-1960) per il vaccino contro l'herpes zoster. Target: $\geq 35\%$ con evidenza di un aumento percentuale rispetto all'anno precedente.

L'AUSL di Imola registra una copertura vaccinale 2025 pari al 39,61%. La media regionale 2025 risulta essere il 35,48%.

- (**IND1036**) Riallineamento dei flussi informativi tra Anagrafe vaccinale aziendale e AVR-RT. Target: < 0,2% di dati in warning rispetto all'erogato.

Nel 2025 si registra per l'AUSL di Imola una copertura pari a 0,25% in miglioramento rispetto al 2024 (0,44%). La copertura media 2025 regionale risulta pari a 0,53%.

Per l'AUSL di Imola, la correzione di warning relativi ad errori di inserimento è avvenuta manualmente; si stanno elaborando delle modalità di correzione massiva per gli errori che non dipendono da operatori aziendali, ma da MMG/PLS ed enti fuori territorio.

- (**P05C**) Copertura vaccinale anti-HPV. Target: 95%.

Nel 2025 si registra un valore aziendale di copertura pari a 75,88%. La copertura media regionale 2025 risulta pari a 74,85%.

Obiettivo 1.2.2: Sorveglianza malattie infettive

Per il raggiungimento degli obiettivi di sorveglianza e controllo è necessario realizzare una forte integrazione con i Servizi ospedalieri e territoriali che hanno in carico i malati. Vanno aggiornate ove necessario le azioni necessarie all'applicazione a livello locale (Piani Operativi Locali) del Piano strategico operativo di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale in accordo con quanto previsto dal piano regionale e nazionale, garantendo le scorte di DPI, le dotazioni di strumentazioni di laboratorio e di reagenti e l'operatività dei Laboratori di riferimento specificamente individuati. Si richiede la realizzazione delle iniziative di formazione rivolte agli operatori sanitari. Il Piano strategico operativo di preparazione e risposta ad una pandemia da patogeni a trasmissione respiratoria a maggiore potenziale pandemico 2025-2029 potrebbe richiedere ulteriori azioni da parte delle Aziende.

Nell'ambito delle azioni previste dalla fase inter-pandemica viene richiesto di rafforzare la sorveglianza delle forme simil-influenzali, per valutarne l'andamento epidemiologico e intercettare precocemente la diffusione di nuovi virus respiratori, influenzali o di altra eziologia. Va pertanto rafforzata la sorveglianza RespiVirNet, promuovendo la partecipazione sul territorio dei Medici Sentinella e sostenendo le attività previste dalla sorveglianza virologica (in particolare esecuzione e trasporto tamponi al laboratorio di riferimento regionale).

Oltre alle azioni e agli obiettivi contenuti nel PRP, va assicurata un'efficace azione di sorveglianza e controllo delle malattie infettive e parassitarie, attuando i piani regionali e nazionali specifici di controllo o di eliminazione e garantendo tempistiche, procedure operative e integrazione professionale adeguate, in applicazione a quanto indicato dalla DGR n. 991/2023 e dalla Determinazione n. 15900 del 20 luglio 2023. Va particolarmente presidiata la tempestività e completezza delle segnalazioni delle malattie infettive al Dipartimento di Sanità Pubblica con conferma, ove previsto, da parte Laboratorio di Riferimento Regionale, al fine di consentire l'adozione delle necessarie misure di profilassi e controllo a tutela della collettività che in alcuni casi, come le malattie trasmesse da vettori, richiedono l'attivazione tempestiva dei Comuni per le misure di loro competenza.

Va rafforzata anche l'attività di sorveglianza a supporto di piani di eliminazione/eradicazione di specifiche malattie infettive, quali il morbillo, la rosolia congenita, la pertosse e la poliomielite e va assicurato l'invio,

ove previsto, dei campioni ai laboratori di riferimento regionali per la conferma diagnostica, secondo le tempistiche adeguate.

Al fine di monitorare la qualità dei dati inseriti nell'applicativo SMI per perseguire un miglioramento costante, a partire dal 2025 è stato implementato un indicatore di monitoraggio relativo alla qualità delle informazioni riportate nelle schede SMI, con particolare riferimento alle malattie infettive oggetto delle sorveglianze speciali. Si ricorda il ruolo dei referenti aziendali SMI, nel garantire la qualità dei dati epidemiologici, anche attraverso la formazione continua degli operatori e l'interfaccia con il livello regionale.

L'Azienda deve inoltre garantire i percorsi diagnostico-terapeutici per gli utenti con infezioni sessualmente trasmissibili (IST), tenendo conto di un approccio multidisciplinare e della rete delle competenze aziendali e/o interaziendali, assicurando la segnalazione al DSP competente da parte dei clinici attraverso l'applicativo web SMI di tutti i casi diagnosticati di malattia sessualmente trasmessa.

Si richiede, inoltre, di aumentare le competenze in materia di prevenzione e controllo delle malattie trasmesse da alimenti degli operatori sanitari di SISP e dei servizi preposti alla sicurezza alimentare (SIAN, SVET) attraverso iniziative mirate di formazione. Nelle Procedure Dipartimentali di Gestione dei focolai di Malattie a Trasmissione Alimentare (MTA), va dato rilievo al ruolo di case manager del referente MTA aziendale, al fine di ridurre le criticità legate alla gestione degli eventi e di rispondere ai debiti informativi verso il livello nazionale ed europeo. Va migliorata anche la qualità della sorveglianza delle MTA avvalendosi del Centro di Riferimento Regionale per gli Enteropatogeni che integra la sorveglianza di laboratorio medica e veterinaria.

Proseguono e si consolidano le azioni per la piena attuazione della DGR 828/2017 "Approvazione delle Linee Guida regionali per la sorveglianza e il controllo della legionellosi", al fine di migliorare il processo di valutazione del rischio legionella attraverso un approccio multidisciplinare, garantendo la presenza nel Gruppo di valutazione del rischio di tutti i professionisti necessari ad affrontare il problema nella sua complessità.

In applicazione al D.M. 14 maggio 2021 e successive proroghe e DGR n. 1774 del 2 novembre 2021 va garantita l'effettuazione dello screening attivo e gratuito per infezione da HCV nella popolazione generale (1969-1989), nei soggetti afferenti al SerDP. L'offerta dovrà comunque essere coerente con le Linee guida relative agli screening infettivologici previste per le popolazioni di riferimento.

Risultati 2025

Indicatori e target

- (**IND1031**) % di casi sospetti di Dengue-Chikungunya-Zika virus segnalati al DSP e notificati sul totale dei casi sospetti testati presso il Laboratorio di riferimento regionale CRREM, nel periodo di sorveglianza potenziata (periodo attività del vettore). Target: valore ottimale = 100%; valore accettabile = > 90%.

La % di casi sospetti segnalati e notificati dall'Azienda, nel 2025 è pari al 100% (4 su 4). Nel 2025 è pervenuta segnalazione al servizio preposto per 4 casi sospetti di Arbovirosi ed in tutti i casi è stata fatta segnalazione al DSP. L'obiettivo risulta raggiunto su SIVER (100%).

- (**IND1032**) Screening HCV sulla popolazione generale: percentuale di popolazione target (tutta la popolazione iscritta all'anagrafe sanitaria, inclusi gli Stranieri temporaneamente presenti, e nata dal

1969 al 1989) che ha effettuato test di screening nel periodo oggetto di osservazione. Target: valore ottimale = 50%; valore accettabile = > 40%; valore sufficiente = > 35%.

L'AUSL di Imola mostra un valore percentuale 2025 pari al 70,15% vs 65,87% del 2024. Il valore medio regionale 2025 risulta pari a 50,08%.

- Redazione della relazione annuale delle attività delle reti IST utilizzando il format regionale e trasmissione della stessa entro 31 gennaio 2026. Target: 100%.

L'obiettivo è stato raggiunto. La relazione di ambito metropolitano relativa alle attività di cui sopra è stata trasmessa con PG 0010475/2026.

- (**IND1033**) Copertura media sistema sorveglianza RespiVirNet. Target: >= 4%.

Il sistema di sorveglianza nazionale dei virus respiratori RespiVirNet consente, attraverso l'attività dei medici sentinella, di calcolare l'incidenza settimanale delle infezioni respiratorie e identificarne i virus responsabili.

La copertura minima del 4% è obiettivo nazionale per garantire la rappresentatività statistica del campione di popolazione sotto sorveglianza.

Il valore per l'AUSL di Imola, nel 2025, risulta pari a 3,59% vs 1,87% nel 2024. Il valore medio regionale 2025 è pari a 3,76%.

- (DES0005) Utilizzo da parte dei Centri IST del sistema informativo regionale "Sorveglianza Malattie Infettive (SMI)" per la segnalazione delle Infezioni Sessualmente Trasmissibili (IST).

Per AUSL di Imola l'obiettivo risulta raggiunto al 100%.

OBIETTIVO 1.2.3 Screening oncologici e Registro regionale dei tumori

Obiettivo 1.2.3.1 Screening oncologici

Risultati 2025

Nel corso del 2025 i dati di estensione dei 3 Programmi di screening oncologici sono buoni e sostanzialmente in linea con la media regionale per quanto riguarda i Programmi di Screening della Cervice uterina e del Colon-retto; il Programma di Screening della mammella è in lieve flessione per quanto riguarda il tasso di adesione, rispetto alla media regionale.

I dati di estensione e di adesione della popolazione, per specifico programma, sono riportati in tabella; la rilevazione è stata consolidata dalla Regione al 31/12/2025 per cervice e mammella e al 30/11/2025 per colon-retto.

Programmi regionali screening
(Rilevazione RER consolidata al 31/12/2025 per cervice, mammella, al 30/11/2025 per colon-retto)

Programmi regionali screening: prevenzione tumore collo dell'utero, mammella e colon retto.		2022		2023		2024		2025	
		IMOLA	Media R.E.R.	IMOLA	Media R.E.R.	IMOLA	Media R.E.R.	IMOLA	Media R.E.R.
% Avanzamento Programma	Screening cervice - target 25-65	99,5%	99,4%	99,5%	99,6%	99,5%	99,7%	99,6%	99,7%
	Screening mammografico - target 45 - 49	99,9%	99,7%	100,0%	99,0%	99,9%	99,7%	99,8%	99,9%
	Screening mammografico - target 50 - 69	99,9%	99,6%	99,9%	98,1%	99,9%	99,1%	99,9%	99,4%
	Screening mammografico - target 70 - 74	99,9%	99,5%	100,0%	98,2%	99,9%	99,3%	99,9%	99,2%
	Screening Colon Retto - target 50-69	99,6%	95,9%	99,7%	96,1%	99,8%	96,8%	99,7%	96,9%
% Adesione a invito	Screening cervice - target 25-65	64,6%	65,3%	66,1%	65,9%	66,1%	66,5%	66,9%	67,4%
	Screening mammografico - target 45 - 49	70,5%	71,8%	63,9%	70,9%	69,3%	73,7%	64,8%	73,2%
	Screening mammografico - target 50 - 69	71,3%	71,0%	67,7%	70,4%	68,2%	72,7%	69,0%	74,2%
	Screening mammografico - target 70 - 74	70,2%	72,3%	67,5%	71,4%	67,5%	72,9%	66,9%	73,4%
	Screening Colon Retto - target 50-69	55,5%	53,2%	53,1%	52,8%	54,5%	52,8%	54,3%	54,9%

Prosegue la collaborazione con il Dipartimento di Sanità Pubblica per l'offerta della vaccinazione anti HPV alle donne di 25 anni non precedentemente vaccinate e a quelle con lesioni specifiche riscontrate allo screening. Inoltre, prosegue l'offerta della prima valutazione del rischio eredo familiare di tumore della mammella e ovaio in occasione dell'adesione allo screening mammografico, tramite somministrazione dell'apposito questionario anamnestico.

Nel 2025 inizia, come da DGR 2009 del 27/11/2023 e DGR 1571 del 08/07/2024, l'estensione graduale dello screening coloretale alla fascia 70-74 anni: in particolare sono state invitate la coorte di nati/e nel 1951 e la coorte del 1955, quest'ultima in continuità con la scadenza biennale dal precedente test del sangue occulto eseguito o dall'ultimo invito per i non aderenti.

Gli indicatori previsti riguardano la copertura ricavata dalla rilevazione puntuale regionale al 1° gennaio 2026 che può essere considerata un proxy della copertura dell'indicatore NSG, che viene calcolato dal Ministero della Salute successivamente. I valori per lo screening della cervice uterina e del colon retto sono valore accettabile $\geq 50\%$ e valore ottimale $\geq 60\%$; per lo screening mammografico valore accettabile $\geq 60\%$ e valore ottimale $\geq 70\%$.

Per l'anno 2025, come previsto nel programma libero screening oncologici (PL13) del Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025, per tutte le AUSL, si richiede per lo screening mammografico almeno un incremento rispetto al valore ottimale; pertanto, il target è $>70\%$; per lo screening della cervice uterina e del colon retto lo stesso obiettivo dell'anno precedente e cioè, rispettivamente, $\geq 60\%$ e $>50\%$.

Si riporta il monitoraggio su piattaforma SIVER (DGR programmazione e finanziamento – Edizione 2026):

- (**IND761**) Screening mammografico: % di popolazione target (donne di 45-74 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale). Target: $\geq 70\%$.

Nel 2025, l'Azienda rileva un valore pari al 68,07% vs 68,29% del 2024 (2023: 67,06%). Il valore regionale 2025 risulta pari a 73,92%.

- (**IND762**) Screening cervice uterina: % di popolazione target (donne di 25-64 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale). Target: $\geq 60\%$.

L'AUSL di Imola mostra un valore 2025 pari a 66,89% vs 66,11% nel 2024 e 2023. Il valore regionale 2025 risulta pari a 67,41%.

- (**IND763**) Screening colorettales: % di popolazione target (persone di 50-69 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale). Target: $\geq 50\%$.

L'Azienda mostra un valore 2025 pari a 54,34% vs 54,54% nel 2024 (2023: 53,10%). Il valore regionale 2025 risulta pari a 54,90%.

- (**P15C**) Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di I° livello, in un programma organizzato, per colon retto - NSG. Valore di riferimento: $\geq 50\%$ punteggio massimo; $\geq 25\%$ punteggio sufficienza.

Il dato non è attualmente disponibile su SIVER (Monitoraggio DGR 972/2025 – Edizione 2026).

- (**IND1073**) Estensione screening colon retto alla coorte dei nati/e nel 1951: % di persone invitate che hanno compiuto i 74 anni alla data della rilevazione. Target: $\geq 70\%$ dei 74 enni.

L'Azienda mostra un valore 2025 pari a 99,53%. La media regionale risulta pari a 98,79%.

- (**IND1074**) Estensione screening colon retto alla coorte dei nati/e nel 1955: % di persone invitate che hanno compiuto i 70 anni alla data della rilevazione. Target: $\geq 70\%$ dei 70 enni.

L'Azienda mostra un valore 2025 pari a 99,65%. La media regionale risulta pari a 93,93%.

Obiettivo 1.2.3.2 Registro regionale dei tumori

Deve proseguire l'implementazione del Registro regionale dei tumori, secondo quanto previsto dal Regolamento di organizzazione e funzionamento del registro stesso. In ottemperanza al D.M. 1° agosto 2023 dovrà essere garantito l'avvio del flusso informativo verso il Registro Nazionale Tumori.

Risultati 2025

Indicatori e target

- Implementazione dei dati di incidenza del Registro Tumori dell'Emilia-Romagna garantendo il massimo livello di accuratezza e completezza dei dati attraverso periodici controlli di qualità. Target: dati aggiornati al 31/12/2022 (valore ottimale); al 31/12/2021 (accettabile).

Questo obiettivo non è di competenza UOC in quanto l'unità funzionale dell'AUSL Romagna copre anche il territorio dell'AUSL di Imola.

Obiettivo 1.2.4 Strutture sanitarie, socioassistenziali e sociosanitarie

La Legge Regionale 22/2019, recante nuove norme in materia di autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private, ha confermato la competenza delle Commissioni per l'autorizzazione istituite presso i Dipartimenti di Sanità Pubblica delle Aziende USL, ha innovato le procedure prevedendone la tempistica ed ha introdotto standard di controllo/anno delle strutture sanitarie.

A partire dal 2024 è stata individuata la necessità di avviare un progetto di vigilanza avvalendosi di equipe multidisciplinari nelle strutture socio sanitarie e socio assistenziali per anziani e disabili con priorità per le strutture autorizzate non accreditate, da garantire anche per l'anno 2025.

Il Dipartimento di Sanità Pubblica deve assicurare il funzionamento delle Commissioni dipartimentali per l'autorizzazione all'esercizio e l'osservanza dei tempi previsti dal procedimento amministrativo; la vigilanza sulle strutture Sanitarie, Socio-sanitarie e Socio-assistenziali, comprese le strutture per anziani e disabili con massimo 6 posti letto; l'alimentazione dell'anagrafe regionale delle strutture autorizzate e la trasmissione alla Regione dei dati relativi all'attività di verifica e controllo delle strutture Sanitarie e Sociosanitarie; infine, l'avvio del percorso per svolgere attività di vigilanza sia in ambito pubblico che privato per verificare la rispondenza alle linee di indirizzo regionali nel rilascio delle certificazioni sportive.

Risultati 2025

Indicatori e target

- (**IND1175**) Proseguimento dell'attività di vigilanza con equipe multidisciplinari rivolto alle strutture socio-sanitarie e socio assistenziali per anziani e disabili, prioritariamente rivolta alle strutture autorizzate non accreditate. Target: vigilanza $\geq 10\%$ delle strutture esistenti (se numero di strutture < 200); vigilanza $\geq 7\%$ delle strutture esistenti (se numero di strutture ≥ 200).

In riferimento all'Anagrafe regionale delle strutture Sanitarie, Sociosanitarie e Socioassistenziali, l'AUSL di Imola ha garantito, nel 2025, il completo aggiornamento delle nuove strutture autorizzate e delle strutture cessanti l'attività (100%). Il numero di strutture presenti sul nostro territorio autorizzate e non accreditate per il 2025 ammonta a n.ro 22 strutture. L'attività di vigilanza è stata effettuata secondo l'obiettivo previsto, attraverso la costituzione di un gruppo ispettivo multidisciplinare e sono state ispezionate n.ro 4 strutture autorizzate e non accreditate, utilizzando la check list regionale realizzata a questo scopo. I risultati della vigilanza sono stati trasmessi alla regione mediante un format informatico costruito a tale scopo.

Obiettivo 1.2.5 Antimicrobicoresistenza (PNCAR 2022-2025)

Il Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico-Resistenza (PNCAR 2022-2025) ha l'obiettivo di fornire le linee strategiche e le indicazioni operative per affrontare l'emergenza dell'Antimicrobicoresistenza (AMR) nei prossimi anni, seguendo un approccio One Health. La Regione Emilia-Romagna ha recepito il PNCAR 2022-2025 e costituito il Gruppo di Lavoro Regionale (rispettivamente Delibera N. 540 del 12/4/2023 e N. 15468 del 14/7/2023) avviando i lavori a livello regionale.

- Partecipazione ai gruppi di lavoro regionali (PRCAR) per l'ambito veterinario e ambientale.

Nel corso del 2025 l'obiettivo è stato raggiunto completando le seguenti attività:

- presso AUSL Imola: organizzazione a livello di Dipartimento di Sanità Pubblica di 2 cabine di regia (07/7/2025 e 09/10/2025) finalizzate al coordinamento e verifica dell'andamento degli obiettivi locali del Piano Regionale della Prevenzione, tra cui il PNCAR.
- presso Regione Emilia-Romagna: partecipazione dei referenti AUSL Imola agli incontri regionali del 25/7/2025, 17/10/2025 e 12/11/2025, finalizzati al coordinamento e verifica dell'andamento degli obiettivi regionali PNCAR.

Obiettivo 1.2.6 Sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria

Il **Piano Regionale Integrato (PRI)** comprende in un unico documento la programmazione regionale dei controlli ufficiali e delle altre attività ufficiali in materia di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria. Il PRI individua per ogni piano specifico una serie di indicatori condivisi con tutte le AUSL per monitorare le

azioni previste nel piano. Nel 2025 si richiede un contributo al raggiungimento degli standard previsti per tutti gli indicatori. È stato individuato per il 2025 un sottoinsieme di "indicatori sentinella regionali", quelli che impattano maggiormente sugli indicatori nazionali per la valutazione degli adempimenti LEA e quelli che riguardano attività indicate come "prioritarie" dal Ministero della Salute nel Piano nazionale integrato.

Il livello regionale, pertanto, monitora tre indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) istituito dal Decreto del Ministero della Salute 12 marzo 2019 "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria". Due indicatori rientrano nel "CORE", set di indicatori che il Ministero della Salute ha scelto per valutare le regioni: **P10Z** "Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino" e **P12Z** "Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale".

Il terzo indicatore, **P11Z** "Copertura delle principali attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti", riguarda attività di controllo su requisiti degli allevamenti a cui i cittadini sono particolarmente sensibili e di importanza strategica per avviare un percorso di miglioramento della sostenibilità della zootecnia.

Un ulteriore indicatore, inoltre, riguarda l'attività di supervisione in sicurezza alimentare ed è ricompreso fra quelli richiesti annualmente dal Ministero della Salute. Si ritiene che tale indicatore sia particolarmente importante, in quanto l'attività di supervisione è necessaria per garantire uniformità ed efficacia ai controlli ufficiali e alle altre attività ufficiali, come riportato nel Regolamento 2017/625 e sottolineato dalle raccomandazioni effettuate in corso di Audit sui controlli ufficiali effettuati dalla Commissione e dal Ministero della Salute.

Al fine dell'attuazione di quanto previsto dal nuovo sistema nazionale di identificazione e registrazione degli animali, degli stabilimenti e degli operatori, in particolare l'implementazione del sistema informativo nazionale degli animali da compagnia (SINAC), si conferma per il 2025 l'attivazione di sportelli front-office nei confronti dei cittadini e degli operatori per gli adempimenti amministrativi previsti dalla norma sopracitata, finora in carico ai comuni e ora in carico alle AUSL.

Per quanto riguarda l'attività nel settore della nutrizione preventiva e clinica, è prevista una implementazione ulteriore dei Percorsi Preventivi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PPDTA) a favore di bambini e adulti con sovrappeso e obesità, nonché la realizzazione di un percorso formativo regionale destinato ad operatori dei DSP (SIAN) e ai Dipartimenti di salute mentale che ha come tema: "Principi e strumenti per un percorso di Prevenzione e Promozione della Salute sui Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione in Regione Emilia-Romagna". In coerenza con quanto disposto dal PRI, i Dipartimenti di Sanità Pubblica devono dotarsi di una organizzazione in grado di gestire le molteplici emergenze di competenza, raccordandosi con gli Enti e Autorità competenti.

Indicatori e target:

- Indicatori sentinella regionali: % indicatori "sentinella regionali" con valore conseguito pari allo standard indicato nel piano; target 100% - Fonte dati (specificata in ogni indicatore nel PRI): sistemi nazionali (se presenti, es. Vetinfo) o regionali (SEER) e rendicontazioni dalle AUSL.

- **Supervisioni in sicurezza alimentare:** numero di supervisioni rendicontate alla Regione entro il 31 marzo dell'anno successivo con l'invio della relativa documentazione. Target: trasmissione di due evidenze, riferite a due distinte strutture afferenti all'area di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria di cui all'art. 7 quater del D.lgs. 502/92 (SIAN e unità operative SVET).
- **(P10Z)** Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, dell'alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino - NSG. Fonte dati: sistemi nazionali (se presenti, es. Vetinfo) e rendicontazioni dalle AUSL. Target: $\geq 95\%$.
- **(P11Z)** Copertura delle principali attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti - NSG. Target: $\geq 95\%$.
- **(P12Z)** Coperture delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, riferite alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale - NSG. Fonte dati: sistema nazionale NSIS. Target: $\geq 95\%$.
- Attivazione di 1 sportello front-office per ogni AUSL, finalizzato agli adempimenti amministrativi necessari per l'implementazione del SINAC. Target: 100%.
- Implementazione dei Percorsi Preventivi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PPDTA) a favore di bambini e adulti con sovrappeso e obesità. Target: 100%.

Risultati 2025

La programmazione aziendale 2025 ha avuto come riferimento il **Piano Regionale Integrato (PRI)** vigente ed è riconducibile in quattro **Piani specifici** (Area A, Area B, Area C, Attività integrata SIAN-SVET), corrispondenti ad aree tecniche disciplinari differenti; la rendicontazione dei singoli piani è stata inviata in Regione con le schede SISVET e/o caricata sul sistema SEER dell'IZSLER e nel portale Vetinfo del Ministero della Salute. Durante il 2025 si sono consolidate alcune pratiche operative utili a rendere più efficiente l'operatività, quali:

- sono state adottate soluzioni organizzative tali da permettere l'associazione di diverse attività di controllo ufficiale eseguite con un unico sopralluogo (es. ispezione e campionamento);
- in caso di necessità, al fine di non rischiare di effettuare controlli "a vuoto" e contestualmente acquisire informazioni anticipatamente, per ridurre il tempo di permanenza in loco, è stato effettuato il preavviso dell'operatore, come previsto dall'articolo 9, punto 4 del Reg. 625/2017;
- è stato realizzato, ove possibile, parte del controllo da remoto, in particolare la parte dell'esame documentale legata al controllo stesso.

Durante l'anno 2025 è continuata la rimodulazione del personale dell'Unità Operativa, in particolare assunzione, a ottobre 2025, di un Dirigente veterinario area Igiene Allevamenti e Produzioni Zootecniche.

Valutando i risultati ottenuti, in termini di prestazioni "pesate" per l'UOC Igiene Veterinaria, come riportato nel report di I livello gennaio-dicembre 2025, rispetto ai tre anni precedenti si può osservare quanto riportato in tabella.

	Nr. Prestazioni	Nr. Prestazioni pesate	Media annuale operatori presenti (Veterinari + TdP)
Anno 2022	9.898	21.082	10
Anno 2023	8.689	16.102	9,8
Anno 2024	8.685	16.041	9,8
Anno 2025	9.330	16.777	9,9

A commento di tali risultati, tenuto conto della situazione del personale sopra esposta, si può affermare che è stata invertita la tendenza alla diminuzione, sia nel numero delle prestazioni che nella loro rappresentazione pesata. Inoltre, in tali prestazioni è stata comunque data priorità:

- a tutte le attività "a domanda" del territorio, in modo da non causare interruzioni nei controlli ufficiali che avrebbero avuto diretto riflesso sulle attività produttive;
- alle attività di controllo ufficiali "programmate" finalizzate a garantire uno standard di sicurezza alimentare come richiesto dalla normativa ed allineato agli obiettivi regionali "Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito, benessere e protezione animale e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino" (IND1037 e supervisioni in sicurezza alimentare).

Si riporta di seguito la rendicontazione di dettaglio collegata al P10Z, P11Z e P12Z (obiettivi LEA misurati nel NSG).

(P10Z) "Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, dell'alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino – NSG". Target: $\geq 95\%$.

P10Z	OBJ PRI %	programmati	eseguiti	%	x	% risultante	% atteso
anagrafe aziende bovina	3% BDN	4	5	125,00	0,1	12,50	10
anagrafe aziende ovicaprine	3% BDN	6	8	133,33	0,05	6,67	5
anagrafe capi ovicaprini	5% BDN	301	466	154,82	0,05	7,74	5
anagrafe aziende suine	1% BDN	1	2	200,00	0,1	20,00	10
anagrafe aziende equine	3% BDN	9	10	111,11	0,1	11,11	10
anagrafe allevamenti apistici	1% BDN	9	7	77,78	0,1	7,78	10
PNAA campioni	100%	31	31	100,00	0,3	30,00	30
controlli farmacosorveglianza	varie	54	54	100,00	0,2	20,00	20
% RISULTANTE						115,80	$\geq 95\%$

Per l'anno 2025 sulla base dell'algoritmo (tra l'altro rientrante nel CORE) degli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), si è ottenuto un risultato superiore alla percentuale richiesta, pari al 97,78%.

(P12Z) "Coperture delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, riferite alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale – NSG". Target: $\geq 95\%$.

P12Z	OBJ PRI %	programmati	eseguiti	%	x	% risultante	% atteso
PNR campioni	>98%	56	57	101,00	0,4	40,70	
% RISULTANTE						40,70	>= 38

Viene rendicontata la sola parte di attività di competenza della UOC Igiene Veterinaria, in quanto la restante attività, riguardante la percentuale di copertura del controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari e per la ricerca di additivi alimentari, viene rendicontata dalla UOC Igiene e sanità pubblica per competenza.

Anche questo indicatore rientra nel CORE ed il risultato ottenuto, nel 2025, dall'AUSL di Imola risulta pari al 100%.

(**P11Z**) "Copertura delle principali attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti – NSG". Target: >= 95%.

P11Z	OBJ PNBA	programmati	eseguiti	%	x	% risultante	%atteso
benessere vitelli	100%	4	4	100,00	0,2	20,00	20
benessere suini	100%	8	8	100,00	0,2	20,00	20
benessere ovaiole	100%	1	1	100,00	0,2	20,00	20
benessere polli carne	100%	1	2	200,00	0,2	40,00	20
benessere altri bovini	100%	5	5	100,00	0,1	10,00	10
benessere macellazione	100%	1	1	100,00	0,1	10,00	10
% RISULTANTE						120,00	>=95%

Anche l'obiettivo del controllo sul benessere degli animali, misurato da questo indicatore è stato pienamente raggiunto, con una percentuale del 100%.

Infine, nel corso dell'anno 2025 l'UOC Igiene Veterinaria ha ricevuto la visita ispettiva sotto forma di Audit da parte della Regione Emilia Romagna relativamente alla gestione del Piano Nazionale Residui, il report finale è risultato conforme.

In riferimento ai seguenti due obiettivi della DGR 972/2025 si resoconta quanto segue:

- Attivazione di 1 sportello front-office per ogni AUSL, finalizzato agli adempimenti amministrativi necessari per l'implementazione del SINAC. Target: 100%.

La Regione Emilia-Romagna ha comunicato che l'obiettivo DES0017 verrà posticipato sulla base di future rideterminazioni nazionali.

- Implementazione dei Percorsi Preventivi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PPDTA) a favore di bambini e adulti con sovrappeso e obesità. Target: 100%.

L'obiettivo è stato raggiunto, la specifica procedura è stata pubblicata su DocWeb (Nr. 7086 - versione 2 del 9/12/2025).

Obiettivo 1.2.7 Emergenze

La Regione Emilia-Romagna, in attuazione alle specifiche normative di settore, sta definendo in maniera puntuale la Rete regionale dell'emergenza nell'ambito delle competenze in capo ai Dipartimenti di Sanità Pubblica, ovvero l'insieme delle strutture, dei mezzi, delle tecnologie e degli operatori organizzati per le attività di:

- vigilanza igienico-sanitaria;
- controlli sulle acque potabili fino al ripristino degli acquedotti;
- disinfezione e disinfestazione;
- controllo alimenti, distruzione e smaltimento avariati;
- raccolta e smaltimento animali morti;
- sorveglianza epidemiologica ed eventuali profilassi;
- sanità e benessere degli animali;
- sanità pubblica nei centri di accoglienza;
- verifica e ripristino delle attività produttive.

Si rende necessario assicurare la gestione integrata di tutte le emergenze di sanità pubblica secondo le linee di indirizzo e gli accordi regionali, con particolare riferimento agli eventi epidemici, comprese le emergenze di sanità pubblica veterinaria e di sicurezza alimentare. Ogni evento calamitoso, di qualsiasi natura, prevede l'intervento della componente sanitaria e socio-sanitaria, che opera attivando specifici protocolli e con modalità strettamente connesse alla tipologia di evento, all'organizzazione dei servizi locali ed al territorio di riferimento.

I DSP hanno un ruolo chiave nella risposta alle emergenze epidemiche e non epidemiche grazie al coinvolgimento delle diverse componenti e delle interazioni abituali con attori esterni.

Con DGR 30 del 13/1/2021 è stato approvato il "Piano per la gestione delle emergenze di competenza dei dipartimenti di sanità pubblica", che definisce il sistema di gestione delle emergenze di competenza dei Dipartimenti di Sanità Pubblica. Mentre, con successiva DGR 1370 del 07/08/2023, sono stati approvati 5 modelli operativi di intervento, da integrare, nel corso dell'anno, con ulteriori documenti quali:

- Modello operativo per la gestione delle attività di ripristino delle condizioni di usabilità dei locali di vita e di lavoro post emergenza;
- Procedure operative in attuazione dell'Accordo generale per il soccorso degli animali in caso di calamità, approvato con DGR 1125 del 17/06/2024;
- Modello operativo per la gestione di emergenze chimico-ambientali.

In particolare, si rende necessario sviluppare, ai fini di attività di protezione civile e di pianificazione degli interventi finalizzati alla tutela e alla salvaguardia dell'incolumità pubblica, e dotare le Aziende Sanitarie locali di uno strumento informatico con l'obiettivo di individuare, in tempo reale, la localizzazione delle persone "fragili" o a maggior rischio che vivono al domicilio (da intendersi quali soggetti deboli che hanno limitata capacità di autonomia) al fine di consentirne il soccorso in tempo rapidi.

Le modalità di aggregazione e analisi dei dati, saranno sperimentate inizialmente dalle Aziende Usl di Modena, Bologna e della Romagna.

Risultati 2025

Indicatori e target

- Organizzazione di un corso aggiornamento e formazione in merito alla gestione emergenze e post emergenze, anche in riferimento ad eventi realmente vissuti, con il coinvolgimento di tutti i Servizi del DSP. Target: Sì
- Costituzione dei Comitati tecnici locali, di cui all'art 4 dell'Accordo generale per il soccorso degli animali d'affezione in caso di calamità, approvato con DGR 1125 del 17/6/2024. Target: Sì

In merito alla gestione delle emergenze di competenza dei Dipartimenti di sanità pubblica, utilizzando un approccio integrato, nell'anno 2025 si è provveduto a:

- organizzare presso l'AUSL Imola un evento formativo con replica dell'evento Regionale sulle "Emergenze Incendi" cui ha partecipato ARPAE e Protezione Civile.
- attuazione di un evento formativo interdisciplinare sulla "gestione delle malattie trasmesse da alimenti" con la partecipazione congiunta di personale SIAN-SVET.

In riferimento alla costituzione dei Comitati tecnici locali, per l'area Città Metropolitana di Bologna, di cui all'art. 4 dell'Accordo generale per il soccorso degli animali d'affezione in caso di calamità, approvato con DGR 1125 del 17/06/2024, è stata formalizzata con determinazione Regionale N. 3887 del 24/02/2026.

Obiettivo 1.2.8 Azioni per la tutela della salute degli operatori della sanità

La tutela della salute degli operatori della sanità si realizza, nel rispetto del principio della *total worker health*, non solo attraverso l'attuazione delle misure di prevenzione e protezione previste dalla norma, ma anche favorendo stili di vita sani e azioni volte al benessere.

In questa ottica, oltre ad assicurare un sistema organico di prevenzione e protezione della salute e sicurezza degli operatori sanitari, ottemperando ai dettati normativi previsti dal D. Lgs. 81/08 e dal D. Lgs. 101/2020, si richiede di:

- completare le attività per l'adozione della cartella sanitaria e di rischio informatizzata regionale, al fine di garantire un utilizzo sempre più completo ed omogeneo della cartella sanitaria e di rischio informatizzata, unica per tutte le Aziende sanitarie;
- rafforzare i programmi vaccinali nei confronti del personale sanitario, con particolare riferimento alla vaccinazione antinfluenzale e garantire la piena applicazione della DGR n. 351/2018 in tema di "Rischio biologico in ambiente sanitario. Linee di indirizzo per la prevenzione delle principali patologie trasmesse per via ematica e per via aerea, indicazioni per l'idoneità dell'operatore sanitario";
- realizzare azioni di promozione della salute e del benessere organizzativo degli operatori sanitari nell'ambito della rete degli Ospedali che promuovono salute (*Health Promoting Hospitals - HPH*), finalizzate anche alla prevenzione delle aggressioni, inserendo il tema delle molestie e violenze di genere con attuazione di azioni di sensibilizzazione anche in collaborazione con i CUG Aziendali.

Risultati 2025

Indicatori e target

- Utilizzo dell'applicativo Cartella sanitaria e di rischio regionale informatizzata Medico Competente per la registrazione delle vaccinazioni, in particolar modo delle vaccinazioni antinfluenzali. Target: 100%.

Nel corso della campagna vaccinale 2025 la somministrazione delle vaccinazioni per i dipendenti è stata garantita presso il servizio aziendale della Sorveglianza Sanitaria. Per facilitare l'accessibilità alla vaccinazione sono state programmate sedute vaccinali anche presso l'Ospedale.

Tutte le vaccinazioni somministrate ai dipendenti sono state registrate sul gestionale "Arianna" (cartella sanitaria e di rischio informatizzata), secondo le indicazioni regionali, per un totale di 958 vaccinazioni somministrate, di cui:

- anti influenzale: 407
- Covid 19: 161
- Epatite B: 115
- Difterite: 76
- Tetano: 72
- Pertosse: 71
- Morbillo/Parotite/Rosolia: 36
- Varicella: 20

Si precisa che non possono essere registrate sul gestionale le vaccinazioni somministrate ai dipendenti presso altri Servizi aziendali (es. Igiene Pubblica) o presso il proprio MMG, che utilizzano per la registrazione delle vaccinazioni i propri gestionali.

- (IND0174) Copertura vaccinale antinfluenzale operatori sanitari addetti all'assistenza. Target: >=40%, o evidenza di incremento rispetto alla percentuale raggiunta l'anno precedente.

Nonostante le iniziative aziendali mirate a promuovere la vaccinazione anti-influenzale, supportate operativamente dalla Sorveglianza Sanitaria, in collaborazione con i Medici Competenti, la copertura vaccinale non ha raggiunto l'obiettivo stabilito dalla RER, fermandosi al 26% della totalità dei dipendenti AUSL e al 27% se si considerano solo gli operatori sanitari. Tuttavia, si registra un trend di crescita rispetto alla campagna vaccinale 2024/2025 (+5%).

L'aumento è particolarmente significativo per la dirigenza sanitaria, che ha superato il target del 40%.

Nel 2024, si era già registrata una buona adesione alla vaccinazione da parte dei Medici di Medicina Generale (MMG) e dei Pediatri di Libera Scelta (PLS), con un tasso di adesione che si è confermato anche nel 2025, raggiungendo il 50%. Si segnala che i dati potrebbero essere sottostimati, in quanto non sono visibili all'AUSL di Imola le vaccinazioni effettuate presso altre Aziende (ad esempio, per i dipendenti AUSL di Imola residenti in altre AUSL che si sono vaccinati dal proprio MMG).

Bilancio di Esercizio 2025 – Relazione sulla gestione – Azienda USL Imola

	Campagna 2023/2024			Campagna 2024/2025			Campagna 2025/2026			
Macro mansione	in servizio	di cui vaccinati	% adesione	in servizio	di cui vaccinati	% adesione	in servizio	di cui vaccinati	% adesione	delta
Comparto amministrativo	173	39	23%	175	41	23%	160	37	23%	0%
Comparto sanitario	1.006	173	17%	1243	210	17%	1219	239	20%	3%
Comparto tecnico	120	19	16%	109	16	15%	111	23	21%	6%
Dirigenza altra	11	7	64%	16	9	56%	15	10	67%	10%
Dirigenza sanitaria	325	116	36%	326	111	34%	338	159	47%	13%
N/A	262	34	13%							0%
Totali	1.897	388	20%	1869	387	21%	1843	468	25%	5%
Solo sanitari	1.331	289	22%	1569	321	20%	1557	398	26%	5%
MMG / PLS	114	15	13%	116	53	46%	112	56	50%	4%
Sanitari (dipendenti + MMG/PLS)	1.445	304	21%	1.685	374	22%	1.669	454	27%	5%

Fonte dati: Business Objects (estrazione al 01/04/2026)

N.B: l'estrazione rileva i presenti in servizio al 01/04/2026.

Si precisa che i dati sono relative alle vaccinazioni somministrate nei diversi setting aziendali, ciascuno dei quali registra le vaccinazioni in un proprio applicativo gestionale:

- Medicina Preventiva (Cartella Clinica del Medico Competente - Arianna)
- Igiene Pubblica (OnVac)
- MMG (Portale SOLE)

N.B: I dati sono verosimilmente sottostimati in quanto non sono visibili all'AUSL di Imola le vaccinazioni eventualmente somministrate presso altre Ausl (es. per dipendenti Ausl Imola residenti presso altra Ausl che hanno effettuato la vaccinazione c/o il proprio MMG).

- Realizzazione di azioni di promozione della salute e del benessere organizzativo degli operatori sanitari nell'ambito della rete degli Ospedali che promuovono salute (*Health Promoting Hospitals - HPH*) inserendo il tema specifico della Prevenzione delle molestie e violenze di genere subite dagli operatori sanitari, con evidenza di attuazione di azioni di sensibilizzazione anche in collaborazione con i CUG Aziendali. Target: Sì.

Come richiesto dalla Direzione Generale Cura Della Persona, Salute e Welfare della Regione Emilia-Romagna, nel 2025 l'AUSL di Imola ha formalizzato il comitato di coordinamento locale della Rete *Internazionale Health Promoting Hospitals & Health Services - HPH*, con particolare attenzione agli aspetti legati alla prevenzione delle molestie e violenza di genere, composta dalle seguenti figure aziendali:

- Responsabile Programma aziendale psicologia clinica e di comunità (coordinatore).
- Risk Manager e Responsabile Assicurazione Qualità (RAQ).
- Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione.
- Medico Competente.
- Presidente CUG.
- Consiglieri di Fiducia.
- Referente PP3 del Servizio Prevenzione Sicurezza Ambienti Lavoro.

al quale possono essere invitate anche altre figure aziendali in base agli argomenti da trattare.

Per il 2025 sono stati raggiunti i seguenti obiettivi:

- partecipazione di almeno due membri del Comitato di coordinamento locale HPH alla formazione regionale promossa dalla Rete RER HPH, nella quale era compreso il tema delle molestie e violenze di genere in collaborazione con i CUG Aziendale;
 - autovalutazione Standard 4 HPH dell'AUSL di Imola;
 - avviato il percorso di collaborazione tra Medici Competenti della Sorveglianza Sanitaria e i medici dell'ambulatorio sani stili di vita;
 - avviato il progetto Ospitalità in Pronto Soccorso (OPS) presso il Pronto Soccorso;
 - effettuati 3 incontri del comitato di coordinamento locale HPH;
 - n. 126 operatori hanno frequentato il Corso Fad "Il rischio di violenza sugli operatori sanitari: fattori di rischio, gestione del fenomeno e azioni di miglioramento";
 - l'azienda ha messo a disposizione corsi di formazione per i lavoratori "Strategie di gestione dell'aggressività e tutela del personale sanitario".
- Analisi delle segnalazioni di aggressione fisica ad operatori sanitari ed eventuale individuazione di misure preventive. Target: $\geq 90\%$.

Nel corso del 2025 sono stati segnalati n. 66 eventi aggressivi nei confronti degli operatori sanitari registrati nei servizi dell'AUSL di Imola, un dato in diminuzione rispetto al 2024, anno in cui si era registrato il numero più elevato di episodi del quadriennio 2022-2025, con 97 eventi. Il dato conferma l'attenzione dell'Azienda nel monitorare e prevenire situazioni di rischio per gli operatori, grazie anche alla progressiva diffusione e utilizzo degli strumenti di segnalazione, che consentono di monitorare con maggiore attenzione anche situazioni di rischio o potenziale conflitto.

I dati raccolti offrono uno spaccato delle situazioni in cui il personale sanitario si trova ad affrontare tensioni e comportamenti aggressivi. Ad essere più esposti sono soprattutto gli operatori che lavorano quotidianamente a contatto diretto con i pazienti. Gli infermieri rappresentano il 62% delle segnalazioni, seguite dai medici con il 25% e dagli operatori sociosanitari con il 6%.

Dal punto di vista di genere emerge che l'84% degli operatori coinvolti sono donne, mentre il 16% sono uomini, un dato che riflette anche la composizione del personale sanitario, dove molte professioni assistenziali sono prevalentemente femminili.

Gli episodi si distribuiscono lungo tutta la settimana, con l'88% delle segnalazioni che si concentrano nei giorni feriali e il 12% nei festivi. Per quanto riguarda gli orari, il 49% degli episodi avviene nella fascia mattutina tra le 7 e le 13, mentre il 33% si registra nelle ore notturne tra le 20 e le 7. Il pomeriggio concentra invece il 18% delle segnalazioni.

Anche i luoghi in cui avvengono gli episodi raccontano del fenomeno: il 59% delle aggressioni avviene in ospedale, di cui il 22% in Pronto Soccorso, il 11% nel Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC) e il 23% nelle aree di degenza. Nel territorio avvengono il 41% delle aggressioni di cui il 19% negli ambulatori territoriali, il 17% nelle Case/Ospedali di Comunità e il 5% presso il Servizio di Emergenza/Urgenza territoriale. I dati confermano come le situazioni di aggressività si concentrino soprattutto nei contesti assistenziali più complessi e nei momenti in cui la relazione tra operatori, pazienti e familiari è più intensa.

Spesso si tratta, infatti, di episodi legati a momenti di forte tensione emotiva, come attese, condizioni di fragilità o situazioni cliniche difficili.

Durante il 2025, per perseguire la diminuzione delle aggressioni, oltre a misure tecniche/strutturali (è stato avviato un percorso di confronto con gli operatori da parte della direzione, per individuare un migliore layout del PS e il SPP ha effettuato l'aggiornamento del DVR in SPSC), l'Azienda ha messo a disposizione corsi di formazione per i lavoratori del SPDC e del DEA-PS "Strategie di gestione dell'aggressività e tutela del personale sanitario" e il corso per gli operatori del Front Office "Il front office di prenotazione e accettazione: acquisizione di strumenti e competenze comunicative e relazionali per fornire risposte efficaci per prevenire situazione conflittuali e aggressioni nei confronti degli operatori sanitari".

OBIETTIVO 1.3 Salute e sicurezza in ambienti di lavoro e di vita

La tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori si realizza attraverso le azioni di assistenza e le azioni di vigilanza e controllo svolte dai Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPSAL).

Con l'obiettivo di giungere alla riduzione degli infortuni, prioritariamente quelli mortali, e delle malattie lavoro correlate, è opportuno mantenere un'attività programmata di vigilanza, controllo e ispezione (e più in generale di P.G.) condotta sia dagli SPSAL e sia dalle Unità Operative Impiantistiche e Antinfortunistiche (UOIA) dei Dipartimenti di Sanità Pubblica (DSP) rivolta in particolare ai comparti a maggior rischio di infortunio quali edilizia, agricoltura, logistica e ad alcuni rischi prioritari quali ad esempio il rischio cancerogeno, stress lavoro-correlato e da sovraccarico biomeccanico.

L'obiettivo di copertura della vigilanza delle unità locali esistenti, individuato al 7,5% per il 2025, va collocato in questa cornice di riferimento, valorizzando anche attività di controllo che non prevedano accessi ispettivi in azienda. Ai fini del conseguimento di tale obiettivo si mantiene l'indicazione del contributo, tendenzialmente del 10%, da parte delle UOIA.

L'attività di assistenza, condotta particolarmente nell'ambito dei **Piani Mirati di Prevenzione**, prosegue con le caratteristiche già introdotte nel PRP 2021–2025, rivolgendo ulteriore attenzione ai settori a maggior rischio quali edilizia, agricoltura e logistica. Per l'anno 2025 si prevedono sia azioni di formazione a livello regionale rivolte agli operatori degli SPSAL, sia iniziative a livello locale, con momenti di formazione specifica rivolte alle figure aziendali della prevenzione (incontro/seminario/convegno) delle imprese coinvolte nelle progettualità in corso.

Prosegue l'attuazione del Piano amianto regionale, approvato con DGR n. 1945 del 4/12/2017 ed in particolare vanno mantenute almeno le seguenti azioni: assistenza informativa e sanitaria ai lavoratori esposti ad amianto attraverso gli ambulatori attivati presso i DSP; promozione della micro-raccolta di Materiali Contenenti Amianto (MCA); vigilanza e controllo nei cantieri di bonifica di MCA e implementazione del COR lavoratori ex-esposti ad amianto.

Per garantire equità delle prestazioni sanitarie in materia di medicina del lavoro su tutto il territorio regionale, si prevede di completare l'implementazione della rete degli ambulatori di medicina del lavoro presenti nelle Case della comunità per la presa in carico del lavoratore con sospetta patologia professionale, definendo la costituzione di reti per il ricorso a consulenze specialistiche a supporto dell'attività dell'ambulatorio di medicina del lavoro.

Al fine di contribuire alla attuazione di **programmi di promozione della salute nei luoghi di lavoro**, si chiede di proseguire la realizzazione del Programma Predefinito 3 del PRP 2021-2025, favorendo l'adesione al progetto regionale "Luoghi di lavoro che promuovono salute". In questo ambito, particolare attenzione è riservata alle Aziende Sanitarie della Regione che, a tutela del benessere dei lavoratori della sanità, sono state invitate ad aderire alla Rete degli Ospedali e Servizi Sanitari che promuovono salute (Health Promoting Hospitals – HPH), portando le loro esperienze di promozione di stili di vita sani e azioni volte al benessere dei lavoratori. Gli SPSAL partecipano al gruppo di coordinamento regionale della rete HPH e sono di supporto alla implementazione della attiva partecipazione delle Aziende Sanitarie alla rete internazionale HPH.

Risultati 2025

Indicatori e target:

- **(IND0185)** % aziende con dipendenti ispezionate; obiettivo: $\geq 7,5\%$ delle PAT esistenti; ai fini del calcolo della copertura di vigilanza andranno incluse sia aziende controllate con accesso ispettivo, sia aziende controllate senza accesso ispettivo nel limite del 10%, nel contesto di specifici piani mirati o di specifiche azioni di monitoraggio e controllo.

L'Azienda mostra un valore 2025 pari a 9,45% vs 9,06% nel 2024. Il dato medio regionale 2025 risulta pari a 8,20%. Da fonte interna si evidenzia che nel 2025 sono state controllate 430 unità produttive, pari al 7% di 6.171 unità esistenti. Di queste, 67 aziende (14%) sono state controllate senza accesso ispettivo. La copertura complessiva comprende, inoltre, le Unità locali controllate in orari non convenzionali (91) e quelle controllate sul territorio imolese da UOIA AUSL Bologna (89). Devono essere tolte 21 aziende tra quelle senza accesso ispettivo perché superano il 10% richiesto. Complessivamente si arriva a n. 589 aziende controllate: il 9,5% di 6.171.

- **(IND0708)** % cantieri di rimozione amianto controllati sul totale dei piani di rimozione amianto ai sensi dell'art. 256 del D. Lgs. 81/08. Target: $\geq 15\%$.

L'AUSL di Imola riporta un valore 2025 pari a 21,97% vs 22,22% nel 2024. Il valore medio regionale 2025 risulta pari a 22,66%. I dati interni confermano il 21% nel rispetto del target. Nel 2025 sono stati ispezionati n. 29 cantieri di amianto su 132 notifiche ricevute.

Le attività di vigilanza, controllo e ispezione condotte dal Servizio di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPSAL) e dalle Unità Operative Impiantistiche e Antinfortunistiche (UOIA) dei Dipartimenti di Sanità Pubblica (DSP), oltre all'attività di assistenza tipiche rivolge particolare attenzione ai comparti a maggior rischio di infortunio quali edilizia, agricoltura e logistica che concorrono all'obiettivo della riduzione degli infortuni sul lavoro, con priorità per quelli gravi e mortali.

- **(P07CA)** Denunce d'infortunio sul lavoro: variazione del tasso di frequenza di infortunio sul lavoro tra l'anno di riferimento e l'anno precedente. Target: riduzione rispetto anno precedente.

L'AUSL di Imola rileva una variazione nel 2025 pari a -4,83 vs una riduzione nel 2024 di -0,57 e nel 2023 di -13,4. La riduzione media regionale nel 2025 risulta pari a -2,43.

- Implementazione delle attività degli ambulatori di medicina del lavoro presso le Case della Comunità ed in raccordo con i Dipartimenti di Sanità pubblica delle AUSL per la valutazione di casi di sospetta malattia lavoro-correlata finalizzata alla emersione delle patologie occupazionali e relativi adempimenti

medico-legali, definendo la costituzione di reti per il Sì ricorso a consulenze specialistiche a supporto dell'attività dell'ambulatorio di medicina del lavoro. Target: SI

Nel 2025 è iniziata l'attività come richiesto dalla delibera, con attivazione dell'ambulatorio di medicina del lavoro presso la Casa della Comunità di Imola e la creazione della rete con il CUP per la prenotazione delle visite. Sono inoltre stati presi contatti con la Direzione medica di presidio e con la Direzione delle cure primarie per la creazione di una rete di supporto anche con la radiologia e la pneumologia, in particolare per quanto riguarda la gestione dei casi dei lavoratori ex esposti ad amianto. Nel 2025 sono state effettuate 82 visite specialistiche di Medicina del Lavoro.

9.2 ASSISTENZA TERRITORIALE

OBBIETTIVO 2.1: Potenziamento dell'assistenza territoriale

Per il 2025 vengono definiti (DGR 972/2025) i seguenti obiettivi:

- Governo e periodico resoconto del percorso di realizzazione delle Case della Comunità e degli Ospedali di Comunità, delle Centrali Operative Territoriali, in coerenza con la programmazione del Piano Operativo Regionale 2022 (DGR 811/2022) in condivisione con le Conferenze Territoriali Sociali e Sanitarie e in riferimento al monitoraggio di cui all'articolo 2 del DM 23 maggio 2022, n.77.
- Completamento del percorso di attivazione delle AFT nel rispetto della programmazione regionale.
- Favorire la partecipazione delle comunità: potenziare il rapporto tra servizi territoriali e comunità di riferimento in una prospettiva di sviluppo di empowerment di comunità, in particolare in riferimento al percorso CasaCommunity#Lab.
- Implementazione del modello organizzativo-assistenziale territoriale con l'identificazione dell'Infermiere di Famiglia e Comunità integrato nei processi di presa in carico multidisciplinare anche con finalità di promozione di interventi proattivi nel contesto familiare e comunitario dei pazienti fragili e cronici.
- Promozione dell'utilizzo di strumenti di telemedicina (DGR 1227/2021) per garantire la più ampia accessibilità e fruibilità ai servizi e alle attività, in attesa del pieno sviluppo della nuova piattaforma regionale.
- Garantire la sistematica e tempestiva alimentazione ed aggiornamento del sistema informativo delle Case della Comunità sia nella prospettiva degli utenti sia nella prospettiva del governo dell'offerta.
- Monitoraggio degli indicatori previsti dal Nuovo Sistema di Garanzia rispetto alle ospedalizzazioni potenzialmente evitabili.

Risultati 2025

Indicatore e target

- Progressivo adeguamento della organizzazione delle **Case della Comunità** e degli **Ospedali di Comunità**, inseriti nel Monitoraggio AGENAS, agli standard previsti dal DM. 77/2022. Target: Rispetto di tutti i requisiti previsti dal DM77/2022 per il 100% dei progetti completati al 31 dicembre 2025.

Nel corso del 2025, l'AUSL Imola ha proseguito il percorso di progressivo adeguamento dell'assetto organizzativo delle Case della Comunità e degli Ospedali di Comunità, in coerenza con quanto previsto dal DM 77/2022 e agli obiettivi/interventi delineati nel PNRR. Le strutture incluse nel sistema di monitoraggio nazionale gestito da AGENAS, per le quali l'AUSL di Imola effettua rilevazioni con cadenza semestrale, sono oggetto di costante verifica in merito al livello di conformità agli standard normativi, con particolare riferimento ai requisiti organizzativi, strutturali e funzionali.

L'Azienda ha pertanto attivato nel 2025, specifiche azioni finalizzate a:

- garantire la piena implementazione dei modelli organizzativi multiprofessionali;
- assicurare l'erogazione dei servizi minimi previsti;
- rafforzare l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociosanitaria;

- adeguare la dotazione di personale agli standard definiti.

Nel 2025 sono proseguiti i lavori strutturali per l'attivazione della Casa della Comunità di Imola (Hub), articolati in due fasi: un primo stralcio finanziato con fondi statali e un secondo stralcio legato ai finanziamenti del PNRR. A decorrere da gennaio 2025 è stata attivata l'area di accoglienza della Casa della Comunità (CDC) Hub di Imola, quale punto unico e riconoscibile di accesso per la popolazione.

L'area assicura funzioni di accesso, accoglienza e orientamento dell'assistito, integrando il Punto Unico di Accesso (PUA) sociale e sanitario, l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) e i servizi per il cittadino fragile, al fine di facilitare i percorsi assistenziali. Sono altresì garantite l'attivazione delle équipe di valutazione multidimensionale e le attività di informazione sui servizi della CDC, in integrazione con il volontariato.

Sono proseguiti i lavori di ristrutturazione relativi ai seguenti ambiti:

1. Area vaccinale integrata per adulti e bambini. L'intervento è stato finalizzato alla realizzazione di un'unica sede per gli ambulatori vaccinali dedicati sia alla popolazione adulta sia a quella pediatrica, attualmente collocati in spazi distinti. La nuova collocazione garantisce una maggiore visibilità, accessibilità e fruibilità da parte dei cittadini. L'attivazione è avvenuta a febbraio 2026.
 2. Area della prevenzione e presa in carico della cronicità. L'intervento è volto a rafforzare la presa in carico delle persone affette da patologie croniche, con l'obiettivo di migliorarne la qualità di vita all'interno del proprio contesto familiare e sociale. In tale prospettiva, si intende rendere i servizi sanitari più efficaci ed efficienti in termini di promozione della salute, prevenzione e assistenza sociosanitaria, garantendo al contempo maggiore uniformità ed equità di accesso. All'interno di questa area vengono collocati ambulatori specialistici di primo livello, finalizzati alla presa in carico e al monitoraggio dei pazienti affetti da patologie croniche ad elevata prevalenza, in particolare negli ambiti della cardiologia, pneumologia, diabetologia ed endocrinologia. Inoltre, si intende realizzare spazi polivalenti destinati ad attività di gruppo per la promozione della salute e dei corretti stili di vita, affiancati da ambienti polifunzionali dedicati all'attività fisica, anch'essa organizzata in modalità di gruppo. L'attivazione è avvenuta a marzo 2026.
 3. Implementazione dei posti letto di Ospedale di Comunità, al quarto piano della Casa della Comunità Hub di CSPT, per un totale a regime di 36 posti letto OSCO per l'AUSL di Imola. L'Ospedale di Comunità è attivo.
 4. Riqualficazione dell'area degli ambulatori specialistici e della medicina riabilitativa (palestre) situate al piano terra della Casa della Comunità Spoke di Medicina. L'attivazione è avvenuta a gennaio 2026.
- Coprogettazione e coprogrammazione di iniziative di promozione della salute e prevenzione della cronicità in integrazione tra Dipartimento Cure Primarie, Dipartimento di Sanità pubblica, EELL, terzo settore, comunità. Target: Evidenza di almeno un progetto per ogni Casa della Comunità hub (relazione).

Nel 2025, l'AUSL Imola ha promosso e consolidato processi di coprogettazione e coprogrammazione finalizzati allo sviluppo di iniziative di promozione della salute e prevenzione della cronicità, in un'ottica di integrazione interistituzionale e comunitaria.

In particolare, tali attività sono state realizzate in collaborazione tra:

- Dipartimento della Continuità e delle Cure Primarie;
- Dipartimento di Sanità Pubblica;
- Direzione delle Professioni Sanitarie
- Direzione Generale - UOS Informazione e Comunicazione
- Comitato Consultivo Misto degli utenti
- Comitato Utenti Familiari della salute mentale
- Enti Locali (EELL);
- soggetti del Terzo Settore;
- risorse formali e informali della comunità locale.

Le progettualità sviluppate si inseriscono nel modello delle Case della Comunità, valorizzandone il ruolo di nodo di riferimento per l'integrazione sociosanitaria e per l'attivazione di interventi orientati alla prevenzione e alla presa in carico della cronicità. Tra le principali iniziative attivate si evidenziano, a titolo esemplificativo:

- Interventi sugli stili di vita, quali programmi di promozione dell'attività fisica adattata, educazione alimentare, contrasto al tabagismo e percorsi di empowerment per l'adozione di comportamenti salutari.
- Progetti rivolti alla fragilità, con particolare riferimento all'identificazione precoce delle persone a rischio, attivazione di percorsi di presa in carico integrata, interventi di supporto domiciliare e iniziative di contrasto all'isolamento sociale, anche attraverso il coinvolgimento del Terzo Settore come:
 - continuità al progetto "Città amiche delle demenze" che prevede in collaborazione con soggetti del Terzo Settore azioni di contrasto all'isolamento sociale delle persone con demenza e dei loro caregiver;
 - équipe attive presso i PUA delle Case della Comunità composte da infermieri della AUSL e Assistenti sociali di ASP, sono state garantite attività di accoglienza, valutazione multidimensionale, presa in carico integrata ed interventi di supporto al domicilio di persone con bisogni complessi sociali e sanitari. Nel complesso nel 2025 sono stati 1.529 gli utenti seguiti dai 4 PUA presenti nelle CDC della AUSL Imola;
 - progetto "caregiver", sono state realizzati interventi di supporto al domicilio (Assistenza domiciliare, Assegno di cura, ricoveri di sollievo...) e iniziative di contrasto all'isolamento sociale di persone anziane e con disabilità e dei loro caregiver. I PUA svolgono anche la funzione di Sportello caregiver per la valutazione dei bisogni e l'attivazione dei percorsi di sostegno.
- Iniziative di comunità, finalizzate al rafforzamento delle reti territoriali e alla partecipazione attiva dei cittadini nei percorsi di prevenzione, attraverso incontri informativi e formativi.
- Sviluppo del percorso *Casa Community Lab (CCLab)*, avviato nel 2023, quale dispositivo di accompagnamento alla coprogettazione e coprogrammazione nelle Case della Comunità, che ha consentito di attivare e consolidare traiettorie operative quali:
 - la riorganizzazione dell'Area Accoglienza nella CDC Hub Imola (inaugurata a gennaio 2025);
 - la revisione della segnaletica e dell'orientamento agli spazi nella CDC Hub Imola con il coinvolgimento del Comitato Consultivo Misto (CCM) (2025);

- il consolidamento dell'integrazione professionale;
- l'attivazione di progettualità territoriali come il "Verde della Comunità" nella cornice del Protocollo INES.

Questi interventi assumono un valore strategico: rendere la Casa della Comunità più leggibile e accessibile, contribuisce a rafforzarne la funzione pubblica, inclusiva ed equa in cui l'integrazione costruita internamente si estende alla governance territoriale.

- Attività da parte dell'Infermiere di **Famiglia e Comunità (IFEC)**. Target: Almeno 1 IFoC in ogni Casa della Comunità Hub attiva; Evidenza di almeno un progetto dove risulta centrale il ruolo dell'IFoC (breve relazione e/o documento aziendale se redatto).

L'introduzione dell'Infermiere di Famiglia e Comunità, prevista dal DM 77/22, rappresenta un pilastro del nuovo modello di assistenza territoriale italiana e della Regione Emilia-Romagna. Tuttavia, l'impiego di questa figura è eterogeneo, con modalità organizzative differenti anche fra servizi omogenei e per tale motivo, la Regione Emilia-Romagna ha attivato nel 2024, un gruppo di lavoro con l'obiettivo di elaborare delle linee di indirizzo Regionali che definiscono un quadro operativo fondato su prossimità, continuità, prevenzione e presa in carico proattiva, valorizzando l'integrazione tra servizi sanitari, sociali e comunitari.

In coerenza con le linee di indirizzo regionali, nell'AUSL di Imola è stata implementata, in via sperimentale, la figura dell'IFEC in un ambito territoriale della Casa della Comunità della Vallata del Santerno.

Il modello riconosce l'IFeC come figura centrale nel garantire percorsi di cura personalizzati, basati sulla valutazione multidimensionale dei bisogni e sulla collaborazione multiprofessionale.

L'IFeC opera in stretta sinergia con i servizi di Cure Domiciliari, integrandosi nei percorsi di assistenza domiciliare e contribuendo a garantire la continuità delle cure. Le attività svolte dall'IFeC al domicilio sono contestualizzate e integrate con quelle dell'infermiere delle Cure Domiciliari, ed entrambe alimentano il flusso informativo regionale SIAD (Sistema Informativo Assistenza Domiciliare), al fine di garantire il monitoraggio e la continuità del percorso assistenziale.

- Pieno funzionamento delle **COT** nella gestione delle transizioni. Target: Evidenza del numero di transizioni gestite per tipologia di transizione (ospedale-territorio; territorio-territorio; territorio-ospedale).

La mission della COT è quella di svolgere un ruolo centrale di regia per la continuità delle cure, attraverso l'integrazione dei servizi ospedalieri, territoriali e sociali, al fine di garantire prossimità, efficienza, efficacia ed equità nell'erogazione delle prestazioni ai cittadini.

Attivata nel 2024, nel corso del 2025 ha raggiunto la piena operatività, pur mantenendo margini di ulteriore sviluppo, in particolare nell'ambito della telemedicina, in relazione alla progressiva implementazione delle piattaforme nazionali e regionali.

Nell'anno 2025, come rendicontato anche nell'ambito del monitoraggio AGENAS relativo al DM 77/2022, per l'AUSL di Imola si registrano le seguenti transizioni, gestite come riportato nella tabella seguente.

Anno 2025	COT	PUA	TOTALE
Nr. pazienti presi in carico	1.384	1.529	2.913
Nr. transizioni ospedale-territorio	1.818	243	2.061
Nr. transizioni territorio-ospedale	-	-	747
Nr. transizioni territorio-territorio	274	1.676	1.950
Totale transizioni effettuate	2.092	1.919	4.758

- Attivazione, con atto aziendale, delle AFT previste dall'atto di programmazione regionale. Target: sì.

In risposta alle richieste della Regione via mail del 24/2/2025 e del 27/2/2025, si è provveduto ad inviare la mappatura proposta delle AFT dei medici di assistenza primaria, dei pediatri di libera, dei medici e professionisti ambulatoriali convenzionati dell'AUSL di Imola alla Regione Emilia-Romagna – Direzione generale Cura della persona, salute e welfare - Settore Assistenza Territoriale (Protocollo aziendale nr. 7761 del 4/3/2025).

Su piattaforma regionale SIVER (DGR programmazione e finanziamento – Edizione 2026), nell'ambito dell'area sul potenziamento dell'assistenza territoriale, si riporta il risultato 2025 di obiettivi/indicatori sul tasso di ospedalizzazione in età adulta e pediatrica e per alcune selezionate patologie croniche, previsti dal Nuovo Sistema di garanzia, di cui i primi due indicatori sotto riportati specificatamente previsti dalla DGR 972/2025:

- (**D03C**) Tasso di ospedalizzazione std in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) di diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco - NSG. Target: ≤ 245 per 1.000 ab.

L'Azienda nel 2025 registra un tasso std pari a 169,26 vs 222,34 del 2024 e 228,38 del 2023. Il tasso regionale 2025 risulta pari a 226,87.

- (**D04C**) Tasso di ospedalizzazione std in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite - NSG. Target: ≤ 56 per 100.000 ab.

L'AUSL di Imola nel 2025 registra un tasso std pari a 58,53 vs 98,74 del 2024 e il 111,76 del 2023. Il tasso regionale 2025 risulta pari a 57,77.

Nel 2025 sul territorio dell'AUSL di Imola sono presenti **4 Case della Comunità (CdC)**: di Castel S. Pietro Terme (Hub) e Medicina (Spoke) e la Casa della Comunità della Vallata del Santerno, che operano in coerenza con gli indirizzi strategici e le indicazioni realizzative e di organizzazione funzionale fornite dalla Regione Emilia-Romagna (DGR 291/2010 e DGR 2128/2016).

La CdC della Comunità della Vallata del Santerno, con sede a Borgo Tossignano, si configura nell'ambito distrettuale imolese come elemento spoke della rete e la CdC sul territorio, la Casa della Comunità di Imola (Hub).

OBIETTIVO 2.2: Rete delle Cure Palliative

Risultati 2025

L'AUSL di Imola, a seguito dei provvedimenti nazionali e regionali relativi alle cure palliative, ha attivato gli strumenti necessari per la rimodulazione della **Rete Locale di Cure Palliative (RLCP)**.

Nel 2025 è proseguito il consolidamento di tutte le articolazioni (NODI) della rete di cure palliative.

In particolare, la Regione ha richiesto il completamento degli assetti organizzativi: delle Unità di Cure Palliative Domiciliari (Nodo UCPD), dei Punti Unici di governo dell'accesso alla rete di cure palliative, e degli organismi tecnici di coordinamento della rete (descritti nella DGR 1770/2016), che supporta il coordinatore a pianificare, programmare e organizzare le attività di assistenza e di funzionamento della rete.

La riorganizzazione della rete locale delle cure palliative così come prevista dalla DGR 560/2015 è stata avviata nel 2016 con la costituzione di un gruppo di lavoro multiprofessionale che ha coinvolto operatori del territorio e dell'area ospedaliera. In questo contesto è stata definita la funzione di coordinamento della Rete e sono state riviste le modalità di raccordo tra i nodi individuati (ambulatorio, assistenza domiciliare, Hospice, ospedale). Con Deliberazione 36/2019, l'AUSL di Imola ha approvato l'istituzione della Rete Locale di Cure Palliative, individuando il "Gruppo di Coordinamento" e la "Rete dei Referenti" di cui il Gruppo di Coordinamento si avvale, definendo gli obiettivi per la presa in carico del paziente e della sua famiglia.

È stata, pertanto, ridisegnata la rete di cure palliative, definendone la mission, i nodi con le rispettive finalità e aree di attività, i percorsi assistenziali all'interno della rete con relative interfacce, nonché i servizi a supporto della rete, tra cui il volontariato di settore.

A seguito del pensionamento di alcuni componenti, il gruppo di coordinamento e la rete dei referenti della RLCP ha subito una significativa modifica nella loro composizione, che ha comportato una revisione dei ruoli e funzioni con una integrazione di nuove competenze associata ad una riorganizzazione della rete.

Alla luce di tali modifiche la precedente delibera di istituzione della RLCP è stata aggiornata: Deliberazione AUSL di Imola n° 194 del 26/9/2025: "Organizzazione della Rete Locale delle Cure Palliative (RLCP) – AUSL di Imola - AGGIORNAMENTO". Successivamente sono stati individuati i componenti dell'organismo di coordinamento aziendale della RLCP (aggiornamento dei nominativi dei professionisti del Gruppo di Coordinamento della RLCP e della Rete dei Referenti).

Nel 2025, la Regione Emilia-Romagna, tramite il gruppo di coordinamento regionale di cure palliative, ha avviato un confronto con tutti responsabili aziendali delle reti di cure palliative per pianificare il progetto di potenziamento e di sviluppo delle cure palliative compresa la definizione dello standard di personale medico ed infermieristico necessario per la piena copertura del bisogno di cure palliative nella popolazione di riferimento. Dal punto di vista operativo, negli ultimi anni, è stata riconosciuta l'importanza della presa in carico precoce del paziente affetto da malattia cronico-evolutiva a prognosi infausta, oncologica e non oncologica.

La necessità di integrazione precoce tra discipline specialistiche e cure palliative riscuote ampi consensi basati sull'evidenza clinica e sui dati di letteratura e sono finalizzate al raggiungimento di una migliore qualità di vita (*modello Simultaneous Care, early palliative care, ambulatorio cure palliative precoci*).

Nel 2025, si registra un aumento consistente del numero totale di **visite nel setting ambulatoriale: 191** di cui 42 prime visite e 149 visite di controllo (nel 2024: 169 visite ambulatoriali, di cui 47 prime visite e 122 visite di controllo). Fonte dati: sistema Iperico GSA.

Risulta in lieve flessione nel 2025 il numero di pazienti seguiti nel **nodo domicilio**: pazienti presi in carico 170 (vs 190 seguiti nel 2024) in considerazione della riduzione nel 2025 di una unità medica con contratto AFT a 12 ore settimanali. Tuttavia, la leggera flessione del dato può essere attribuita anche a criticità sul piano sociale, in particolare emergono problematiche spesso legate alla carenza di una rete familiare/amicale adeguata al domicilio, come l'assenza di care giver disponibili e/o sufficientemente formati per prendersi cura del paziente. Inoltre, la gestione domiciliare può richiedere competenze specifiche ed un impegno significativo che non tutte le famiglie sono in grado di garantire.

Nel 2025 si è registrata una lieve riduzione delle **consulenze palliative ospedaliere: 271** vs 292 nel 2024 per una flessione delle richieste provenienti dalle Unità operative ospedaliere e, comunque, non dipendente dall'offerta da parte del team della RLCP.

In aumento il numero di ricoveri in Hospice: **177** nel 2025 vs 160 nel 2024, nonostante la riduzione dei posti letto Hospice da 12 a 8 (dal 23 giugno al 27 agosto) per permettere a tutto il personale sanitario di usufruire del periodo di ferie estive come da pianificazione annuale. Inoltre, dal 5/9/2025 al 31/12/2025, a causa dei lavori di ristrutturazione del 4° piano, si è proceduto ad una nuova rimodulazione dei posti letto di degenza da 12 a 10, per consentire una ricollocazione temporanea di alcuni degenti in orari particolari della giornata (durante lavori particolarmente rumorosi e potenzialmente pericolosi).

Risulta migliorato il dato della degenza media in Hospice nel 2025 = 18,9%, in riduzione rispetto al 2024 (22,1%). Anche questo esito è influenzato da un insieme coordinato di interventi da parte dei professionisti del team di cure palliative volti a rendere più tempestivi, integrati ed efficaci i processi clinico-assistenziali.

In particolare, abbiamo provveduto a rafforzare la valutazione multidimensionale precoce, così da definire fin dall'ingresso in Hospice un piano assistenziale personalizzato, orientato agli obiettivi e condiviso con il paziente e la sua famiglia.

È proseguito l'impegno professionale della presa in carico di pazienti affetti da **patologie non oncologiche** in fase terminale (SLA, demenze, Parkinson, scompenso cardiaco refrattario, insufficienza Renale terminale, Pneumopatie croniche evolutive). Nell'anno 2025 la Rete Locale di Cure Palliative di Imola ha preso in carico, rispetto al 2024 (43 pazienti) un maggiore numero di pazienti con patologia cronico-evolutiva non oncologici a prognosi infausta: **46** pazienti NON oncologici, di cui 11 pazienti seguiti in domiciliare, 13 pazienti seguiti in CRA, 6 pazienti seguiti in ambulatorio CP e 16 pazienti in Hospice (Rilevazione dati interna alla RLCP).

L'eleggibilità alla presa in carico di pazienti con fase avanzata di malattia non neoplastica è stata valutata tramite gli strumenti di identificazione dei bisogni di cure palliative riconosciuti a livello di letteratura scientifica internazionale: NECPAL, SPICT, documento SIAARTI (grandi insufficienze d'organo "end stage").

Nel 2025 la Rete Locale di Cure Palliative di Imola ha proseguito la collaborazione operativa, su segnalazione del Geriatra territoriale, per la **presa in carico dei pazienti residenti nelle CRA: 18** pazienti (13 con patologia non oncologica, 5 con patologia oncologica), in incremento rispetto all'anno 2024 (16 pazienti). (Rilevazione dati interna alla RLCP).

Il riconoscimento appropriato dei bisogni di cure palliative in tale contesto ha consentito una corretta gestione del paziente migliorando la qualità assistenziale e favorendo la pianificazione condivisa delle cure anche con il coinvolgimento dei familiari. I benefici delle cure palliative sono stati ottenuti attraverso la corretta gestione dei sintomi, la rimodulazione della terapia farmacologica, una comunicazione adeguata e strutturata sia all'interno dell'equipe che con il paziente e la sua famiglia, una netta riduzione degli accessi impropri in PS. In programma lo sviluppo di verifiche sistematiche dell'attività mediante audit clinico-assistenziali (Fonte dati interna alla RLCP). Nell'ambito dello sviluppo dell'integrazione ospedale-territorio si sta sviluppando una procedura per delineare un percorso assistenziale che favorisca un appropriato percorso clinico-assistenziale tra il team di cure palliative e la geriatria territoriale per la presa in carico di pazienti degenti in CRA.

Si riporta il monitoraggio dell'indicatore (DGR 972/2025) su piattaforma regionale SIVER, relativi al 2025.

Indicatore e target:

- (**D30Z**) Numero dei deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative, a domicilio o in hospice, sul numero di deceduti per causa di tumore. Target: $\geq 60\%$.

L'indicatore registra nel 2025 un valore aziendale pari a 51,1% vs 46,2% nel 2024 e 52,8% nel 2023. Il valore medio regionale 2025 risulta pari al 53,9%.

Altri indicatori adeguati ad una valutazione dell'efficacia della presa in carico nella Rete sono riportati nella Circolare RER 9/2018, integrativi della DGR 1770/2016. Tra questi, nell'ambito della RLCP dell'AUSL di Imola, si sta monitorando, in collaborazione con il Servizio di Tecnologie informatiche aziendale, il seguente indicatore:

- Pazienti in carico all'UCPD con cure palliative di base o specialistiche anche non oncologici deceduti in ospedale/totale dei pazienti presi in carico all'UCPD. Target $< 20\%$

Anno 2025. Totale pazienti seguiti dall'UCPD: 164, di cui deceduti in ospedale 24, pari al 15%.

Anno 2024. Totale pazienti seguiti dall'UCPD: 196, di cui deceduti in ospedale 32, pari al 16%.

Nel 2025 sono proseguite le attività all'interno della Rete, finalizzate a:

- Potenziare la cultura delle cure palliative precoci. Lavorare per pianificazione, programmando in modo proattivo le scelte diagnostico-terapeutiche per sostenere i familiari e i curanti nella gestione della terminalità. Prosegue la partecipazione del team di cure palliative ai briefing dell'UOC di Oncologia dell'AUSL di Imola.
- Monitorare e raccogliere i dati in riferimento degli indicatori di attività e performance della Rete con il supporto dell'Unità Operativa di Tecnologie Informatiche (UOC TSIR) per la valutazione della qualità assistenziale.
- Potenziare le attività di formazione dei professionisti che lavorano all'interno della Rete o che si interfacciano con la Rete

Anche nel 2025, in continuità con gli anni precedenti, è proseguita l'attività formativa rivolta a medici ed infermieri, operanti nella Rete di Cure Palliative, in particolare sono stati attivati i percorsi di formazione per il raggiungimento di conoscenze, competenze ed abilità necessarie allo svolgimento dell'attività professionale.

L'attività formativa in cure palliative è stata estesa anche agli studenti del corso universitario in scienze infermieristiche. È stata, inoltre, potenziata l'offerta formativa nei confronti dei professionisti che si interfacciano con la RLCP, in particolare è stato attivato un programma educativo/formativo mirato a fornire, ai professionisti del Pronto Soccorso dell'AUSL di Imola e ai MMG le conoscenze e le competenze necessarie per integrare i principi delle cure palliative nella gestione dei pazienti in condizioni critiche e/o complesse.

L'obiettivo è stato quello di migliorare la capacità di riconoscere e rispondere ai bisogni fisici, psicologici, sociali e spirituali dei pazienti e delle loro famiglie, anche in situazioni di urgenza/emergenza e ad elevata complessità. La formazione ha combinato elementi teorici e pratici, includendo simulazioni di casi clinici e momenti di riflessione, per promuovere un approccio olistico e umanizzante nella cura di pazienti in fase avanzata di malattia neoplastica e non neoplastica.

OBIETTIVO 2.3: Assistenza Domiciliare Integrata - Continuità assistenziale – dimissioni protette

La garanzia della continuità delle cure ai pazienti fragili o con patologie croniche in situazione di instabilità è da sempre obiettivo strategico delle politiche regionali. Uno dei principali strumenti per favorire la presa in carico integrata e continuativa tra i diversi setting assistenziali è la dimissione protetta.

La presa in carico, da parte dell'assistenza territoriale, all'atto della dimissione ospedaliera ha permesso in questi anni di offrire percorsi di cura sempre più appropriati e qualificati.

In linea con quanto fatto fino ad ora e con quanto stabilito dal PNRR, che rivolge una particolare attenzione al potenziamento dell'assistenza territoriale, si richiede di promuovere in particolare il principio di «casa come primo luogo di cura».

Per l'anno 2025 è stato richiesto dal livello regionale il potenziamento della presa in carico delle persone fragili e non autosufficienti garantendo la continuità assistenziale.

Risultati 2025

Su piattaforma SIVER è disponibile il monitoraggio di un set di indicatori, tra i quali indicatori NSG, sull'offerta del servizio di assistenza domiciliare per pazienti trattati in cure domiciliari integrate differenziate per i diversi livelli di intensità assistenziale.

Indicatori e target

Posto che nell'assistenza domiciliare la continuità assistenziale ospedale/territorio è fondamentale, gli assistiti con dimissione protetta devono essere presi in carico tempestivamente dai servizi territoriali e distrettuali ADI (entro 3 giorni).

L'indicatore valuta, pertanto, la percentuale di TAD, con almeno un accesso domiciliare, aperte entro 3 giorni dalla dimissione in ospedale.

- (**IND0289**) % di prese in carico in ADI entro 3 giorni dalla dimissione ospedaliera. Target: almeno il 50% dei pazienti seguiti in assistenza domiciliare segnalati in dimissione.

Il dato aziendale 2025 risulta pari a 68,9% vs 71,08% del 2024 e 55,26% del 2023. Tale esito risulta il più alto a livello regionale. Il dato medio regionale risulta del 51,96%.

L'indicatore sotto riportato valuta l'utilizzo dell'assistenza domiciliare da parte della popolazione residente >= 65 anni, considerando tutti i tipi di assistenza domiciliare (ADI medica, infermieristica, socio-sanitaria).

- (**IND0907**) Pazienti > 65 anni presi in carico in ADI – PNRR (Target AUSL di Imola: >6.000).

L'AUSL di Imola registra una percentuale nel 2025 pari a 17,93 (6.027 pazienti su 33.867) vs 18,04% del 2024 (2023: 18,12%). Il valore medio regionale risulta nel 2024 pari al 11,49%.

L'indicatore NSG che segue fornisce informazioni sull'offerta del **servizio di assistenza domiciliare** per pazienti trattati in cure domiciliari integrate differenziate per i diversi livelli di intensità assistenziale (CIA1, CIA2, CIA3). L'indicatore complessivo è una combinazione lineare dei tassi, per 1.000 abitanti, dei pazienti assistiti per singolo livello di intensità assistenziale.

- (**D22Z**) Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA 2, CIA 3) NSG. Target: >4,0 (CIA1); >2,5 (CIA2); >1,5 (CIA3).

Il tasso dell'AUSL di Imola, nel 2025 come nel 2024, risulta pari a 100, confermando la tendenza degli ultimi anni. Il tasso medio regionale risulta pari a 100.

- (**IND1020**) Tasso di pazienti trattati in ADI con intensità assistenziale CIA 1 - parte di indicatore NSG: D22Z (valido dal 2023). Target: >4,0.

Il tasso aziendale 2025 risulta pari a 6,14 vs 5,86 del 2024 e 5,93 del 2023. Il tasso medio regionale 2025 risulta pari a 5,72.

- (**IND1021**) Tasso di pazienti trattati in ADI con intensità assistenziale CIA 2 - parte di indicatore NSG: D22Z (valido dal 2023). Target: >2,5.

Il tasso aziendale 2025 risulta pari a 3,5 vs 3,49 del 2024 e 3,38 del 2023. Il tasso medio regionale risulta pari a 2,68.

- (**IND1022**) Tasso di pazienti trattati in ADI con intensità assistenziale CIA 3 - parte di indicatore NSG: D22Z (valido dal 2023). Target: >1,5.

Il tasso registrato nel 2025 dall'AUSL di Imola risulta pari a 8,61 vs 11,49 del 2024 e 29,79 del 2023. Come nelle precedenti annualità il valore risulta il più alto a livello regionale che registra un tasso medio pari a 3,02.

OBIETTIVO 2.4: Migranti e Vulnerabilità

Per l'anno 2025, al fine di implementare in maniera sistematica quanto indicato nelle delibere regionali n. 1304/2022 e n. 2313/2022, in ottemperanza alle nuove progettualità sulla salute dei migranti forzati (progetto PERSONE) e ottimizzare i percorsi di accesso e di presa in carica di vulnerabilità sanitarie, si dovrà garantire:

- garantire il rafforzamento della governance multilivello, coinvolgendo nei percorsi di formazione /aggiornamento stakeholder territoriali e terzo settore coinvolti nei processi di accoglienza dei migranti;
- diffondere la cartella migranti digitale per la presa in carico a tutti gli ambulatori migranti delle AUSL e dell'associazionismo, che eroga servizi sanitari in convenzione con le AUSL, nel rispetto della normativa sulla privacy;
- garantire l'Applicazione delle procedure sulla determinazione dell'età dei Minori Stranieri Non Accompagnati (MSNA);
- garantire la certificazione medico legale alle vittime di violenza, stupro e torture Richiedenti Protezione internazionale.

Risultati 2025

Indicatori e target:

- Partecipazione e coinvolgimento degli stakeholder territoriali alle attività di formazione e aggiornamento promossi dalla RER (progetto PERSONE, in materia di salute migranti). Target: sì.

L'equipe migranti e vulnerabilità ha un ruolo di governance multilivello, snodo attraverso il quale si articolano le azioni di *referral* con il capofila del progetto, la Regione Emilia-Romagna, nonché le attività di ingaggio degli stakeholder primari (interni all'Azienda) e secondari (esterni: ASP, Terzo Settore, etc.) nell'organizzazione delle azioni progettuali. Inoltre, nel 2025 l'equipe migranti e vulnerabilità ha svolto un'attività di rilevazione dei bisogni di salute della popolazione migrante presente sul Nuovo Circondario Imolese, grazie alla collaborazione degli stakeholder esterni, esitati in quattro laboratori tematici in ottica di promozione della salute. In particolare, si sono trattati i seguenti argomenti: orientamento ai Servizi del Sistema Sanitario Nazionale, al fine di garantire accesso e fruibilità ai cittadini di paesi terzi in ingresso, ma anche in uscita dai progetti Centri di Accoglienza Straordinaria (CAS) e Sistema di Accoglienza e Integrazione (SAI); salute sessuale femminile e maschile, salute e tutela dei minori; igiene alimentare: in ottica di prevenzione delle malattie croniche, sani stili di vita, ma anche buone pratiche nella conservazione dei cibi. I laboratori hanno avuto una partecipazione variabile in base alla tematica e all'orario disponibile (molti cittadini di paesi terzi sono lavoratori), ma generalmente abbiamo avuto riscontri molto positivi da parte dei partecipanti.

Sempre nel corso del 2025 gli operatori dedicati al progetto hanno potuto usufruire della formazione promossa dalla RER sui temi della Salute mentale dei migranti e dei Minori Stranieri non accompagnati (MSNA).

- Avvio del processo di diffusione e utilizzo della cartella migranti per le associazioni di volontariato convenzionato. Target: sì.

Grazie al progetto FAMI pERsone, un finanziamento europeo avviato a giugno 2024, si sono potute implementare le attività già in essere a supporto della popolazione con background migratorio e creare un ambulatorio denominato "Spazio Migranti" a marzo 2025.

In particolare, le attività dell'Ambulatorio Spazio Migranti si svolgono nell'ambito del sistema di accoglienza e tutela definito dalla Direttiva 2013/33/UE, all'art. 17 comma 1, recepita in Italia dal D.Lgs. n. 142/2015, dalle Linee Guida Nazionali salute migranti e dalle indicazioni regionali (DGR 1304/2022) e ha lo scopo di intercettare i bisogni di salute della popolazione con background migratorio, stilare un bilancio e fornire orientamento verso i servizi di primo o secondo livello più adeguati.

L'ambulatorio provvede a compilare e/o aggiornare lo strumento denominato "cartella migranti": l'applicativo – fruibile tramite il progetto SOLE – che permette di gestire i dati degli stranieri temporaneamente presenti che accedono alle strutture sanitarie sul territorio della Regione Emilia-Romagna.

Monitoraggio (SIVER) delle prese in carico, tramite cartella migranti, per:

- (**IND1077**) % Screening sanitario all'arrivo da parte delle Equipe Multidisciplinari rispetto ai primi accessi. Target: 100%.

L'Azienda nel 2025 ha utilizzato la cartella per i primi accessi nel 100% dei casi.

L'equipe Migranti e Vulnerabilità, coordinata dal Consultorio Familiare dell'AUSL di Imola, è un'equipe multidisciplinare costituita da operatori di diversi servizi: sanitari, sociali e del terzo settore ed ha l'obiettivo di sviluppare percorsi di presa in carico sanitaria dei migranti provenienti dai Centri di Accoglienza Straordinaria (CAS) oltre ad implementare ed utilizzare compilandola la cartella regionale migranti.

È stata inoltre predisposta una istruzione operativa che descrive l'attività clinica e di prevenzione svolta nell'ambulatorio Spazio Migranti. Tale Spazio è gestito da un medico di medicina generale, una psicologa – dipendente dell'AUSL di Imola presso il Consultorio Familiare - e una facilitatrice del Terzo Settore, con formazione antropologica, messa a disposizione grazie al finanziamento FAMI pERsone.

Il lavoro ambulatoriale nel 2025 è stato molto intenso, tanto da non riuscire a rispondere nel breve tempo alle plurime richieste pervenute.

Nel corso dell'anno 2025, l'equipe Migranti e Vulnerabilità si è riunita in 6 occasioni (15/01; 11/03; 6/05; 24/06; 16/09; 18/11). Al fine di granire la corretta segnalazione di nuovi casi da prendere in carico, su invio da parte dei CAS e SAI del territorio, tramite Scheda di Segnalazione che contiene tutti i campi necessari al passaggio di informazioni relative la persona migrante e utili ai servizi socio sanitari per una corretta presa in carico. La scheda è stata condivisa con gli Enti gestori, così come si è concordata la modalità di invio.

A tale scopo è stato creato apposito indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) atto a ricevere le segnalazioni di cui sopra.

OBIETTIVO 2.5: Percorso Nascita

Per il 2025, l'Azienda dovrà rafforzare gli interventi per il percorso nascita (appropriatezza dei percorsi assistenziali e continuità assistenziale) nell'ambito del progetto "primi 1000 gg" con tutti gli attori della rete e implementare azioni proattive (visite domiciliare, consulenze telefoniche) per facilitare l'accesso ai servizi nel periodo postnatale e il sostegno per le donne, coppie, puerpere in condizioni di fragilità.

In particolare, si richiede di promuovere l'assistenza in autonomia dell'ostetrica, all'interno di equipe di professionisti, nel percorso nascita (gravidanza, parto e puerperio) fisiologico.

Inoltre, dovrà essere rafforzato il lavoro di rete che coinvolge tutti gli attori che con ruoli differenti sostengono la donna nell'allattamento.

La DGR 972/2025 propone un indicatore combinato, predisposto per valutare contemporaneamente più aspetti della assistenza del percorso nascita, che potrà raggiungere un valore massimo di 30 punti, ottenibili sommando i punteggi dei 6 indicatori specifici monitorati su SIVER.

Risultati 2025

Si riporta di seguito il monitoraggio regionale su SIVER (DGR programmazione e finanziamento – Edizione 2026) del nuovo indicatore composito sul Percorso Nascita sopradescritto e a seguire il monitoraggio specifico dei 6 indicatori che lo compongono.

Indicatori e target

- (**IND1140**) Indicatore composito percorso nascita. Valore di riferimento: ≥ 18 .

Nel 2025 l'AUSL di Imola presenta un valore pari a 22 punti vs 23 nel 2024 e 22 nel 2023. Il valore regionale 2025 risulta pari a 23 punti.

Si riportano gli esiti 2025 disponibili su SIVER in relazione ai singoli indicatori del "Percorso nascita":

- **(IND1118)** % delle gravide prese in carico dal Consultorio Familiare che hanno ricevuto almeno una visita da parte dell'ostetrica. Target: $\geq 40\%$.

Nel 2025 risulta pari a 42,21 vs 39,13% del 2024 e 36,76% del 2023. Il valore medio regionale 2025 è pari a 54,51%.

- **(IND996)** % travagli assistiti dall'ostetrica sul totale dei travagli. Target: $\geq 34\%$.

L'AUSL di Imola registra un valore 2025 pari a 29,93% vs 35,05% del 2024 e 39,33% del 2023. Nel 2025 il valore medio regionale è pari a 27,45%.

- **(IND921)** % di parti cesarei nella 1 classe di Robson. Target: $\leq 6\%$.

Il valore 2025 risulta pari a 7,65 vs 5,58% del 2024 e 3,09% del 2023. Il valore medio regionale 2025 è pari a 5,48%.

- **(IND526)** % std allattamento completo a 3 mesi. Target: $\geq 56\%$.

Nel 2025 si rileva un valore aziendale pari a 62,53% vs 56,10% del 2024 e 55,79% del 2023. Il valore regionale 2025 risulta pari a 58,22%.

- **(IND527)** % std allattamento completo a 5 mesi. Target: $\geq 47\%$.

Nel 2025, l'AUSL di Imola registra un valore pari a 57,43% vs 50,35% del 2024 e 51,84%. Il valore medio regionale 2025 risulta pari a 52,87%.

- **(IND1119)** % di completamento della FAD allattamento da parte dei professionisti. Target: $\geq 3\%$.
nati vivi.

Nel 2025 il completamento della FAD, per l'AUSL di Imola, risulta del 2,9% vs 4,2% nel 2024 e 15,1% nel 2023. Il valore medio regionale 2025 è di 2,7%.

Il Percorso nascita è organizzato presso il Consultorio Familiare ed è un'attività complessa che si struttura attraverso percorsi clinici di assistenza ostetrico-ginecologica alla gravidanza e incontri destinati a donne in gravidanza, puerpere e padri. Consta di attività di affiancamento alla perinatalità attraverso un'attenzione sia alla fisiologia del percorso sia al cogliere sin dalla loro prima comparsa, la presenza di eventuali disagi emotivi. Si tratta di un lavoro integrato svolto da ostetriche, ginecologhe e psicologhe che nel rispetto delle loro diverse competenze professionali, accolgono e prendono in carico le situazioni che arrivano al Consultorio, nelle sue quattro sedi territoriali.

Il sostegno offerto a gravide e puerpere è sempre da intendersi come un prezioso lavoro di rete sia con l'equipe del Consultorio stesso (GINECOLOGHE, OSTETRICHE e PSICOLOGHE) sia attivando la collaborazione di altri eventuali servizi / unità operative (Ostetricia-Ginecologia, Azienda Servizi alla Persona-ASP, Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza e Pediatria).

In merito all'assistenza alla gravidanza da parte dell'ostetrica e della ginecologa, vengono "costruiti" percorsi personalizzati in base al bisogno di intensità di cura che la donna/coppia richiede, individuando il professionista di riferimento (l'ostetrica in caso di bassa intensità di cura, il medico ginecologo in caso di alta intensità di cura).

Le attività svolte dal servizio oltre che dirette a singoli si rivolgono anche a gruppi.

La promozione della salute diventa quindi un messaggio che si può coltivare anche fra pari se guidati da

operatori che facilitano gli incontri.

Gli incontri di gruppo complessivi inerenti al percorso nascita, nell'anno 2025, sono stati n° 48: 23 corsi per l'accompagnamento alla nascita (costituiti da 5 incontri per corso) e 25 incontri per neo-genitori.

Dai dati aziendali risulta che nel 2025 la percentuale di **donne in gravidanza** seguite prevalentemente dal Consultorio Familiare è stata pari a n.ro **696** (donne in gravidanza seguite dal Consultorio Familiare su 710 parti nel 2025 presso il Punto Nascita di Imola). Nel 2025 sono state assistite alla gravidanza in Consultorio Familiare 48 donne migranti. Di questo gruppo fanno parte utenti che hanno barriera linguistica, recente immigrazione e scarsa conoscenza dei servizi sanitari.

Il percorso nascita prevede le seguenti attività:

- Corsi di accompagnamento al parto. Il numero complessivo di corsi effettuati nel 2025 del percorso nascita è stato di 23 (composti di 4 incontri con l'ostetrica e 1 con la psicologa) e 25 incontri per i neo genitori.
- Somministrazione screening per il rilevamento del disagio emotivo perinatale. L'insorgenza del disagio psichico in gravidanza e dopo il parto risulta essere un tema di attenzione per l'equipe del Consultorio. Per favorire il precoce riconoscimento e la presa in carico delle maternità e paternità fragili da parte della rete dei servizi del percorso nascita e delle cure primarie, le Operatrici del Consultorio Familiare dell'AUSL di Imola hanno proseguito le attività iniziate nel 2020 previste dal Progetto Ministeriale "Misure afferenti alla diagnosi, cura e assistenza della sindrome depressiva post-partum", tramite somministrazione di uno screening che evidenzia l'insorgere di disturbi emotivi perinatali denominato questionario di Whooley. La somministrazione dei questionari di Whooley è stata costante sia in Consultorio sia in Ospedale nell'ambulatorio delle Gravidanze a Termine.

Sono stati raccolti **696 questionari** (612 nell'anno 2024) in occasione primo colloquio ostetrico e quindi al 100% delle donne in gravidanza. Allo stesso modo anche presso l'Ambulatorio delle Gravidanze a Termine, che utilizza lo stesso gestionale del Consultorio, le ostetriche hanno somministrato lo strumento di screening a quasi tutte le gravide. Approfittando dell'introduzione sul nuovo gestionale si è provveduto a caricare su di esso le domande di Whooley e si è anche lavorato all'inserimento di una check list dettagliata per l'individuazione di fattori di rischio psicosociali utilizzati dalle operatrici per valutare il livello di rischio di disagio emotivo o la sua severità. Tutti i questionari risultati positivi hanno esitato, previo consenso della signora, in una presa incarico da parte della psicologa che in molti casi si è prolungata anche al periodo del dopo parto. L'efficacia dello screening si è dimostrata molto alta.

- Corsi per neo-genitori. Si tratta di una programmazione annuale di incontri rivolti a gruppi di neo-genitori con figli entro il primo anno di vita. Il numero complessivo di incontro proposti nel 2025 è stato pari a **25**, condotti da figure professionali sanitarie (sanità pubblica, medicina del lavoro, psicologhe del consultorio, pediatri di libera scelta, neuropsichiatria) e del terzo settore (nati per leggere, educatrici dei nidi di infanzia, volontarie).
- Accessi delle ostetriche presso UOC Ostetricia e Ginecologia per raccolta dimessi. L'accesso dell'ostetrica del Consultorio Familiare presso l'ospedale avviene tre volte alla settimana. Considerando le criticità

relative al personale ostetrico, l'attività in presenza presso il Punto Nascita è stata sostituita dalla registrazione al PC delle donne che hanno partorito. Il dato dell'attività in presenza o da remoto non è differenziabile perché viene registrato con la stessa modalità (non prevista una modalità differente). Nel 2025 sono state registrate **694** puerpere (su 710 donne che hanno partorito) alle quali viene offerto un primo contatto telefonico post dimissione, se accettato l'ostetrica a circa 7-10 gg dal parto contatta la donna per raccogliere gli eventuali bisogni e se necessario programmare un incontro ambulatoriale o a domicilio. Le donne che non sono incontrate di persona presso il reparto vengono registrate e contattate telefonicamente a circa 7-10 gg dal parto. Il totale dei contatti telefonici dell'anno 2025 è stato **1.099**.

- Visite domiciliari. Le **visite domiciliari** da parte dell'Ostetrica sono state **20**.
- Telefono "Pronto mamma!". Il sostegno telefonico al puerperio e all'allattamento, con l'ausilio del numero del "Pronto Mamma", attivo da lunedì a venerdì nella fascia oraria 8 - 13, si mantiene uno strumento molto utilizzato (n. **250** telefonate nel 2025).
- Tana delle mamme. L'attività denominata "La Tana della Mamme" è uno spazio a libero accesso dedicato alle madri e ai loro bimbi fino ad 1 anno di età. Questo spazio aperto ogni martedì mattina vede l'ostetrica presente e funge da facilitatrice del gruppo di mamme che partecipano. Questo incontro di gruppo è occasione di confronto e ha l'obiettivo di facilitare la rete di supporto tra pari. Nell'anno 2025 si sono tenuti **47** incontri (vs 49 nel 2024) con una partecipazione media di 11 donne (vs 8 nel 2024) con i loro bambini il numero totale di accessi nel 2025 è stato **520** in aumento rispetto agli anni precedenti (368 nel 2024 e 456 del 2023). La partecipazione al di fuori dei mesi estivi è stata più numerosa con incontri a cui erano presenti 23 donne, nel periodo estivo la media dei partecipanti è stata di 4-6 donne.

OBIETTIVO 2.6: Percorso IVG

Per il 2025 le Aziende dovranno garantire il percorso di IVG farmacologica a livello ambulatoriale nei consultori, negli ospedali e a domicilio. Inoltre, si dovrà definire un'organizzazione tra ospedale e territorio che garantisca un tempo di attesa per le IVG chirurgiche tra rilascio del certificato e intervento inferiore a 15 giorni, riducendo contemporaneamente i certificati urgenti.

Un indicatore combinato è stato predisposto per valutare contemporaneamente più aspetti della assistenza del percorso IVG e potrà raggiungere un valore massimo di 10 punti, ottenibili sommando i punteggi di due componenti costituite dagli indicatori successivi che valutano in un caso l'assistenza in regime ambulatoriale e nell'altro i tempi di attesa.

Risultati 2025

Indicatore e target:

- (**IND1150**) Indicatore composito percorso IVG. Target: ≥ 6 .

Nel 2025 l'indicatore composito per l'AUSL di Imola ottiene un punteggio complessivo di 5 punti come nel 2024 e 2023. Il punteggio medio regionale 2025 risulta pari a 10.

- **(IND0908)** % IVG farmacologiche erogate a livello ambulatoriale sul totale delle IVG farmacologiche. Target: $\geq 25\%$.

Nel 2022 le IVG farmacologiche erogate a livello ambulatoriale sono state n.ro 75 su 104 (72,12%). Nel 2023 nessuna (su un totale di 92), nel 2024 il 2,28% (n.ro 2 su 88) e nel 2025 nessuna su un totale di 75. Il dato medio regionale 2025 risulta pari al 72,72%.

- **(IND1207)** % di IVG chirurgiche con attesa inferiore a 15 gg. con certificato non urgente sul totale delle IVG chirurgiche. Target: $\geq 50\%$.

Nel 2025 la percentuale risulta pari a 75,86% vs 75% nel 2024 e 81,4%. Nel 2025 il valore medio regionale risulta di 77,4%.

Negli ultimi anni l'Azienda ha cercato di garantire uguaglianza di accesso al percorso IVG e alle diverse metodiche previste (chirurgica e farmacologica recependo nel 2021 le indicazioni Regionali in merito alla IVG farmacologica fino al 63° giorno di amenorrea tramite stesura del "Percorso per l'interruzione volontaria di gravidanza per via farmacologica" che prevede la possibilità di offrire l'IVG farmacologica fino alla 63° giornata di amenorrea). A partire dal 2023, in continuità si è operato al fine di ridurre i tempi di attesa tra rilascio del certificato e intervento chirurgico. Per quanto riguarda la somministrazione di IVG farmacologica presso il Consultorio Familiare fino al 49° giorno di amenorrea, è in via di disamina l'attuazione organizzativa sul territorio.

OBIETTIVO 2.7: Attività rivolte agli adolescenti/giovani adulti

Le Aziende devono rafforzare l'accesso alla contraccezione gratuita per le persone fino ai 26 anni di età e di attivare azioni per prevenire le malattie sessualmente trasmesse. Deve inoltre essere garantito il benessere psicologico relazionale degli adolescenti.

Un indicatore combinato, predisposto per valutare contemporaneamente più aspetti della assistenza rivolta agli adolescenti, potrà raggiungere un valore massimo di 15 punti, ottenibili sommando i punteggi di 4 componenti. Gli indicatori sotto riportati sono monitorati su piattaforma SIVER nell'ambito di "DGR programmazione e finanziamento - Edizione 2026".

Risultati 2025

Indicatore e target:

- **(IND1129)** Indicatore composito adolescenti/giovani adulti. Target: > 12 punti.

Nel 2025 l'Azienda mostra un punteggio pari a 19, come il punteggio a livello medio regionale.

- **(IND1126)** % di ragazzi che accedono a Consultori Familiari, Spazi Giovani e Spazi Giovani Adulti per la contraccezione sulla popolazione target (14-26 anni). Target: $\geq 7\%$.

Nel 2025 risulta per l'AUSL di Imola un valore pari a 10,72% vs 9,89% del 2024. La media regionale 2025 risulta pari a 9,92%.

- **(IND1127)** % di adolescenti/famiglie/coppie che hanno beneficiato di un supporto psicologico all'interno degli Spazi Giovani sulla popolazione target (14-19 anni). Target: $\geq 1,3\%$.

Nel 2025 l'AUSL di Imola rileva una % pari a 1,72% vs 1,92% del 2024. La media regionale 2025 risulta pari a 1,72%.

- **(IND1128)** % di accessi negli Spazi Giovani per supporto psicologico effettuati da adolescenti/famiglie/coppie negli Spazi Giovani sulla popolazione target (14-19 anni). Target: $\geq 4,6\%$.

L'Azienda rileva un valore pari a 6,93% di accessi vs 8,35% del 2024. La media regionale 2025 risulta pari a 6,93%.

L'apertura degli Spazi Giovani e Spazi Giovani Adulti su 3 territori (Imola, Medicina e Castel San Pietro Terme) permette ad un numero consistente di ragazzi/e di accedere al servizio strutturato ad accesso diretto, riservato e gratuito. L'équipe di Spazio Giovani è costituita da ostetrica, ginecologa e psicologa che insieme collaborano ad una presa in carico personalizzata volta a promuovere o ripristinare il benessere psico fisico degli utenti che accedono al servizio.

L'attività di Spazio Giovani svolta nel 2025 con ragazzi/e dai 14 ai 19 anni e Spazio Giovani Adulti (ragazzi/e dai 20-34 anni), ha registrato **3.656** accessi (nel 2024: 2.783) per offerta del contraccettivo (di cui 966 accessi con formulazione del ginecologo del piano terapeutico o rinnovo del piano stesso).

Non è rilevabile il numero di accessi per counseling in quanto viene registrato sull'applicativo Fenix come "Accoglienza" come altre diverse attività.

OBIETTIVO 2.8: Contrasto violenza

Le Aziende AUSL devono consolidare l'attività dei Centri "Liberiamoci dalla violenza" (LDV), svolgendo anche attività di promozione e iniziative rivolte alla cittadinanza (esclusa l'AUSL di Imola che non ha nel suo territorio un centro LDV). Si dovrà inoltre sensibilizzare gli/le adolescenti al problema violenza di genere per potenziare le competenze relazionali e prevenire il fenomeno della violenza maschile sulle donne (in tutte le Aziende USL). Particolare attenzione deve essere rivolta al ruolo del padre nella genitorialità, con il suo coinvolgimento da parte dei servizi sanitari in ogni fase della gravidanza, del parto e del puerperio al fine di migliorare la salute psico-fisica della prole e della madre, contribuendo alla parità fra uomini e donne e al contrasto della violenza domestica (tutte le Aziende sanitarie). Dovranno essere inoltre rafforzate le conoscenze da parte dei professionisti in merito a violenza di genere e maltrattamento e abuso in infanzia e adolescenza anche attraverso la fruizione delle FAD regionali disponibili su piattaforma "SELF" (tutte le Aziende sanitarie).

Risultati 2025

Per quanto riguarda l'AUSL di Imola, il Tavolo Tecnico di Contrasto alla violenza, coordinato dal Consultorio Familiare, è una realtà attiva da anni che lavora al contrasto del fenomeno del maltrattamento contro le donne ed i minori. In modo particolare le professioniste del Consultorio Familiare e i membri del Tavolo Tecnico hanno proseguito con le attività ordinarie specifiche di ogni servizio finalizzate al disvelamento e presa in carico di donne che subiscono maltrattamenti, ma ha anche attuato attività formative su vari livelli.

Si puntualizzano di seguito alcune di queste azioni:

- Tavolo di Contrasto al Maltrattamento. Nel 2025 sono proseguiti con continuità i lavori coordinati dal Consultorio Familiare: sono stati effettuati 7 incontri che hanno visto coinvolti da quest'anno stabilmente anche la UOCNPIA, oltre che le rappresentanze delle Forze dell'Ordine del nostro territorio (Carabinieri, Polizia di Stato e Polizia Locale), Asp, la Psicologia Ospedaliera, la Pediatria, la Medicina

Legale e i due Centri Antiviolenza del territorio (PerLeDonne e Trama di Terre).

- Nel corso dell'anno è stata proposta una formazione sul tema della violenza di genere agli operatori sanitari del pronto Soccorso e alla CRI. È iniziato un progetto che prevede una formazione presso alcune aziende del territorio al fine di sensibilizzare i lavoratori e le lavoratrici e presentare loro la rete dei servizi presenti sul territorio. È inoltre proseguita una stretta collaborazione con i due Centri Antiviolenza.
- Attività di prevenzione della Violenza di Genere nelle scuole: sono stati previsti interventi presso alcuni Istituti secondari di secondo grado con **13 gruppi classe** per l'approfondimento dei temi relativi al contrasto della violenza di genere, coinvolgendo ragazzi ed insegnanti.
- Conduzione di due incontri rivolti al Corso universitario per Infermieri condotto da psicologhe del Consultorio sui temi del riconoscimento precoce del maltrattamento e la conoscenza della rete dei servizi per l'invio e la presa in carico delle donne vittime di violenza.
- Presa in carico psicologica e psicoterapeutica di donne che subiscono violenza oltre che degli uomini autori di maltrattamenti che si sono rivolti al Consultorio Familiare o che sono stati inviati da altri servizi del territorio.

OBIETTIVO 2.9: Garanzia dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale

Le Aziende sanitarie devono garantire i tempi di accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali in coerenza con la DGR 603/2019 "Piano Regionale di governo delle liste d'attesa (PRGLA) per il triennio 2019-2021" che recepisce il PNGLA (Accordo Stato Regioni del 21/02/2019).

Per il 2025, inoltre, risulta prioritario, al fine di garantire i tempi di attesa, assicurare la continuità assistenziale come da DGR 620/2024 recante "Interventi straordinari e linee di indirizzo per la riorganizzazione dell'assistenza specialistica per il contenimento dei tempi d'attesa: prima fase attuativa".

Il governo dell'appropriatezza prescrittiva, organizzativa ed erogativa va potenziato in tutti gli ambiti di attività. Si conferma, pertanto, la necessità di monitorare/migliorare l'appropriatezza prescrittiva attraverso l'aderenza del medico prescrittore alle regole prescrittive (classe di priorità, tipologia di accesso, quesito diagnostico), ai profili prescrittivi e ai PDTA definiti a livello regionale.

È importante anche presidiare l'applicazione dei criteri clinici di accesso definiti a livello regionale e la formazione continua dei medici.

Si ribadisce a tale proposito l'importanza della corretta gestione di tutti i flussi informativi della specialistica ambulatoriale e della tempestività di invio dati, ed in particolare la corretta rendicontazione delle DEMA chiuse nel flusso ricetta dematerializzata.

Risultati 2025

Indicatore e target:

Tempi di attesa

Vengono valutati i tempi di attesa EX ANTE per la classe di priorità D dal cruscotto regionale TDA ER.

Si riporta il Monitoraggio tempi di attesa prestazioni con **classe di priorità D EX ANTE**.

Indicatore e target:

- (**IND319**) Tempi di attesa ex ante primi accessi: **n. visite** prospettate in sede di prenotazione **entro i 30 gg.** (classe priorità D) – SSN. Target: $\geq 90\%$

AUSL Imola 2025: 70,39% vs 71,14% del 2024 e 76,23% del 2023. Valore medio regionale 2025: 77,87% vs 85,61% del 2024 e 89,71% del 2023.

- (**IND320**) Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. **esami diagnostici** prospettati in sede di prenotazione entro i **60 gg.** (classe di priorità D) – SSN. Target: $\geq 90\%$.

AUSL Imola 2025: 94,01% vs 94,40% del 2024 e 86,38%. Valore medio regionale 2025: 91,89% vs 94,09% del 2024 e 93,91 del 2023.

Si riporta il Monitoraggio tempi di attesa prestazioni con **classe di priorità B EX POST**.

- (**D10Z**) % di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B - NSG. Target: $\geq 90\%$.

Nel 2025 il dato riferito all'AUSL di Imola risulta pari a 95,08% vs 96,72 vs 96,67% del 2023 e nel pieno rispetto del target. Il valore medio RER 2025 risulta pari a 86,68%.

In riferimento al Monitoraggio tempi di attesa prestazioni con **classe di priorità D EX POST**.

- (**D11Z**) % di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D (tipo accesso = 1 – SSN) in rapporto al totale di prestazioni di classe D - NSG. Target: $\geq 90\%$.

Nel 2025, l'Azienda mostra un valore non a target, pari a 70,42% vs 71,86% del 2024 e 75,65% del 2023. Il valore medio regionale 2025 è pari a 74,10%.

Nell'esercizio 2025 sono proseguite le direttrici di intervento avviate nel corso del 2024 volte al potenziamento dell'offerta a seguito della DGR 620/2024 in relazione alla quale l'Azienda aveva proceduto ad acquisire attività aggiuntiva, risorse mediche specialistiche e da convenzionati interni, nonché maggiori volumi di committenza da privato accreditato. Tali interventi hanno consentito di aumentare la produzione complessiva per la "diagnostica" e di raggiungere stabilmente gli standard previsti per i tempi di attesa della diagnostica specialistica, mentre permane in miglioramento l'ambito dei tempi di attesa per le visite specialistiche.

Anche nel 2025 le prestazioni diagnostiche riportano una performance migliore rispetto a quella delle visite, in quanto l'offerta locale risulta meno condizionata dalla scarsa disponibilità della risorsa critica (medici specialisti) con impatto minore rispetto a quanto accade per le visite, dove la struttura dell'offerta prestazionale locale è estremamente anelastica, condizionata fortemente dalla disponibilità delle risorse medico-specialistiche presenti e in molti casi non espandibile o modulabile, se non in minima parte.

Si evidenzia inoltre che l'AUSL di Imola è l'unica azienda territoriale per la quale il bacino di riferimento è solo distrettuale, restando pertanto escluso l'accesso alla prenotazione sugli altri soggetti pubblici metropolitani (AOSPU Bologna, AUSL Bologna, II.OO.R.).

Presa in carico

Promozione della prescrizione da parte dello specialista e della prenotazione da parte della struttura che ha in carico il paziente (di cui alla nota prot. 0282798.U del 21-3-22). È necessario garantire la continuità assistenziale dei pazienti noti con patologia cronica e/o rara, ossia con un problema già diagnosticato che

necessita di controlli periodici (o di una struttura a cui accedere se insorge un sintomo correlato al problema noto). Altrettanto deve essere garantito un accesso programmato dei pazienti che per un periodo devono seguire un percorso strutturato (ad es. le gravidanze).

Si riportano gli esiti dei relativi indicatori:

- **(IND1145)** % del numero visite di controllo (V2) sul totale visite (V1+V2). Target: Aumento rispetto all'anno precedente.

Nel 2025 il valore aziendale risulta pari a 31,20% vs 31,09% del 2024 e 32,02% del 2023. Il valore medio regionale 2025 risulta pari a 38,44% vs 37,49% del 2024 e 36,77% del 2023.

- **(IND993)** % prescrizioni di visite di controllo con tipo accesso 0 prescritte dal medico specialista. Target: $\geq 95\%$.

AUSL Imola nel 2025: 84,73% vs 86,62% del 2024 e 83,45% del 2023. Media RER 2025: 89,19% vs 88,03% del 2024 e 85,05% del 2023.

- **(IND1146)** % prenotazioni di visite di controllo tipo accesso 0 effettuate dal medico specialista/struttura nelle agende dedicate sul totale delle prenotazioni di visite di controllo tipo accesso 0. Target: $\geq 90\%$.

AUSL Imola nel 2025: 58,17%. Valore medio RER 2025: 70,74%.

- **(IND994)** % prescrizioni con tipo accesso 0 prescritte dal medico specialista (escluse visite). Target: $\geq 95\%$.

AUSL Imola nel 2025: 96,56% vs 96,33% nel 2024 e 94,85% del 2023. Media RER 2025: 96,98% vs 96,27% nel 2024 e 95,55% del 2023.

- **(IND1147)** % prenotazioni con tipo accesso 0 effettuate dallo specialista/struttura sul totale prenotazioni tipo accesso 0 (escluse visite). Target: $\geq 90\%$.

AUSL Imola nel 2025: 67,94%. Valore medio RER 2025: 60,02%.

Continuità prenotativa del Sistema CUP e agende aperte

È fondamentale perseguire l'obiettivo di garantire continuità prenotativa e superare le agende chiuse come prevede la DGR n. 620/2024. L'orizzonte temporale di disponibilità prenotativa dovrà essere di almeno 24 mesi in modo dinamico rispetto alle richieste, affinché non si verifichino situazioni in cui tutta l'offerta, sia per i primi accessi sia per i controlli, sia saturata. In caso di temporanea indisponibilità per saturazione delle agende occorre attivare la Prelista ove registrare i pazienti che devono poi essere richiamati entro i tempi previsti dalla sopracitata delibera.

- Agende di prenotazione o prelista disponibili per la prenotazione, in qualunque momento, per ciascuna prestazione e per bacino di riferimento territoriale. Target: almeno una agenda disponibile.

Durante il 2025, in ottemperanza alla DGR 620/2024, sono state generate le agende di prenotazione per 24 mesi continuativamente e per tutte le discipline presenti in azienda. In aggiunta a tale misura organizzativa, in alcuni ambiti particolarmente critici o dal punto di vista dei tempi di attesa oppure per una offerta non sufficientemente capiente o per l'attivazione del percorso di presa in carico specialistica (con programmazione diretta delle visite di controllo) sono state anche attivate le PIC (presa in carico) tramite l'applicativo ISES, che permettono di gestire direttamente la prenotazione dei pazienti senza che l'onere di

tale attività ricada sui pazienti stessi. Di seguito si elencano le prestazioni per le quali sono state attivate le PIC: Visita dermatologica, visita ginecologica, visita fisiatrica (per accesso con priorità B), ecografia transvaginale, isteroscopia, visita diabetologica, visita antalgica (per accesso con priorità B), visita nefrologica (per accesso con priorità B), colonscopia, EGDS, visita geriatrica, visita angiologica, visita reumatologica (con accesso 0).

Libera professione

Al fine di monitorare la libera professione intramoenia e la completezza della banca dati derivante dal flusso della Specialistica Ambulatoriale, dal 1° luglio 2025 è obbligatoria la compilazione del campo riguardante l'importo lordo anche per i dati di libera professione intramoenia.

- Completezza della banca dati ASA per la parte riguardante la libera professione intramoenia. Target: Coerenza con i dati dei conti economici delle aziende sanitarie.

Sulla banca dati ASA è presente il campo riguardante l'importo lordo e viene compilato correttamente sulla base degli importi registrati sul sistema di prenotazione CupwebALP che è l'unico che viene utilizzato in azienda e che contiene le informazioni sugli importi lordi delle tariffe.

OBIETTIVO 2.10. Salute mentale – Nuovo Sistema di Garanzia

I ricoveri ripetuti forniscono informazioni sull'efficacia e appropriatezza delle cure ricevute dagli utenti e sul collegamento tra strutture ospedaliere e territorio.

La quota di re-ricoveri dovrebbe essere meno rilevante in situazioni dove vi sia stata una buona dimissione del paziente dal ricovero ospedaliero e dove il paziente sia stato correttamente preso in carico dal territorio. L'indicatore di seguito rappresenta una valutazione inserita nel nuovo sistema di garanzia dei LEA (NSG).

Risultati 2025

Indicatore e target:

- **(D27C)** % di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche – NSG.
Target: $\leq 6,9\%$.

L'AUSL di Imola rileva nel 2025 un valore pari a 8,61% vs 9,16% del 2024 e 7,17% del 2023. Il valore regionale medio anno 2025 risulta pari a 6,24%.

Il trend è in miglioramento, anche se non ancora allineato alla media regionale.

OBIETTIVO 2.11: Riorganizzazione residenzialità Salute mentale e dipendenze

I trattamenti in strutture residenziali rappresentano una componente essenziale dell'intervento assistenziale nei confronti delle persone che sono in cura presso i Servizi del Dipartimento di Salute mentale e Dipendenze patologiche, oltre ad essere un importante veicolo di spesa. Rispetto a questa rilevante e importante offerta si è posto l'esigenza di porre l'attenzione sull'efficacia degli inserimenti residenziali, spesso non del tutto idonei al perseguimento della recovery personale e sociale dell'assistito.

Per realizzare gli obiettivi di emancipazione ed autonomizzazione, nella fase residenziale occorre pertanto porre attenzione non solo ai bisogni di cura e riabilitazione, ma anche a quelli abitativi, lavorativi e di socialità all'interno della comunità di appartenenza.

Le strategie e gli interventi da attuare sono state dettagliatamente indicate nel documento "Linee programmatiche sulla residenzialità dei Servizi di Salute mentale adulti, Dipendenze patologiche e Neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza della Regione Emilia-Romagna" (DGR 1322/2024).

Si ritiene, pertanto, necessario, innovare l'attuale approccio alla residenzialità, ripensandola complessivamente in un'ottica di **salute mentale di comunità**, incrementando esperienze innovative che favoriscano una sempre maggiore inclusione sociale, coinvolgendo maggiormente la comunità ed il territorio, gli Enti locali, gli Enti del Terzo settore, le persone stesse e le loro famiglie.

In quest'ottica, gli istituti giuridico amministrativi della co-programmazione e co-progettazione possono rivestire un ruolo strategico nel rendere realizzabili gli obiettivi di coinvolgimento partecipato e responsabilizzazione di tutti gli attori, istituzionali e non, e di attivazione comunitaria che rappresentano l'elemento basilare e necessario a sostenere il passaggio dall'approccio prestazionale a quello fondato sulla valutazione personalizzata delle risorse e dei bisogni che caratterizza i percorsi di cura e riabilitazione orientati alla recovery. È un percorso di rilevante impatto sui Servizi, ma che chiede gradualità nel raggiungimento degli obiettivi, a cominciare dal rispetto dei tempi di permanenza in strutture residenziali che sottendono anche all'individuazione di servizi innovativi socio-sanitari e di comunità.

L'obiettivo è di rendere più efficiente ed efficace l'utilizzo del sistema di cura delle strutture residenziali per la Salute mentale adulti, Dipendenze patologiche e Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza, sia dei Servizi pubblici sia dei Servizi privati.

Risultati 2025

Indicatori e target

- (**IND1115**) Indicatore composito: tempi di permanenza in Strutture residenziali DSM-DP. Target: =100 punti.

L'AUSL di Imola registra un punteggio pari a 82. Il punteggio medio regionale è di 58.

- (**IND1106**) Residenze a trattamento intensivo (RTI): % inserimenti con durata del trattamento superiore a 90 giorni. Target: ≤ 10%.

L'Azienda mostra, nel 2025, un valore pari a 5,88 vs 7,32% del 2024. Il valore medio regionale risulta del 7,51%.

- (**IND1110**) Residenze a trattamento riabilitativo (RTR-E): % inserimenti con durata del trattamento superiore a 30 mesi. Target: ≤ 15%.

L'AUSL di Imola rileva un valore pari a 6,41% vs 28,13% del 2024. Il valore medio regionale è di 16,26%.

- (**IND1107**) Residenze riabilitative pedagogiche: % inserimenti con durata del trattamento superiore a 30 mesi. Target: ≤ 10%.

L'AUSL di Imola mostra nel 2025 un valore pari a zero (11,11% nel 2024). Il valore medio regionale è di 6,91%.

- (**IND1108**) Residenze riabilitative terapeutiche: % inserimenti con durata del trattamento superiore a 18 mesi. Target: ≤ 15%.

Nel 2025 l'Azienda mostra un valore pari a 16,67% vs 26,47%. Il valore medio regionale è di 8,13%.

- Corretta valorizzazione dei trattamenti residenziali e semiresidenziali sanitari e socio-sanitari nella cartella CURE. Target: 100% dei percorsi residenziali e semiresidenziali valorizzati in cartella CURE.

I trattamenti residenziali registrati in CURE sono allineati con il dato amministrativo del Controllo gestione.

- Formalizzazione di una Cabina di regia residenzialità-abitare per il monitoraggio e valutazione dei programmi residenziali dei Servizi del DSM-DP. Target: Ogni AUSL deve formalizzare, attraverso uno specifico atto, la composizione della Cabina di regia residenzialità-abitare.

In riferimento all'attività di rivalutazione dei percorsi residenziali, nel corso del 2024, nell'ambito della Psichiatria Adulti, per le persone inserite nelle Residenze sanitarie e Socio-Sanitarie, pur con percorsi diversificati come modalità di inserimento (diretto da parte del CSM nelle Sanitarie e tramite UVM nelle Socio-Sanitarie) sono state mantenute le medesime modalità di valutazione e verifica delle Residenze sociosanitarie: la costruzione condivisa tra tutti i soggetti coinvolti di Progetti Terapeutico Riabilitativi Individuali (PTRI).

A tal fine è presente, all'interno della Psichiatria Adulti, una equipe, denominata "Equipe Residenze" costituita nel 2025, da una psichiatra, direttrice UOC Psichiatria Adulti, da uno psichiatra con contratto Calabria, neoassunto di ruolo da novembre u.s. e da un infermiere (in attesa della sostituzione del secondo operatore del comparto). La "Equipe Residenze" svolge una funzione di presa in cura diretta o di consulenza, per gli utenti inseriti nelle Residenze sociosanitarie, e di collegamento e collaborazione con le equipe delle Residenze Sanitarie Accreditate che dispongono di uno psichiatra dipendente dalla cooperativa.

Tale metodologia, co progettata e co costruita con il Terzo Settore fin dai percorsi di superamento degli Ospedali Psichiatrici, prevede la presenza di PTRI scritti, firmati da tutti gli operatori coinvolti e dall'utente insieme alla famiglia o alle persone significative. Tali PTRI, rinnovati ogni anno, vengono verificati almeno ogni quattro mesi. Anche in riferimento alla Neuropsichiatria infantile e adolescenza è stato garantito il percorso di rivalutazione, in tutti i casi con più incontri annuali.

Durante il 2025 si è attuato il percorso di riprogettazione della Residenza per Trattamenti Estensivi con modulo intensivo di 12 posti su 14 complessivi, della Residenza Franco Basaglia.

Per quanto riguarda la Formalizzazione della Cabina di Regia delle residenzialità-abitare sono stati individuati i nominativi dei referenti per ogni UOC del Dipartimento e saranno comunicati alla Direzione aziendale, in attesa di formalizzazione.

Sviluppo servizi DSM-DP nelle Case della comunità

Lo schema dei Servizi previsti da standard nelle Case della Comunità prevede che i Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza siano "raccomandati" sia per la CdC Hub sia per la CdC Spoke, rimandando a provvedimenti successivi la parte operativa. Nella Conferenza Stato-Regioni con l'Intesa del 21 dicembre 2022 sono stati approvati gli "Standard per l'assistenza territoriale dei Servizi Salute mentale adulti, Dipendenze patologiche, Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e Salute nelle carceri", firmato dal Ministro della Salute il 9 gennaio 2023 e dal Ministro dell'Economia e delle Finanze il 24 gennaio 2023.

Considerando l'impatto della psicopatologia, sia per i servizi per minori sia per adulti, l'obiettivo del nuovo DM è di "garantire, l'integrazione di tali servizi nel modello territoriale e distrettuale così come definito dal

DM 77/2022, al fine di migliorare la qualità e l'appropriatezza dell'assistenza", con standard da raggiungere entro il 2026, cioè l'arco temporale di attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

È necessario che le Aziende USL sperimentino modelli di integrazione dei Servizi dei DSM-DP e della Psicologia nelle Case della comunità.

Risultati 2025

Indicatori e target

- Sviluppo di percorsi integrati tra DSM-DP e Cure Primarie per la definizione di interventi appropriati in termini di intensità e continuità assistenziale (stepped care ascendente e discendente) all'interno delle Case della Comunità. Target: Evidenza della sperimentazione di almeno un percorso per ogni DSMDP che coinvolga i Servizi di Salute mentale, Dipendenze patologiche, NPPIA e Psicologia.

La Psicologia di Comunità afferente al Dipartimento della Continuità e delle Cure Primarie opera nelle Case della Comunità di CSPT e dal 2025 anche di Imola ed accede a CURE per i pazienti da lei seguiti ed in carico anche al Dipartimento. Nel 2025 è stata revisionata e pubblicata la Procedura dell'UOC PA Nr. 4615 che definisce le modalità di accesso nelle diverse Case della Comunità e assicura la collaborazione e la continuità terapeutica con il MMG attraverso una refertazione adeguata. Inoltre, sempre nel 2025 è stata pubblicata l'I.O. della Direzione Sanitaria Nr. 7427 per l'attivazione di consulenza psichiatrica su invio dei MMG.

Al Tavolo Adolescenza distrettuale partecipano dal 2025 anche un rappresentante dei MMG e uno dei PLS del territorio. Dal 2024 è stato attivato un gruppo interistituzionale per i "Patti digitali" che comprende oltre a CSM e NPPIA anche Consultorio Familiare, Igiene Pubblica, Pediatria ospedaliera, PLS come servizi sanitari; inoltre sono presenti anche rappresentanti degli Istituti scolastici ed educativi, del Circondario Imolese, di ASP e del Comune di Imola.

OBIETTIVO 2.12: Infettivologia

Successivamente alla pandemia da Covid19, si è assistito a una riduzione degli esami infettivologici dei Servizi per le dipendenze. È necessario riattivare e potenziare l'attività di screening. La realizzazione degli screening infettivologici agli utenti con Progetto di cura e uso di sostanze psicotrope come definito dalla Circolare 11/2011 costituisce un obiettivo da raggiungere in collaborazione con il Dipartimento di Sanità pubblica.

Risultati 2025

Indicatori e target

- **(IND1123)** Indicatore composito: % di assistiti con progetto e con esami infettivologici. Target: $\geq 60\%$.

L'AUSL di Imola registra un valore, nel 2025, pari a 23,54%. Il valore medio regionale risulta del 35,62%.

- **(IND1120)** % assistiti con esame annuale di screening HIV o rifiuto dell'esame. Target: $\geq 60\%$.

Nel 2025 l'Azienda mostra un valore in incremento pari a 28,57% vs 3,62% nel 2024. Il valore medio regionale è di 38,18%.

- **(IND1121)** % assistiti con esame annuale di screening HCV o rifiuto dell'esame. Target: $\geq 60\%$.

Nel 2025 il valore aziendale mostra un decremento rispetto all'anno precedente: 2025 40,60% vs 59,63% nel 2024. Il valore medio regionale è di 33,68%.

- (**IND1122**) % assistiti con esame annuale di screening HBV o rifiuto dell'esame. Target: $\geq 60\%$.

Nel 2025 si rileva un valore altamente fuori target pari a 1,46% vs 3,42% nel 2024. Il valore medio regionale è di 35%.

Nel corso del 2025 non è stato possibile migliorare significativamente gli indici rilevati (se non quello relativo allo screening HIV) sia per un ritardo nell'acquisto della strumentazione necessaria per effettuare gli screening che per una difficoltà nella corretta registrazione su CURE dei dati di screening acquisiti.

Si ritiene nel corso dell'anno 2026 fondamentale il monitoraggio più stretto su tali obiettivi per poter garantire sia un miglioramento del dato che una corretta registrazione sulle cartelle dei pazienti.

OBIETTIVO 2.14: Servizi sociosanitari per la non autosufficienza

La programmazione del FRNA viene approvata dalla Giunta Regionale con separato atto deliberativo.

A livello locale la programmazione e gestione del FRNA avviene in modo integrato con le risorse del Fondo per le non autosufficienze (FNA) e gli altri fondi nazionali, garantendo le rendicontazioni sugli utilizzi delle risorse e sui beneficiari degli interventi. Per le persone con disabilità, in collaborazione con gli Enti Locali, occorre assicurare a livello distrettuale la programmazione del Fondo per il Dopo di Noi di cui alla Legge 112/16 e più in generale il governo della rete dei servizi sociosanitari dedicati alle persone con disabilità ponendo particolare attenzione all'analisi delle modifiche di processo di lavoro e organizzative conseguenti alla riforma sulla disabilità come da Decreto legislativo 62/2024 e conseguenti atti ministeriali.

Occorre, inoltre, assicurare in collaborazione con gli Enti Locali gli interventi previsti a sostegno della domiciliarità dal **Piano nazionale per le non autosufficienze (PNNA)**, nonché la rendicontazione delle risorse attraverso il sistema SIOSS.

In riferimento ai **punti unici di accesso (PUA)** presso le Case della comunità è necessario raggiungere la piena operatività nel 2025 in piena coerenza con le "Linee guida per la progettazione e l'implementazione dei punti unici di accesso (PUA) e la definizione degli accordi di programma in materia di integrazione socio-sanitaria per persone con non autosufficienza o disabilità" approvate con DGR 2161/2023.

L'Azienda partecipa alla programmazione territoriale integrata per il riconoscimento e il **sostegno al caregiver familiare** (LR 2/2014) nel sistema dei Servizi sociali, socio-sanitari e sanitari e per l'utilizzo delle risorse del "Fondo nazionale per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare", promuovendo un'omogenea applicazione delle indicazioni operative e un'attenzione particolare all'individuazione di soluzioni innovative, flessibili e personalizzate, favorendo l'utilizzo delle schede e degli strumenti diffusi con determinazione n. 15465/2020. Viene inoltre garantita la relativa rendicontazione sull'utilizzo del fondo nazionale caregiver, in collaborazione con gli Enti locali.

L'Azienda è chiamata a dare piena applicazione a quanto previsto dal **Piano regionale Demenze** (DGR 990/16) ed alla realizzazione ed implementazione dei PDPA demenze a livello provinciale, garantendo un percorso di presa in carico integrata e corretta gestione dei BPSD (disturbi psicologici e comportamentali associati alle demenze, spesso causa di precoce istituzionalizzazione e/o ospedalizzazione) e la promozione

all'adozione della scheda CDR (Clinical Dementia Rating) per valutare le gravi e gravissime demenze (stadi 4 e 5) oggetto di finanziamento da parte del FNA (Fondo Nazionale Non Autosufficienza).

Inoltre, viene garantito il monitoraggio dell'indicatore previsto nell'ambito del Nuovo Sistema di Garanzia, che fornisce informazioni sull'offerta di strutture residenziali/semiresidenziali extraospedaliere in relazione al fabbisogno potenziale.

Risultati 2025

Indicatori di funzionamento delle attività socio-sanitarie

Indicatori e target

Programmazione e gestione unitaria in collaborazione con gli Enti Locali delle risorse FRNA

- Rendicontazione in collaborazione con gli UDP per adempimento debiti informativi regionali (monitoraggio in applicazione alla LR 27 dicembre 2022, n.23 - articolo 25 "Monitoraggio non autosufficienza"). Target: 100%

In collaborazione con l'Ufficio di Piano (UDP), anche nel 2025 si è provveduto al monitoraggio e alla rendicontazione delle risorse per la non autosufficienza previsti a livello regionale ai sensi della LR 23/22.

Programmazione e rendicontazione risorse FNA e fondo "Dopo di Noi"

- Rendicontazione in collaborazione con gli UDP sugli utilizzi delle risorse e sui beneficiari degli interventi FNA: adempimento debiti informativi sistema SIOSS. Target: 100%.
- Rendicontazione in collaborazione con gli UDP sugli utilizzi delle risorse e sui beneficiari degli interventi fondo "Dopo di Noi": adempimento debiti informativi sistema SIOSS. Target: 100%.

In continuità agli anni precedenti, anche nel 2025, l'Azienda ha garantito regolarmente le rendicontazioni, in collaborazione con l'Ufficio di Piano nel Nuovo Circondario Imolese, sugli utilizzi delle risorse e sui beneficiari degli interventi FNA e fondo "Dopo di Noi", nel rispetto degli adempimenti relativi ai debiti informativi su sistema SIOSS.

Per un maggior dettaglio in relazione alla programmazione e alle rendicontazioni nell'ambito della gestione del FRNA, FNA e altri fondi nazionali, si rimanda anche al Capitolo della presente Relazione 5.4 "Gestione dei servizi socio-assistenziali e del Fondo per la non autosufficienza".

Riconoscimento e sostegno al Caregiver familiare

- Evidenza di utilizzo della scheda "Riconoscimento del caregiver familiare" (in applicazione della procedura definita all'interno degli accordi di programma) e della "Sezione Caregiver" con valutazione dei bisogni all'interno dei progetti personalizzati che prevedono servizi/interventi finanziati dai fondi caregiver. Target: 100% dei progetti attivati/aggiornati nell'anno.

Dal 2023 è stata adottata una procedura operativa integrata con ASP relativa al riconoscimento del caregiver (Procedura in doc web AUSL di Imola - Riconoscimento del Caregiver doc. Nr. 7089 - versione 1 del 10/01/2024) che prevede l'adozione degli strumenti di riconoscimento del caregiver familiare con valutazione dei bisogni all'interno dei PAI degli interventi finanziati dai fondi caregiver nel 100% dei progetti attivati. Si è provveduto a trasmettere in Regione i dati relativi alla Rilevazione Clausola valutativa Art.7 bis Legge regionale 28 marzo 2014, N.2 "Norme per il riconoscimento ed il sostegno del caregiver familiare".

Attivazione e consolidamento del punto unico di accesso PUA nelle case della comunità

- Apertura del servizio con presenza sia dei professionisti sociali, sia degli operatori delle professioni sanitarie e individuazione, all'interno della struttura, spazio di uno spazio di operatività per i professionisti sanitari e sociali. Target: 100% delle case della comunità hub e spoke realizzate con finanziamenti PNRR.

Con l'apertura del PUA presso la Casa della Comunità di Imola a fine 2024, nel 2025 hanno funzionato regolarmente tutti e 4 i PUA programmati nelle quattro case di Comunità del territorio aziendale di Imola: Castel San Pietro, Vallata e Medicina, dove operano gli Assistenti Sociali di ASP e il personale infermieristico di AUSL. Nel complesso gli utenti che si sono rivolti ai 4 PUA nel 2025 sono stati 1.529.

Analisi dei processi di lavoro per individuare le modifiche organizzative necessarie a garantire la funzionalità delle UVM di cui al D.lgs. 62/2024

- Invio alla Regione dei dati che verranno richiesti secondo un format predefinito, nel rispetto dei tempi stabiliti. Target: partecipazione alla rilevazione e agli approfondimenti previsti.

Nel 2025 sono stati effettuati incontri sia con la Regione, sia nell'ambito dell'Ufficio di supporto della CTSS in merito alla futura applicazione del D.lgs.62/2024 la cui sperimentazione da marzo 2026 è stata estesa dal Ministero della disabilità anche al territorio provinciale di Bologna.

Nel 2025 in collaborazione con ASP sono stati inoltre ricevuti e avviati 4 progetti di Vita presentati da cittadini ai sensi dell'articolo 14 della Legge 328/00.

Monitoraggio indicatore da Nuovo Sistema di Garanzia

- (**D33ZA**) N. di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente - NSG. Target: $\geq 30\%$.

Nel 2025 il valore aziendale risulta pari a 35,66% vs 36,57% del 2024 e 39,24% nel 2023. Il valore medio regionale 2025 risulta pari a 38,68%.

Adozione della scheda CDR (Clinical Dementia Rating) da parte delle aziende sanitarie per valutare le gravi e gravissime demenze (stadi 4 e 5) oggetto di finanziamento da parte del FNA (Fondo Nazionale Non Autosufficienza). Target: $\geq 30\%$.

- (IND1186) Numero di utenti con scheda CDR sul totale dei pazienti secondo la documentazione in possesso dell'Azienda. Target: $\geq 5\%$.

Il dato complessivo delle persone con demenza con scheda CDR compilata non è disponibile. Da fonte interna è disponibile il dato aziendale, richiesto e fornito alla Regione in uno specifico report annuale, che riporta il numero di persone con prima visita e diagnosi di demenza con CDR ≥ 3 , che è risultato di 18 pazienti nel 2025.

Sviluppo progetti a bassa soglia per persone con demenza e loro caregiver

- (IND1187) Sviluppo ed implementazione di progetti a bassa soglia in connessione con associazioni ed enti locali. Target: almeno 2 per azienda.

Anche nel 2025 il Centro Disturbi Cognitivi e Demenze aziendale ha collaborato con l'Associazione Alzheimer Imola per l'invio delle persone con demenza ai centri Caffè Alzheimer.

Attualmente sono attivi 5 gruppi: 3 Caffè Alzheimer a Imola (progetto "Chiacchiere al Caffè a Imola" il mercoledì pomeriggio, "Allegremente Insieme" il lunedì pomeriggio e il "Caffè degli Orti" presso il Circolo Sociale Orti il giovedì), uno a Castel S. Pietro Terme ("Quelli che aspettano il caffè") e uno a Casalfiumanese ("Il Caffè della Vallata").

Si rimanda anche a quanto riportato nel Capitolo 5, paragrafo 5.4 "Gestione dei servizi socio-assistenziali e del Fondo per la non autosufficienza".

OBIETTIVO 2.15: Telemedicina

Nel corso del 2025, la nuova piattaforma regionale di telemedicina prevista dalla programmazione del PNRR, subintervento M6 C1 I 1.2.3 "Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici", investimento 1.2 "Casa come primo luogo di cura e telemedicina", componente 1 "Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale", verrà collaudata e verranno avviati i processi di integrazione della nuova piattaforma negli applicativi aziendali.

In quest'ottica, sarà fondamentale anche avviare/rafforzare i percorsi di telemonitoraggio/telecontrollo di livello 1 impiegando i dispositivi medici funzionali allo scopo e acquistati nell'ambito dell'intervento PNRR COT Device (M6C1 I1.2.2.3). Tali dispositivi, organizzati in kit aventi la medesima composizione in termini di numero e tipologia di dispositivi, sono stati tutti consegnati e collaudati presso le Aziende Sanitarie territoriali.

Risultati 2025

Indicatore e target:

- **(IND1192)** Visite (V1+V2) in telemedicina. Target aziendale: minimo 500 prestazioni.

AUSL di Imola 0 prestazioni. In attesa della nuova piattaforma regionale acquisita con fondi PNRR in attivazione nel 2026.

- Consegna a domicilio dei dispositivi medici acquistati con fondi PNRR COT Device (M6C1 I1.2.2.3) e attivazione del servizio di telecontrollo di livello 1 sul totale dei kit assegnati. Target: 15% per le aziende territoriali.

Nel corso del 2025 sono stati assegnati 2 kit su 136 assegnati e su quelli è stato attivato il servizio di telecontrollo di livello 1. Risultato: 1,47%. Tale bassa percentuale è stata causata dalla mancata attivazione nel corso del 2025 e per tutto almeno il primo semestre 2026 del SW di Telemedicina regionale a cui i Kit dovevano integrarsi per trasmettere i dati. L'avvio di questa sperimentazione di 2 casi è stato fatto integrandosi con il SW messo a disposizione della ditta fornitrice dei Kit stessi che ha garantito un applicativo di base per il collegamento dei kit e il telecontrollo da remoto che per AUSL di Imola si è attivato solo nell'ultimo trimestre 2025 dopo l'avvio sperimentale in Regione della AUSL Romagna e AUSL di Modena (con 160 pazienti monitorati complessivi tra tutti, solo AUSL Romagna per l'80%).

9.3 ASSISTENZA OSPEDALIERA

OBIETTIVO 3.1: Emergenza ospedaliera

Principi della riorganizzazione della rete emergenza-urgenza

Con il DM 77 del 21 aprile 2022, il Ministero ha dato il via ad un nuovo modello organizzativo con una maggiore presa in carico territoriale, dando indicazioni sull'estensione degli orari di apertura delle case della comunità, formalizzando la creazione di centrali operative 116117, per le cure mediche non urgenti e per tutte le esigenze sanitarie o sociosanitarie, attive 24h al giorno.

In questo contesto, la regione Emilia-Romagna con delibera 1206/2023 recante "Linee di indirizzo alle aziende sanitarie per la riorganizzazione della rete dell'emergenza urgenza in Emilia-Romagna" ha redatto un piano di riorganizzazione della rete dell'emergenza urgenza, con l'intenzione di trasferire una quota degli accessi, potenzialmente inappropriati, verso strutture per la gestione di urgenze differibili e non urgenze, definendo la tipologia di casistica, i requisiti delle strutture e la tipologia di servizi erogati.

Le strutture identificate **Centri di Assistenza Urgenza (CAU)** di concerto con le centrali 118 e con le future centrali 116117, cooperando e comunicando a livello informativo, insieme agli altri punti di erogazione ad accesso diretto, hanno il compito di migliorare la tempestività di presa in carico dei cittadini, migliorando il tempo di attesa alle necessità più impellenti.

Risultati 2025

Indicatore e target

- **(IND1041)** Riduzione degli accessi bianchi e verdi sul totale degli accessi in Pronto Soccorso. Target: $\geq 5\%$.

L'indicatore misura i volumi di accessi potenzialmente inappropriati (bianchi e verdi che non esitano in ricovero) in strutture DEA II, DEA I, PS. La riduzione di questi accessi è uno degli effetti attesi della riorganizzazione della rete dell'emergenza urgenza in Emilia-Romagna, con il trasferimento verso strutture per la gestione di urgenze differibili e non urgenze (CAU). Se l'indicatore è positivo, significa che c'è stata una riduzione degli accessi potenzialmente inappropriati, mentre se l'indicatore è negativo, significa che non c'è stata una riduzione degli accessi potenzialmente inappropriati.

L'AUSL di Imola, nel 2025, evidenzia un valore pari a 6,43% vs 7,82% nel 2024. Il valore medio regionale 2025 si attesta a 4,91%.

A livello regionale sono proseguite le attività di monitoraggio sui tempi di attesa in Pronto Soccorso e gli incontri tra la Direzione Generale Cura della Persona e interlocutori Aziendali (Direzioni Sanitarie, RAE, DEA, ICT) per l'analisi dei dati di performance e dei flussi relativi all'ambito emergenza-urgenza.

La DGR 1129/2019 ha previsto l'adeguamento dei sistemi informativi di PS per garantire l'interoperabilità con gli applicativi gestionali ospedalieri e di emergenza territoriale 118. I sistemi informativi dovranno pertanto prevedere l'attuazione di una procedura per garantire il collegamento tra il flusso del Pronto Soccorso e quello dell'Emergenza Territoriale.

Rispetto dei tempi di attesa (SIVER)

L'AUSL di Imola, negli ultimi anni ha dato attuazione alle indicazioni regionali della DGR 1129/2019, implementando un Piano per il miglioramento dell'accesso in Emergenza-Urgenza sanitaria che ha applicato una revisione organizzativa e funzionale del Pronto Soccorso per la gestione degli accessi, oltre a dare applicazione agli indirizzi regionali al nuovo sistema per il Triage in Pronto Soccorso.

- **(IND0776)** % accessi con permanenza <6 +1 ore in PS con meno di 45.000 accessi. Valore di riferimento: >=90%

L'AUSL di Imola, nel 2025, presenta una percentuale pari a 77,45% vs 76,45% del 2024. Il valore medio regionale 2025 risulta pari 83,69%.

Interoperabilità flussi

Il livello regionale nell'ambito delle attività di monitoraggio sui tempi di attesa in Pronto Soccorso per l'analisi dei dati di performance e dei flussi relativi all'ambito emergenza-urgenza, con DGR 1129/2019 ha anche previsto l'adeguamento dei sistemi informativi di PS per garantire **l'interoperabilità con gli applicativi gestionali ospedalieri e di emergenza territoriale 118**.

I sistemi informativi dovranno pertanto prevedere l'attuazione di una procedura per garantire il collegamento tra il flusso del Pronto Soccorso e quello dell'Emergenza Territoriale.

- **(IND0920)** Link PS-118: % compilazione codice missione. Target: >= 80%.

L'Azienda dal 2022 al 2024 risultava pari a 0%. Nel 2025 il valore aziendale risulta pari a 25,81%. Il valore medio regionale 2025 è pari a 81,8%.

L'AUSL di Imola, a luglio 2024, ha avviato tramite la ditta fornitrice DEDALUS l'integrazione tra i SW del Pronto Soccorso e il SW dell'Emergenza Territoriale 118. Nel corso del 2024 è stato dato mandato alle Ditte fornitrici di programmare l'integrazione richiesta che è stata completata ed avviata a marzo 2025. I dati di missione sono stati inseriti manualmente dal personale di pronto soccorso ove disponibili recuperandoli dal documento cartaceo di missione.

OBIETTIVO 3.2: Percorso chirurgico

Il percorso del paziente sottoposto ad intervento chirurgico resta attenzionato in quanto driver principale delle produzioni ospedaliere. A seguito dell'emergenza pandemica, sono state messe in atto misure per favorire il recupero delle liste di attesa per intervento chirurgico con una prioritizzazione sulla base dell'appropriatezza prescrittiva e organizzativa, con l'obiettivo di ridurre la variabilità di comportamento tra le diverse Aziende sanitarie.

Per quanto riguarda l'utilizzo della chirurgia robotica, che presenta una significativa variabilità sul territorio regionale, si ritiene essenziale a livello regionale avviare un sistema di monitoraggio che, oltre all'analisi dei costi e degli esiti, assicuri volumi minimi di attività su queste piattaforme, valorizzato in minimo 350 interventi annui per ogni attrezzatura.

In considerazione della DGR 639/2025, contenente le linee di indirizzo sulla chirurgia robotica, e della necessità di garantire un numero minimo di interventi per ogni apparecchiatura, si richiede di contenere l'incremento della spesa per i dispositivi consumabili. Considerando anche gli esiti della gara regionale per

l'acquisizione delle relative tecnologie, nel 2025 tale spesa non deve superare un aumento massimo del 6% a livello regionale. Questo obiettivo sarà modulato per ciascuna azienda sanitaria in base ai volumi di attività e agli effetti locali derivanti dall'applicazione del nuovo listino prezzi.

Risultati 2025

Indicatori e target:

- (**IND1164**) % interventi chirurgici con tecnica robotica (RAS) autorizzati da RER (vedi elenco in Delibera dedicata) sul totale di quelli eseguiti in RAS. Target: > 80%.

L'AUSL di Imola nel 2025 registra un valore pari a 68,87%. Il valore medio regionale 2025 risulta di 75,11%.

La programmazione di utilizzo della chirurgia robotica costituisce un ambito di particolare monitoraggio, progressivo e partecipato, sotto il profilo clinico e di sostenibilità economica.

Il volume degli interventi realizzati dall'AUSL di Imola nel 2025 è stato pari a n. 518 con un incremento di n. 52 interventi rispetto al 2024.

La tabella sottostante riepiloga i volumi per disciplina e le variazioni, nonché il numero di interventi di pertinenza dell'IRCSS-Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna con il quale l'Azienda condivide il progetto di sviluppo della piattaforma robotica:

Volumi interventi con tecnica robotica (RAS)	2025	2024
Urologia	167	128
Chirurgia Generale	142	136
Ginecologia	116	105
sub totale AUSL Imola	425	369
IRCSS-AOSP BO (urologia e ginecologia)	93	97
TOTALE n.ro INTERVENTI	518	466

OBIETTIVO 3.3: Tempi di attesa

Durante il 2025 la Regione ha mantenuto il monitoraggio dell'indicatore apposito di recupero dell'attività oltre tempo massimo. Il recupero di gran parte della casistica a livello regionale ha contribuito ad un livello di performance di erogato entro i tempi ancora sotto i livelli ottimali.

Sulla base di quanto previsto dalla DGR 272/2017 e dalla DGR 603/2019 (recante il nuovo PRGLA 2019-2021) a tutela della sicurezza dei pazienti e degli operatori rispetto al rischio epidemico, rimangono sempre garantiti:

- il rispetto dei criteri di priorità per l'accesso, secondo modalità coerenti con le indicazioni regionali (circolare 7/2017, nota PG 2017/0720985 del 16/11/2017);
- il controllo sulle relazioni fra attività libero-professionale ed attività istituzionale;
- la gestione informatizzata delle agende di prenotazione e la loro manutenzione;
- la finalizzazione delle risorse, compresa la committenza verso le strutture private accreditate;
- una adeguata informazione ai pazienti e ai cittadini.

Nel 2024 le Aziende hanno raggiunto buone performance di recupero della casistica pregressa, ed anche per il 2025 viene dato mandato di perseguire, all'interno della pianificazione aziendale, un miglioramento rispetto

alla performance 2024, con riferimento alle prestazioni erogate entro i tempi per gli interventi oggetto di monitoraggio. In riferimento alla casistica oltre tempo massimo, è previsto che le Aziende recuperino l'80% della casistica, adottando specifici programmi aziendali finalizzati al pieno raggiungimento dell'obiettivo.

Si deve altresì garantire la corretta e completa alimentazione del flusso informativo del Sistema Integrato per la Gestione delle Liste di Attesa - SIGLA, strumento attraverso il quale la Regione monitora i tempi di attesa delle prestazioni di ricovero programmato in modo prospettico e provvede a valutare la completezza del flusso SIGLA mediante linkage con il flusso SDO. Si conferma che il raggiungimento del target sull'indicatore di completezza SIGLA/SDO concorreranno per ogni Azienda committente le posizioni inserite anche dalle strutture private accreditate.

Si dovrà assicurare anche l'analisi dell'appropriatezza e la conseguente omogeneizzazione organizzativa e clinica dei percorsi di valutazione pre-operatoria e di gestione peri operatoria del paziente, al fine di conseguire l'unificazione dell'organizzazione del percorso.

Risultati 2025

Nella tabella che segue si riportano gli esiti degli indicatori, monitorati su SIVER, riguardanti i tempi di attesa retrospettivi.

Indicatori e target:

Indicatore SIVER	Target	2022	2023	2024	2025	2025 RER
(IND1015) Tempi di attesa retrospettivi per interventi oncologici monitorati PNGLA: % casi entro i tempi di classe di priorità	>= 90%	90,91%	84,51%	87,10%	87,12%	81,74%
(IND1016) Tempi di attesa retrospettivi per protesi d'anca : % casi entro i tempi di classe di priorità	>= 85%	26,15%	81,54%	96,20%	90,16%	82,15%
(IND1017) Tempi di attesa retrospettivi per interventi cardiovascolari monitorati PNGLA: % casi entro i tempi di classe di priorità	>= 90%	97,81%	99,34%	98,85%	99,45%	85,36%
(IND1018) Tempi di attesa retrospettivi per interventi di chirurgia generale monitorati PNGLA: % casi entro i tempi di classe di priorità	>= 75%	37,48%	86,05%	94,42%	87,80%	58,03%
(IND0980) Tempi di attesa retrospettivi per tutti gli interventi monitorati PNGLA: % casi entro i tempi di classe di priorità	>= 80%	50,77%	88,07%	93,97%	90,95%	75,56%
(IND0982) Indice di completezza SIGLA / SDO per tutti gli interventi chirurgici programmati	>= 90%	-	83,18%	86,52%	91,56%	90,27%
(IND0984) Recupero degli interventi chirurgici scaduti entro il 31/12 dell'anno precedente	>= 80%	-	97,83%	86,13%	76,67%	68,67%
(IND0985) Variazione % dell'arruolamento in lista nell'anno in corso	<= 1%	-	-6,81%	6,18%	1,05%	2,49%

L'andamento riportato in tabella mostra che in gran parte gli indicatori soddisfano gli standard attesi, con valori solo in alcuni casi in decremento rispetto al 2024, ma generalmente superiori al valore medio regionale. Si configurano ambiti di miglioramento nei tempi di attesa per gli interventi oncologici e nel recupero degli scaduti dell'anno precedente.

In riferimento alla corretta e completa alimentazione del flusso informativo del Sistema Integrato per la Gestione delle Liste di Attesa - SIGLA, strumento attraverso il quale la Regione monitora i tempi di attesa delle prestazioni di ricovero programmato in modo prospettico, si riporta l'indicatore specifico:

- **(IND0982)** Indice di completezza SIGLA / SDO per tutti gli interventi chirurgici programmati. Target: $\geq 80\%$.

Nel 2025 l'Azienda mostra un indice pari a 91,56% vs 86,52% del 2024 e 83,18% nel 2023. Il valore medio regionale 2025 risulta pari al 90,27%.

OBIETTIVO 3.5: Indicatori DM 70/2015: volumi-esiti

In attuazione degli standard relativi all'assistenza ospedaliera, previsti dal DM 70/2015 e dalla DGR 2040/2015, nel rispetto dei valori soglia di tutti gli indicatori sui volumi ed esiti indicati si richiede la concentrazione degli interventi previsti. Il monitoraggio dell'attività viene effettuato da parte regionale tramite i dati presenti nelle banche dati disponibili.

In particolare, si richiede il superamento delle sedi chirurgiche con volumi di attività annuali per colecistectomia inferiore ai 100 casi e per fratture di femore inferiori ai 75 interventi/anno.

Risultati 2025

Indicatori e target:

Gli indicatori che seguono calcolano il rapporto tra interventi in unità operative che effettuano un numero di interventi non inferiore alla soglia sul numero di interventi complessivamente effettuati.

- **(IND0379)** Colecistectomia laparoscopica: % di interventi in reparti sopra soglia (100). Target: $\geq 95\%$.

Nel 2025, l'AUSL di Imola registra un valore pari a 98,88% vs 98,26% del 2024 e 99,48% del 2023. Il valore medio regionale 2025 risulta pari a 82,53%.

- **(IND770)** Frattura di femore: % di interventi in reparti sopra soglia (75). Target: $\geq 95\%$.

L'AUSL di Imola registra un valore 2025 pari a 98,49% vs 98,72% del 2024 e 100% del 2023. Il valore medio regionale 2025 risulta pari a 90,98%.

Appropriatezza delle cure: **indicatori del Nuovo Sistema di garanzia** per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria

Nell'ambito della verifica dei LEA, il DM 12 marzo 2019 – "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" ha identificato per l'analisi dell'Assistenza Ospedaliera un set di indicatori cosiddetti "Core", che risultano determinanti per la valutazione complessiva a livello nazionale dell'area stessa e che recentemente sono stati rivisti e ampliati dal Comitato LEA.

Gli stessi indicatori, riportati nella tabella che segue, sono previsti nell'ambito del PIAO e monitorati su Piattaforma regionale SIVER "DGR programmazione e finanziamento - Edizione 2026".

NSG - Indicatori "CORE" Area Assistenza Ospedaliera	Target	2022	2023	2024	2025	RER 2025
H04Z Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario - NSG	< 0,15	0,18	0,18	0,16	0,15	0,16
H05Z Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni - NSG	$\geq 90\%$	89,29%	92,00%	90,70%	90,83%	86,39%
IND1013 % di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in regime ordinario	$\geq 80\%$	63,33%	52,41%	81,59%	85,06%	72,29%
H17C % di parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno - NSG	$\leq 15\%$	16,85%	12,85%	14,97%	15,88%	14,20%
H23C Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico - NSG	$\leq 7,25$	5,45	6,47	17,09	12,39	9,34

Come mostra la tabella, nel 2025 si registra un miglioramento dell'esito dell'indicatore sul "rapporto tra ricoveri a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri a DGR non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario", con conseguente rispetto del target regionale atteso (0,15 vs 0,16 del 2024 e 0,18 del 2023).

L'indicatore sulla percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in regime ordinario, rispettando in pieno il target regionale, risulta in ulteriore miglioramento e superiore alla media regionale. Si conferma la tendenza nel pieno rispetto del target per quanto riguarda la proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni.

Si rileva, invece, un incremento del valore percentuale di parti cesarei primari aumentato già nel 2024 e che nel 2025 risulta non rientrare nel target regionale. Per quanto riguarda l'indicatore sulla Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico, era stato rilevato nel 2024 un valore in aumento rispetto agli anni precedenti; nel 2025 il valore risulta in miglioramento.

Il monitoraggio (SIVER) degli indicatori previsti dalla DGR 972/2025, in riferimento al NSG riporta:

- **(D01C)** Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (MACCE) entro 12 mesi da un episodio di IMA - NSG. Target: $\leq 14,55$.

L'AUSL di Imola, nel 2025, mostra un valore pari a 16,8 vs 14,02 del 2024 e 18,03 del 2023. Il valore medio regionale 2025 è pari a 16,86.

- **(D02C)** Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ICTUS ISCHEMICO - NSG. Target: $\leq 14,05$.

L'AUSL di Imola, nel 2025, mostra un valore pari a 7,69 in netto miglioramento rispetto al 14,07 del 2024 e 18,45 del 2023. Il valore medio regionale 2025 è pari a 15.

OBIETTIVO 3.6: Reti cliniche di rilievo regionale

Sono obiettivi regionali per l'anno 2025:

- il proseguimento delle attività per la predisposizione di documenti relativi alle proposte di rete negli specifici ambiti;
- il monitoraggio degli assetti di rete definiti;
- la definizione di nuove proposte di organizzazione di rete negli specifici ambiti.

È obiettivo per le Aziende Sanitarie la garanzia della partecipazione fattiva e del supporto dei propri professionisti agli organismi sopra indicati, avuto riferimento ai ruoli formalmente attribuiti e ai mandati conferiti dai provvedimenti regionali di costituzione.

In base al monitoraggio disponibile su SIVER (DGR monitoraggio e finanziamento – Edizione 2026) si riportano alcuni degli indicatori nell'ambito delle "Reti Cliniche di rilievo regionale".

Appropriatezza delle cure: indicatori del Nuovo Sistema di garanzia per il monitoraggio e la valutazione dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici-Assistenziali (PDTA)

Il PDTA è una "sequenza predefinita, articolata e coordinata di prestazioni erogate a livello ambulatoriale e/o di ricovero e/o territoriale, che prevede la partecipazione integrata di diversi professionisti al fine di realizzare

la diagnosi e la terapia più adeguate ad una specifica situazione patologica o l'assistenza sanitaria necessaria in particolari condizioni della vita.

Nell'ambito del Nuovo Sistema di garanzia (NSG) vengono monitorati anche gli indicatori di PDTA per lo scompenso cardiaco, secondo linee guida che permettono di osservare i comportamenti professionali nella pratica clinico-assistenziale, pur nei limiti della complessità dei trattamenti e dell'aggiornamento continuo delle raccomandazioni scientifiche.

Risultati 2025

Indicatori e target:

- **(PDTA03A)** % di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco che aderiscono al trattamento farmacologico con ACE inibitori o sartani – NSG. Target: $\geq 65\%$.

L'AUSL di Imola rileva un valore 2025 pari al 55,56% vs 55,21% nel 2024. Il valore medio regionale 2025 è pari a 57,39%.

- **(PDTA03B)** % di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco che aderiscono al trattamento farmacologico con beta-bloccanti – NSG. Target: $\geq 75\%$.

L'AUSL di Imola mostra, nel 2025, un valore pari a 63,83% vs 69,32% nel 2024. Il valore medio regionale 2025 è pari a 68,76%.

- **(PDTA04)** % di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco con un adeguato numero di ecocardiogrammi – NSG. Target: $\geq 25\%$.

L'Azienda registra, nel 2025, un valore pari a 23,56% vs 23,85% nel 2024. Il valore medio regionale 2025 è pari a 22,66%.

- **(PDTA01)** % di pazienti con diagnosi BPCO che aderiscono al trattamento farmacologico con broncodilatatori a lunga durata d'azione – NSG. Target: $\geq 45\%$.

L'Azienda registra, nel 2025, un valore pari a 29,63% vs 34,88% nel 2024. Il valore medio regionale 2025 è pari a 33,22%.

Obiettivo 3.6.3 Rete dei Centri Senologia

Nel 2025 prosegue il monitoraggio dell'attività della Rete regionale dei Centri di Senologia dell'Emilia-Romagna, finalizzata all'erogazione di un'assistenza di qualità lungo tutto il percorso diagnostico-terapeutico assistenziale (DGR 345/2018). Il volume di casi di tumore maligno della mammella trattati per anno superiore a 150 (con 10% tolleranza) interventi e la proporzione di re-intervento entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo fanno parte del sistema core degli indicatori di valutazione del Nuovo Sistema di Garanzia. L'Azienda ha proseguito nel monitoraggio, garantendo che l'indicazione chirurgica sia posta a seguito di valutazione multidisciplinare e assicurando il monitoraggio dei livelli di assistenza richiesti, in primis l'adeguato volume di attività e la proporzione di re-interventi.

Con DGR 14 del 08/01/2024 "Percorso per la sorveglianza a lungo termine della donna con pregresso tumore della mammella - Indicazioni regionali" si è proceduto a definire il rientro nel percorso sistematico dello screening per le donne in età da screening, dopo dieci anni dall'intervento chirurgico per tumore della mammella.

Risultati 2025

L'Azienda ha proseguito, nel 2025, l'applicazione e il monitoraggio della DGR sopra citata, garantendo che l'indicazione chirurgica sia posta a seguito di valutazione multidisciplinare e assicurando il monitoraggio dei livelli di assistenza richiesti, in primis l'adeguato volume di attività e proporzione di re-interventi.

L'AUSL di Imola, a partire dal 2018, ha attivato una collaborazione con AOU di Bologna per la riorganizzazione della Breast Unit di Imola all'interno della UOC interaziendale Chirurgia Senologica, secondo la logica di sviluppo delle reti cliniche integrate, che ha consentito il potenziamento della Breast Unit di Imola, acquisendo tecniche diagnostiche e chirurgiche innovative e garantendo i requisiti previsti dalla DGR 345/2018, del PDTA aziendale "Gestione della paziente affetta da neoplasia della mammella".

Per garantire adeguata rappresentazione della produzione interaziendale e degli obiettivi posti a fronte dell'Accordo e richiesti dal NSG, si è convenuto tra le parti di procedere, a partire dal 1/1/2021, all'assunzione della titolarità delle prestazioni di degenza in capo all'UOC Interaziendale di Chirurgia Senologica dell'IRCSS AOU di Bologna, fermo restando la gestione unificata delle attività svolte presso le strutture dell'IRCCS AOU di Bologna e della AUSL di Imola.

Nell'ambito della rete, particolare attenzione è stata posta alla valutazione multidisciplinare dei casi arruolati nel PDTA, con la definizione di una specifica procedura interaziendale (P-INT 43), al fine di garantire la presenza di tutte le professionalità e discipline previste dalla normativa.

Nell'ambito dell'area senologica dell'AUSL di Imola sulla base dei dati aziendali interni forniti dall'Infermiere Care Manager di Programmi Clinico Assistenziali, la percentuale di pazienti avviate a terapia medica entro 60 giorni dall'intervento chirurgico nell'anno 2025 si è attestata al 100%.

Di seguito si presenta il monitoraggio della DGR 972/2025 di programmazione e finanziamento – Edizione 2026, disponibile su piattaforma SIVER.

Indicatori e target:

- **(PDTA061)** % di nuovi casi operati per tumore della mammella sottoposti a chirurgia radicale e/o conservativa, che ha effettuato una mammografia nei 60 giorni precedenti l'intervento - NSG. Target: $\geq 75\%$.

L'Azienda registra, nel 2025, un valore pari a 59,26% vs 62,75% nel 2024 e 80,36% nel 2023. Il valore medio regionale 2025 è pari a 68,57%.

- **(PDTA062)** % di nuovi casi con tumore della mammella che iniziano una terapia medica entro 45 giorni successivi la data dell'intervento chirurgico – NSG. Target: $\geq 65\%$.

L'AUSL di Imola registra, nel 2025, un valore pari a 50,53% vs 53,76% nel 2024 e 54,78% nel 2023. Il valore medio regionale 2025 è pari a 52,33%.

- **(PDTA063)** % di nuovi casi operati per tumore infiltrante della mammella sottoposti a chirurgia conservativa e terapia medica adiuvante, che avviano un trattamento di radioterapia entro 365 giorni dall'intervento – NSG. Target: $\geq 90\%$.

L'AUSL di Imola mostra, nel 2025, un valore pari a 95,31% vs 89,06% nel 2024 e 82,72% nel 2023. Il valore medio regionale 2025 è pari a 90,63%.

- (**PDTA064**) % di nuovi casi con tumore della mammella che effettuano almeno una mammografia nei 18 mesi successivi la data dell'intervento chirurgico eseguito durante il ricovero indice – NSG. Target: $\geq 90\%$.

Nel 2025, l'Azienda registra un valore del 51,59% vs 62,14 nel 2024 e 63,89% nel 2023. Il valore medio regionale 2025 risulta pari a 78,7%.

Obiettivo 3.6.4 Rete Neuroscienze

Vista la DGR 2060/2021 "Approvazione di linee di indirizzo per l'organizzazione della rete cerebrovascolare dell'Emilia-Romagna" che contiene indicazioni inerenti alla Rete della Patologia Cerebrovascolare (Ictus Ischemico ed Emorragico ed Emorragia Subaracnoidea) sarà verificata l'aderenza agli standard delle Unità ospedaliere per il trattamento dei pazienti con ictus previsti dal DM 70/2015: Stroke Unit di I livello e di II livello.

Risultati 2025

Indicatori e target:

- (**IND0717**) % di casi di ictus ischemico con centralizzazione primaria. Target: $\geq 90\%$.

L'Azienda rileva un valore 2025 pari a 98,82%. Nel 2024 e 2023 il valore risultava pari a 100%.

- (**IND0718**) % casi di ictus ischemico con transito in stroke unit. Target: $\geq 75\%$.

L'AUSL di Imola rileva un valore pari a 82,73% vs 83,55% nel 2024 e 82,17% nel 2023. Il valore RER 2025 risulta di 74,38%.

Obiettivo 3.6.6 Rete delle Cure Palliative Pediatriche (CPP)

La DGR 857/2019 ha approvato il "Documento di percorso CPP Regione Emilia-Romagna" che ha definito i ruoli e le interconnessioni fra i nodi della rete (nodo ospedale, nodo territorio, nodo hospice pediatrico) e individuato caratteristiche e compiti delle due strutture di riferimento per le CPP: il Punto Unico di Accesso Pediatrico (PUAP) e l'Unità di Valutazione Multidimensionale Pediatrica (UVMP).

Con determina della DGCPSP n. 370/2020 è stato inoltre istituito il gruppo di lavoro regionale per il monitoraggio e l'implementazione della rete di Cure Palliative Pediatriche (CPP).

Le Aziende devono riservare una particolare attenzione a questa materia favorendo la predisposizione dei percorsi di CPP nelle proprie sedi, in relazione a quanto previsto dal documento di percorso regionale e lo sviluppo, anche mediante la revisione dei percorsi aziendali, di efficaci connessioni fra il nodo ospedale, il nodo territorio e il day care palliativo pediatrico, che rappresenta il primo nucleo del futuro hospice pediatrico. Dovranno essere prontamente comunicati i referenti UVMP e PUAP e ogni loro modifica nel corso dell'anno, anche al fine di ricostituire il gruppo di lavoro regionale.

Risultati 2025

L'AUSL di Imola ha mostrato particolare attenzione a questa materia favorendo la predisposizione dei percorsi di CPP nelle proprie sedi, in relazione a quanto previsto dal documento regionale, avviando lo sviluppo, mediante la revisione dei percorsi aziendali, di connessioni fra il nodo ospedale, il nodo territorio e il day care palliativo pediatrico, che rappresenta il primo nucleo del futuro hospice pediatrico.

Indicatore e target

- Presenza di almeno un medico e un infermiere specificamente formato in CPP tra il personale dedicato.
Target: 100%.

L'AUSL di Imola ha identificato un medico, quale referente ospedaliero per le CPP, che ha effettuato il master in CPP e l'infermiera Care manager per le CPP, che ha completato il Master CPP nel 2024.

Nell'anno 2025 i pazienti in carico al Gruppo Cure Palliative Pediatriche di Imola sono stati 14 in cure palliative di base, di cui 12 pazienti (media mensile 11) in Assistenza Domiciliare Integrata ad intensità media (ADI 2) con 624 accessi domiciliari (57 accessi paziente/anno; in media 1 accesso settimanale/paziente) e due in ADI ad intensità bassa.

Nel 2025 su richiesta del gruppo CPP di Imola e del Day Care di Cure Palliative Pediatriche Fondazione Hospice MT Chiantore Seragnoli sono state effettuate 4 UVMP (100% di quelle richieste).

Le schede cartacee dei pazienti e quelle relative all'attivazione delle ADI sono conservate dalla Case Manager delle CPP Pediatriche, insieme ai verbali delle "Unità di valutazione Multidisciplinare pediatrica effettuati".

Obiettivo 3.6.7 Screening neonatale per le malattie endocrine e metaboliche ereditarie

Lo screening per le malattie endocrine e metaboliche ereditarie è stato allargato ad un panel di patologie molto più ampio rispetto a quelle individuate a livello nazionale già dall'anno 2010 ed offerto a tutti i nuovi nati della Regione. La L.167/16 e il DM 13 ottobre 2016 hanno definito a livello nazionale un pannello per lo screening (incluso nei LEA). Con DGR 2260/18 è stata recepita la normativa nazionale con una ulteriore definizione del sistema di screening regionale.

Il centro screening è stato incaricato di allargare ulteriormente il panel alla SMA e alle Immunodeficienze, e tale ampliamento è stato definito con DRG n. 1441/24, con inserimento operativo della SMA nel luglio del 2024. Per garantire un adeguato funzionamento del sistema e l'obiettivo di offerta dello screening a tutti i nuovi nati, il centro screening deve assicurare la formazione continua ai Punti Nascita (relativa all'informazione delle famiglie e raccolta del consenso informato, alla corretta raccolta del campione ematico e all'utilizzo del sistema di gestione del percorso screening) e i rapporti di condivisione e collaborazione fra il laboratorio di screening e il centro clinico, per permettere la massima tempestività nella diagnosi e nel successivo intervento terapeutico.

Risultati 2025

L'AUSL di Imola, a seguito della DGR 107 del 1° febbraio 2010, offre dal 2011 a tutti i neonati lo screening metabolico allargato ad un gruppo più ampio di malattie metaboliche ereditarie rispetto alle obbligatorie, previa raccolta del consenso informato da parte dei genitori a cui viene consegnato un dépliant illustrativo sulle finalità dello screening. Il test viene eseguito dalle ostetriche della Unità operativa di Ostetricia Ginecologia per i neonati del Nido o dalle infermiere della Unità operativa di Pediatria per i ricoverati in Neonatologia nelle tempistiche previste dal DM 13 ottobre 2016, come descritto nell'istruzione operativa aziendale (Modalità di esecuzione test di Guthrie. doc n.6252-versione 1 del 11/05/2020).

Dal 2024 il panel dello screening è stato allargato con l'inclusione della SMA, tale ampliamento è stato definito con DRG n. 1441/2024, con inserimento operativo della SMA nel Luglio del 2024

Dal 30 marzo 2025, il Laboratorio di Screening Neonatale ha avviato un ulteriore allargamento del programma di Screening Neonatale della Regione Emilia Romagna (Delibera reg. N. 1441 del 01/07/2024)

alle seguenti patologie: Deficit di decarbossilasi degli L-aminoacidi aromatici (AADC); Adrenoleucodistrofia legata all'X (X-ALD); Errori congeniti dell'immunità: Immunodeficienze Severe Combine (SCID) e Agammaglobulinemia legata al cromosoma X (XLA).

Indicatori e target

- % neonati sottoposti a screening per le malattie endocrine e metaboliche. Target 100%.

Tutti i nati/ricoverati presso il Nido o il Reparto di Patologia Neonatale, nel 2025, sono stati sottoposti allo screening per le malattie endocrine e metaboliche nelle tempistiche previste dal DM 13 ottobre 2016 (100%).

- Inserimento nel panel dello screening delle SMA e delle Immunodeficienze. Target 100%.

Nel 2025, 4 neonati ricoverati presso il Nido o il Reparto di Patologia Neonatale, nel 2025, non hanno eseguito lo screening per la SMA perché i genitori non hanno dato il consenso. Il 99,44% dei neonati è stato sottoposto allo screening per la SMA.

OBIETTIVO 3.7: Attività trapiantologia

L'attività di donazione d'organi, tessuti e cellule rappresenta un'attività sanitaria di alta valenza sociale e un atto medico di primaria e assoluta importanza. Il processo di donazione e trapianto di organi rientra nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). La donazione di organi è compito ordinario delle Terapie Intensive e di tutto l'ospedale come atto medico di valore etico e terapeutico successivo all'accertamento di morte con "criteri neurologici" o "cardiaci".

Risultati 2025

La donazione ha sempre rappresentato un obiettivo dell'AUSL di Imola, in coerenza con l'operato della Regione che, nel corso degli anni, ha investito sulla crescita e sulla diffusione della cultura "donativa" considerando il processo di donazione d'organi, tessuti e cellule un'attività sanitaria concreta e routinaria al pari di ogni altro atto medico e chirurgico.

La donazione degli organi e dei tessuti è la base imprescindibile sulla quale si regge l'attività trapiantologica regionale e di conseguenza la possibilità di cura per pazienti non altrimenti curabili. Sul tema della donazione e del trapianto si intrecciano problematiche di ordine etico, culturale, giuridico, tecnico-scientifico ed organizzativo. Tra i settori di alta specializzazione, il sistema donativo-trapiantologico è una delle reti più complesse e articolata per la molteplicità dei professionisti coinvolti e per le fitte interazioni che lo rendono un modello organizzativo d'eccellenza.

Sono obiettivi specifici, definiti a livello regionale per l'anno 2025, i seguenti:

1. Mantenere e migliorare la piena operatività dei Coordinamenti Ospedalieri Procurement (C.O.P.) con assegnazione di personale medico e infermieristico adeguato alle potenzialità donative specifiche dell'Azienda e garantendo ad entrambe le figure ore dedicate al procurement al di fuori delle ore di assistenza (DGR 665/2017). A supporto del Coordinamento Ospedaliero Procurement, nell'ottica di ottimizzare l'attività donativa trasversale a tutto l'Ospedale, continuare sul percorso che preveda l'istituzione di un Comitato Aziendale Ospedaliero alla donazione, presieduto dal Direttore Sanitario, che includa, oltre al Coordinatore Locale, i responsabili delle diverse Unità Operative e servizi sanitari ritenuti strategici nei possibili percorsi donativi intra-aziendali.

2. Per i Presidi Ospedalieri senza neurochirurgia: viene richiesto un Index-1 del Programma Donor Action (determinato dal rapporto, in terapia intensiva, tra il numero dei decessi con patologia cerebrale e il numero dei decessi totali) compreso tra il 15 e il 30%.
3. Per tutti i presidi Ospedalieri: viene richiesto un livello di opposizione alla donazione degli organi inferiore al 30%.
4. Prelievo di un numero di cornee (da donatori con età compresa tra i 3 e gli 80 anni) come da obiettivo specifico assegnato dal CRT-ER e calcolato sul numero delle cornee prelevate l'anno precedente per ogni presidio ospedaliero facente parte della rete procurement.
5. Prelievo da numero di donatori multi-tessuto (con età compresa tra i 3 e i 78 anni) pari a quelli previsti dal CRT-ER. Per il 2025, l'AUSL di Imola = 2.
6. Un rapporto tra segnalazioni donatori di organi a cuore fermo (DCD) e segnalazioni donatori di organi a cuore battente maggiore o uguale al 15%.
7. Un rapporto tra segnalazioni donatori di organi a cuore fermo (DCD) e segnalazioni donatori di organi a cuore battente maggiore o uguale al 15%.

Indicatori e target

Indicatore	Target	Esiti 2025
Garanzia dell'attività donativo-trapiantologica		
(IND1051) Presidi Ospedalieri senza neurochirurgia: è richiesto un Index-1 del Programma Donor Action (determinato dal rapporto, in terapia intensiva, tra il numero dei decessi con patologia cerebrale e il numero dei decessi totali)	15% - 30%	31%
(IND1053) Tutti i presidi Ospedalieri: livello di opposizione alla donazione degli organi	<30%	33,3%
(IND1054) N. di cornee donate come da obiettivi del CRT-ER (obiettivo assegnato in base al risultato dell'anno precedente).	≥100%	100%
(IND1055) % di prelievi da donatori multi-tessuto rispetto a quelli previsti dal CRT-ER	≥100%	50%

Indicatore	Target	Esiti 2025
Donazione cuore fermo (DCD)		
N. segnalazioni donatori di organi a cuore fermo/n. segnalazioni donatori di organi a cuore battente	≥15%	0
Donazione organi		
(H09Za – NSG) Donatori di organi in morte encefalica (per milioni di abitanti)	≥ 35	30,26

Garanzia dell'attività donativo-trapiantologica

- Presidi Ospedalieri senza neurochirurgia: Index-1 del Programma Donor Action (determinato dal rapporto, in terapia intensiva, tra il numero dei decessi con patologia cerebrale e il numero dei decessi totali). Target: compreso tra il 15% e il 30%.

L'AUSL di Imola nel 2025 con un numero di decessi con patologia cerebrale in terapia intensiva pari a 15 su un numero decessi totali di 48 evidenzia un rapporto Index-1 pari al 31%.

- Tutti i presidi Ospedalieri: livello di opposizione alla donazione degli organi. Target: ≤30%.

Nel 2025 l'Azienda ha registrato l'opposizione alla donazione degli organi in 2 potenziali donatori su un totale di 6 potenziali donatori segnalati: in entrambi i casi l'opposizione era stata dichiarata in vita. Il nostro target di opposizione risulta pari al 33,3%.

- N. di cornee donate come da obiettivi del CRT-ER (obiettivo assegnato in base al risultato dell'anno precedente). Target: $\geq 100\%$.

Le cornee prelevate sono state 48 come da obiettivo regionale assegnato dal CRT-ER.

- N. donatori multi-tessuto come da obiettivi del CRT-E. Target AUSL Imola = 2.

Effettuato 1 prelievo multitessuto su 2 richiesti dal CRT-ER. Il rapporto risulta pari al 50%.

Donazione cuore fermo (DCD)

- N. segnalazioni donatori di organi a cuore fermo/n. segnalazioni donatori di organi a cuore battente.

Non sono stati identificati donatori di organi DCD.

Donazione organi

- N. segnalazioni donatori di organi a cuore fermo/n. segnalazioni donatori di organi a cuore battente.

Sono stati segnalati 6 potenziali donatori di organi dopo accertamento di morte con criteri neurologici: 4 sono diventati donatori multiorgano (da cui sono stati prelevati 6 organi), in 2 casi è stata registrata una opposizione alla donazione in vita.

È stato effettuato 1 prelievo multitessuto: cornee, cute, tessuto scheletrico, valvole cardiache.

Il prelievo di 48 cornee ci ha permesso di raggiungere l'obiettivo regionale assegnato dal CRT-ER.

OBIETTIVO 3.8: Attività trasfusionale

Risultati 2025

Nel corso del 2025 la SSD immunoematologia e Medicina Trasfusionale ha proseguito con l'applicazione degli accordi ai sensi del Decreto del Ministero della Salute 1° agosto 2019, contenente le "Modifiche al decreto 2 novembre 2015, recante: «*Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti*», che richiede di definire gli aspetti di pianificazione ed organizzazione della concentrazione delle attività di qualificazione biologica e di lavorazione degli emocomponenti.

I dati di attività della Rete Trasfusionale Regionale, relativi all'anno 2025 per l'AUSL di Imola, registrano rispetto al 2024, un andamento dell'attività di raccolta sangue intero, caratterizzato da un lieve flessione delle unità raccolte ($\Delta -2.7\%$), in linea con la programmazione regionale; in concomitanza si è assistito ad una riduzione dei consumi di emocomponenti trasfusi ($\Delta -1.7\%$), anche grazie al consolidamento del programma di *Patient Blood Management* (PBM), avviato dal 2017 ai sensi del D.M. 2 novembre 2015 *Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti*, secondo le linee guida del Centro Nazionale Sangue.

Nel corso del 2025 è proseguita l'incentivazione delle donazioni in aferesi di plasma, attraverso la realizzazione di un progetto di apertura pomeridiana (*i lunedì pomeriggio del dono*) del Centro Raccolta Sangue dell'AUSL di Imola. Tale progetto, confermato anche per il 2026 e finalizzato principalmente ad aumentare la raccolta di plasma in aferesi, ha favorito l'incremento della donazione di plasma in aferesi,

registrando un incremento rispetto al 2024 (+23%), a garanzia dell'autosufficienza in medicinali plasmaderivati (MDP), in particolare per la produzione di albumina ed immunoglobuline, per le quali si è assistito ad uno *shortage*, a seguito del picco pandemico da SARS-CoV-2, evidente nel periodo 2020-2021 e tutt'ora presente per le immunoglobuline e.v.

In relazione a ciò è stata posta attenzione sull'appropriatezza prescrittiva degli emocomponenti e MDP, attraverso il Comitato Buon Uso del Sangue (CoBUS) e la realizzazione di *audit* clinici.

Nel corso del 2025 è stato garantito il contributo all'autosufficienza regionale e nazionale, per soddisfare il fabbisogno di sangue ed emocomponenti, in collaborazione con le Associazioni e Federazioni dei donatori, attuando quanto previsto dalle convenzioni stipulate e dal Piano Regionale Sangue.

Nel 2024, rispetto 2023, è stata rilevata per i MDP una riduzione dei consumi (Δ -44% per albumina e -7% per immunoglobuline) significativa, in relazione ad un crescente aumento di richiesta e impiego di tali MDP nel corso degli anni precedenti.

Nel corso del 2025 l'andamento dei consumi in emocomponenti e MDP è stato costantemente monitorato e i dati sono stati condivisi con i reparti durante gli incontri del CoBUS e dei Comitati di Dipartimento Aziendali, al fine di fornire un riscontro in tempo reale dei risultati ottenuti, rimarcando l'importanza di proseguire con le indicazioni prescrittive *on label*.

Tali indicazioni sono state condivise e declinate all'interno delle schede motivate e personalizzate sulle quali vengono prescritti i MDP *driver* (albumina e immunoglobuline).

Segue la rendicontazione degli obiettivi previsti dalla DGR 972/2025 di programmazione annuale, che per l'anno 2025 chiede vengano confermati i livelli di raccolta di sangue intero, come descritti nella delibera, tali da permettere l'autosufficienza e garantire le necessarie specifiche terapie a tutte le tipologie di pazienti durante tutto l'anno.

Indicatori e target

Indicatore	Target	Esito 2025 obiettivo
Programmazione della raccolta di sangue intero (in riduzione) e mantenimento della regione nel gruppo benchmark: ISDI ≥ 1 III gruppo	100%	100%
Programmazione della raccolta di plasma da aferesi (in incremento)	100%	100%

Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo prefissato di riduzione della raccolta di SI (Δ -2.7%) e del concomitante incremento della donazione di plasma in aferesi (+23%), confermando una corretta programmazione del centro raccolta sangue in linea con gli obiettivi della RER

Plasmaderivati da conto lavorazione: immunoglobuline endovenose e albumina umana

A livello Regionale l'analisi dell'andamento dei consumi dei plasmaderivati nell'anno 2024 ha confermato una importante variabilità interaziendale dei dati espressi in grammi/100 punti DRG, nell'uso sia di immunoglobuline endovenose sia di albumina umana normale.

Nell'ottica del governo dell'autosufficienza, quale obiettivo strategico definito da norme nazionali e da accordi di Conferenza Stato-Regioni, e al fine di valorizzare il patrimonio economico ed etico derivato dalla donazione

volontaria e gratuita di sangue ed emocomponenti, si indicano a livello regionale i seguenti obiettivi per l'anno 2025.

Indicatori e target

Indicatore	Target	Esito 2025 obiettivo
(IND1057) Riduzione % dei consumi (gr/100 punti DRG) di albumina umana nell'anno corrente rispetto all'anno precedente	-5%	+13,2%
(IND1058) Riduzione % dei consumi (gr/100 punti DRG) di immunoglobulina umana endovenosa nell'anno corrente rispetto all'anno precedente	-4%	+7,9%

I due obiettivi di riduzione per l'AUSL di Imola fanno riferimento a quanto segue:

- Consumo 2024 Albumina GR/100 punti DRG: 207. Obiettivo 2025: mantenimento.
Risultato ottenuto 2025: gr/100 punti DRG: 237.
- Consumo 2024 Immunoglobulina GR/100 punti DRG: 57. Obiettivo 2025: mantenimento.
Risultato ottenuto 2025: gr/100 punti DRG: 62.

I risultati ottenuti relativi ai consumi in GR/100 punti DRG dei MDP driver, nel corso del 2025, dimostrano una sostanziale stabilità (consumo albumina 2024 vs 2025 in gr/100 punti DRG 207 vs 237, consumo immunoglobuline 2024 vs 2025 in gr/100 punti DRG 57 vs 62), considerando la franca riduzione nei consumi nel corso del 2024 per albumina (-44%) e immunoglobuline (Δ -7%).

Inoltre, si sottolinea come le attività di *auditing* messe in atto nell'ambito dei comitati di Dipartimento Aziendali nel corso del II semestre 2025, a seguito dell'analisi dei dati e della loro condivisione all'interno dei periodici incontri del CoBUS, tra il Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale, la Direzione Sanitaria/Medica di Presidio, il Servizio Farmaceutico ed i medici prescrittori dell'incremento nei consumi, in particolare nei periodi gennaio-agosto 2025 vs gennaio-agosto 2024 per albumina (+16.3%) e immunoglobuline (+23.3%), ha comportato un contenimento del delta rilevato, rispetto ai dati complessivi 2024 vs 2025 per albumina (+11.2%) e immunoglobuline (+7.9%) e inseriti nella tabella degli indicatori (IND1057 e IND1058). Si sottolinea inoltre che per l'AUSL di Imola anche per il 2025 i consumi dei MDP *driver* si confermano al di sotto della media dei consumi regionali.

OBIETTIVO 3.9: Controlli sanitari interni ed esterni e codifica delle schede di dimissione ospedaliera

In attuazione agli standard sull'assistenza ospedaliera, previsti dal DM 70/2015 e dalla DGR 2040/2015, è stata perseguita l'appropriatezza di erogazione dei ricoveri medici e chirurgici in ottemperanza a quanto previsto negli adempimenti LEA.

Particolare attenzione è stata posta agli ambiti e discipline che presentano le maggiori criticità legate ai DRG potenzialmente inappropriati, indicati nell'allegato 6-A) del DPCM 12/01/2017 (LEA), mediante la definizione di percorsi e protocolli specifici per le condizioni suscettibili di trasferimento al regime diurno o ambulatoriale.

- (H04Z) Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario - NSG. Target: < 0,15.

Nel 2025 il rapporto risulta pari a 0,15 vs 0,16 del 2024, confermando una tendenza in miglioramento (2023 e 2022 pari a 0,18). Il valore medio regionale 2025 risulta pari a 0,16.

Controlli Sanitari esterni e interni

Si richiede particolare attenzione nel favorire l'attuazione di quanto contenuto nella Determina DGCP SW n. 335 del 03/01/2022 (Piano Annuale dei Controlli 2022, cosiddetto PAC), con specifico riferimento al rispetto dei criteri di campionamento e al raggiungimento delle soglie di verifica delle cartelle cliniche per ciascuna tipologia di controllo ivi indicata. Nella compilazione dei campi relativi ai controlli interni ed esterni nel flusso informativo delle schede di dimissione ospedaliera (SDO) e nella rendicontazione annuale dell'attività di controllo sanitario, dal livello regionale si osserva una discreta variabilità interaziendale che necessita di una maggiore attenzione per raggiungere adeguati livelli di completezza.

Per garantire la rendicontazione regionale annuale al Ministero della Salute, ciascuna Azienda oltre ai controlli previsti dalla già citata Determina 335/2022, deve aggiungere almeno un ulteriore 2,5% di controlli interni e/o esterni relativi ai ricoveri con DRG ad elevato rischio di inappropriatezza indicati nell'allegato 6A del DPCM del 12 gennaio 2017 (LEA). I controlli sanitari andranno effettuati secondo le indicazioni fornite dalla Determina 11245 del 06/07/2020, prediligendo la modalità a distanza qualora possibile oppure, in caso debbano svolgersi necessariamente in presenza, mediante la disponibilità di sedi specificamente dedicate di pertinenza non sanitaria (biblioteche, uffici, aule, etc.).

Risultati 2025

Indicatore e target:

- (IND1059) Ulteriori controlli interni ed esterni sui DRG a rischio di inappropriatezza, secondo l'allegato 6A del DPCM del 12 gennaio 2017. Target: $\geq$ al 2,5% della produzione annua complessiva di ricoveri per struttura.

Da fonte interna si rileva che, nel corso del 2025, il Servizio Informativo regionale ha selezionato n. 295 casi di ricovero con DRG Potenzialmente Inappropriato: l'Azienda ha garantito l'effettuazione della verifica SDO – Cartella Clinica in 106 casi, pari al 35,9% del campione selezionato.

OBIETTIVO 3.10: Accredimento

L'AUSL di Imola è stata sottoposta a verifica di rinnovo dell'accredimento ai sensi della DGR 1943/2017 "Approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell'accredimento delle strutture sanitarie", con un termine del 31/12/2019. Per favorire il mantenimento della rispondenza ai requisiti generali e specifici di accreditamento previsti dalla normativa, il livello regionale richiede di facilitare la partecipazione dei professionisti alle iniziative che verranno previste ed ai lavori programmati.

Si richiede, inoltre, di valutare la rispondenza, o l'avvicinamento nei tempi di adeguamento previsti, ai nuovi requisiti specifici, effettuando attività di audit interno e/o autovalutazione e utilizzando le risultanze dell'attività di verifica interna per attivare azioni di miglioramento finalizzate al pieno raggiungimento della conformità ai requisiti deliberati.

Anche nel 2025 viene chiesto alle Aziende la redazione del "Piano programma aziendale per l'Accreditamento/Qualità" con la definizione delle azioni introdotte nell'anno per il

consolidamento/sviluppo/monitoraggio delle iniziative atte a sostenere l'applicazione dei requisiti di accreditamento. Produzione ed invio della relazione di fine anno.

Ai sensi del D.Lgs 261/2007, le Regioni e le Province Autonome, in attuazione della normativa vigente in materia, organizzano, presso i servizi trasfusionali e le unità di raccolta sangue, attività di verifica finalizzate all'accertamento della rispondenza ai requisiti previsti a distanza non superiore a due anni.

Nel 2025 le Aziende per le cui strutture è prevista la scadenza del termine, dovranno superare le verifiche relative al Sistema Trasfusionale effettuate dall'OTA su mandato della DG Cura della Persona, Salute e Welfare.

Risultati 2025

Indicatore e target:

- Predisposizione del piano programma aziendale annuale per l'Accreditamento/Qualità. Target: 100%.

L'AUSL di Imola definisce annualmente il Programma aziendale Audit, che include la programmazione per gli audit interni Sistema Gestione Qualità (SGQ), per le attività di valutazione/verifica ai singoli processi e le attività per l'identificazione/analisi dei rischi.

Il Programma aziendale Audit per l'anno 2025 è stato approvato dal Collegio di Direzione nella seduta del 15/01/2025 (rif. prot. 1782 del 20/01/2025).

Nell'ambito del programma audit 2025 è stato effettuato l'audit interno SGQ al Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DSM-DP), con valutazione della conformità ai requisiti specifici di disciplina delle Unità operative afferenti al Dipartimento.

La rendicontazione delle attività è stata trasmessa alla Direzione aziendale con prot. 6135 del 23/02/2026, quindi trasmessa anche alla Regione Emilia-Romagna come da richiesta.

9.4 GOVERNO DEI FARMACI E DEI DISPOSITIVI

OBIETTIVO 4.1 Obiettivi di spesa farmaceutica regione Emilia-Romagna

In relazione alla **spesa farmaceutica convenzionata** la programmazione regionale 2025 prevedeva un incremento dovuto all'applicazione di previsioni contenute nella Legge di Bilancio 2024 (L. 213/2023) che hanno avuto impatto solo su alcuni mesi del precedente anno, quali la transizione al canale distributivo della farmaceutica convenzionata dei medicinali afferenti alla categoria farmacologica delle gliptine per effetto della riclassificazione in fascia A (GU n. 108 del 10 maggio 2024) e l'applicazione del nuovo sistema di remunerazione delle farmacie per il rimborso dei farmaci erogati in regime di SSN a partire da marzo 2024, oltre all'aumento della quota fissa aggiuntiva per i farmaci inseriti nella lista di trasparenza a 0,115 euro con decorrenza 1° gennaio 2025.

Inoltre, era previsto un aumento dei consumi soprattutto per i farmaci destinati alla cura delle patologie croniche, in particolare cardiovascolari, del sistema nervoso e dell'apparato respiratorio. Pertanto, tenuto conto delle previsioni sopra citate, è stato stimato un impatto complessivo regionale sulla spesa netta convenzionata pari al +3,8% rispetto al 2024, con scostamenti differenziati a livello aziendale, anche in relazione alla spesa netta pro-capite pesata.

Per l'AUSL di Imola il budget di spesa di cui alla DGR n. 972 del 23/6/2025 è pari ad un incremento del +3,4% corrispondente ad un valore di spesa complessiva pari a € 17.746.089.

L'Azienda ha riflesso nel Preventivo 2025 un incremento di spesa rispetto al 2024 corrispondente ad un +4,06%, precisando al contempo che nella programmazione erano stati altresì riflessi gli effetti della manovra ticket regionale (DGR n. 390/2025) la cui stima era prevista in € 678.000 a riduzione della spesa farmaceutica convenzionata.

In relazione all'**Acquisto ospedaliero di farmaci**, la programmazione regionale prevedeva un aumento del +7,6% verso il 2024, con scostamenti differenziate tra le Aziende Sanitarie.

Tale previsione considerava sia l'incremento dovuto alla ricaduta dei farmaci con innovatività scaduta nell'anno precedente o in scadenza nell'anno in corso, sia l'aumento legato al numero di casi trattati e ai costi delle terapie a maggior impatto, in particolare nell'ambito delle malattie onco-ematologiche, malattie rare, su base immunologica, neurodegenerative, calcolati su base storica;

Inoltre, sono stati considerati i fattori di potenziale risparmio derivanti dall'adesione alle gare d'acquisto regionali, inclusi prodotti biosimilari, nonché agli obiettivi regionali di appropriatezza e sostenibilità orientati in particolar modo a favorire, quando possibile, criteri di scelta dei farmaci basati sul miglior rapporto costo/opportunità.

Per quanto riguarda l'AUSL di Imola l'obiettivo di spesa assegnato, di cui alla DGR n. 972/2025 prevedeva un incremento del +9,9%, pari in valore assoluto ad un incremento di € +2.900.329, con una media regionale di incremento del +7,6%.

Tale obiettivo di spesa esclude i farmaci innovativi (pieni e condizionati), gli antibiotici "reserve", l'ossigeno ed i vaccini mentre include i farmaci oncologici ad alto costo per le indicazioni terapeutiche prive del requisito di innovatività (piena e condizionata).

Risultati 2025

La spesa farmaceutica complessiva dell'AUSL di Imola registrata a consuntivo 2025, sulla base dei flussi informativi, è rappresentata nella tabella seguente con il confronto rispetto all'esercizio 2024 e alla media regionale.

SPESA ASSISTENZA FARMACEUTICA: 2025 - 2024 A CONFRONTO

ASSISTENZA FARMACEUTICA (Fonte dati: Reportistica RER)	2023	2024	2025	var % 2025 - 2024	var % Media RER 2025 - 2024
Farmaceutica convenzionata	€ 16.246.512	€ 17.169.448	€ 16.649.714	-3,0%	-3,7%
Acquisto Ospedaliero (escluso ossigeno e farmaci innovativi)	€ 25.967.507	€ 29.178.363	€ 31.281.861	7,2%	8,0%
TOTALE SPESA FARMACEUTICA	€ 42.214.019	€ 46.347.811	€ 47.931.575		
Acquisto Ospedaliero	2023	2024	2025	var % 2025 - 2024	
Totale Acquisto Ospedaliero	€ 25.967.507	€ 29.178.363	€ 31.281.861	7,2%	
<i>di cui</i>					
Consumi interni e Diretta Fasce H - C	€ 16.170.397	€ 18.172.955	€ 19.229.615	5,8%	
Erogazione diretta di Fascia A	€ 9.797.110	€ 11.005.408	€ 12.052.246	9,5%	
Spesa Convenzionata netta pro capite pesata	2023	2024	2025	var % 2025 - 2024	var 2025-2024
Spesa netta pro capite pesata	€ 121,09	€ 127,65	€ 123,55	-3,21%	-€ 4,10
Media RER	€ 113,09	€ 120,56	€ 115,90	-3,87%	-€ 4,66
Scostamento Imola da media regionale	€ 8,00	€ 7,09	€ 7,65	6,60%	
Spesa Territoriale netta pro capite pesata (convenzionata + erogazione diretta fascia A)	2023	2024	2025	var % 2025 - 2024	var 2025-2024
Spesa pro capite pesata	€ 194,11	€ 209,47	€ 212,98	1,7%	3,51 €
Media RER	€ 200,33	€ 218,30	€ 216,66	-0,8%	-1,64 €
Scostamento da media regionale	-€ 6,22	-€ 8,83	-€ 3,68	-1,70%	

(Fonte dati: reportistica RER)

Farmaceutica convenzionata

Il consuntivo 2025 dell'AUSL di Imola registra un decremento della **spesa farmaceutica convenzionata netta** del -3% rispetto all'esercizio 2024, pari a € -519.734. A livello regionale si registra un decremento medio complessivo del -3,7%. Si pone in evidenza che la spesa netta convenzionata riflette l'applicazione della manovra ticket regionale (DGR n. 390/2025) che per l'AUSL di Imola ha determinato, a consuntivo, un impatto in riduzione di € 952.252. Al lordo della manovra ticket, la spesa farmaceutica convenzionata per l'AUSL di Imola avrebbe registrato un incremento di € +425.988 pari a +2,5% in linea ed in miglioramento rispetto all'obiettivo assegnato che era pari a +3,4%.

Si evidenzia altresì che nell'ambito della spesa farmaceutica convenzionata è compresa la spesa derivante dall'ingresso dei farmaci "gliptine" in precedenza compresi nell'acquisto ospedaliero dei farmaci (distribuzione diretta "per conto"). Sotto il profilo operativo, l'Azienda ha mantenuto il set di interventi strutturato ai fini del governo della spesa, registrando i progressivi esiti delle azioni messe in campo.

Gli ambiti di intervento hanno riguardato:

- Il monitoraggio delle prescrizioni a livello di Nucleo di Cure Primarie (NCP) e di singolo MMG, che consente di presidiare in particolare i fenomeni di iper prescrizione, intesi come scostamento in termini di DDD e di spesa pro capite pesata rispetto alla media aziendale e rispetto all'andamento temporale. Si richiama in tal senso l'adozione della nuova reportistica regionale.
- Incontri con i MMG nell'ambito dei NCP, a piccoli gruppi, per analisi, confronto, informazione e formazione sugli andamenti per consumi e spesa in rapporto agli obiettivi regionali. In tale contesto si richiama il ruolo del Dipartimento Cure Primarie in raccordo con i Nuclei e i Medici di Medicina Generale con il supporto della Direzione Farmaceutica, verso l'attuazione di azioni di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva nelle categorie critiche e/o oggetto di obiettivi regionali quali: Inibitori di pompa protonica, Antibiotici, Farmaci per Diabete, Farmaci per BPCO.
- Interventi di appropriatezza prescrittiva in collaborazione con gli specialisti ospedalieri per farmaci con ripercussioni sulla continuità delle cure sul territorio con particolare riferimento a: Farmaci per Diabete, Farmaci per BPCO, Colliri oculistici.
- Il mantenimento del Piano Terapeutico di AVEC (in adozione dal 2017) per la prescrizione dei PPI a carico SSN in sede di dimissione, a cura degli specialisti.
- La procedura aziendale "Governo clinico del farmaco" prevede la riconciliazione farmacologica in sede di ricovero e dimissione, favorendo in tal modo interventi di appropriatezza prescrittiva che si riflettono sulla gestione del paziente a livello territoriale. Quale indicatore proxy di riconciliazione della terapia ai farmaci del Prontuario regionale si richiama la misurazione della % di adesione dei consumi interni di farmaci al Prontuario regionale, attribuito a tutti i Dipartimenti ospedalieri.

Acquisto Ospedaliero di Farmaci

Come sopra richiamato, con DGR n. 972/2025 è stato assegnato all'Azienda USL di Imola un obiettivo di spesa in incremento del +9,9%, pari in valore assoluto a € +2.900.329, a fronte di una media regionale di incremento del +7,6%. Tale obiettivo di spesa esclude i farmaci innovativi (pieni e condizionati), gli antibiotici "reserve", l'ossigeno ed i vaccini mentre include i farmaci oncologici ad alto costo per le indicazioni terapeutiche prive del requisito di innovatività (piena e condizionata).

Il consuntivo 2025 registrato dall'AUSL di Imola, al netto dei farmaci innovativi, ossigeno e vaccini, risulta pari a € 31.281.861, corrispondente a +7,2% (pari a +2.103.498) rispetto al 2024, in linea ed in miglioramento rispetto all'obiettivo di spesa assegnato.

La variazione di spesa deriva dal maggiore assorbimento di spesa di alcuni determinanti principalmente correlati a erogazione diretta verso pazienti presi in carico e con malattie rare.

Sotto il profilo dei canali di erogazione, la variazione di spesa per Acquisto Ospedaliero di Farmaci per l'AUSL di Imola risulta così articolata:

- Consumi interni +1,5% pari a € +120.833.
- Erogazione diretta fasce H-C +9,07% pari a € +935.828.
- Erogazione Diretta di fascia A +9,51% pari a € +1.046.838.

Nell'ambito dell'Erogazione diretta di fascia A, pari complessivamente a € 12.052.246, il cui aumento complessivo rispetto al 2024 registra un +9,51% (€ +1.046.838), presenta il seguente andamento sulle varie linee di erogazione:

- In Dimissione, si registra un incremento del +16,79% (pari a € +121.271).
- In Distribuzione per conto, si rileva un decremento del -13,19% (pari a € -555.728).
- Per presa in carico pazienti, si registra un incremento del +26,05% (pari a € +1.520.841).
- In strutture residenziali, si rileva un decremento pari al -17,09% (pari a € -39.547).

Farmaci Innovativi

La spesa complessiva 2025 per i farmaci innovativi piena e condizionata, oncologici e non oncologici, nonché per antibiotici "reserve" è pari a € 654.490 coperta da relativo finanziamento.

La composizione della spesa riguarda per il 57% (pari a € 373.001) costo per gli innovativi pieni e condizionati oncologici, per il 34% da spesa per innovativi pieni e condizionati non oncologici (€ 223.058) mentre il restante 9% è relativo alla spesa per antibiotici "reserve" (pari a € 58.431).

Si evidenzia che in valore assoluto il valore dei farmaci innovativi nel 2025 pari a € 654.490 risulta inferiore rispetto al peso economico dell'esercizio 2024 laddove tale ambito di spesa registrava un valore pari a € 1.898.213, la cui prosecuzione delle cure è confluita nell'ambito dell'acquisto ospedaliero dei farmaci.

In relazione alla spesa Farmaceutica si riportano gli indicatori regionali monitorati su piattaforma regionale SIVER (DGR programmazione e finanziamento 2026).

Risultati 2025

Indicatori e target

L'indicatore sottostante che misura la differenza percentuale tra la spesa per farmaci ad acquisto ospedaliero nell'anno corrente e quella nell'anno precedente prevede target personalizzati per azienda: AUSL di Imola = +9,9%. La spesa per farmaci ad acquisto ospedaliero considerata è riferita a tutti i farmaci acquistati sia per il consumo interno in regime di ricovero (ordinario e DH) e ambulatoriale, sia per la distribuzione diretta e distribuzione per conto. Sono, inoltre, compresi i farmaci esteri, galenici e magistrali.

Sono, invece, esclusi ossigeno e innovativi, oncologici e non oncologici oggetto di specifici fondi di finanziamento. I farmaci non considerati nel calcolo della spesa totale sono elencati, per ogni anno, e vengono identificati in uno specifico protocollo.

- (**IND0352**) Variazione della spesa per farmaci ad acquisto ospedaliero rispetto all'anno precedente.
Target: +9,9% rispetto al 2024.

La variazione aziendale 2025 rilevata su SIVER risulta pari a +6,18% comprensiva del valore di consumo della partecipata Montecatone Rehabilitation Institute spa. La variazione media regionale 2025 si attesta a +8,03%.

L'indicatore che segue mostra la spesa farmaceutica pro-capite dei farmaci dispensati in regime convenzionale. Viene considerata la spesa farmaceutica convenzionata per i residenti, al lordo del *payback*.

È inclusa la mobilità intraregionale ed esclusa la mobilità extraregionale.

- **(IND0696)** Spesa farmaceutica convenzionata pro-capite. Target: Media regionale.

Il valore di spesa aziendale nel 2025 è pari a 120,98 euro pro-capite. Il valore medio regionale 2025 risulta pari a 112,66 euro pro-capite.

In riferimento alla spesa farmaceutica territoriale pro-capite (convenzionata e diretta), l'indicatore considera la spesa farmaceutica territoriale pro-capite dei farmaci di classe A erogati a carico del sistema sanitario regionale, comprendendo i farmaci dispensati in regime convenzionale e quelli somministrati mediante la distribuzione diretta e "per conto". La spesa per la farmaceutica convenzionata è al lordo del pay back ed è esclusa la spesa per la farmaceutica integrativa. L'indicatore è calcolato per azienda di residenza e si riferisce al costo relativo ai residenti. È inclusa la mobilità intraregionale ed esclusa la mobilità extraregionale. Esclusa anche la spesa per farmaci di fascia C.

- **(IND0732)** Spesa farmaceutica territoriale pro-capite (convenzionata e diretta). Target: Media regionale.

Il valore di spesa aziendale nel 2025 risulta pari a 208,82 euro pro-capite. Il valore medio regionale 2025 risulta pari a 208,50 euro pro-capite.

OBIETTIVO 4.2 Obiettivi di appropriatezza dell'assistenza farmaceutica territoriale

Risultati 2025

Nel 2025 l'AUSL di Imola ha proseguito l'impegno alla promozione del ricorso ai farmaci privi di copertura brevettuale, generici o biosimilari. Per quanto riguarda le classi di farmaci prevalentemente territoriali è richiesto uno specifico impegno nell'uso corretto delle molecole a maggior rischio di inappropriately. Si riportano di seguito gli andamenti rilevati dal monitoraggio su piattaforma SIVER (DGR programmazione e finanziamento – Edizione 2026) in riferimento ai consumi dei farmaci.

Indicatori e target

Antibiotici. Contenimento del consumo degli antibiotici sistemici, attraverso la promozione dell'uso appropriato al fine di contrastare l'antimicrobicoresistenza, in linea con gli obiettivi del PrCAR (Piano regionale di contrasto alla antibiotico-resistenza). Anche per il 2025, nell'ambito del pannello di indicatori in ambito regionale, viene confermato l'indicatore combinato che valuta diversi aspetti della prescrizione di antibiotici in ambito territoriale. Tale indicatore può raggiungere un valore massimo di 20 punti, ottenibili sommando i punteggi (min di 1 – max 5) di ciascuna delle quattro dimensioni che lo compongono. Indicatore combinato sui consumi di antibiotici in ambito territoriale.

- **(IND1012)** Indicatore combinato sui consumi di antibiotici in ambito territoriale. Target: ≥ 15 punti.

Nel 2025, l'Azienda presenta un valore pari a 17 punti, in incremento rispetto al 2024 (13 punti) e nel rispetto del target atteso. Il punteggio medio regionale 2025 risulta pari a 18 punti.

In riferimento ai singoli indicatori si riporta il monitoraggio disponibile su SIVER.

- **(IND0340)** Consumo giornaliero antibiotici sistemici (DDD*1000 ab. die). Target: $< 12,5 \text{ DDD} * 1000 \text{ ab.}$

L'Azienda presenta un consumo 2025 pari a 12,2 DDD * 1000 ab. vs 13,50 DDD * 1000 ab. nel 2024. Il consumo medio regionale 2025 risulta di 12,08 DDD*1000 ab.

- (**IND1011**) Percentuale di consumo antibiotici Access in base alla classificazione AWARE sul consumo territoriale totale di antibiotici per uso sistemico (%DDD). Target: $\geq 60\%$.

Il valore aziendale 2025 risulta pari a 61,10 vs 60,80% del 2024. La % regionale 2025 risulta pari al 63,90%.

- (**IND0793**) Consumo giornaliero fluorochinoloni negli over 75 (DDD*1000 ab. die). Target: $< 2,0$ DDD per 1.000 ab.

L'Azienda rileva un consumo giornaliero 2025 pari a 1,55 DDD per 1.000 ab. vs 1,69 DDD per 1.000 ab. del 2024. Il valore RER 2025 risulta pari a 1,38 DDD per 1.000 ab.

- (**IND0343**) Tasso di prescrizione di farmaci antibiotici in età pediatrica x 1.000 residenti (prescrizioni * 1.000 bambini/anno). Target: < 800 prescrizioni per 1.000 ab.

L'Azienda presenta nel 2025 un tasso di prescrizione di 635,39 vs 947,58 x 1.000 residenti del 2024. Il tasso a livello regionale 2025 risulta di 598,02 x 1.000 residenti.

L'indicatore combinato viene considerato in aggiunta a quello del Nuovo Sistema di Garanzia:

- (**D14C**) Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti: antibiotici - NSG. Target $< 4.762,74$.

Nel 2025, l'indicatore NSG rileva un consumo pro capite per l'AUSL di Imola pari a 4.453,37 in decremento rispetto al 2024 (4.941,82). Il consumo regionale 2025 risulta pari a 4.409,3.

Gli ulteriori indicatori con relativi target presenti nel pannello in uso a livello regionale vengono riportati quale importante patrimonio informativo a integrazione dell'attività di monitoraggio del consumo degli antibiotici sistemici.

- (**IND0341**) Consumo giornaliero di fluorochinoloni x 1.000 residenti. Target: $< 1,5$ DDD per 1.000 ab.

L'Azienda presenta nel 2025 un consumo pari a 0,65 DDD per 1.000 ab. vs 0,76 DDD per 1.000 nel 2024. Il consumo medio regionale 2025 è pari a 0,64 DDD per 1.000.

- (**IND0342**) Consumo giornaliero di fluorochinoloni in donne di età 20-59 anni x 1.000 residenti. Target: $< 1,2$ DDD per 1.000 ab.

L'Azienda presenta nel 2025 un consumo pari a 0,5 DDD per 1.000 ab. vs 0,6 DDD per 1.000 ab. del 2024. Il consumo medio regionale 2025 è pari a 0,49 DDD per 1.000.

- (**IND0344**) Rapporto fra prescrizioni di amoxicillina non associata e prescrizioni di amoxicillina associata a inibitori enzimatici in età pediatrica. Target: $> 1,5$.

L'Azienda presenta nel 2025 un indice pari a 1,37 vs 1,12 nel 2024. Il rapporto medio regionale 2025 risulta pari a 1,91.

Vitamina D. Tenuto conto della variabilità di utilizzo territoriale della vitamina D, si conferma anche per il 2025 un obiettivo di contenimento modulato sulla base dei livelli di consumo osservati per ciascuna Azienda sanitaria, al fine di raggiungere il seguente target medio regionale.

- (**IND0922**) Consumo giornaliero di Vitamina D per 1.000 residenti - ATC A11CC05. Target AUSL di Imola: ≤ 84 DDD/1000 ab die.

L'AUSL di Imola, nel 2025, presenta un consumo giornaliero pari a 84 DDD/1000 ab die, in lieve aumento rispetto all'anno precedente (76,58). Il consumo regionale 2025 risulta di 117,36 DDD/1000 ab die.

Si riconferma, inoltre, l'obiettivo mirato all'uso prevalente delle formulazioni multidoso in gocce e quelle in compresse/capsule a minor costo rispetto alla soluzione monodose.

- (**IND1082**) Consumo in DDD formulazioni a minor costo (GTT/CPR/CPS) sul totale del consumo in DDD di vitamina D -ATC A11CC05. Target: $\geq 80\%$.

L'AUSL di Imola, nel 2025, presenta un consumo pari a 77,9 vs 75,79 nel 2024 e 69,14 del 2023, in miglioramento. Il consumo regionale 2025 risulta di 73,5%.

PPI e Omega 3. Tenuto conto delle azioni realizzate dalle Aziende sanitarie che hanno consentito un contenimento dei consumi, il livello regionale chiede per il 2025 di mantenere l'attenzione su tale classe di farmaci al fine di consolidare i risultati raggiunti localmente.

A questo proposito si riportano gli esiti degli indicatori monitorati su piattaforma SIVER:

- (**IND0695**) Consumo giornaliero di farmaci Inibitori di pompa protonica (PPI) x 1.000 residenti. Target generale: mantenimento valori raggiunti nel 2024. Target specifico AUSL Imola: < 53 DDD per 1.000 ab. pesati die

L'AUSL di Imola nel 2025 mostra un consumo giornaliero di farmaci PPI, erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale e tramite distribuzione diretta o "per conto", per 1.000 residenti, pari a 52,80 vs 52,85 DDD per 1.000 ab. pesati die, in mantenimento rispetto ai valori raggiunti nel 2024. Il valore regionale 2025 risulta pari a 57,61 DDD per 1.000 ab. pesati die.

- (**IND0794**) Consumo giornaliero di farmaci Omega 3 per 1.000 residenti - ATC C10AX06. Target generale: mantenimento valori raggiunti nel 2024. Target specifico AUSL di Imola: pari a 2,2 DDD per 1.000 ab.

Il dato 2025 rileva un consumo aziendale pari a 2,24 vs 2,19 DDD per 1.000 ab. pesati die, in mantenimento rispetto ai valori raggiunti nel 2024. Il valore regionale 2025 risulta pari a 3,14 DDD per 1.000 ab.

Si chiede, inoltre, ai fini di individuare interventi volti a migliorarne l'appropriatezza prescrittiva, di monitorare gli psicoanalettici, in particolare le molecole di più recente inserimento in PTR per le quali si è osservato un incremento rilevante di prescrizione e spesa, e l'uso dei farmaci respiratori nelle terapie a breve termine delle patologie acute delle prime vie aeree.

I dati di consumo e spesa, dell'AUSL di Imola, di Vitamina D, PPI e Omega 3 vengono presentati e discussi con i MMG in ogni incontro di nucleo, con aggiornamenti sulle evidenze e raffronti a livello regionale.

Nessuna azione particolare è stata introdotta riguardo ai farmaci psicoanalettici, che non costituiscono per l'AUSL Imola una categoria critica per consumi e/o spesa; nell'ambito dei farmaci respiratori, ci si è focalizzati sui farmaci per asma e BPCO nella cronicità (e non sulle terapie a breve termine delle patologie acute delle prime vie aeree), assegnando obiettivi inerenti la prescrizione in dimissione.

Farmaci per la cronicità nell'ottica della territorializzazione delle cure

Tenuto conto di quanto previsto dal Tavolo Adempimenti MEF in tema di dematerializzazione delle prescrizioni e dei piani terapeutici, e considerato che nell'anno 2024 il 70% delle Schede relative alla nota 97 è stato elaborato in modalità digitale, mostrando un'ampia variabilità tra le Aziende sanitarie, si ritiene di indicare come obiettivo per l'anno 2025 il raggiungimento del seguente target:

- (**IND1061**) % assistiti con prescrizione nota 97 e piano terapeutico elettronico sul totale assistiti con prescrizione nota 97 e piano terapeutico. Fonte dati: Portale TS. Target: 80%.

L'Azienda, nel 2025, mostra un valore pari a 75,35% vs 72,02% del 2024 e 66,37% del 2023. Il valore medio regionale 2025 è pari a 75,61%.

Per quanto riguarda i **farmaci con uso/prescrizione prevalentemente ospedaliera**, la Regione richiede l'adesione ai risultati di gara. Inoltre, richiede una particolare attenzione alle classi di farmaci di seguito elencate al fine di garantirne un uso ottimale.

Antibiotici. L'Azienda anche nel 2025 ha garantito il monitoraggio periodico dei consumi in ambito ospedaliero, procedendo anche alla condivisione e valutazione degli esiti con i prescrittori, con particolare riferimento al monitoraggio semestrale dell'uso dei farmaci con indicazione nel trattamento di infezioni nosocomiali da germi difficili multiresistenti, che sono compresi nella lista di farmaci "watch" e "reserve" della classificazione AWaRe dell'OMS, per i quali AIFA ha definito schede di prescrizione (Antibiotici "watch" con Scheda di prescrizione AIFA: delafloxacin).

Antidiabetici. Tenuto conto della disponibilità in nota AIFA 100 della nuova classe degli agonisti recettoriali del GIP e del GLP-1, il Gruppo di lavoro regionale multidisciplinare sui farmaci per il diabete conferma l'uso raccomandato per gli SGLT2 inibitori in almeno il 70% dei nuovi pazienti che associano a metformina un secondo ipoglicemizzante fra SGLT2 inibitore, GLP1 RA, GIP/GLP1 RA.

Indicatori e target

- (**IND1206**) di pazienti con metformina che associano una gliflozina rispetto al totale dei pazienti con metformina che associano una gliflozina o un GLP-1° o un'agonista recettoriale del GIP e del GLP-1. Target $\geq 70\%$.

Nel 2025, l'AUSL di Imola presenta una percentuale pari a 78,50% vs 77,84% nel 2024 e 60,54% nel 2023. Il valore medio 2025 RER risulta pari a 67,31%.

Farmaci cardiovascolari.

Nuovi anticoagulanti orali (DOAC): si raccomanda di privilegiare la scelta dei farmaci con il miglior rapporto costo/opportunità, sia per quanto riguarda il trattamento della FANV che della TVP/EP. Viene definito rispetto ai pazienti incidenti alla terapia con un DOAC il seguente indicatore:

- (**IND1180**) % di pazienti incidenti che utilizzano i DOAC con il miglior rapporto costo/opportunità. Target $\geq 70\%$.

La % di pazienti incidenti nel 2025 risulta pari all'27,8%. La performance regionale nel 2025 mostra un valore pari a 28,74%, mettendo in evidenza un esito generale per tutte le Aziende molto al di sotto del target richiesto.

Per quanto riguarda il trattamento della TVP/EP si sottolinea l'importanza dell'ottimizzazione della terapia – con particolare riferimento alla durata del trattamento.

Per tutte le Aziende il dato 2025 è lontano dal target richiesto, in particolare l'AUSL di Imola risente di una ulteriore latenza dovuta al recepimento locale degli esiti di gara regionale.

La tendenza incrementale del dato di consumo a 12 mesi rispetto ai 9 mesi, evidenzia comunque una progressiva maggior aderenza alle indicazioni sull'utilizzo dei DOAC a miglior costo/opportunità, condivise durante tutti gli incontri di negoziazione/monitoraggio di Budget.

Farmaci ipolipemizzanti (acido bempedoico, iPCSK9 – anticorpi monoclonali e inclisiran -, ezetimibe e statine, icosapent etile). Si richiede il rispetto delle considerazioni contenute nel Documento PTR n. 352 "Considerazioni sulla prescrivibilità dei farmaci per il trattamento delle dislipidemie.

Documento di commento all'attuale Nota AIFA n. 13", con particolare riferimento al ruolo delle statine.

Verrà effettuato un monitoraggio specifico al fine di verificare l'aderenza alle indicazioni contenute nel Documento.

I dati intermedi presentati in corso d'anno 2025 dalla Regione ER sull'aderenza alle indicazioni contenute nel documento PTR n. 352, con particolare riferimento ai pazienti trattati con acido bempedoico da solo o in associazione con ezetimibe, seconda linea rispetto al trattamento con statine, mostrano per l'AUSL di Imola una minor percentuale di pazienti (25%) non trattati in precedenza con statine rispetto alla media Regionale (33%), dato suggestivo di maggiore aderenza al documento RER sulla prescrizione di farmaci per il trattamento delle dislipidemie.

Farmaci intravitreali anti VEGF. Nel rispetto della Nota AIFA 98, viene raccomandato per l'uso prevalente di privilegiare la scelta della somministrazione economicamente più vantaggiosa. Inoltre, nei pazienti incidenti, che rientrano nelle indicazioni oggetto della Nota AIFA, è atteso che la percentuale di somministrazioni economicamente più vantaggiose raggiunga almeno l'85% del totale.

- Impiego prevalente del farmaco antiVEGF con il miglior rapporto costo/opportunità nei pazienti incidenti.
Target: $\geq 85\%$.

Per AUSL Imola l'impiego del farmaco economicamente più vantaggioso è stato pari al 100% come nel 2024.

Farmaci oncologici e oncoematologici. In riferimento all'adesione alle raccomandazioni regionali sui farmaci oncologici formulate dal gruppo GREFO e adottate dalla Commissione regionale del farmaco, l'Azienda nella scelta del trattamento ha tenuto conto anche del rapporto costo/opportunità nell'uso prevalente, nell'ambito della stessa linea di trattamento e a parità di forza e in assenza di specifiche condizioni/comorbidità, al fine di rispettare le indicazioni contenute in tali raccomandazioni.

Per favorire il raggiungimento dell'obiettivo viene effettuato a livello aziendale un monitoraggio della spesa per i farmaci a maggior costo analizzati mediante incontri periodici specifici.

Nuove formulazioni di farmaci oncologici. L'impiego di nuove formulazioni sottocute disponibili per principi attivi oncologici già inseriti in Prontuario nelle formulazioni endovenose, per le medesime indicazioni terapeutiche, deve tenere conto delle indicazioni della CRF in considerazione di un ottimale uso delle risorse e della necessità di preservare le situazioni in cui sussistono specifiche esigenze assistenziali.

Farmaci biologici. Impiego di farmaci biologici in presenza di un biosimilare nella classe, secondo il target indicato. Di seguito gli esiti monitorati dal sistema SIVER in termini di impiego di farmaci biologici sul totale del consumo, in riferimento al 2025.

- (**IND0370**) % di consumo di eritropoietine biosimilari. (Target $\geq 95\%$).

L'indicatore riporta un esito 2025, per l'AUSL di Imola, pari al 99,97 vs 99,90% del 2024, nel pieno rispetto del target. Il consumo medio regionale 2025 risulta pari a 99,40%.

- **(IND0657)** % di consumo di infliximab biosimilare. (Target $\geq 95\%$).

Analogamente a quanto rilevato a partire dal 2022 tutti i pazienti in terapia endovenosa con Infliximab c/o la Reumatologia di Imola, sono stati trattati con il biosimilare (100%).

- **(IND0658)** % di consumo di etanercept biosimilare. (Target $\geq 95\%$).

La percentuale di consumo di etanercept biosimilare risulta, nel 2025, pari a 96,98% vs 95,53% del 2024. La performance regionale 2025 risulta pari a 94,71%.

- **(IND0659)** % di consumo di follitropina biosimilare. (Target $\geq 90\%$).

L'indicatore mostra, nel 2025, un consumo pari a 92,64% vs 73,38% nel 2024, in incremento. La percentuale regionale 2025 risulta pari a 84,49%.

- **(IND0777)** % di consumo di adalimumab biosimilare. (Target $\geq 95\%$).

Nel 2025 la percentuale di consumo per l'AUSL di Imola risulta pari a 96,88% vs 95,39% consumo rilevato nel 2024. Il consumo medio regionale 2025 risulta del 97,77%.

- **(IND0778)** % pazienti trattati con trastuzumab sottocute. (Target $\leq 20\%$).

Il prodotto sottocute, a differenza del prodotto endovena, non dispone di prodotti biosimilari che sono da preferire in quanto, a parità di efficacia terapeutica, consentono un risparmio economico. L'AUSL di Imola registra nel 2025 come nel 2024 e 2023 una % pari a 0. La media RER risulta pari a 5,57% pazienti trattati.

- **(IND0779)** % pazienti trattati con rituximab sottocute. (Target $\leq 20\%$).

Il prodotto sottocute, a differenza del prodotto endovena, non dispone di prodotti biosimilari che sono da preferire in quanto, a parità di efficacia terapeutica, consentono un risparmio economico.

L'AUSL di Imola a partire dal 2023 non rileva pazienti tratti con rituximab sottocute, ma esclusivamente con la forma endovenosa maggiormente costo-opportuna.

- **(IND0780)** % di consumo di enoxaparina biosimilare. (Target $\geq 95\%$).

Nel 2025 il consumo di Enoxaparina per l'AUSL di Imola risulta pari a 99,63% vs 99,85% del 2024. A livello regionale nel 2025 il consumo medio risulta pari a 99,62%.

- **(IND0887)** % di consumo di bevacizumab biosimilare. (Target $\geq 95\%$).

L'AUSL di Imola nel 2025 presenta un consumo di bevacizumab pari al 100% vs il 97,95% del 2024. Il consumo medio regionale risulta pari al 99,99%.

- **(IND1182)** Percentuale di consumo di ustekinumab biosimilare. (Target $\geq 50\%$).

L'AUSL di Imola nel 2025 presenta un consumo di ustekinumab pari al 16,55%. Il consumo medio regionale risulta pari al 56,69%. Il dato dell'AUSL di Imola, notevolmente più basso della media RER, è da imputare a prescrizioni da parte di centri extra-AUSL; dei 12 pazienti residenti in AUSL Imola in trattamento con ustekinumab per Chron, unica indicazione del farmaco biosimilare, solo due hanno avuto prescrizione da parte dalla gastroenterologia Imola, con farmaco biosimilare, gli altri 10 pazienti (7 con prescrizione da AOSP BO e 3 con prescrizione di centri AUSL Romagna) hanno presentato prescrizioni con originator.

Si prevede un miglioramento del dato nel corso del 2026, dopo contatti informali con le Aziende limitrofe a fine 2025, con richiesta di modifiche della prescrizione.

Terapia immunosoppressiva con i farmaci biologici. In assenza di specifiche condizioni cliniche, in linea con le indicazioni contenute nelle raccomandazioni regionali, la Regione definisce i seguenti indicatori.

Indicatore e target:

- **(IND1183)** % di pazienti incidenti affetti da malattia reumatologica trattati con anti-TNF alfa economicamente più vantaggiosi. (Target $\geq 80\%$).

L'AUSL di Imola nel 2025 presenta una percentuale pari al 70% vs 95% del 2024. Il consumo medio regionale 2025 risulta pari a 75,19%.

- **(IND1184)** % di pazienti incidenti affetti da psoriasi trattati con anti-TNF alfa economicamente più vantaggiosi. (Target $\geq 80\%$).

L'AUSL di Imola nel 2025 presenta una percentuale pari a 80,77% vs 84,62% del 2024. Il consumo medio regionale 2025 risulta pari a 77,54%.

- **(IND1071)** % pazienti prevalenti affetti da malattia reumatologica già in trattamento con biologico che nel primo cambio di terapia ad altro biologico impiegano anti-TNF alfa. Target: $\geq 60\%$.

L'Azienda presenta nel 2025 un valore pari a 63,64% vs 100% del 2024 e 60% del 2023. La percentuale media regionale 2025 è pari a 52,21%.

- **(IND1072)** % di pazienti prevalenti affetti da malattia cutanea già in trattamento con biologico che nel primo cambio di terapia ad altro biologico impiegano anti-TNF alfa o gli inibitori dell'interleuchina economicamente più vantaggiosi. Target: $\geq 60\%$.

L'Azienda presenta nel 2025 un valore pari a 54,55% vs 27,27% del 2024. La percentuale media regionale 2025 è pari a 58,04%.

Anticorpi monoclonali per il trattamento della dermatite atopica grave. In linea con le considerazioni contenute nel Documento PTR n. 340 "I nuovi farmaci per il trattamento della Dermatite atopica grave nella popolazione adulta e pediatrica. Anticorpi monoclonali e JAK inibitori. Documento di indirizzo regionale", si richiede di privilegiare l'uso dei farmaci con il miglior rapporto costo/opportunità, in assenza di specifiche motivazioni cliniche.

L'AUSL Imola non ha centri autorizzati alla prescrizione degli anticorpi monoclonali per il trattamento della dermatite atopica grave.

Per gli obiettivi 2025 sui medicinali plasmaderivati, si rinvia alla specifica sezione avente ad oggetto "Attività trasfusionale".

OBIETTIVO 4.3 Attuazione Protocollo d'Intesa con le Farmacie convenzionate

Si richiede di dare piena attuazione alle progettualità definite attraverso le Intese sottoscritte tra Regione e Associazioni di categoria delle farmacie convenzionate, di cui alle DGR n. 2365/2024 (Intesa farmacie e relativi ambiti di attività), n. 1609/2024 (telerefertazione ambito cardiologico) e n. 1335/2024 (allestimento personalizzato antibiotici), nonché alle successive disposizioni adottate in relazione al nuovo Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con le farmacie pubbliche e private.

Con particolare riferimento alla DGR 1609/2024, dovrà essere sostenuto l'avvio della fase 2 del progetto "governo del percorso", tramite il coinvolgimento dell'ingegneria clinica, delle strutture cardiologiche e dei medici del territorio.

Infine, in relazione alla citata DGR n. 2365/2024, è fondamentale che le farmacie convenzionate aderiscano al sistema di farmacovigilanza e partecipino alle iniziative formative proposte dal livello aziendale e dal livello regionale.

Risultati 2025

Per quanto attiene al sistema di farmacovigilanza, le farmacie hanno formalmente aderito alle iniziative proposte dal livello aziendale e regionale; non risultano in rete nazionale di farmacovigilanza segnalazioni di sospetta reazione avversa a farmaci da parte di farmacie convenzionate. L'adesione delle farmacie a queste attività viene valutata tramite l'applicativo regionale e i dati inseriti nella rete nazionale di farmacovigilanza.

OBIETTIVO 4.4 Adozione di strumenti di governo clinico e gestionali

È in capo alle aziende sanitarie e in particolare ai medici prescrittori e ai farmacisti:

Registri di monitoraggio AIF

- la corretta compilazione dei Piani Terapeutici AIFA, con particolare attenzione a quelli relativi ai farmaci innovativi e i farmaci con innovatività condizionata - oncologici e non oncologici- che fanno capo agli specifici fondi e che prevedono meccanismi di pay back;
- la corretta registrazione delle schede di dispensazione;
- la tempestiva chiusura delle schede al termine dei trattamenti;
- la gestione dei rimborsi di condivisione del rischio (es. payment by results, cost sharing...), misurata attraverso il calcolo della percentuale dei trattamenti chiusi già inseriti in una richiesta di rimborso (obiettivo>95%);

Risultati 2025

Per quanto concerne la compilazione dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA, la Direzione Assistenza Farmaceutica registra il 100% delle schede di dispensazione farmaci sottoposti a registro prescrittivo AIFA compilate correttamente dai prescrittori (come nel 2024).

Data base oncologico regionale (DBO). Con riferimento all'informatizzazione di tutto il percorso di gestione dei farmaci oncologici, al fine di un miglioramento del tasso di copertura del DBO per tutti i campi previsti dal tracciato, l'Azienda sta adottando misure organizzative per il miglioramento della copertura.

Centralizzazione delle terapie oncologiche. Con riferimento alla DGR n. 1563 del 08/07/2024, è stato dato avvio alla predisposizione del percorso di ipercentralizzazione dei laboratori di allestimento di farmaci oncologici (Unità Farmaci Antiblastici) della Regione, al fine di assicurare standard elevati di sicurezza per pazienti e operatori sanitari nelle diverse fasi di prescrizione, allestimento e somministrazione e di ottimizzare la spesa per la produzione.

È in fase di attuazione per l'area romagnola l'ipercentralizzazione della produzione dotata di elevata automazione in grado di servire l'intero territorio e di ottimizzare i costi di produzione, in forte integrazione tra l'AUSL Romagna e l'IRST di Meldola, l'unificazione della produzione in un'unica Unità Farmaci Antiblastici

nell'area modenese e l'unificazione della gestione della produzione presso l'area bolognese. Inoltre, le farmacie oncologiche devono partecipare attivamente ai percorsi di appropriatezza, in raccordo con i livelli regionali e aziendali, promuovendo la condivisione di buone pratiche e percorsi assistenziali.

Governo dei farmaci oncologici nel fine vita. A fronte di analisi regionali condotte su pazienti oncologici deceduti che hanno ricevuto una terapia oncologica negli ultimi 30 giorni di vita, emerge un forte impatto in un setting in cui sia la letteratura internazionale sia le analisi condotte in RER sottolineano l'inappropriatezza di tali trattamenti nonostante sia ormai un dato consolidato che il trattamento in pazienti con tumori in stadio avanzato con cure ad alta intensità in regime di ricovero non determinino differenze né in termini di sopravvivenza né di qualità della vita (Belkeman et al., 2016; Brook et al., 2014).

È opportuno considerare che trattamenti medici e chirurgici ad alta intensità di cura, non solo si dimostrano scarsamente efficaci ma richiedono l'allocazione di risorse consistenti (Davis MP et al., 2022; Iglesias Santamaría A et al. 2022) la cui ottimizzazione potrebbe portare a un maggiore beneficio da parte dei pazienti. Inoltre, tali trattamenti rallentano l'accesso alle cure palliative che potrebbero migliorare la qualità di vita dei pazienti. Alla luce dell'analisi dei dati di monitoraggio dello scorso anno e della letteratura consolidata sul tema, si chiede di non superare il 14% dei pazienti trattati con farmaci oncologici nel fine vita (ultimi 30 giorni).

Risultati 2025

Indicatore e target

Si riporta il monitoraggio presente su SIVER (DGR programmazione e finanziamento - Edizione 2026).

- **(IND1004)** % di pazienti trattati con farmaci oncologici nel fine vita (ultimi 30 giorni) per Azienda di residenza. Target: < 14%.

L'AUSL di Imola registra, nel 2025, un valore pari a 12,67% vs 11,87% del 2024. Il valore medio regionale 2025 è pari al 19%.

- **(IND0372)** % di trattamenti chiusi e già inseriti in una richiesta di rimborso (RdR). Target: >= 95%.

L'indicatore valuta la percentuale di trattamenti chiusi e già inseriti in una richiesta di rimborso (RdR) rispetto al totale dei trattamenti chiusi e rimborsabili registrati nella piattaforma AIFA. L'AUSL di Imola, nel 2025, mostra una percentuale pari al 100%. Il valore medio regionale 2025 risulta pari a 100%.

- **(IND1002)** % compilazione DBO per le terapie infusionali. Target: > 95%.

Si riporta la percentuale di farmaci oncologici orali a maggiore impatto economico presenti nelle schede del DBO sugli stessi principi attivi e pazienti presenti in FED. L'AUSL di Imola nel 2025 mostra un valore pari a 67,91% vs 13,9 del 2024. La media RER 2025 è del 62,19%.

- **(IND1003)** % compilazione DBO per le terapie orali. Target: >75%.

L'AUSL di Imola registra, nel 2025, un valore pari a 62,50% vs 16,75% del 2024. Il valore medio regionale 2025 è pari a del 60,56%.

Attività delle Commissioni del farmaco di Area Vasta. Si richiede di sostenere le attività delle Commissioni del farmaco di Area Vasta e la partecipazione alle riunioni mensili del Coordinamento regionale, quali strumenti per promuovere la diffusione e l'applicazione delle Raccomandazioni d'uso dei farmaci del

Prontuario terapeutico regionale fra i professionisti, attraverso un confronto diretto sulle raccomandazioni prodotte.

Risultati 2025

Si conferma nel 2025 la partecipazione a tutte le riunioni periodiche sia della CF-AVEC che del Coordinamento regionale da parte della Direzione Assistenza Farmaceutica AUSL Imola, con almeno un dirigente farmacista in rappresentanza (verbali agli atti delle segreterie delle Commissioni suddette) e la conseguente disseminazione e condivisione delle raccomandazioni d'uso dei farmaci con i professionisti aziendali.

OBIETTIVO 4.5 Farmacovigilanza

Nel 2025, in continuità con l'anno 2024, sono proseguite le attività di farmacovigilanza, promuovendo:

- la segnalazione spontanea di sospette Adverse Drug Reaction (ADR) on line attraverso la Piattaforma AIFA;
- l'aumento della qualità e completezza delle segnalazioni;
- l'utilizzo della Scheda di Segnaler "A05" per la rilevazione degli errori di terapia;
- la formazione degli operatori sanitari e delle farmacie convenzionate, anche utilizzando i kit formativi messi a disposizione del Centro Regionale di FarmacoVigilanza e lo strumento Videopillola FV (https://www.youtube.com/watch?v=4Rx8x_YFUt0&t=5s);
- l'adesione al progetto di informazione indipendente CoISiFA nelle sue due componenti: WP7B, relativo a corsi di formazione specifici per formatori e WP9, relativo all'implementazione del progetto "Informed Health Choices" per la promozione del pensiero critico su temi di salute nelle scuole primarie e secondarie di primo grado.

Risultati 2025

Nel corso del 2025 è stata data ulteriore applicazione alla procedura operativa AIFA per i Responsabili di Farmacovigilanza, promuovendo in ogni contesto il ricorso alla segnalazione on line e fornendo ritorno informativo al segnalatore, per ogni segnalazione.

Da sottolineare la collaborazione ad un progetto sul monitoraggio dell'uso di farmaci e dispositivi medici, inserito nel programma regionale di farmacovigilanza attiva e all'interno delle attività istituzionali del Centro Regionale di Farmacovigilanza, mediante una borsa di studio dedicata in particolare alla sicurezza e appropriatezza d'uso dei farmaci erogati alla dimissione da ricovero e/o visita ambulatoriale.

È proseguito nel 2025 il coinvolgimento della farmacia nella gestione delle sospette ADR in ambito oncoematologico, il supporto alla segnalazione da parte del personale sanitario e l'invio periodico di report aggiornati sui farmaci sottoposti a monitoraggio addizionale, retaggio del precedente progetto di FV POEM3.

In tema di formazione si evidenzia la partecipazione al progetto COSiSiFA, iniziativa nazionale nata per promuovere l'informazione scientifica indipendente sul farmaco, soprattutto negli ambiti pediatria, oncologia, antibiotico-resistenza, cronicità e polifarmacoterapia.

È stato dato ampio risalto a due FAD gratuite messe a disposizione dal progetto sui temi polifarmacoterapia e antibioticoterapia, provvedendo alla divulgazione a tutti gli operatori sanitari e aderendo ad una

formazione sincrona su antibioticoterapia con l'intento di formare facilitatori in grado di trasferire informazioni sull'uso appropriato degli antibiotici nel contesto di incontri locali.

Indicatore e target

- (**IND0374**) N. segnalazioni di reazioni avverse a farmaci e a vaccini (ADR) in AUSL x 100.000 abitanti.
Target: ≥ 85 .

Nel 2025 il valore aziendale si attesta a 28,6 vs 40,68 segnalazioni del 2024, in calo. Il valore medio regionale risulta nel 2025 di 51,08.

OBIETTIVO 4.6 Gestione sicura e corretta dei medicinali

Si richiede di intraprendere azioni mirate a sostenere, anche attraverso adeguata formazione, la sicurezza nell'uso dei farmaci, implementando le linee guida/raccomandazioni regionali e nazionali in materia, e in particolare i documenti: "Manuale per gestire in sicurezza la terapia farmacologica. Ottobre 2022"; "Gestione dei farmaci al domicilio. Maggio 2024" - DGR n. 1472/2024.

È altresì fondamentale la promozione di attività atte a favorire il raggiungimento di una maggiore consapevolezza da parte dei pazienti e/o caregiver sull'importanza e sul ruolo delle terapie farmacologiche prescritte, promuovendo l'*empowerment* e l'*ability to cope* della cittadinanza.

Si deve estendere ulteriormente l'applicazione del processo di ricognizione/riconciliazione farmacologica, a supporto anche della revisione delle terapie nei soggetti politrattati, nonché l'adozione della Lista delle mie medicine.

Risultati 2025

A fine 2025 da segnalare l'adesione ad un nuovo progetto regionale biennale di farmacovigilanza attiva denominato INTER-ACTIONS, orientato alla rivalutazione e ottimizzazione delle terapie farmacologiche nella popolazione anziana politrattata, realizzato con il supporto metodologico del Dipartimento Scienze Mediche Chirurgiche DIMEC, Alma Mater Studiorum UNIBO, in collaborazione con il Centro Regionale di Farmacovigilanza e il coinvolgimento di personale medico e operatori sanitari dell'UOC di Geriatria Ospedaliera e Territoriale AUSL di Imola.

Indicatore e target:

- (**IND1075**) % di grandi anziani (≥ 75 anni) trattati con 9 o più farmaci in cronico, evitando contemporaneamente eventuali *undertreatment*, sul totale di grandi anziani. Target: < anno 2024.

L'indicatore valuta la percentuale di grandi anziani politrattati quindi potenzialmente a maggior rischio di insorgenza di problematiche legate all'assunzione contemporanea di numerosi farmaci (interazioni clinicamente rilevanti, inefficacia terapeutica, tossicità).

L'AUSL di Imola nel 2025 rileva un valore pari a 8,55% vs 8,37% del 2024 e 8,51% nel 2023. Il valore medio regionale 2025 risulta pari a 9,04% vs 9,02% del 2024 e 8,63% nel 2023.

OBIETTIVO 4.7 Dispositivi medici e dispositivo-vigilanza

Nel 2025, la Regione Emilia-Romagna ha rafforzato l'impegno per garantire l'accesso equo e sostenibile ai dispositivi medici, conciliando qualità delle cure, innovazione tecnologica e compatibilità economica.

I dispositivi medici, rilevanti per l'impatto sulla spesa sanitaria, sono soggetti al vincolo del tetto del 4,4% del Fondo Sanitario Regionale, come da normativa nazionale (d.l. 95/2012, art. 15 comma 13 lett. f).

Al fine di sostenere i processi di governo della spesa, per l'anno 2025, sono individuati come prioritari i seguenti obiettivi organizzativi:

- L'introduzione dell'innovazione nel rispetto del percorso istituzionale stabilito per la valutazione. Le aziende sono tenute a supportare i professionisti nell'utilizzo dell'applicativo web regionale per la valutazione dei nuovi dispositivi medici. L'applicativo rappresenta un canale fondamentale anche per segnalare alla Commissione regionale le tecnologie potenzialmente candidabili al percorso HTA. È cruciale formare il personale sull'uso corretto dei campioni gratuiti per evitare errori e garantire la sicurezza dei pazienti.
- Implementazione delle linee di indirizzo/protocolli regionali sull'uso appropriato dei DM. Si devono garantire il recepimento e la diffusione dei documenti regionali da parte del livello aziendale, come quelli sull'ERCP e sull'autogestione del diabete, l'adozione uniforme garantisce un'equa distribuzione e un miglior rapporto costo-beneficio.
- Gestione degli acquisti e criteri di selezione dei dispositivi medici. Gli acquisti devono basarsi su criteri di qualità, sostenibilità e innovazione. È essenziale prevedere la piena adesione alle gare regionali sia in termini qualitativi che quantitativi. Eventuali acquisti fuori contratto dovranno essere rigorosamente giustificati da contingenze di mercato, come interruzioni produttive o indisponibilità temporanee. Per garantire un utilizzo appropriato delle risorse, dovranno essere applicati criteri stringenti per la definizione dell'esclusività e dell'infungibilità dei dispositivi.
- Tracciabilità dei dispositivi medici e implementazione del sistema UDI. Le aziende sanitarie devono garantire la completa tracciabilità dei dispositivi, implementando l'UDI, per assicurare la corretta associazione tra dispositivo e intervento, sia in ambito ospedaliero che territoriale.

Risultati 2025

Nel 2025 il percorso regionale che prevede l'Applicativo web per la gestione delle richieste di valutazione dei dispositivi medici è stato illustrato dalla Direzione Assistenza Farmaceutica nel corso degli incontri di Dipartimento, fornendo supporto ai clinici anche in modalità individuale ove richiesto.

Molta attenzione è stata posta alla formazione del personale sull'utilizzo corretto dei campioni gratuiti: sono state gestite e tracciate 25 richieste di campionature gratuite, delle quali 4 inerenti dispositivi medici di classe III con acquisizione del parere favorevole del Direttore Sanitario.

In merito all'implementazione di linee di indirizzo RER sull'uso appropriato dei DM, ci si è focalizzati sulla corretta gestione delle medicazioni avanzate, CND critica per consumi e spesa per AUSL Imola, con incontri con il *team wound care* sull'applicazione dei documenti regionali e in accordo con le gare Intercenter.

Nell'ambito della gestione degli acquisti si sono applicati stringenti criteri per adire ad acquisti fuori contratto, dettagliando le motivazioni in ogni richiesta di finanziamento, protocollata e tenuta agli atti.

Per quanto attiene alla tracciabilità dei dispositivi medici e all'implementazione del sistema UDI, per gli aspetti di competenza è stata data informazione al personale del comparto in vista del coinvolgimento che sarà richiesto una volta disponibile il necessario adeguamento tecnologico.

Indicatore e target:

- (IND1185) Valutazioni duplicate su applicativo web. Target: 0.

Per quanto di competenza DAF e nell'ambito delle attività della segreteria NOL, a fronte di richiesta di inserimento di nuovo device in repertorio, viene sistematicamente verificata l'eventuale presenza di richieste sovrapponibili all'interno dell'applicativo web dedicato.

Obiettivi di spesa dispositivi medici Regione Emilia-Romagna

Nel 2025 la spesa prevista a livello regionale per dispositivi medici è stata di 720,3 milioni di euro, con un aumento di circa 13,4 milioni rispetto al dato trasmesso nel quarto trimestre CE 2024 regionale (+1,9%), in linea con l'aumento del FSR.

La programmazione di spesa per i Dispositivi Medici riflessa dall'Azienda nel Preventivo 2025 è stata posta in coerenza con l'obiettivo di budget assegnato per l'AUSL di Imola, di cui alla nota RER prot. 25/2/2025 0188115.U, in atti prot. 6656 del 25/2/2025, pari in valore assoluto a € 13.176.190. Tale valore costituisce un incremento rispetto al CE IV TRIM 24 pari a € +268.211 (+2,08%).

Risultati 2025

La sostenibilità ai fini del raggiungimento dell'obiettivo di spesa è stata strettamente monitorata in relazione ai diversi e numerosi fattori che vi concorrono quali: dispositivi impiantabili ad alto costo, dispositivi medici dedicati alla chirurgia robotica (Chirurgia generale, Urologia, Ginecologia), strumentario chirurgico. La previsione è stata accompagnata da obiettivi operativi aziendali di budget volti a preferire l'utilizzo dei DM economicamente più vantaggiosi, a parità di condizioni, con particolare riferimento ai dispositivi il cui costo medio a paziente 2024 si discostava dalla media RER (protesi anca – protesi ginocchio – dispositivi per la gestione del diabete).

La programmazione di spesa per i Dispositivi Medici riflessa nel Preventivo 2025, in coerenza con l'obiettivo di budget assegnato per l'AUSL di Imola, prevedeva un valore assoluto di spesa pari a € 13.176.190, che costituiva un incremento rispetto al CE IV TRIM 24 di € +268.211 (+2,08%), già al netto del rimborso da parte dell'IRCCS Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna del consumo dei dispositivi dedicati alla chirurgia robotica di propria pertinenza.

A consuntivo 2025 si registra un valore di spesa per Dispositivi Medici pari a € 13.125.339 al netto del rimborso da parte dell'IRCCS Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna del consumo dei dispositivi dedicati alla chirurgia robotica di propria pertinenza pari a € 370.047. La spesa a consuntivo si registra pertanto in linea con l'obiettivo di spesa presentando uno scostamento rispetto al Preventivo 2025 del -0,38% pari a € -50.851.

Dispositivi medici						
	OBJ 2025		CONSUNTIVO 2024	PREVENTIVO 2025	CONSUNTIVO 2025	Var. % CONS 2025 PREV 2025
	Importo totale (€)	Var % vs 2024	Importo totale (€)	Importo totale (€)	Importo totale (€)	Var. % CONS 2025 CONS 2024
Azienda Ausl Imola	13.176.189	5,00%	12.549.150	13.174.892	13.125.339	-0,38%

Obiettivi di appropriatezza dispositivi medici Regione Emilia-Romagna

In considerazione dell'impegno di risorse stimato per il 2025 per i dispositivi medici si richiede uno specifico impegno nell'uso appropriato di dispositivi medici sia di largo utilizzo che specialistici.

In particolare:

Guanti non sterili per "uso sanitario" o "da esplorazione". L'uso dei guanti per attività assistenziale è da tempo oggetto di governo a livello regionale, con la pubblicazione del documento di appropriatezza e mediante convenzioni regionali. Le azioni richieste sono le seguenti:

- Adesione al documento regionale di appropriatezza «Indicazioni operative sui guanti monouso per uso sanitario».
- Consolidamento della collaborazione tra Referenti SPP, Farmacista, Professionisti dell'area Igiene Ospedaliera.
- Mantenimento rispetto al 2024 dei quantitativi consumati in rapporto all'attività ospedaliera.

Indicatore e target

- **(IND1076)** Guanti non chirurgici (cnd T0102) impiegati in ambito di ricovero per giornata di degenza (Ordinaria e DH). Target: valore Regionale ≤ 43 .

L'AUSL di Imola mostra un valore, nel 2025, pari a 44,36 vs 44,50 del 2024 e 50,52 nel 2023. Il valore medio regionale 2025 è pari a 42,93.

Risultati 2025

Si evidenzia una riduzione del consumo di guanti tra il 2025 e 2024 pari a -1,6% (Flusso DIME, II invio), con una notevole diminuzione della spesa pari a -13,5%. A livello regionale la variazione sulle quantità risulta pari a -0,6%, con un decremento della spesa pari a -2,9%.

Medicazioni avanzate. Il gruppo regionale Medic-RER guida l'uso appropriato delle medicazioni avanzate e promuove gare centralizzate per l'acquisto. La spesa è in calo, con un -0,8% nel 2024. Si conferma la richiesta d'impegno per un uso sostenibile e conveniente, rinnovando per il 2025 l'obiettivo di partecipazione alle gare regionali.

Diabete. A seguito dell'emanazione delle Linee di indirizzo regionali sull'uso appropriato dei dispositivi per l'automonitoraggio del diabete, si chiede alle aziende sanitarie di garantirne un'adozione corretta. Sono disponibili tre gare IntercentER aggiudicate che coprono tutte le tipologie di dispositivi: Dispositivi per la gestione del diabete Lancette pungidito, strisce reattive e sistemi per la diagnostica rapida della glicemia (ambito territoriale e ospedaliero) 3; Sistemi di monitoraggio in continuo, sistemi HCL e microinfusori per Aziende Sanitarie; Acquisto di sistemi di monitoraggio del glucosio (disponibile nei primi mesi 2025).

Nel 2024, la spesa regionale ha raggiunto 42,6 milioni di euro (+1,7% rispetto al 2023), con un incremento del 9,7% per i dispositivi ad alta tecnologia (77% della spesa). Si raccomanda un'introduzione graduale di tali tecnologie, promuovendo un uso appropriato e monitorato per evitare spese ingiustificate e garantire equità di accesso.

Robotica. L'Azienda deve garantire l'uso sostenibile dei robot chirurgici, massimizzando gli interventi per ciascun dispositivo pluriuso secondo le schede tecniche.

L'obiettivo di volumi minimi non deve prevalere sulla sostenibilità economica.

Si raccomanda, inoltre, il monitoraggio dell'evoluzione della chirurgia robotica specialistica, dato il mercato in crescita e le implicazioni di spesa.

Risultati 2025

La programmazione di utilizzo della chirurgia robotica costituisce un ambito di particolare monitoraggio, progressivo e partecipato, sotto il profilo clinico e di sostenibilità economica. Il volume degli interventi realizzati nel 2025 è pari a n. 518 con un incremento di n. 52 interventi rispetto al 2024.

La tabella sottostante riepiloga i volumi per disciplina e le variazioni, nonché il numero di interventi di pertinenza dell'IRCSS-Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna con il quale l'Azienda condivide il progetto di sviluppo della piattaforma robotica.

Volumi interventi con tecnica robotica (RAS)	2025	2024
Urologia	167	128
Chirurgia Generale	142	136
Ginecologia	116	105
sub totale AUSL Imola	425	369
IRCSS-AOSP BO (urologia e ginecologia)	93	97
TOTALE n.ro INTERVENTI	518	466

Sotto il profilo della spesa per i dispositivi medici dedicati l'Azienda ha registrato un costo complessivo pari a € 1.833.789 in lieve diminuzione rispetto all'esercizio 2024 laddove era pari a € 1.861.262.

La diminuzione dei prezzi unitari di acquisto, unitamente ad una rimodulazione progressiva della programmazione in rapporto alla spesa, ha consentito di poter effettuare un maggior numero di interventi ad un costo medio inferiore rispetto a quello dell'anno precedente.

Si precisa, inoltre, che l'Azienda riceve apposito rimborso dei costi sostenuti da parte dell'IRCSS-AOSP Bologna per l'utilizzo della piattaforma robotica che, per quanto riguarda il solo impatto sui dispositivi medici dedicati, ammonta a € 370.047.

Sotto il profilo dell'aderenza alla DGR 369/2025 recante "Linee di indirizzo per la gestione della chirurgia robotica della Regione Emilia-Romagna", che identifica gli interventi per i quali può essere ritenuto appropriato l'utilizzo delle apparecchiature di chirurgia robotica, l'Azienda è in linea per quanto riguarda la disciplina urologica; in relazione all'indicatore complessivo del sistema SIVER (IND1164) "% interventi chirurgici con tecnica robotica (RAS) autorizzati da RER (vedi elenco in Delibera dedicata) sul totale di quelli eseguiti in RAS", l'Azienda rileva un valore pari al 68,87% rispetto al target previsto $\geq 80\%$ e una media regionale del 75,11%.

Strategie di approvvigionamento e monitoraggio consumi di dispositivi medici Regione Emilia-Romagna

Adesione alle gare regionali. Per l'anno 2025 vengono individuate le seguenti convenzioni IntercentER oggetto di monitoraggio, per la valutazione di una puntuale adesione alle strategie di gara:

- Medicazioni per ferite, piaghe e ulcere (M0404);

- Dispositivi da elettrochirurgia (K02) – il disegno di gara, che sarà aggiudicata nel corso del 2025, ha la medesima distribuzione percentuale tra i lotti;
- Protesi d'anca (P0908);
- Dispositivi per la gestione del diabete Lancette pungidito, strisce reattive e sistemi per la diagnostica rapida della glicemia (ambito territoriale e ospedaliero) 3;
- Guanti monouso sterili e non, per attività assistenziale, somministrazione farmaci antitumorali, emergenza/urgenza/laboratorio.

Risultati 2025

Indicatore e target

- (**IND0991**) Impiego di medicazioni avanzate per ferite, piaghe e ulcere afferenti alla gara regionale. Target: $\geq 80\%$.

L'Azienda presenta una percentuale di adesione 2025 dell'82,06% vs 88,33% nel 2024, in calo. Il valore regionale 2025 risulta pari a 94,28%.

- (**IND0973**) % di utilizzo di prodotti a radiofrequenza (lotto 1) sul totale dei consumi dei prodotti in gara «Dispositivi a ultrasuoni e a radiofrequenza per la coagulazione vasale e la dissezione tissutale 2» ed edizioni successive della gara con il medesimo disegno di gara: $\geq 40\%$.

L'Azienda presenta una percentuale di adesione 2025 del 44,19% vs 58,74%, in calo rispetto al 2024. Il valore regionale 2025 risulta pari a 31,96%.

- (**IND0992**) Impiego di protesi d'anca afferenti alla gara regionale. Target: $\geq 80\%$.

L'AUSL di Imola registra una percentuale 2025 pari a 96,23% vs 84,68% del 2024. Il valore regionale 2025 risulta pari a 79,05%.

- (**IND1079**) Impiego di prodotti per la gestione del diabete afferenti alla gara "Lancette pungidito, strisce reattive e sistemi per la diagnostica rapida della glicemia (ambito territoriale e ospedaliero)" sul totale dei consumi. Target: $\geq 70\%$

Nel 2025, l'AUSL di Imola registra una percentuale di adesione alla gara del 96,60% vs 95,43% nel 2024. Il valore regionale 2025 si attesta al 95,15%.

- (**IND1080**) Impiego di guanti afferenti alla gara "Guanti monouso sterili e non, per attività assistenziale, somministrazione farmaci antitumorali, emergenza/urgenza/laboratorio" sul totale dei consumi dei guanti non chirurgici. Target: $\geq 80\%$.

L'AUSL di Imola, nel 2025, registra una percentuale di adesione alla gara del 100% vs 97,41% del 2024. Il valore regionale 2025 si attesta a 96,70%.

Rendicontazione nel flusso DiMe e obiettivi di tracciabilità

Per il 2025, si conferma l'obiettivo di copertura del flusso degli acquisti di dispositivi medici rendicontati nei conti economici, al fine di valutare l'allineamento tra l'alimentazione del flusso e i costi rendicontati, tenendo conto delle modalità di acquisto e delle regole di tracciabilità dei dispositivi medici. Si stabilisce il target del 90% per i dispositivi medici.

Per i diagnostici in vitro si conferma il target del 60%, apportando una correzione al calcolo che contempili la spesa sostenuta per i prodotti codificati in anagrafica GAAC come Kit IVD per prestazione refertata/analisi refertata privi di codice di repertorio, conformemente alle indicazioni della Linea Guida "Anagrafiche centralizzate GAAC" v.1.1/2024.

Risultati 2025

Indicatore e target

- **(IND0363)** Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico. Target: $\geq 90\%$.

Per l'AUSL di Imola il tasso 2025 risulta pari a 96,56% vs 99,17% del 2024. Il tasso medio regionale 2025 risulta pari a 95,70%.

- **(IND0713)** Tasso di copertura del flusso consumi DiMe (IVD) sul conto economico. Target: $\geq 60\%$.

L'AUSL di Imola mostra un tasso 2025 pari a 67,39% vs 85,42 del 2024. Il tasso medio regionale 2025 risulta pari a 84,76%.

Dispositivo Vigilanza

Nell'ambito delle attività della Rete Regionale della dispositivo-vigilanza, definite dal Decreto Ministeriale 31 marzo 2022, la formazione costituisce un obbligo. Come condiviso con la Rete Regionale è disponibile un corso FAD regionale sulla dispositivo-vigilanza fruibile sulla piattaforma E Ilaber.

Il corso è disponibile per tutti gli operatori sanitari e ha l'obiettivo di fornire una conoscenza della normativa correlata alla Dispositivo-vigilanza e favorire l'acquisizione di competenze specifiche utili per la segnalazione di eventi della dispositivo-vigilanza.

Risultati 2025

Indicatori e target

- **(IND1188)** Percentuale di operatori che hanno partecipato al corso FAD regionale sulla Dispositivo-vigilanza per le discipline individuare con codici: 006, 007, 050, 054, 100, 101. Target: $\geq 30\%$ per ogni disciplina 2024. Per ogni disciplina indicata si chiede il numero di operatori che hanno frequentato il corso/numero di operatori totali) *100.

Per l'AUSL di Imola si devono considerare le sole discipline 050 Cardiologia e 054 Emodialisi; nel 2025 la partecipazione è stata la seguente:

- Emodialisi: n. 15 operatori su un complessivo pari a 36 hanno partecipato (42%).
- Cardiologia UTIC: n. 12 operatori su un complessivo di 28 (43%).

Indicatori LEA dedicati al monitoraggio dell'attività di Dispositivo Vigilanza - Monitoraggio sulla piattaforma Dispovigilance. Gli adempimenti LEA previsti per l'attività di Dispositivo Vigilanza sono adempimenti obbligatori, monitorabili attraverso la piattaforma ministeriale Dispovigilance ed hanno l'obiettivo di promuovere un atteggiamento responsabile e migliorare il sistema di vigilanza, armonizzando i comportamenti nel territorio nazionale.

L'obiettivo è quello di monitorare la trasmissione della segnalazione di incidente grave entro i tre giorni lavorativi dalla data di ricezione del messaggio automatico generato al momento dell'inserimento delle informazioni da parte dell'operatore sanitario.

Risultati 2025

Indicatori e target

- (IND1190) Percentuale di segnalazioni di incidente gravi validate entro i 3 giorni su segnalazioni di incidente grave ricevute. Target: 100%.

L'indicatore calcola il numero di segnalazioni di incidente grave validate entro i 3 giorni / numero di segnalazione di incidente grave inserite).

Nel corso del 2025 sono pervenute alla DAF due segnalazioni di incidente, entrambe per incidenti non gravi.

9.5 SOSTENIBILITA' ECONOMICA ED EFFICIENZA OPERATIVA

OBIETTIVO 5.1: Miglioramento nella produttività e nell'efficienza degli Enti del SSN, nel rispetto del pareggio di Bilancio e della garanzia dei LEA

Per l'anno 2025 le Direzioni aziendali devono garantire:

- Il rispetto del vincolo di bilancio assegnato, concorrendo al raggiungimento dell'obiettivo del pareggio di bilancio del Servizio Sanitario Regionale.
- Il costante monitoraggio della gestione e dell'andamento economico-finanziario.
- La partecipazione al sistema di monitoraggio bimestrale dell'andamento delle gestioni aziendali e in particolare alle verifiche sul rispetto degli obiettivi di budget definiti dalla Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare; sistema di monitoraggio attivato fin dall'anno 2022 con DGR 407/22.
- La presentazione alla Regione della certificazione prevista dall'art. 6 dell'Intesa Stato-Regioni del 23/3/2005, attestante la coerenza degli andamenti trimestrali all'obiettivo assegnato; in presenza di certificazione di non coerenza, presentazione di un piano contenente le misure idonee a ricondurre la gestione all'interno dei limiti assegnati entro il trimestre successivo.

A livello regionale viene valutata sia la capacità della Direzione Generale di rispettare l'obiettivo economico-finanziario assegnato e in particolare gli obiettivi di budget specificamente assegnati con riferimento ai principali fattori produttivi che concorrono al maggior assorbimento di risorse, sia la capacità di perseguire tale obiettivo individuando e realizzando con tempestività tutte le azioni possibili a livello aziendale, assicurando contestualmente il rispetto della programmazione sanitaria regionale e degli obiettivi di salute ed assistenziali assegnati quali obiettivi di mandato.

Le Aziende sanitarie sono tenute ad applicare la normativa nazionale in materia sanitaria, con particolare riferimento alle disposizioni che definiscono misure di razionalizzazione, riduzione e contenimento della spesa sanitaria, ancorché non espressamente richiamata in sede di programmazione regionale, fermo restando l'obbligo di assicurare l'erogazione dei LEA e la possibilità di individuare misure alternative di riduzione della spesa sanitaria, purché equivalenti sotto il profilo economico.

Obiettivo 5.1.1 Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR

Nel corso del 2025 la Regione ribadisce l'impegno per consolidare il rispetto dei tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi del SSR in conformità alle disposizioni del D.Lgs 231/2002 e s.m.i, (pagamenti entro i 60gg) attraverso un impiego efficiente della liquidità disponibile a livello regionale e un utilizzo ottimale dell'indebitamento a breve (anticipazione di tesoreria).

La Circolare n. 1, MEF-RGS-prot. 2449 del 3/1/2024, fornisce indicazioni in merito all'applicazione dell'art. 4 bis del D.L. 24 febbraio 2023, n. 13, convertito con modificazioni dalla L. 21 aprile 2023, n. 41 recante "Disposizioni in materia di riduzione dei tempi di pagamento delle Pubbliche Amministrazioni". La Circolare prevede che le indicazioni valgono anche per gli Enti del SSN.

Tra le riforme abilitanti del PNRR che l'Italia si è impegnata a realizzare, in linea con le indicazioni della Commissione Europea, è prevista la Riforma n. 1.11 relativa alla "Riduzione dei tempi di pagamento delle pubbliche amministrazioni e delle autorità sanitarie" che, anche a seguito delle ultime modifiche apportate al

PNRR ed approvate dal Consiglio Ecofin in data 8/12/2023, prevede che entro il primo trimestre 2025 (Q1 2025), con conferma al primo trimestre 2026 (Q1 2026), siano conseguiti specifici obiettivi quantitativi (target) in termini di tempo medio di pagamento e di tempo medio di ritardo.

Si evidenzia, pertanto, l'importanza di una puntuale e corretta alimentazione dei dati in PCC da parte delle Aziende sanitarie, presidiando in modo costante i seguenti processi: la corretta gestione dei pagamenti effettuati, avendo cura di verificare che siano stati correttamente registrati nel sistema PCC.; la corretta gestione delle sospensioni. Tali importi non rilevano ai fini del calcolo dei tempi di pagamento e dello stock di debito (così ad es. i periodi in cui una fattura risulta sospesa saranno esclusi dal calcolo dei tempi medi di pagamento e di ritardo) ...; la corretta implementazione della data di scadenza delle fatture. In proposito, si segnala che la Commissione europea avrà a disposizione la base dati di tutte le fatture (con evidenza anche della data di scadenza) ricevute dalle Aziende e registrate in piattaforma.

La Direzione aziendale dovrà pertanto garantire un utilizzo efficiente della liquidità disponibile ed il mantenimento dei tempi di pagamento previsti dalla normativa vigente anche ai fini del riconoscimento dell'indennità di risultato, in conformità a quanto prescritto dall'art. 1, comma 865 della L. 145/2018 (Legge di bilancio 2019), misura di garanzia che resta confermata, per gli Enti del SSN.

La trasparenza dei risultati deve essere garantita attraverso la pubblicazione trimestrale dell'indice di tempestività dei pagamenti ai sensi del D.Lgs n. 33/2013 come modificato dal D.Lgs n. 97/2016.

Risultati 2025

Nel corso dell'anno 2025 il Servizio Unico Metropolitano Contabilità e Finanza ha garantito la corretta e puntuale alimentazione della Piattaforma per la Certificazione dei Crediti (PCC) e dello Stock del debito.

Ha altresì garantito la scadenza trimestrale relativa ai pagamenti di transazioni commerciali effettuati nel 2025. Di tale attività, trimestralmente, è stato dato riscontro al Collegio Sindacale.

L'Azienda è riuscita a garantire i pagamenti ai fornitori entro la scadenza contrattuale e raggiungere un buon indice di tempestività dei pagamenti, nel rispetto delle normative di riferimento e di quanto previsto dalla Riforma PNRR 1.11 relativa alla "Riduzione dei tempi di pagamento delle pubbliche amministrazioni e delle autorità sanitarie".

I target da raggiungere sono fissati in 60 giorni, per l'indicatore del tempo medio di pagamento degli Enti del Servizio sanitario nazionale e pari a zero per l'indicatore del tempo medio di ritardo.

La trasparenza dei risultati è stata garantita attraverso la pubblicazione trimestrale dell'indice di tempestività dei pagamenti ai sensi del D.Lgs n. 33/2013 come modificato dal D.Lgs. n. 97/2016.

Indicatori e target

- (**IND0220**) Indice di tempestività dei pagamenti. Target: ≤ 0 .
- (**IND1153**) Tempo medio di pagamento. Target: ≤ 60 .
- (**IND1154**) Tempo medio di ritardo. Target: ≤ 0 .

Di seguito si riporta un prospetto con gli indicatori e relativo risultato degli ultimi 3 anni.

IND	DESCRIZIONE INDICATORE	2023	2024	2025	TARGET
IND0220	Indice di tempestività dei pagamenti	-10,08	-13,83	-15,44	<=0
IND1153	Tempo medio di pagamento	57,95	45,17	42,72	<=60
IND1154	Tempo medio di ritardo	-14,31	-15,41	-17,32	<=0

Quale ulteriore strumento a supporto dei gestori, e finalizzato al contenimento dei tempi di pagamento fornitori, è stato aggiornato con nuove funzionalità il modulo dedicato al monitoraggio delle liquidazioni / sospensioni. Oltre al cruscotto con le fatture distinte per scadenze e sospensione, è stato implementato un modulo per l'invio dei solleciti ai fornitori che non hanno dato riscontro alle note formali di contestazione mosse dall'Istituto. A tale scopo, sono stati organizzati incontri con i servizi gestori, ove oltre alla presentazione del suddetto cruscotto è stata nuovamente illustrata la corretta applicazione delle sospensioni.

Le Aziende sanitarie sono tenute al rispetto dell'invio trimestrale delle tabelle, debitamente compilate, riferite ai pagamenti relativi a transazioni commerciali effettuati nel 2025.

- DES0063 - Compilazione delle tabelle riferite ai pagamenti relativi alle transazioni commerciali. Target: 100%. Target: 100%

L'Istituto ha provveduto a trasmettere trimestralmente le tabelle, debitamente compilate, riferite ai pagamenti relativi a transazioni commerciali effettuati nel 2025. La compilazione di tali tabelle costituisce adempimento regionale in sede di Tavolo di verifica degli adempimenti presso il MEF.

In ottemperanza alla legge 30 dicembre 2018, n. 145 che, come novellata dal decreto-legge 6 novembre 2021, n.152, introduce per gli enti e organismi di cui all'articolo 1, comma 2, della legge 31 dicembre 2009, n. 196, diversi dalle amministrazioni dello Stato, misure tese a garantire sia il rispetto dei tempi di pagamento previsti dalla direttiva europea sia lo smaltimento dello stock dei debiti pregressi, nel corso dell'anno 2025 è stato garantito l'allineamento dei dati contabili ai dati presenti nella PCC con particolare riferimento alla corretta gestione delle sospensioni finalizzate alla corretta rilevazione dello stock del debito calcolato dalla PCC, che per l'anno 2025 resta l'unico riferimento.

- (IND1155) Stock del debito risultante all'Ente dai propri sistemi contabili/stock del debito calcolato dalla PCC. Target: 1

L'AUSL di Imola rileva nel 2025 uno Stock del debito pari al 100% come nel 2024 e 2023.

Per rafforzare ulteriormente le misure già previste per la riduzione dei tempi di pagamento, nell'ambito della riforma PNRR, milestone M1C-M1C1-72bis del PNRR, con decreto-legge 155/2024 art. 6 comma 1 è stato pubblicato il modello del **Piano annuale dei flussi di cassa** successivamente deliberato dalle singole Aziende sanitarie che dovranno aggiornare trimestralmente. Nel 2025 le Aziende dovranno garantire il rispetto dell'adempimento.

In ottemperanza al nuovo adempimento previsto dalla riforma PNRR milestone M1C-M1C1-72bis, per rafforzare ulteriormente le misure già previste per la riduzione dei tempi di pagamento, nel corso dell'esercizio 2025 l'Azienda ha predisposto il piano dei flussi di cassa applicando il modello previsto dal decreto-legge 155/2024 art. 6 comma 1.

- DES0040 - Piano dei flussi di cassa: annuale e trimestrali. Target: 4

Il piano annuale dei flussi di cassa è stato adottato con delibera n° 54 del 28/2/2025 ed è stato aggiornato trimestralmente con la delibera n° 85 del 18/4/2025, delibera n° 148 del 22/7/2025 e delibera n° 210 del 20/10/2025.

Obiettivo 5.1.2 Le buone pratiche amministrativo-contabili

Con determina n. 24526 del 23/12/2021(ultima modifica n. 20186 del 30/9/2024) ad oggetto "Costituzione della "Cabina di Regia PAC" per l'aggiornamento delle Linee Guida Regionali del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) di cui alle deliberazioni di giunta regionale n. 1562/2017 e n. 119/2017" è stata istituita la Cabina di Regia PAC con i seguenti compiti:

- definizione dei criteri, dei principi e della metodologia di lavoro;
- pianificazione e organizzazione delle attività finalizzate all'aggiornamento del PAC per adeguamenti normativi;
- pianificazione e organizzazione delle attività finalizzate all'aggiornamento del PAC alla luce dell'implementazione a livello regionale del sistema informativo unico per la Gestione dell'Area Amministrativo Contabile (GAAC);
- individuazione ed il coordinamento dei Gruppi di lavoro operativi necessari per sviluppare specifiche aree tematiche;
- approvazione degli elaborati predisposti dai Gruppi medesimi e la verifica della loro applicabilità.

Nel corso del 2025 le Aziende sanitarie sono tenute:

- all'applicazione delle Linee Guida regionali; nonché al conseguente aggiornamento dei regolamenti aziendali con particolare riferimento per il 2025 al recupero crediti derivanti da ticket e da sanzioni per mancata disdetta di cui alla L.R. 2/2016;
- a partecipare alla Cabina di Regia PAC;
- a partecipare ai gruppi di lavoro operativi necessari per l'aggiornamento delle Linee Guida regionali;
- nel rafforzamento dei controlli operativi connessi alle fasi di predisposizione del bilancio di esercizio e dei documenti a corredo.

Con riferimento al miglioramento del **sistema informativo contabile**, nel corso del 2025 si deve tenere conto delle indicazioni e delle Linee Guida regionali, per un miglioramento dell'omogeneità, della confrontabilità e dell'aggregabilità dei rispettivi bilanci.

Indicatore e target:

- (IND1156) Coerenza nella compilazione degli schemi di bilancio. Target: 100%.
- DES0105 – Partecipazione ai gruppi di lavoro per l'aggiornamento delle "Linee Guida Regionali del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC)". Target: Sì.

Risultati 2025

Anche per l'anno 2025 il Servizio Unico Metropolitano Contabilità e Finanza (SUMCF) ha partecipato alle riunioni di cabina di regia regionali GAAC e PAC, collaborando attivamente alla valutazione delle proposte di

migliorie evolutive (MEV) ed alla revisione delle linee guida regionali PAC in tema di Immobilizzazioni materiali e Immateriali ed altresì Patrimonio Netto.

Con riferimento al miglioramento del sistema informativo contabile, nel corso del 2025 si è tenuto conto delle indicazioni e delle Linee Guida regionali, finalizzate al miglioramento dell'omogeneità, della confrontabilità e dell'aggregabilità dei rispettivi bilanci attraverso:

- un'accurata compilazione degli schemi di bilancio previsti dal D.Lgs. n. 118/2011 (Stato Patrimoniale, Conto Economico, Nota Integrativa, Rendiconto Finanziario);
- la verifica della correttezza delle scritture contabili tenuto conto delle disposizioni del D.Lgs. n. 118/2011, della relativa Casistica applicativa e delle indicazioni regionali;
- il corretto utilizzo del Piano dei conti regionale, economico e patrimoniale e la puntuale e corretta compilazione dei modelli ministeriali CE, SP, LA e CP (così come definiti dal decreto 24 maggio 2019). In particolare, per il modello CP di rilevazione dei costi dei presidi ospedalieri articolato in ricavi e costi in analogia con il modello CE, si dovrà porre particolare attenzione alla corretta alimentazione del modello al fine di garantire l'equilibrio della gestione dei presidi ospedalieri.

IND1156 – Coerenza nella compilazione degli schemi di bilancio	Target $\geq$ 95%	100%
DES0105 – Partecipazione ai gruppi di lavoro per l'aggiornamento delle "Linee Guida Regionali del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC)"	Target Sì	Sì

La corretta tenuta della contabilità (compilazione degli schemi di bilancio previsti dal D.Lgs. n. 118/2011 Stato Patrimoniale, Conto Economico, Nota Integrativa, Rendiconto Finanziario - verifica della correttezza delle scritture contabili - corretto utilizzo del Piano dei conti regionale, economico e patrimoniale - puntuale e corretta compilazione dei modelli ministeriali CE, SP, LA e CP) è stata attestata dalle relazioni dei collegi sindacali che anche per l'anno 2025 hanno espresso parere favorevole all'intero documento di bilancio.

Quanto al monitoraggio delle **partite vetuste**, anche per l'anno 2025 è stata svolta un'attenta valutazione sul mantenimento a bilancio di tali partite, tenuto anche conto che le partite pregresse (crediti, debiti, quote inutilizzate di contributi, ecc..) sono attentamente analizzate dal MEF, in sede di verifica degli adempimenti e dalla Corte dei Conti in sede di controllo sui bilanci aziendali.

Sono proseguite quindi le attività di controllo su ciascuna partita contabile creditoria e debitoria al fine di verificare la sussistenza del presupposto giuridico per il mantenimento a bilancio di tali partite e, in mancanza di esso, provvedere a rilevare un'insussistenza dell'attivo.

È stato nuovamente sottoposto ai gestori aziendali il dettaglio delle partite relative a fatture ancora da ricevere e da emettere, per valutarne la effettiva sussistenza. Per ciascuna partita, il gestore ha indicato la motivazione per il relativo mantenimento in contabilità.

Indicatore e target

- (IND1157) Coerenza con la sussistenza a bilancio delle partite vetuste anni 2022 e precedenti. Target: 100% delle partite vetuste verificate.

Il 100% delle partite vetuste sono state verificate.

Con riferimento alle **fatture e note di credito** da ricevere 2024 e precedenti, nel corso del 2025 si deve procedere ad un'attenta valutazione sul mantenimento a bilancio di tali debiti, tenuto anche conto delle risultanze di magazzino (ordini emessi e bolle caricate nei relativi esercizi di competenza e non fatturati).

Indicatore e target:

- (IND1158) Coerenza con la sussistenza a bilancio delle fatture e note di credito da ricevere anno corrente e precedenti (anno corrente 2025). Target: 100% delle fatture da ricevere verificate.

Analogamente alle partite vetuste, anche per le fatture e note di credito da ricevere e da emettere 2024 e precedenti, nel corso del 2025 l'Azienda ha proceduto ad un'attenta valutazione sul mantenimento a bilancio di tali poste, tenuto anche conto delle risultanze di magazzino (ordini emessi e bolle caricate nei relativi esercizi di competenza e non fatturati), realizzando il 100% delle fatture da ricevere verificate.

Con riferimento ai **ticket**, si raccomanda l'iscrizione a bilancio per competenza, in applicazione delle linee guida regionali in materia di crediti e ricavi, un'attenta valutazione dei crediti in essere al 31 dicembre e l'alimentazione dell'apposito fondo. In particolare, con riferimento ai ticket non riscossi al 31/12/2024, nel corso del 2025 si deve procedere all'invio del primo sollecito e del secondo sollecito con PEC o raccomandata A/R e, almeno per i crediti sorti nel 2022 e antecedenti, all'iscrizione a ruolo secondo le procedure individuate nei regolamenti aziendali aggiornati secondo i contenuti minimi previsti nelle linee guida PAC regionali approvate.

Risultati 2025

Indicatori e target:

- (IND1196) Attivazione della procedura di recupero sui ticket non riscossi di competenza 2024 e antecedenti. Target: 80%

In merito al recupero crediti, il SUMCF ha coordinato il monitoraggio periodico dei ticket ancora da incassare, garantendo a fine esercizio la corretta imputazione per competenza dei ricavi relativi a periodi 2025. Ha altresì coordinato le attività di integrazione con il Servizio Notifiche Digitali della Pubblica Amministrazione, integrato con PagoPA, allo scopo di garantire tempi più rapidi e certezza della consegna delle notifiche di pagamento, minori costi per gli enti e meno disagi per i cittadini.

La procedura di recupero sui ticket non riscossi di competenza 2024 e antecedenti è stata attivata nel 100% dei ticket non riscossi di competenza 2024.

- DES0041 - Attivazione del monitoraggio dell'andamento dell'invio dei solleciti e iscrizione a ruolo per i ticket non riscossi 2024 e antecedenti (al 30 settembre 2025, 31 dicembre 2025 e 31 marzo 2026). Target: 2 nel 2025. Nel 2025 il Target risulta rispettato.

- DES0042 - Attivazione del monitoraggio dell'andamento dell'invio dei solleciti per i ticket non riscossi su prestazioni erogate nel 2025 (al 30 settembre 2025, 31 dicembre 2025 e 31 marzo 2026). Target: 2 nel 2025. Nel 2025 il Target risulta rispettato.
- (IND1198) Iscrizione al ruolo dei ticket relativi a prestazioni erogate del 2022 e antecedenti. Target: 50%

L'Azienda ha in corso le attività di verifica propedeutiche all'iscrizione al ruolo delle pratiche di sollecito rimaste insolute.

In tema di recupero crediti l'Azienda si è dotata di un nuovo Regolamento, di cui alla Deliberazione n. 184 del 22/9/2025 e della relativa procedura amministrativo-contabile.

Con riferimento alle **sanzioni per mancata disdetta** (Legge regionale 2 /2016 e successive indicazioni) si raccomanda l'elevazione delle sanzioni relative a tutte le mancate disdette fino al 30/6/2025 entro il 31/12/2025 e si invita a sollecitare tempestivamente le sanzioni elevate e non rimosse.

- Elevazione sanzioni per mancata disdetta delle prenotazioni fino al 30/06/2025 entro il 31/12/2025. Target: 90%.

Le prestazioni prenotate e non erogate nei primi 6 mesi 2025 sono pari a n. 2.061 a fronte delle quali sono state elevate sanzioni pari a n. 1.723 entro il 31/12/2025. L'indicatore è pertanto pari all' 83,6%.

Con riferimento ai **contratti di service**, nel corso del 2025 si devono garantire una corretta modalità di contabilizzazione, funzionale a monitorare ed analizzare la spesa sanitaria nelle diverse componenti di spesa, a valutare l'andamento economico aziendale nei diversi esercizi, a consentire la comparazione economica delle Aziende sanitarie. A tal fine si richiede una disaggregazione dei costi e una loro separata imputazione contabile a seconda della natura delle prestazioni acquisite. Si ricorda che con riferimento alla spesa di Dispositivi Medici questo obbligo è ancora più stringente e richiesto da norme specifiche.

La circolare ministeriale 7435 del 17 marzo 2020 ad oggetto "Fatture elettroniche riguardanti Dispositivi Medici - Individuazione delle fatture di interesse per l'applicazione delle disposizioni previste dall'art. 9 ter del Decreto Legge 19 giugno 2015 n. 78, come modificato dalla Legge 30 dicembre 2018, n. 145, art. 1, comma 557" fa specifico riferimento alla norma che prevede che il superamento del tetto di spesa a livello nazionale e regionale per l'acquisto di dispositivi medici, rilevato sulla base del fatturato di ciascuna azienda a lordo dell'IVA, sia dichiarato con decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, e che la rilevazione, per l'anno 2019 e successivi, sia effettuata sulla base dei dati risultanti dalla fatturazione elettronica relativi all'anno solare di riferimento.

La circolare richiamata fa inoltre presente che il legislatore ha esplicitato che, nell'esecuzione dei contratti anche in essere, è fatto obbligo di indicare nella fatturazione "in modo separato il costo del bene e il costo del servizio".

Il Decreto-legge 30 marzo 2023, n. 34 convertito con legge 26 maggio 2023, n. 56 recante: «Misure urgenti a sostegno delle famiglie e delle imprese per l'acquisto di energia elettrica e gas naturale, nonché in materia di salute e adempimenti fiscali», all'art. 8 "Contributo statale per il ripiano del superamento del tetto di spesa dei dispositivi medici" al comma 4 ribadisce l'obbligo di indicare nella fattura elettronica riguardante i dispositivi medici in modo separato il costo del bene e il costo del servizio.

Indicatore e target:

- (IND1159) Riduzione della contabilizzazione dei conti di bilancio inerenti i service sanitari. Target: 100% attinenza delle indicazioni Regionali.

La contabilizzazione dei contratti di service nelle disaggregazioni dei costi in noleggio apparecchiature, manutenzioni apparecchiature e costo dei dispositivi medici è strettamente correlata all'effettiva impostazione, secondo tale disaggregazione, della richiesta d'offerta da parte dei soggetti aggregatori (Intercent e Consip) e dal Servizio Acquisti Metropolitano di Area Vasta Emilia Centro.

Pertanto, la modalità di contabilizzazione disaggregata è attuata in relazione alla disponibilità dei costi risultanti dalle aggiudicazioni sopra definite.

Obiettivo 5.1.3: Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile

Il progetto GAAC ha visto la realizzazione di un Sistema unitario per la Gestione dell'Area Amministrativo Contabile (GAAC) in tutte le Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna e continua a rappresenta uno degli obiettivi strategici di questa Regione. A tutt'oggi il GAAC è stato implementato in tutte le Aziende Sanitarie: la GSA, l'Area Vasta Emilia Centro, l'Area Vasta Emilia Nord e nel 2025 è stato esteso all'Azienda Usl della Romagna, limitatamente al ciclo attivo. Per quanto riguarda la Regione è stata implementata l'Anagrafica Centralizzata e la Gestione Regionale dei dati. Sin dall'avvio la piattaforma per la gestione delle anagrafiche centralizzate è utilizzata da tutte le Aziende in produzione GAAC.

Nel 2025 ulteriori obiettivi specifici per le Aziende in GAAC sono: la partecipazione e collaborazione alle attività di Bonifica delle anagrafiche soggetti coordinate dal livello regionale; la partecipazione e collaborazione alle attività di Bonifica degli anagrafici beni (Farmaci e Dispositivi Medici) coordinate dal livello regionale; la partecipazione e collaborazione alle attività volte all'aggiornamento delle anagrafiche centralizzate del dato identificativo unico UDI DI per i Dispositivi Medici così come previsto dai Regolamenti (UE) 2017/745 e 2017/746, usato per identificare e tracciare i dispositivi medici lungo la *supply chain* sanitaria nell'Unione europea e all'implementazione delle funzionalità GAAC necessarie alla gestione del codice UDI completo a seguito del dettato normativo; la partecipazione e collaborazione nelle attività finalizzate all'efficientamento degli SPOC coordinate dal livello regionale di cui alla nota Prot. 0255647.U del 11 marzo 2024 e la partecipazione e collaborazione nelle attività finalizzate al miglioramento della gestione dei rilasci coordinate dal livello regionale di cui alla nota Prot. 0255647.U del 11 marzo 2024.

Indicatore Target:

- (IND1163) Alimentazione del modulo Gestione Regionale Dati – Piattaforma degli Scambi tra Aziende Sanitarie della regione e Flussi regionali e ministeriali. Target: 100%
- (IND1166) Allineamento alla BDR degli articoli Farmaci e Dispositivi Medici attivi, escluso articoli migrati dall'Azienda Usl della Romagna. Target: 90%
- (IND1168) Riscontro alle verifiche richieste dalla regione a seguito dei rilasci. Target: 50%

Risultati 2025

Il Servizio Unico Metropolitano Contabilità e Finanze (SUMCF) ha partecipato alle riunioni di cabina di regia GAAC, coinvolgendo professionisti del servizio con competenze specifiche in base alle tematiche di volta in volta trattate ed ha assicurato la collaborazione dei Referenti GAAC nelle attività necessarie all'implementazione e alla gestione del sistema informativo.

Il SUMCF inoltre:

- ha partecipato e collaborato alle attività di Bonifica delle anagrafiche soggetti coordinate dal livello regionale;
- ha partecipato e collaborato alle attività di Bonifica degli anagrafici beni (Farmaci e Dispositivi Medici) coordinate dal livello regionale;
- ha partecipato e collaborato alle attività volte all'aggiornamento delle anagrafiche centralizzate del dato identificativo unico UDI DI per i Dispositivi Medici così come previsto dai Regolamenti (UE) 2017/745 e 2017/746, usato per identificare e tracciare i dispositivi medici lungo la supply chain sanitaria nell'Unione europea e all'implementazione delle funzionalità GAAC necessarie alla gestione del codice UDI completo a seguito del dettato normativo;
- ha partecipato e collaborato nelle attività finalizzate all'efficientamento degli SPOC coordinate dal livello regionale di cui alla nota Prot. 0255647.U del 11 marzo 2024;
- ha partecipato e collaborato nelle attività finalizzate al miglioramento della gestione dei rilasci coordinate dal livello regionale di cui alla nota Prot. 0255647.U del 11 marzo 2024.
- ha effettuato il collaudo delle MEV 123 e MEV 124 finalizzate alla contabilizzazione automatica delle fatture fornitori, allo scopo di velocizzare la fase di caricamento fatture e garantire ulteriormente i pagamenti entro scadenza contrattuale;
- ha effettuato i test per il collaudo del tracciato record funzionale all'invio ad Agenzia delle Entrate e Riscossione dei crediti e diffidati;
- ha garantito supporto nella gestione delle anagrafiche centralizzate;
- ha garantito supporto ai consulenti RTI nelle attività di test relative alla performance di procedura;
- ha garantito supporto alle attività di bonifica delle anagrafiche soggetti coordinate dal livello regionale;
- ha garantito supporto nell'analisi del modulo recupero crediti per la proposta di migliorie evolutive
- ha garantito supporto al gruppo tecnico Business Intelligence (BI) dell'Area Amministrativa Contabile (AMC).

Sistemi informativi per il reporting – Area Amministrativa e Controllo (AMC)

Nell'ambito del progetto GAAC, essendo lo stesso in una fase avanzata e matura, si ravvisa la necessità di focalizzare l'attenzione in modo sistematico sullo sviluppo dei sistemi informativi di questa area, revisionando coerentemente l'organizzazione attuale di gestione e sviluppo dei dati esposti e della loro rappresentazione. A tal fine, nel 2025 viene dato avvio all'implementazione di un **sistema informativo per il reporting dell'area amministrativa contabile** integrato nel sistema di *Business intelligence* regionale per rispondere ai bisogni informativi della Regione ER e delle Aziende Sanitarie della RER da parte di un gruppo

di lavoro regionale dedicato e alla costruzione/revisione di una rete efficiente ed efficace di referenti aziendali con cui mettere a fattor comune i bisogni informativi.

L'obiettivo è di garantire alla Regione e alle Aziende la possibilità di beneficiare di uno stesso sistema informativo standardizzato e normalizzato da implementare a livello regionale finalizzato a rispondere ai bisogni informativi attuali e futuri, che faccia tesoro dell'esperienza maturata dalle Aziende, rendendola patrimonio comune in un'ottica di successiva evoluzione. Alla luce di questo è necessario costituire un gruppo tecnico Business Intelligence (BI) dell'Area Amministrativo Contabile (AMC) dedicato, che coordini le attività, che conosca e rilevi i bisogni informativi e li declini in risposte concrete all'interno di un sistema informativo dedicato.

Nel 2025, le Aziende sanitarie saranno impegnate a condividere con la Regione l'individuazione dei referenti aziendali al Gruppo di lavoro dedicato denominato "gruppo tecnico BI-AMC", a garantire la partecipazione dei referenti aziendali al gruppo tecnico BI-AMC e ad assicurare le attività che saranno richieste dalla Regione e dal gruppo tecnico BI-AMC per garantire l'avvio secondo le tempistiche che saranno programmate.

Indicatore Target:

- Partecipazione al gruppo di lavoro ("gruppo tecnico BI AMC"). Target: 80%

L'Azienda partecipa al gruppo di lavoro "gruppo tecnico BI AMC", garantendo la propria presenza e contributo.

OBIETTIVO 5.2: Il Governo dei processi di acquisto di beni e servizi

La problematica della sostenibilità del sistema sanitario regionale impone un'ulteriore ottimizzazione delle modalità di acquisizione di beni e servizi necessari alla produzione dei servizi sanitari ai cittadini. A tal fine, il governo delle acquisizioni di beni, servizi e lavori dovrà essere garantito attraverso:

- Rafforzamento della centralizzazione delle procedure di gara: si prevede un ruolo sempre più centrale dell'Agenzia Intercent-ER, la centrale acquisti della Regione Emilia Romagna, individuata quale Soggetto Aggregatore ai sensi dell'articolo 9 del DL 66/2014, convertito con modificazioni dalla L 89/2014, con un ampliamento del perimetro di attività a categorie merceologiche particolarmente impattanti sui costi della sanità regionale.
- Sperimentazione di strategie innovative di acquisto: si prevede l'implementazione di strategie di acquisto che si concentrino sul "valore complessivo" che un prodotto o servizio può offrire (*value based procurement*), e non sul solo sul prezzo di acquisto. In particolare, occorrerà definire, attraverso una stretta collaborazione fra la Direzione generale cura della persona, Salute e Welfare, la comunità dei clinici e l'Agenzia Intercent-ER, forme di acquisizione di farmaci e dispositivi medici ad alto costo, che prevedano la "compartecipazione" delle imprese ai rischi legati all'utilizzo (risk sharing), premiando soluzioni che portino a risultati clinici apprezzabili.
- Implementazione di strumenti di governo più efficaci con l'obiettivo di rafforzare la collaborazione fra i diversi attori coinvolti nel ciclo degli approvvigionamenti del sistema sanitario regionale, al fine di creare efficienze e sinergie per interpretare al meglio le esigenze delle strutture che erogano i servizi sanitari. A tal fine verrà istituito un Tavolo di coordinamento degli acquisti che vedrà coinvolte le competenti strutture della Direzione generale cura della persona, salute e welfare, l'Agenzia Intercent-ER e

rappresentanti delle aree vaste nei diversi profili professionali interessati, (Coordinatori acquisti, farmacisti, ingegneri clinici) con il compito di governare la programmazione degli acquisti dell'intero sistema sanitario regionale garantendo l'integrazione dei tre livelli (regionale, di Area Vasta e aziendale); definire le priorità in linea con gli indirizzi e le strategie dell'assessorato; razionalizzare i fabbisogni di acquisto legandoli sempre di più ai servizi erogati e coinvolgere nelle fasi di progettazione e aggiudicazione delle iniziative le migliori professionalità presenti nel territorio.

- Una maggiore integrazione dei sistemi informativi di e procurement: nel 2024 sono entrati in vigore le norme del nuovo codice degli appalti che rafforzano il tema della digitalizzazione degli appalti; si tratta di un cambio sostanziale di paradigma nella gestione degli appalti e, a tutt'oggi, il sistema è ancora interessato da pesanti criticità dovute alla transizione alla nuova architettura. La messa a regime di quest'ultima, consentirà tuttavia di mettere in campo attività di ulteriore integrazione dei sistemi che da un lato ridurranno il carico di lavoro per il personale coinvolto a vario titolo nel processo di acquisto e dall'altro contribuiranno al miglioramento di strumenti di governo della spesa.

In tale contesto è quindi necessario consolidare la collaborazione con Intercent-ER, al fine di razionalizzare i processi di approvvigionamento nell'ambito del sistema sanitario regionale, cogliere al meglio le opportunità legate alla digitalizzazione dei contratti e all'utilizzo degli strumenti di acquisto messi a disposizione dalla centrale di acquisto regionale, con l'obiettivo di contribuire alla sostenibilità del sistema sanitario regionale.

Indicatore Target:

- (**IND0818**) % di spesa di beni e servizi gestiti attraverso iniziative centralizzate rispetto alla spesa complessiva per beni e servizi. Target: 60%

Per iniziative centralizzate si intendono le convenzioni/accordi quadro messi a disposizione da IntercentER o, in caso di assenza di iniziative regionali, da Consip S.p.A. e gli acquisti di beni legati all'emergenza Covid-19 effettuati tramite le Aziende Sanitarie Capofila delegate dalla Direzione Generale cura della persona, salute e welfare.

Risultati 2025

L'AUSL di Imola, nel 2025, ha effettuato l'acquisizione di beni e servizi attraverso iniziative centralizzate mediante convenzioni/accordi quadro messi a disposizione da IntercentER o, in caso di assenza di iniziative regionali, da Consip S.p.A. Da fonte interna, la percentuale di spesa di beni e servizi gestiti attraverso queste iniziative centralizzate rispetto alla spesa complessiva per beni e servizi è stata pari a 76,12%.

OBIETTIVO 5.3: Il Governo delle risorse umane

In analogia agli anni precedenti, gli obiettivi della programmazione sanitaria regionale per l'anno 2025 sono definiti a partire dagli obiettivi contenuti nel Documento di economia e finanza regionale (DEFR) che la Giunta e gli Assessori assumono come prioritari per l'anno in corso, in coerenza con le linee di indirizzo per il Servizio Sanitario Regionale contenute nel programma di mandato della Giunta per la XI legislatura regionale.

In applicazione della disciplina e delle linee guida regionali relative alla predisposizione del Piano integrato di attività e di organizzazione (PIAO), le Aziende ed enti del SSR devono predisporre la specifica sottosezione relativa al Piano dei fabbisogni. In particolare, le scelte relative alla determinazione degli assetti organizzativi

sono collegati ad uno strumento di programmazione prettamente gestionale, di natura dinamica, come il **Piano triennale dei fabbisogni di personale (PTFP)**, che consente una maggiore responsabilizzazione di ciascuna amministrazione, nell'ambito del budget di spesa assegnato, nel distribuire il personale, sotto il profilo qualitativo e quantitativo, in base alle effettive esigenze e non ad aprioristici limiti di organico.

Inoltre, vanno considerati anche alcuni aspetti che scaturiscono dalla disciplina statale di riferimento, come la previsione dell'approvazione annuale del PTFP, che quindi tende a configurarsi come piano triennale, con aggiornamento annuale, a scorrimento (art. 6, comma 4, del D.lgs. 165/2001).

Le linee di indirizzo per la pianificazione dei fabbisogni adottate, ai sensi dell'art. 6-ter del D.Lgs. 165/2001, con il D.M. 8 maggio 2018 prevedono, sotto il profilo procedurale, che i PTFP siano approvati dalle rispettive regioni di appartenenza, secondo quanto previsto dalla disciplina regionale in materia.

La disciplina regionale definisce nei termini di seguito riportati l'articolazione della sottosezione del PIAO relativa al Piano dei fabbisogni, che riporta le scelte strategiche relative all'organizzazione degli uffici e dei servizi, in coerenza con la programmazione pluriennale della performance, relative al triennio di riferimento.

Il "Piano attuativo del PIAO relativo alla programmazione triennale dei fabbisogni di personale", indica, annualmente, la programmazione dei fabbisogni, in coerenza con le scelte strategiche aziendali e con la programmazione regionale, ed è soggetto all'approvazione regionale. Viene quindi predisposto anno per anno secondo le indicazioni e le tempistiche definite dalla Regione, al fine di assicurare la coerenza della programmazione aziendale con la cornice finanziaria complessiva del SSR e con gli obiettivi finalizzati a promuovere la crescita e la valorizzazione professionale del personale dipendente delle aziende sanitarie.

La proposta di PTFP per il triennio 2025-2027 dell'Azienda USL di Imola è stata impostata in coerenza con le linee di programmazione regionali e con l'obiettivo economico-finanziario assegnato, nonché con quanto indicato nel bilancio preventivo 2025, assicurando adeguata informazione alle organizzazioni sindacali.

Il PTFP 2025-2027, adottato in via provvisoria dall'AUSL di Imola contestualmente al Bilancio Economico Preventivo, è stato approvato definitivamente con deliberazione n. 166 del 18/8/2025, a seguito dell'approvazione regionale dei Bilanci Economici Preventivi, ai sensi della deliberazione n. 972/2025 della Regione Emilia Romagna che disciplina il procedimento di approvazione regionale del PTFP.

L'esecuzione del Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale, anche nel corso del 2025 è stata rivista e rimodulata al fine di assicurare la coerenza con i contenuti della programmazione sanitaria regionale, e favorire in particolare la riduzione delle liste di attesa.

Alle Aziende, in coerenza alla normativa regionale di settore, viene richiesto di completare l'implementazione delle procedure in materia di superamento del precariato e di valorizzazione della professionalità acquisita dal personale con rapporti di lavoro di natura flessibile, contenuti nei diversi protocolli sottoscritti con le Organizzazioni sindacali regionali, sia per il personale del comparto che per quello delle aree dirigenziali, valorizzando tutte le potenzialità racchiuse nelle procedure disciplinate nella normativa di riferimento.

L'implementazione delle politiche di stabilizzazione del personale precario dovrà conseguentemente limitare il ricorso al lavoro atipico, non correlato alla gestione della carenza di particolari professionalità e agire favorevolmente sulla spesa ad esso collegata.

In ogni caso, il ricorso alle tipologie contrattuali flessibili ed atipiche dovrà avvenire in coerenza con la vigente disciplina legislativa e contrattuale.

Al fine di ottimizzare i processi di reclutamento del personale ed efficientare le procedure di assunzione, si dovrà proseguire nel programmare le attività concorsuali di reclutamento del personale non dirigenziale a tempo indeterminato almeno a livello di area vasta.

Nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale, dal 2018, è divenuta operativa l'applicazione del software unico denominato "Sistema unitario di Gestione Informatizzata delle Risorse Umane" (GRU), in grado di favorire un confronto costante tra Aziende Sanitarie e Regione Emilia-Romagna, unificando i comportamenti nell'applicazione degli istituti previsti dai contratti collettivi nazionali di lavoro, onde evitare disparità di trattamento tra lavoratori del medesimo comparto contrattuale. Poter disporre delle funzionalità di una banca dati unica, permette inoltre di razionalizzare tutti i dati rappresentati in una logica di sistema condiviso e integrato, perseguendo l'obiettivo di garantire il governo del sistema centralizzato e di uniformare la struttura e il contenuto di tutte le informazioni inerenti al rapporto di lavoro di ciascuna unità di personale.

Gestione del sistema sanitario regionale e del personale

In ordine ai processi di collaborazione interaziendale e alle relazioni con i diversi soggetti che interagiscono col sistema sanitario regionale, anche per l'anno 2025 si ritiene necessario proseguire nell'impegno collettivo al fine di sviluppare linee d'azione comuni in ambito di politiche del personale.

Attraverso incontri periodici ai Tavoli di confronto attivati a livello regionale, provinciale o di Area Vasta, per le materie la cui specificità lo consenta, si cercherà di stabilire, criteri omogenei di interpretazione normativa, analisi e definizione di politiche del personale, anche di livello sindacale, gestione giuridica ed economica dei benefici legati alla contrattazione collettiva nazionale, sistemi di valutazione del merito e dello sviluppo delle competenze professionali e qualsiasi altro argomento che interessi e coinvolga il Sistema sanitario regionale nel suo complesso.

Risultati 2025

L'Azienda ha garantito il coordinamento con la Regione per la prosecuzione delle attività di governo del "Sistema Unitario di Gestione Informatizzata delle Risorse Umane" (GRU). Visto l'elevato grado di complessità e l'alto livello di attenzione richiesto dal progetto, l'Azienda ha garantito la puntuale collaborazione durante tutte le fasi di sviluppo del Sistema sulla base delle decisioni della Cabina di regia GRU. Le Aziende continuano ad avere come obiettivo il pieno ed esclusivo utilizzo dei moduli presenti nel sistema, al fine di assicurare il concreto efficientamento dei processi di programmazione e controllo gestionale beneficiando della sinergia del sistema. Si è data progressivamente applicazione, in particolare, anche alla gestione della turnistica, tramite l'apposito Modulo Gestione Turni, considerata la rilevanza che questo tema riveste anche nell'ultimo contratto nazionale della Dirigenza sanitaria.

Obiettivo prioritario per l'anno 2025 è stata la prosecuzione dell'implementazione della Business Intelligence del personale sul sistema di reportistica e indicatori ReportER, già avviato sui contesti giuridico ed economico e analizzato per le presenze-assenze, secondo il cronoprogramma definito dalla cabina di regia.

Gli incontri periodici della Cabina di regia GRU e dei sottogruppi per area tematica sono stati la sede entro cui definire gli ambiti di sviluppo, nonché il riferimento per il tempestivo feedback da parte delle Aziende sanitarie su quanto realizzato.

L'Azienda ha garantito l'efficiente allocazione delle risorse umane, la regolare erogazione dei servizi e dei livelli essenziali di assistenza e favorire la riduzione delle liste di attesa e il rispetto dei vincoli di spesa, anche in coerenza con le direttive e le linee condivise nel corso degli incontri con le Direzioni regionali.

Sviluppo e valorizzazione del personale e relazioni con le OO.SS.

Le relazioni con le Organizzazioni Sindacali restano improntate allo sviluppo di politiche orientate all'efficienza e alla sostenibilità economica/finanziaria del sistema, anche attraverso la valorizzazione e la qualificazione del personale con particolare riguardo al riconoscimento delle professionalità e allo sviluppo della autonomia professionale.

A tal fine occorre proseguire con le modalità di confronto finora adottate, in modo da garantire la prosecuzione di un dibattito costruttivo sulle future politiche occupazionali, in particolare per quanto riguarda i processi di innovazione e la valorizzazione delle professionalità interne, con l'obiettivo di orientare le risorse alla promozione di specifici progetti, programmi o piani di lavoro, diretti sia al miglioramento dei servizi rivolti all'utenza, sia alla riconoscimento dell'impegno del personale in particolari situazioni di criticità.

In tale contesto, anche per il triennio 2026-2028, assumono particolare rilievo gli Accordi siglati tra la Regione Emilia-Romagna e le OO.SS. Confederali e di Categoria in merito alle politiche regionali di innovazione e qualificazione del sistema sanitario, nonché il confronto volto al riconoscimento del lavoro svolto nei servizi di pronto soccorso dal personale, sia del comparto che della dirigenza, presso le Aziende e gli Enti del SSR della Regione Emilia Romagna. Nei rapporti con le organizzazioni sindacali, l'obiettivo è stato di garantire i seguenti modelli relazionali:

- la partecipazione, attraverso l'informazione e il confronto;
- la contrattazione integrativa, per le materie e lei limiti definiti dalla contrattazione nazionale del CCNL per il personale del Comparto e della Dirigenza.

Costi del personale

Anche nel 2025 viene richiesto un impegno al fine di garantire il giusto equilibrio tra un'efficiente e accessibile erogazione dei livelli essenziali di assistenza e un attento governo della spesa, la cui sostenibilità dovrà essere costantemente assicurata attraverso puntuali monitoraggi e le periodiche rendicontazioni economico-finanziarie previste sia dalla Direzione Generale regionale sia dalle normative vigenti.

Indicatori e target:

- Rispetto delle previsioni di bilancio e attuazione di manovre volte al controllo della spesa del personale, compatibilmente col rispetto degli impegni assunti per l'adeguamento degli organici in applicazione dei PTFP e degli Accordi sottoscritti. Target: Pieno rispetto indicazioni regionali e normative.

Risultati 2025

Il costo delle risorse umane è stato determinato in relazione alla realizzazione della programmazione delle risorse umane prevista nel piano del fabbisogno aziendale di personale esposta nel PTFP relativo al triennio 2025-2027 e approvato dalla RER per l'anno 2025, in coerenza con le linee di programmazione regionali e con l'obiettivo economico-finanziario assegnato e le indicazioni relative al bilancio preventivo 2025.

Con nota ricevuta ns. PG. 6656 del 25/2/2025 la Regione Emilia-Romagna ha assegnato all'AUSL IMOLA l'obiettivo di costo del personale dipendente (comprensivo di oneri e al netto di IRAP) di 92.743.829 euro.

Si precisa che il costo del personale rappresentato è esposto al netto delle voci sotto riportate:

- CCNL 2019-2021 dirigenza sanitaria (competenza 2025)
- CCNL 2019-2021 dirigenza PTA (competenza 2025)
- CCNL 2022-2024 comparto (competenza 2025) compreso 0,22%
- IVC 2022-2024 dirigenza sanitaria
- IVC 2022-2024 dirigenza PTA
- IVC 2025-2027 comparto
- IVC 2025-2027 dirigenza sanitaria
- IVC 2025-2027 dirigenza PTA
- Indennità PS dirigenza
- Indennità PS comparto
- Aumento trattamento accessorio (0,22%) comparto 2019-2021
- Ordinamento professionale (0,55%) comparto 2019-2021
- Inail 2024 (quota 2024)
- Gelli 2019-2024.

Si rappresenta che, anche nel 2025, a fronte del finanziamento di cui al D.L. 34/2020 si è provveduto all'incremento dei fondi del personale del comparto assunti in base al D.L. 34 e in servizio nell'anno 2025. Si precisa poi che nel corso del 2025 è stato firmato il nuovo CCNL del Comparto Sanità.

Richiamando quanto esposto al paragrafo 5.2, la spesa del personale dipendente a Consuntivo 2025, al netto di tutti gli istituti contrattuali applicati, ammonta a € 92.575.757, presentando uno scostamento rispetto al Preventivo 2025 in riduzione di € -168.072 (-0,18%); in sostanziale mantenimento il confronto rispetto al Consuntivo 2024 rispetto al quale si rileva una diminuzione di € -65.632,26 (-0,07%). L'obiettivo di spesa è stato accompagnato da una attenta gestione del turn/over e dal trascinamento sul 2025 degli interventi attuati nel corso del biennio precedente.

In termini di consistenza al 31/12/2025 si registra una diminuzione di -24,62 f.t.e., prevalentemente risorse infermieristiche; aspetto quest'ultimo accentuato anche dalla difficoltà di reperimento di risorse infermieristiche e tecnico sanitarie.

Contestualmente, per far fronte ad esigenze imprescindibili di fabbisogno di figure sanitarie è stato fatto ricorso a forme di lavoro atipico, in somministrazione lavoro, registrando comunque una spesa inferiore rispetto al precedente esercizio.

Sistema di valutazione integrata delle performance

Il sistema di valutazione dell'AUSL di Imola è disciplinato dal "Regolamento Sistema di valutazione integrata della performance annuale, delle competenze e degli incarichi al personale", di cui alla Deliberazione n. 136 del 22/6/2018, in linea con quanto disposto in materia dall'OIV-SSR, da ultimo secondo le Linee Guida n. 1/2022, prot. RER 0641755 del 18.7.2022. Discendente da tale impianto, si colloca la "Guida alla valutazione

del personale – AUSL di Imola” (in atti Prot. 0007818 del 01/03/2022) che, nell’ambito del percorso regionale di rafforzamento del sistema integrato di valutazione del personale, ha lo scopo di illustrare, in modo chiaro e sintetico la struttura ed i contenuti del sistema di valutazione attualmente vigente in azienda, ai dipendenti sia nella veste di valutatori che di valutati.

Piano di sviluppo e miglioramento del sistema di valutazione 2023 2025

In riferimento alla nota in atti prot. 25312 del 26/07/2023 “Trasmissione Piano 2023-2025 di sviluppo e miglioramento del sistema di valutazione”, ed in coerenza alle “Linee guida 1/2022 dell’OIV-SSR Sistema di valutazione integrata del personale delle Aziende sanitarie” (Prot. RER 18/07/2022 0641755.U), l’AUSL di Imola ha predisposto il proprio “Piano 2023 2025 di sviluppo e miglioramento del sistema di valutazione”, quale percorso strutturato aziendale di sviluppo e miglioramento del sistema di valutazione, approvato con deliberazione n. 212 del 30/10/2023. Il Piano fissa obiettivi specifici nel periodo triennale, la cui realizzazione viene rilevata tramite indicatori declinati nel Piano e un confronto periodico sullo stato di avanzamento e sulle eventuali criticità riscontrate.

Sulla base delle indicazioni regionali, l’AUSL di Imola, nel corso del triennio, ha programmato il progressivo passaggio del Sistema di valutazione aziendale del personale al modulo valutazione del SW GRU Gestionale Risorse Umane Regionale, realizzando le azioni necessarie per utilizzare il SW GRU Nuova Versione Regionale per tutti i Profili e tutte le tipologie di valutazione previste dal Sistema di valutazione integrata aziendale.

In particolare, l’ultimo monitoraggio del Piano, relativo alla II semestre 2025 (trasmesso all’OIV SSR con nota in atti prot. 10795 del 30/3/2026) mette in evidenza come l’Azienda stia progressivamente attuando le azioni previste e che impatteranno sul 2026.

Nel secondo semestre 2025, è stato concordato con la ditta fornitrice un cronoprogramma di lavori, ai fini del passaggio operativo in GRU che prevede i lavori propedeutici, sia lato Azienda che in collaborazione con la ditta fornitrice, in riferimento alla Valutazione annuale del personale dirigente e personale comparto con incarico funzionale:

1. Verifica concreta transizione del nostro attuale modello di valutazione secondo l’architettura vigente nel sistema GRU.
2. A seguito dell’analisi precedente, si è ritenuto necessario procedere ad una riduzione e standardizzazione delle aree e degli obiettivi individuali attualmente vigenti, sia per la parte relativa alla Dirigenza che per il Comparto con incarico funzionale.
3. Al fine di agevolare il primo impianto è stato previsto di concordare con l’attuale fornitore del gestionale Metrica, (SW con il quale l’Azienda gestisce attualmente la valutazione in oggetto), un tracciato per il passaggio dei dati necessari.
4. Passaggio dei dati 2025 per creare le nuove schede per l’anno 2026.
5. Affiancamento formativo ai Valutatori in sede di assegnazione obiettivi individuali 2026 al fine di consolidare la scheda individuale in GRU.

Per quanto riguarda la Valutazione degli incarichi assegnati al personale, nell’ambito del gruppo di lavoro aziendale, è stato ritenuto di agire come segue:

- Benchmark con altre Aziende (Azienda USL Bologna) per l'adozione di un sistema di calcolo già applicato in GRU.
- Analisi delle modifiche necessarie all'attuale regolamentazione e condivisione con la Direzione Generale.
- Modifica delle schede di valutazione degli incarichi.
- Aggiornamento/Modifica della regolamentazione aziendale.
- Impianto in GRU entro il 31/12/2026.

OBIETTIVO 5.4: Programma regionale gestione diretta dei sinistri

Il Programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile, approvato con DGR n. 2079/2013, per sviluppare tutta la sua incisività ha necessità di continue azioni di consolidamento e implementazione, indirizzate alla piena realizzazione del Programma regionale, in coerenza con il contesto normativo, regolatorio e amministrativo di riferimento.

Conseguentemente, la concreta operatività e riuscita del Programma è strettamente collegato a diverse attività e azioni, in particolare:

- la tempestiva e completa istruttoria dei casi di competenza aziendale e del Nucleo Regionale di Valutazione, così come le corrette modalità di relazione tra Aziende ed il NRV sinistri. Pertanto è indispensabile che si conformino ed attuino quanto stabilito nel documento: "Relazione fra Aziende Sanitarie sperimentatrici, Responsabile dell'attuazione del Programma Regionale e Nucleo Regionale di Valutazione", approvato con Determina dirigenziale n. 4955 del 10/4/2014, come precisato nella nota PG/2020/0462697 del 24/6/2020 in cui è stabilito che: "la richiesta di parere senza il contestuale caricamento – entro due giorni lavorativi - di tutta la documentazione completa (clinica, giudiziaria e amministrativa) è da ritenersi istanza nulla, non produttiva di alcun effetto e improcedibile d'ufficio, senza necessità di ulteriori comunicazioni da parte della segreteria del NRV";
- "per i sinistri di fascia regionale è necessario che il Responsabile aziendale dell'attuazione del programma regionale dichiari nell'istanza di parere che il sinistro oggetto di intervento del NRV è stato trattato e istruito conformemente alle indicazioni di cui Circolare regionale 12/2019, pena anche in tal caso l'improcedibilità della domanda", ed a tal fine, per ragioni di uniformità e facilitazione, si è reso disponibile apposito fac-simile di istanza di parere che deve essere utilizzato dalle Aziende sanitarie.
- Attenersi alle indicazioni ed alle tempistiche fornite, nonché alle modalità di relazione tra Aziende e NRV sinistri che costituiranno elementi di valutazione.

Risultati 2025

Indicatore e target:

- (IND1169) Rispetto dei tempi di processo: % di istanze di parere al NRV con contestuale caricamento (ossia entro massimo 2 giorni lavorativi) di tutta la documentazione completa (clinica, giudiziaria, amministrativa, ivi inclusa quella richiesta dalla Circolare 12/2019). Target: 100%.

Nel corso del 2025, è stata inviata al Nucleo Regionale di Valutazione una richiesta di parere (protocollo n. 21891 del 25/06/2025) e la relativa documentazione è stata caricata contestualmente entro massimo 2 giorni lavorativi dall'invio della richiesta. La predetta richiesta di parere inviata al Nucleo Regionale di

Valutazione dichiara che il sinistro è stato trattato ed istruito conformemente alle indicazioni di cui alla Circolare regionale n. 12/2019; per tale istanza è stato inoltre utilizzato il fac-simile messo a disposizione delle Aziende dalla Regione Emilia-Romagna.

Per promuovere la massima sinergia fra il livello regionale e quello aziendale e garantire un'efficace e tempestiva cogestione dei sinistri è necessario l'adeguamento alle indicazioni fornite con nota Prot. 20.07.2022.0647322.U: "Programma regionale gestione diretta dei sinistri in sanità".

Nuove direttive per la cogestione dei sinistri sopra soglia. Verbale del Comitato di Valutazione sinistri", che si sono rese necessarie al fine di prevenire e/o ridurre asimmetrie e disallineamenti nelle procedure di gestione dei sinistri di seconda fascia, in ragione delle riscontrate disomogeneità nella redazione dei verbali dei Comitati di valutazione sinistri aziendali. In particolare, al fine della presa in carico delle richieste di parere da parte del Nucleo si richiede che i Comitati di Valutazione Sinistri aziendali si conformino al modello di riferimento proposto, per consentire adeguata cogestione dei sinistri di seconda fascia e favorire l'allineamento operativo e lo sviluppo omogeneo delle migliori prassi su tutto il territorio regionale.

Indicatore e target:

- Totale conformità al modello di CVS aziendale trasmesso con nota prot. 20.07.2022.0647322.U e conforme redazione dello stesso. Target: 100%.

Con nota regionale Prot. 20.07.2022.0647322.U, ad oggetto "Programma regionale gestione diretta dei sinistri in sanità. Nuove direttive per la cogestione dei sinistri sopra soglia. Verbale del Comitato di Valutazione sinistri", sono state date indicazioni anche per la stesura dei verbali del C.V.S.

Al fine di allineare le prassi operative sul territorio regionale, è stato infatti fornito un modello di verbale del CVS da utilizzare nei sinistri sopra soglia per i quali l'Azienda formula richiesta di parere al Nucleo Regionale di Valutazione.

Nella seduta del CVS in cui è stato deciso di presentare richiesta di parere al Nucleo Regionale di Valutazione è stato utilizzato il modello di verbale fornito della Regione. Trattasi del verbale CVS n. 4 del 10/6/2025 (prot. n. 20656 del 13/6/2025).

OBIETTIVO 5.5: Politiche di prevenzione della corruzione e promozione trasparenza

In attuazione di quanto disposto dalla Legge regionale 9/2017, Capo III, art.5, in materia di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza, le Aziende sanitarie devono provvedere a garantire la piena applicazione della norma, in coerenza anche con quanto stabilito a livello nazionale.

Si dovranno seguire le indicazioni condivise nel Tavolo regionale per il coordinamento delle misure in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione, istituito con Determina del Direttore Generale n. 19717 del 5/12/2017 e attualmente aggiornato nella sua composizione con determinazione dirigenziale n. 21042 del 3/11/2022, dando conferma, al livello regionale, della raccolta costante e aggiornata delle dichiarazioni per la gestione del conflitto di interessi, secondo le modalità definite, prevedendo se necessario l'implementazione della modulistica relativa e l'aggiornamento degli strumenti finalizzati alla promozione dei conflitti di interesse. Si richiede pertanto di assicurare tempestivamente la conformità alle norme ed alle indicazioni regionali.

Le procedure aziendali devono assicurare, anche, la puntuale implementazione del Codice di comportamento di cui allo schema tipo approvato con DGR n. 1956 del 13/11/2023.

Le Aziende, inoltre, sono tenute ad adempiere agli obblighi previsti dall'ANAC e devono confermare le misure, i criteri e le modalità inerenti all'applicazione del principio di rotazione del personale, quale misura di prevenzione dei fenomeni corruttivi, con particolare riferimento alle aree a più elevato rischio.

Risultati 2025

Indicatore e target:

- **(IND1173)** % dichiarazioni per la gestione del conflitto di interessi effettivamente raccolti entro la chiusura d'anno. Target: $\geq 90\%$.

Su piattaforma SIVER, l'AUSL di Imola risulta aver raccolto il 99,58% delle dichiarazioni per la gestione del conflitto di interessi, evidenziando un incremento significativo (nel 2024: l'87,38%). La percentuale media regionale 2025 risulta pari a 90,39%.

A decorrere dalla raccolta delle dichiarazioni relative all'anno 2024, il calcolo viene effettuato sulla base delle indicazioni pervenute dal Tavolo regionale RPCT e contenute nel Verbale dell'incontro del 24/2/2025, in atti al prot. 8621 del 11/3/2025. Rispetto al 2024 il dato è notevolmente aumentato e a partire dal 2025 l'Azienda è rientrata pienamente nell'obiettivo fissato. Questo risultato è stato anche frutto delle azioni di monitoraggio, sensibilizzazione e richiamo ai dipendenti ancora inadempienti che sono state poste in campo nell'ultimo trimestre 2025.

Di seguito si espongono le principali attività garantite nel corso del 2025.

Come convenuto con l'OIV-SSR ed il Tavolo regionale RPCT (nota in atti al prot. 22900 del 2/7/2025) ed in relazione ai contenuti della DGR n. 973/2025 ad oggetto "Linee guida per la predisposizione del Piano Integrato di attività e organizzazione nelle aziende e negli enti del SSR" - modifica e integrazioni e indicazioni operative per la predisposizione del Piano Integrato di attività e organizzazione nelle aziende e negli enti del SSR", con deliberazione n. 158 del 30/7/2025, su proposta del RPCT è stata approvata la Sottosezione Rischi Corruttivi e Trasparenza del PIAO 2025-2027, con lo scopo di aggiornare e dare evidenza delle modifiche riconducibili, in particolare, alle novità nel frattempo intervenute (PNA 2024, aggiornamento del Codice di comportamento, aggiornamento delle analisi del contesto esterno ed interno, valutazione dei rischi, identificazione misure generali e specifiche, trasparenza, ecc.).

È proseguita, inoltre, l'attività di aggiornamento della mappatura dei processi a rischio corruttivo. A livello aziendale, particolare impegno è stato dedicato all'analisi delle aree di rischio dei processi del Dipartimento Salute Mentale-Dipendenze Patologiche, con il coinvolgimento dei singoli Direttori (analisi formalizzata in atti al prot. 43864 del 29/12/2025).

Sono inoltre stati attivati Gruppi di Lavoro nell'ambito delle aziende sanitarie AVEC-Romagna, come di seguito rappresentati:

- Gruppo di lavoro in ordine all'aggiornamento della mappatura dei processi di "Prescrizione farmaci ad alto costo".
- Gruppo di lavoro in ordine all'aggiornamento della mappatura dei processi "Area Bilancio e Flussi Finanziari".
- Gruppo di lavoro in ordine all'aggiornamento della mappatura dei processi della "Medicina del Lavoro".

Le attività dei gruppi interaziendali sono concluse; successivamente le mappature verranno analizzate a livello locale per una eventuale integrazione relativa alle specificità aziendali, con l'obiettivo di inserire l'aggiornamento nella sottosezione Rischi Corruttivi e Trasparenza del PIAO di prossima adozione.

Sono proseguiti i lavori del Tavolo di coordinamento interaziendale dei RPCT delle aziende sanitarie dell'AVEC e della AUSL Romagna, con incontri a cadenza mensile da remoto. I Componenti del Tavolo hanno partecipato, inoltre, con proposte condivise, agli incontri:

- della Rete Regionale per l'integrità e la Trasparenza per mezzo del proficuo confronto che eleva l'attenzione alle tematiche delle politiche della prevenzione della corruzione e trasparenza in un'ottica regionale;
- del Tavolo regionale per il coordinamento delle misure in materia di Trasparenza e Prevenzione della Corruzione delle Aziende e degli Enti del SSR ed alla successiva attuazione delle azioni concordate: in tale ambito, particolare attenzione è stata rivolta alle indicazioni provenienti dal Tavolo regionale all'aggiornamento dell'applicativo GRU-WHR Time, per consentire il deposito delle dichiarazioni del Codice di Comportamento.

Per quanto concerne la "formazione", è stata avviata in produzione una formazione in modalità FAD in materia di antiriciclaggio a cui hanno potuto partecipare i dipendenti delle Aziende sanitarie AVEC e AUSL della Romagna. È stata, inoltre, organizzata la Giornata della Trasparenza, svolta il giorno 20 febbraio 2026 all'Aula Magna della AOU di Ferrara, sull'importante tematica della "Trasparenza nella ricerca: opportunità e prospettive" che ha visto, quali relatori, la RPCT della Regione Emilia Romagna, i Sono proseguiti i lavori del Tavolo di coordinamento interaziendale dei RPCT delle aziende sanitarie dell'AVEC e della AUSL Romagna, con incontri a cadenza mensile da remoto.

I Componenti del Tavolo partecipano inoltre, con proposte condivise, agli incontri:

- della Rete Regionale per l'integrità e la Trasparenza per mezzo del proficuo confronto che eleva l'attenzione alle tematiche delle politiche della prevenzione della corruzione e trasparenza in un'ottica regionale;
- del Tavolo regionale per il coordinamento delle misure in materia di Trasparenza e Prevenzione della Corruzione delle Aziende e degli Enti del SSR ed alla successiva attuazione delle azioni concordate: in tale ambito, particolare attenzione è stata rivolta alle indicazioni provenienti dal Tavolo regionale all'aggiornamento dell'applicativo GRU-WHR Time, per consentire il deposito delle dichiarazioni del Codice di Comportamento.

Per quanto concerne la "formazione", è stata avviata in produzione una formazione in modalità FAD in materia di antiriciclaggio a cui hanno potuto partecipare i dipendenti delle Aziende sanitarie AVEC e Ausl della Romagna. È stata inoltre organizzata la Giornata della Trasparenza, svolta il giorno 20 febbraio 2026 all'Aula Magna della AOU di Ferrara, sull'importante tematica della "Trasparenza nella ricerca: opportunità e prospettive" che ha visto, quali relatori, la RPCT della Regione Emilia Romagna, i *Data Protection Officers* delle Aziende di Area Bolognese e Ferrarese, oltre a qualificati professionisti designati dalle Aziende sanitarie.

La Relazione dell'AUSL di Imola per l'anno 2025 del RPCT è stata pubblicata sul sito aziendale – Amministrazione trasparente – Altri contenuti – Prevenzione della Corruzione – Relazione annuale del RPCT, entro il termine del 31/1/2026 definito dal Presidente ANAC nel comunicato del 10/12/2025, alla pagina: <https://www.ausl.imola.bo.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/7397>

In tema di Trasparenza, la verifica disposta dall'ANAC con deliberazione n. 192 del 7/5/2025 recante: *“Attestazioni OIV, o strutture con funzioni analoghe, sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione riferite all'annualità 2024”*, ha interessato diverse Unità operative aziendali e varie tipologie di atti.

L'OIV-RER ha effettuato il controllo sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione sulla base della ricognizione del RPCT unitamente ai Responsabili delle Unità operative interessate, verificati positivamente e trasmessi dall'OAS aziendale.

La verifica dell'OIV ha avuto esito positivo e, con proprio provvedimento in atti al prot. n. 23933 del 10/7/2024, ha attestato la veridicità e l'attendibilità in ordine alla corretta pubblicazione, all'aggiornamento, alla completezza e all'apertura del formato di ciascun documento selezionato ai sensi della delibera n. 192/2025, rispetto a quanto pubblicato sul sito dell'AUSL di Imola.

OBIETTIVO 5.6: Sistema di audit interno

La LR 16 luglio 2018, n. 9, con l'introduzione dell'art. 3 ter - "Sistema di audit interno" - nella LR 23 dicembre 2004, n. 29, da un lato, ha implementato l'architettura dell'organizzazione delle Aziende del SSR, prevedendo l'istituzione della funzione aziendale di Audit interno, dall'altro, ha previsto l'attivazione di una cabina di regia regionale, con l'istituzione, avvenuta con DGR n. 1972/2019, del Nucleo Audit regionale.

Con Determinazione del Direttore Generale Cura della persona, salute e welfare, n. 18471 del 10 settembre 2024, sono state adottate le **Linee Guida in materia di Sistema di Controllo Interno** con l'obiettivo di rappresentare sinteticamente e in modo organico, il Sistema di Controllo Interno delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale e di proporre di definirne i requisiti minimi, nonché le caratteristiche organizzative e di funzionamento a cui uniformarsi, seppur nella propria autonomia.

Nel 2024, le Aziende hanno adottato apposito atto nel quale risultano descritte le caratteristiche e le modalità di funzionamento a livello aziendale del Sistema di Controllo Interno. Si evidenzia che la funzione di Audit Interno potrà agire anche in un'ottica interaziendale al fine di garantire un giudizio indipendente e un potenziamento del presidio dei rischi nelle Aziende Sanitarie della Regione.

Per il 2025, in ambito interventi PNRR/PNC, le funzioni/strutture aziendali di Audit interno dovranno svolgere attività di controllo in relazione all'effettivo svolgimento dei controlli operativi (c.d. di primo livello) connessi alle verifiche amministrativo/contabili.

L'attività di verifica in capo alle **Funzioni di Audit Interno** è meramente formale e pertanto attiene alla corretta compilazione delle checklist oggetto di interesse e corretta archiviazione documentale.

Indicatore e target

- Entro il 31/12/2025, proseguimento delle attività di controllo in ambito PNRR/PNC, sia in relazione alle checklist di gara (allegati 5.1 e 5.2) sia in relazione alle checklist di parte contabile. Target: 100% di quanto indicato dal Nucleo Audit regionale.

Risultati 2025

L'AUSL di Imola partecipa ai lavori del Nucleo Audit Regionale attraverso n. 2 componenti aziendali individuati nel Responsabile della Programmazione e Controllo e nel Responsabile della Prevenzione Rischi Corruttivi e Trasparenza. Con deliberazione n. 254 del 22/12/2022, l'AUSL di Imola ha istituito la funzione di Audit interno ai sensi della L.R. n. 9/2018 che modifica e integra la L.R. n. 29/2004.

La funzione di Audit interno è affidata ad un Board Aziendale composto da dirigenti e/o collaboratori preposti a funzioni di staff aziendali, già operanti nel presidio di rischi aziendali specifici, coordinato dal componente aziendale del Nucleo Audit Regionale.

L'organizzazione del Board prevede che i componenti possano operare congiuntamente e/o disgiuntamente, a seconda delle aree oggetto di auditing, adottando modalità di approccio che garantiscano l'applicazione dei principi di obiettività professionale, integrità, riservatezza, garantendo l'astensione nelle attività di valutazione del sistema di controllo afferente al settore/servizio nel quale è incardinato il singolo componente. Il Board aziendale ha la finalità di garantire la funzione di Audit interno, quale presidio di terzo livello, ad integrazione dell'*Assurance* fornita dagli altri livelli di presidio aziendale dei rischi.

Le funzioni saranno effettuate mediante processi di auditing basati sulla valutazione del disegno e del funzionamento dei controlli interni aziendali, con modalità che favoriscano il coinvolgimento del management operativo, favorendo la diffusione e la cultura della mappatura dei rischi e della valutazione integrata dei rischi. Nella fase di start up si è ritenuta prioritaria l'azione a presidio dei rischi amministrativo-contabili e corruttivi. L'attività svolta nel 2025, ha riguardato i seguenti ambiti.

La collaborazione nell'ambito del Nucleo Audit Regionale alla definizione delle "Linee Guida in tema di Sistema di Controllo Interno, approvate dalla Regione con Determinazione n. 18471 del 10/9/2024" e trasmesse alle Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie con prot. 1/10/2024.1098585.U.

Sulla base delle suddette Linee Guida l'Azienda, con Deliberazione n. 234 del 19/12/2024, ha adottato il Sistema di Controllo Interno, programmando altresì specifiche linee di intervento da attuarsi nel corso della programmazione 2025 relativamente a:

- Mappatura dei controlli di primo livello in ambito amministrativo, individuano per ciascun processo: rischi, controlli, frequenza, responsabile/owner, evidenza documentale/informativa.
- Formalizzazione dei requisiti minimi che identificano e caratterizzano le funzioni/strutture per il secondo livello di controllo mediante rappresentazione dei processi gestiti, i rischi presidiati secondo la normativa di riferimento, il Responsabile Funzione e/o Struttura organizzativa preposta, le modalità operative di gestione e monitoraggio dei rischi, la modalità di rendicontazione interna/esterna e le relazioni con gli altri livelli di controllo. Tale attività è stata effettuata in relazione alle funzioni di secondo livello: Programmazione e Controlli Direzionali, Accreditamento-Qualità, Gestione del Rischio-Sicurezza delle Cure, Anticorruzione-Trasparenza, Prevenzione e Protezione dei lavoratori.

Sia l'attività di mappatura dei controlli di primo livello sia la mappatura dei processi delle funzioni di secondo livello di controllo sono stati formalizzati con note rispettivamente agli atti con prot. 14047 del 23/4/2026 e prot. 14051 del 23/4/2026.

Gli obiettivi regionali 2025 prevedevano il proseguimento delle attività di controllo in ambito PNRR/PNC, sia in relazione alle checklist di gara (allegati 5.1 e 5.2) sia in relazione alle checklist di parte contabile.

A tal fine, in data 21/1/2026 è stato condotto l'Audit di verifica sull'avvenuto svolgimento dei controlli operativi - (c.d. di primo livello) connessi alle verifiche amministrativo-contabili delle procedure e delle spese sostenute relativamente al progetto CUP H87H22000200006 M6C1 Investimento 1.1 Casa della Comunità di Castel San Pietro Terme - manutenzione straordinaria, prossimo alla fase di rendicontazione mediante sistema Regis, di cui alla nota in atti prot. 10373/2026 con cui il Verbale di Audit è stato trasmesso alla Direzione Generale ed al RUP.

OBIETTIVO 5.7: Adempimenti relativi alla normativa in materia di protezione dei dati personali

In attuazione del Regolamento UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali e alla libera circolazione di tali dati, che abroga la direttiva 95/46/CE, si richiede alle Aziende Sanitarie di garantire la piena applicazione di tutti gli obblighi ed adempimenti a carico dei soggetti che trattano dati personali. In tale contesto, le disposizioni nazionali contenute nel D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, recante "Codice in materia di protezione dei dati personali", nonché i Provvedimenti di carattere generale emanati dal Garante per la protezione dei dati personali, continuano a trovare applicazione nella misura in cui non siano in contrasto con la normativa succitata.

Al fine di trovare il giusto equilibrio tra diritto alla privacy e diritto alle cure in una sanità sempre più digitale, attraverso il confronto tra la pluralità di esperienze, conoscenze e competenze disponibili e di coordinare le misure in materia di protezione dei dati personali della Regione Emilia-Romagna, è stato costituito presso la Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare il "Tavolo regionale per il coordinamento delle misure in materia di protezione dei dati personali delle Aziende sanitarie e degli Enti del SSR" (determinazione dirigenziale n. 27842 del 19 dicembre 2024) a cui partecipano i DPO e i referenti privacy delle Aziende sanitarie e degli Enti del SSR, il DPO della Regione Emilia-Romagna e gli esperti privacy e informatici della Direzione Generale in questione. Pertanto, le Aziende dovranno considerare le indicazioni condivise nel suddetto Tavolo Regionale.

Risultati 2025

Indicatori e target

- Aggiornamento policy aziendali per il trattamento dei dati attraverso strumenti informatici e per l'implementazione di nuove applicazioni informatiche (teleconsulto, telemedicina, app sanitarie ...).
Target: 100%.

Con riferimento all'obiettivo di cui sopra si precisa che l'Azienda ha avviato la ricognizione delle attività svolte per il trattamento dei dati attraverso strumenti informatici e per l'implementazione di nuove applicazioni informatiche e realizzato le seguenti attività:

- Partecipazione ai lavori del tavolo di Area Vasta Emilia Centrale, promosso da AUSL di Bologna (nota prot. 11685 del 28/3/2023) con l'obiettivo di regolare i rapporti intercorrenti tra le diverse Aziende, in considerazione dell'avvenuto recente avvio del nuovo sistema RIS-PACS AVEC. Il gruppo di lavoro, coordinato dai DPO di Area Vasta, si è riunito numerose volte nel corso del 2025. I DPO di Area Vasta hanno rilasciato un parere (in atti al prot. n. 18658 del 5/6/2024) tramite il quale è stata individuata la

base giuridica applicabile all'operazione di comunicazione dei dati e delle immagini tra le aziende di Area Vasta. Conseguentemente, l'Azienda, in qualità di Titolare, ha predisposto un'informativa sul trattamento dei dati personali per l'attività di condivisione delle immagini diagnostiche tramite il sistema RIS-PACS AVEC (in atti al prot. n. 40061 del 21/11/2025), una procedura per l'accesso dei professionisti alla piattaforma ("Consultazione delle immagini diagnostiche in AVEC", rev. 00, novembre 2025), la possibilità per i singoli pazienti di chiedere l'oscuramento delle proprie immagini e di oscurare l'avvenuto oscuramento, la specifica previsione che l'accesso al sistema avvenga esclusivamente da postazioni e dispositivi aziendali e l'implementazione di un disclaimer di accesso che richiami i professionisti al rispetto delle disposizioni in materia di tutela dei dati personali. Le Aziende - compresa l'AUSL di Imola - hanno predisposto la Valutazione d'impatto che è stata successivamente trasmessa al DPO (in atti al prot. n. 1289 del 15/1/2025) per il rilascio del parere previsto dal GDPR, e acquisito dall'AUSL di Imola con prot. n. del 12479 dell'8/4/2025.

- Partecipazione ai lavori del tavolo promosso dal DPO di Area Metropolitana per la revisione delle informative, elaborando o aggiornando:
 - informativa per i dipendenti e terzi non dipendenti (prevedendo il trattamento di dati personali anche tramite sistemi di intelligenza artificiale), prot. n. 42042 del 10/12/2025;
 - informativa per il trattamento di dati personali mediante AppIO (prot. n. 16075 del 9/5/2025);
 - informativa per il trattamento di dati personali tramite MAppER (prot. n. 38251 del 7/11/2025).

OBIETTIVO 5.8: Adempimenti relativi alla normativa in materia di inclusione e accessibilità

Il D.Lgs 222/2023 introduce disposizioni finalizzate a garantire l'accessibilità alle pubbliche amministrazioni da parte delle persone con disabilità e l'uniformità della tutela dei lavoratori con disabilità presso le pubbliche amministrazioni sul territorio nazionale al fine della loro piena inclusione, nel rispetto del diritto europeo e internazionale in materia; il decreto si applica alle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e da esso derivano alcune importanti riflessi riguardanti la programmazione.

Nello specifico, l'art. 3 del D.Lgs 222/23 modifica la disciplina del PIAO, introducendo le seguenti disposizioni: le pubbliche amministrazioni, nell'ambito del personale in servizio, individuano un dirigente amministrativo, ovvero, un altro dipendente ad esso equiparato, che abbia esperienza sui temi dell'inclusione sociale e dell'accessibilità delle persone con disabilità anche comprovata da specifica formazione.

Al Dirigente è assegnato il compito di definire la piena accessibilità, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità.

Si tratta, quindi, di un dipendente appartenente ai vertici organizzativi, chiamato a programmare gli strumenti per consentire concretamente ai cittadini affetti da disabilità la piena fruizione dei servizi, sia pianificando quanto occorre per consentire un agevole e sicuro accesso ai locali, sia per rendere semplice il dialogo online. È chiamato a definire nel PIAO gli obiettivi di performance finalizzati alla corretta gestione del rapporto di lavoro con i lavoratori disabili, in base ad obiettivi formativi annuali e pluriennali.

Inoltre, l'art. 4 del D.Lgs 222/2023 modifica il decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 per i seguenti aspetti:

- Nel valutare la performance individuale e organizzativa si tiene conto del raggiungimento o meno degli obiettivi per l'effettiva inclusione sociale e la possibilità di accesso alle persone con disabilità.
- Gli obiettivi, anche nell'ottica di una corretta allocazione delle risorse, assicurano l'effettiva inclusione sociale e le possibilità di accesso delle persone con disabilità. Si invitano pertanto le Aziende sanitarie ad adempiere a quanto previsto dal D.Lgs 222/2023.

Le Aziende sanitarie sono invitate ad adempiere a quanto previsto dal D.Lgs 222/2023.

Risultati 2025

In attuazione del D.Lgs 222/2023, l'AUSL di Imola, in luogo dell'individuazione di una singola figura, ha adottato un modello organizzativo di tipo collegiale, ritenuto maggiormente coerente con la natura trasversale e multidimensionale delle funzioni previste dalla normativa.

Tale modello garantisce il presidio delle funzioni previste dal decreto, attraverso una distribuzione integrata delle responsabilità coerente con la complessità e la trasversalità delle materie trattate.

È anche in tale prospettiva che, nel corso del 2025, è stato avviato un percorso di revisione e rafforzamento della governance aziendale sui temi dell'equità, dell'inclusione e dell'accessibilità, che ha condotto alla ridefinizione del Board Equità aziendale per il triennio 2026–2028.

La nuova configurazione del Board è infatti stata definita anche in funzione degli obiettivi introdotti dal decreto, assicurando la presenza integrata delle competenze necessarie a presidiare in modo sistemico e trasversale le diverse dimensioni dell'accessibilità. In particolare, il Board include:

- responsabilità in materia di accessibilità fisica e strutturale (servizi tecnici);
- competenze in materia di accessibilità digitale e sistemi informativi (ICT);
- ambiti con responsabilità sull'organizzazione del lavoro e sull'inclusione lavorativa;
- referenti aziendali equità e *diversity management*;
- *mobility manager*;
- una componente con esperienza diretta sui temi della disabilità e dell'accessibilità;
- la rappresentanza del Comitato Consultivo Misto degli Utenti e del Comitato Utenti e Familiari per la salute mentale.

Tale assetto consente di superare una visione settoriale delle funzioni previste dalla normativa, garantendo un presidio integrato, continuativo e orientato al miglioramento.

Nel corso del 2025, nella fase di transizione verso il nuovo assetto, le funzioni riconducibili a quanto previsto dal decreto sono state assicurate in forma coordinata, con azioni orientate sia al superamento delle barriere fisiche e organizzative, sia al miglioramento dell'esperienza di accesso ai servizi da parte delle persone assistite, con particolare riferimento a:

- miglioramento dell'accessibilità fisica e organizzativa ai servizi, attraverso installazione di nuovi ascensori, inclusa l'attivazione di un ascensore aggiuntivo per facilitare l'accesso ai servizi; aggregazione dei servizi rivolti a persone in condizioni di fragilità nell'area Accoglienza e al piano terra della Casa della Comunità di Imola; revisione partecipata, con il coinvolgimento delle rappresentanze dei cittadini e delle cittadine, dei percorsi di accesso e progettazione della nuova segnaletica; realizzazione della rampa di

accesso alla Casa della Comunità di Medicina; rinnovo della segnaletica a pavimento presso l'Ospedale; incremento degli stalli riservati alle persone con disabilità; attivazione della distribuzione di presidi per persone con diabete presso tutte le Case della Comunità;

- accessibilità digitale, attivazione del Widget sul sito istituzionale <https://www.ausl.imola.bo.it/home> basato su una Intelligenza Artificiale, volto a migliorare la fruibilità dei contenuti digitali, consentendo la personalizzazione dell'interfaccia in base alle esigenze delle persone con alcune disabilità (es. ipovisione, ADHD, disabilità cognitive, supporto alla lettura per persone anziane) in coerenza con i principi di accessibilità e usabilità dei servizi pubblici digitali;
- promozione di una cultura organizzativa orientata all'equità e all'inclusione, in raccordo con le azioni previste dall'Obiettivo 6.2 Innovazione nei Servizi Sanitari e sociali - Equità in tutte le politiche e medicina di genere;
- partecipazione attiva delle persone assistite e delle comunità ai processi di programmazione e miglioramento dei servizi, attraverso il Comitato Consultivo Misto degli Utenti, il Comitato Utenti e Familiari e specifiche collaborazioni con associazioni di persone con patologie croniche, nonché attività di coprogettazione, in particolare nell'ambito della salute mentale.

Il percorso avviato nel 2025 e consolidato con la riorganizzazione del Board Equità per il triennio 2026–2028 consente di strutturare in modo stabile una governance integrata dell'accessibilità, fondata su responsabilità diffuse e competenze complementari, in grado di garantire maggiore efficacia, continuità e coerenza nell'attuazione delle politiche aziendali, rafforzando l'integrazione tra accessibilità, equità e qualità dei servizi.

OBIETTIVO 5.9: Piattaforme informatiche più forti ed investimenti in biotecnologie e strutture per il rilancio del SSR

Obiettivo 5.9.1 Fascicolo sanitario elettronico/Portale SOLE

Per il 2025 gli obiettivi a livello nazionale sono sempre più sfidanti per quanto riguarda il Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0 (FSE 2.0).

Nel corso del 2025, nel rispetto della programmazione prevista per l'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, secondo quanto previsto dal subintervento M6 C2 I1.3.1 Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (FSE), si devono completare le attività necessarie affinché tutti i documenti clinici nel FSE 2.0 siano digitalmente nativi e firmati digitalmente, di cui sono disponibili le specifiche tecniche nazionali.

Le Aziende devono procedere con i percorsi di formazione e comunicazione verso i professionisti sanitari sull'utilizzo del FSE e degli strumenti necessari alla consultazione della documentazione sanitaria del paziente.

Risultati 2025

Indicatori e target

Alimentazione di documenti sanitari

- **(IND1083)** % di documenti sanitari prodotti secondo lo standard FSE 2.0 sul totale dei documenti prodotti (FSE 1.0 e 2.0 - per il 2024 si considerano i documenti secondo le Linee guida del FSE 2.0. Gruppo A: Referto di laboratorio, Referto di radiologia, Verbale di Pronto Soccorso, Lettera di Dimissione

Ospedaliera, Certificato vaccinale, Scheda singola vaccinazione; Gruppo B: Referto di specialistica).
Target: $\geq 85\%$.

Per l'AUSL di Imola l'esito 2025 risulta pari a 98,57 vs 84,64% nel 2024. La media regionale 2025 è pari a 91,36%.

Firma digitale

- **(IND1084)** % di documenti sanitari prodotti secondo lo standard FSE 2.0 firmati digitalmente sul totale dei documenti sanitari prodotti secondo lo standard FSE 2.0. Target: $\geq 90\%$.

Per l'Azienda il risultato 2025 è pari a 86,85% vs 84,78% nel 2024. La media regionale 2025 è pari a 88,49%.

- **(IND1085)** % di lettere di dimissioni ospedaliere prodotte secondo lo standard FSE 2.0 firmati PADES sul totale delle lettere di dimissioni ospedaliere prodotte secondo lo standard FSE 2.0 – PNRR. Target: $\geq 90\%$.

L'Azienda rileva un risultato 2025 pari a 93,74% vs 86,07% nel 2024. La media regionale 2025 è pari a 64,55%.

- **(IND1086)** % di verbali di pronto soccorso prodotti secondo lo standard FSE 2.0 firmati PADES sul totale dei verbali di pronto soccorso prodotti secondo lo standard FSE 2.0. Target: $\geq 90\%$.

Per l'AUSL di Imola si rileva un valore del 100%. La media regionale è pari a 65,08%.

- **(IND1087)** % di referti di specialistica prodotti secondo lo standard FSE 2.0 firmati PADES sul totale dei referti di specialistica prodotti secondo lo standard FSE 2.0. Target: $\geq 90\%$.

L'AUSL di Imola rileva un risultato 2025 pari a 89,65% vs 85,51%. La media regionale 2025 è pari a 67,50%.

Le Aziende devono procedere anche con i percorsi di formazione e comunicazione verso i professionisti sanitari sull'utilizzo del FSE e degli strumenti necessari alla consultazione della documentazione sanitaria del paziente. Rispetto a ciò, nel corso del 2025, sono stati realizzati diversi e diversificati momenti informativi con tutto il personale, sfruttando tutte le opportunità presenti in Azienda (Collegio di Direzione, Comitati di Dipartimento, incontri con le Reti, con i Coordinatori di Area Assistenziale, ecc..) per comunicare l'offerta formativa disponibile sul Portale Regionale SELF PA, nel momento in cui i diversi pacchetti venivano resi disponibili. Parallelamente è stata curata l'organizzazione delle informazioni sulla Home page Intranet Aziendale. Al 31/12/2025 la situazione registrata sulla formazione che ha coinvolto i dipendenti, i MMG e PLS evidenzia quanto segue.

Titolo Corso	Tipologia formazione	Partecipanti
Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0: formazione base generale	FAD E-Learning	716
Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0: formazione per MMG e PLS	FAD E-Learning	24
Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0: formazione per il medico specialista	FAD E-Learning	6
FSE2.0 - LA DIGITALIZZAZIONE DEI PROCESSI SANITARI NELL'AMBITO DELLA DIFFUSIONE DEL FSE	Formazione residenziale	12
Totale complessivo		758

Obiettivo 5.9.2 Finanziamenti PNRR

Il biennio 2025-2026 è particolarmente impegnativo per le aziende sanitarie regionali, soprattutto per le aziende territoriali, che dovranno portare a compimento il programma di interventi strutturali finanziati con il PNRR.

Indicatori e target:

- DES0031 - (M6C1-I.1.1) Case della Comunità – Rispetto di milestones e target. Target: 100%.
- DES0032 - (M6C1-I.1.3) Ospedale della Comunità – Rispetto di milestones e target. Target: 100%.
- DES0033 - (M6C2-I.1.2) Ospedale Sicuro – Rispetto di milestones e target. Target: 100%.

Le aziende dovranno, inoltre, procedere alla rendicontazione degli interventi conclusi, a partire da quelli relativi alle COT e alle Grandi Apparecchiature.

Risultati 2025

DES0031 – L'AUSL di Imola gestisce diversi interventi finanziati con Fondi PNRR relativi alle Case della Comunità del proprio territorio. Per tutti gli interventi i lavori sono stati completati come di seguito dettagliato:

- "Casa della Comunità di Medicina – Manutenzione straordinaria" (fine lavori 18/8/2025);
- "Casa della Comunità di Imola – Ristrutturazione II stralcio" (fine lavori 21/11/2025);
- "Casa della Comunità di Castel San Pietro Terme - Manutenzione straordinaria": i lavori sono stati completati a settembre 2023 e nel 2025 le economie risultanti dal progetto sono state investite nell'acquisto di arredi e di tecnologie sanitarie.

L'attivazione di tutte le Case della Comunità sopra indicate è prevista nel primo trimestre 2026, con il conseguente raggiungimento del Target europeo M6C1-3.

DES0032 – In data 24/12/2025 sono stati completati i lavori dell'intervento "Ospedale di Comunità di Castel San Pietro Terme - manutenzione straordinaria". L'attivazione dell'Ospedale di Comunità è prevista nel primo trimestre 2026, con il conseguente raggiungimento del Target europeo M6C1-11.

DES0033 – L'Intervento per la realizzazione dei "Lavori di miglioramento sismico dell'ospedale di Imola, I stralcio" sono terminati in data 3/4/2025. Entro il secondo trimestre del 2026 è previsto il conseguimento del Target europeo M6C2 I1.2.

Nell'ambito della rendicontazione COT Strutture, l'AUSL di Imola ha completato la rendicontazione su piattaforma ReGiS e SharePoint regionale relativa all'intervento "Centrale Operativa di Imola - Manutenzione Straordinaria" - M6C .2.2 "Centrali operative 1-1 Territoriali (COT)" strutture.

In riferimento alle Grandi Apparecchiature, si rimanda all'Obiettivo 5.9.9 "Tecnologie Biomediche".

Obiettivo 5.9.3 Finanziamenti ex art. 20 L. 67/88

Accordo di Programma V fase, 1° stralcio. L'Accordo di Programma (AdP) VI fase è stato sottoscritto tra il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, e la Regione Emilia-Romagna in data 08/1/2025. L'Accordo prevede la realizzazione di 22 interventi con le condizionalità procedurali e temporali di cui all'art. 20 L.67/88.

A seguito della sottoscrizione dell'Accordo di Programma VI fase si deve dare seguito a quanto previsto dalle procedure che regolano l'accesso ai finanziamenti ex art. 20, ovvero procedere alla progettazione degli interventi o alla definizione dei piani di fornitura entro un massimo di 30 mesi dalla data di sottoscrizione, previa approvazione in Gruppo tecnico.

Detta tempistica deve necessariamente essere correlata alla consistenza finanziaria dell'intervento, prevedendo ove possibile una definizione più tempestiva della progettazione rispetto ai 30 mesi, come richiesto anche dal Ministero della Salute.

Accordo di Programma V fase, 1° stralcio. L'Accordo di Programma (AdP) V fase 1° stralcio è stato sottoscritto tra il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, e la Regione Emilia-Romagna in data 29 luglio 2021.

L'Accordo prevede la realizzazione di 37 interventi con le condizionalità procedurali e temporali di cui all'art. 20 L. 67/88. Le Aziende hanno provveduto all'aggiudicazione di 22 dei 37 interventi entro il 31 dicembre 2024. Per questi interventi, obiettivo del 2025 è l'avvio dei lavori o delle installazioni. Per gli altri il completamento delle procedure di aggiudicazione.

Indicatori e target:

- DES0061 - Avvio dei lavori/installazioni delle tecnologie aggiudicate nel 2024. Target: 100%.
- DES0061 - Completamento aggiudicazioni residue. Target: 100%.

Risultati 2025

L'intervento in carico all'AUSL di Imola, nell'ambito dell'Accordo di Programma per gli investimenti ai sensi dell'art. 20 Legge 67/1988 V fase 2° stralcio, riguarda la "ristrutturazione della Casa della Comunità di Imola – primo stralcio" il cui affidamento dei lavori tramite Accordo Quadro (Determina di aggiudicazione n. 288 del 10/05/2021) è stato approvato con Determina n. 683 del 15/11/2023 e attivato tramite Ordine Di Lavoro del 20/11/2023 (inizio lavori in data 27/11/2023), pertanto nei termini previsti.

I lavori principali sono terminati in data 2/5/2025. In data 5/8/2025, con Determina n. 523, sono stati affidati i lavori minori a completamento dell'intervento. Target raggiunto: 100%.

Obiettivo 5.9.6 Interventi già ammessi al finanziamento

Le Aziende devono procedere con la massima celerità, e ove possibile, al completamento di tutti gli interventi riconducibili ad Accordi di Programma (ex art. 20 L. 67/88), nonché gli altri interventi finanziati con fondi statali e regionali precedentemente al 2019.

Si dovranno presentare le richieste di liquidazione a saldo degli interventi conclusi e attivati che risultano ancora a residuo. Per gli interventi ancora in corso di esecuzione le Aziende dovranno presentare le opportune richieste di liquidazione in acconto.

Indicatori e target:

- DES0120 - Richieste di liquidazione, ove possibile a saldo, degli interventi/piani di fornitura riconducibili ad Accordi di Programma (ex art. 20 L. 67/88), nonché degli altri interventi finanziati precedentemente al 2019 con fondi statali e regionali. Target: Presentazione di almeno una richiesta di liquidazione per ciascun intervento.

Risultati 2025

Tutti gli interventi ammessi a finanziamento, relativi ad Accordi di Programma (ex art. 20 Legge 67/1988), sottoscritti precedentemente al 2019, sono stati conclusi ed attivati e sono state trasmesse il 100% delle richieste di liquidazione. Target raggiunto: 100%.

Obiettivo 5.9.7 Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera per l'emergenza COVID-19 (Art 2, DL 19 maggio 2020, n. 34)

L'art. 2 del DL 19 maggio 2020 n. 34 ha previsto il potenziamento della rete ospedaliera per fronteggiare l'emergenza COVID-19, richiedendo alle Regioni la predisposizione di appositi Piani in cui fossero descritti gli interventi previsti per:

- il potenziamento delle Terapie Intensive (TI), con la realizzazione di 197 Posti Letto (PL) aggiuntivi rispetto alla dotazione regionale;
- la realizzazione di 312 PL di Terapia Semi Intensiva (TSI), in sostituzione di altrettanti PL di degenza ordinaria;
- l'adeguamento funzionale dei Pronto Soccorso (PS) per separare i percorsi dei pazienti COVID e non-COVID;
- l'acquisto di autoambulanze attrezzate per il trasporto dei pazienti COVID.

Il piano, predisposto dalla Regione Emilia-Romagna sulla base delle "Linee di indirizzo organizzative per il potenziamento della rete ospedaliera", inviate dal Ministero della salute con la Circolare n. 0011254 del 29/05/2020, è stato approvato dalla Regione con la DGR 677/2020 e dal Ministero della salute con Decreto Direttoriale prot. 0014319 del 13/7/2020 e successivamente aggiornato e rimodulato.

Dal 2022 il piano di riorganizzazione della rete ospedaliera è parte integrante del PNRR e ne deve rispettare i requisiti temporali.

Indicatori e target

Programmazione interventi

- DES0122 - Rispetto delle date previste dalla programmazione condivisa con la Regione e le strutture centrali. Target: 100%.

Monitoraggio avanzamento e rendicontazione

- DES0123 - Riscontro tempestivo ed esauriente ai monitoraggi richiesti e predisposizione della documentazione necessaria per rimodulazioni e rendicontazioni accurate e precise. Target: 100%.

Risultati 2025

DES0122 – Tutti gli interventi del Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera per l'emergenza COVID-19 sono stati conclusi nel 2023, pertanto nel rispetto delle date previste dalla programmazione condivisa con la Regione e le strutture centrali. Target raggiunto: 100%.

DES0123 - Le Unità Operative che hanno gestito gli interventi finanziati dal D.L. 19 maggio 2020, n. 34 hanno proceduto tempestivamente ed esaurientemente ai monitoraggi richiesti e alla predisposizione della documentazione necessaria per le rimodulazioni e le rendicontazioni accurate e precise, così come di seguito specificato: l'AUSL di Imola ha provveduto ad inviare il 100% della documentazione necessaria per la

Rimodulazione del Piano di Riorganizzazione della Rete Ospedaliera Regionale ex art. 2 DL n. 34/2020, sia per la rimodulazione R3 (autorizzata con nulla osta del Ministero della salute, agli atti con nota Prot. n. 34011 del 13/10/2022), R4 (approvata con Decreto del Ministero della Salute MDS-DGPROGS-197-03/09/2024) che R5 (approvata con Decreto n. MDS – DPDMF – 10 – 19/2/2025).

Con DL n. 19 del 2/3/24 il finanziamento è stato rimodulato ed inserito nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) M6C2 – I 1.1.1.2 Rafforzamento strutturale SSN ("progetti in essere" ex art. 2, DL 34/2020). In data 5/12/2025, con Delibera aziendale n. 255, è stato attestato il completamento degli interventi afferenti a tale finanziamento. In data 9/12/2025, con Delibera regionale n. 2070, è stato attestato il raggiungimento del target europeo M6C2-9 e del target nazionale M6C2-8-ITA-1. Target raggiunto: 100%.

Obiettivo 5.9.8 Programma nazionale di adeguamento antincendio delle strutture sanitarie – Monitoraggio dello stato di attuazione del programma di adeguamento antincendio

Il Decreto del Ministro dell'interno di concerto con il Ministro della salute e il Ministro dell'economia e delle finanze del 19 marzo 2015 "Aggiornamento della regola tecnica di prevenzione incendi per la progettazione, la costruzione e l'esercizio delle strutture sanitarie pubbliche e private di cui al decreto 18 settembre 2002", ha delineato un percorso di miglioramento progressivo della sicurezza delle strutture sanitarie, con l'obiettivo di adeguarle alla normativa antincendio entro il 2025, attraverso scadenze differenziate in relazione alla tipologia di struttura da adeguare e all'attività svolta. Al fine di conoscere lo stato di avanzamento aggiornato delle attività connesse agli adempimenti temporali previsti dalla norma sopra richiamata, la Direzione Cura della Persona, Salute e Welfare cura il monitoraggio relativo allo stato di attuazione del programma di adeguamento antincendio suddiviso per scadenze temporali.

Indicatore e target:

- DES0124 - Partecipazione attiva al monitoraggio relativo allo stato di attuazione del programma di adeguamento antincendio suddiviso per scadenze temporali, compreso il riscontro tempestivo alle informazioni richieste. Target: 100%.

Risultati 2025

L'AUSL di Imola ha partecipato attivamente al Monitoraggio relativo allo stato di attuazione del programma di adeguamento antincendio suddiviso per scadenze temporali, fornendo un riscontro tempestivo alle richieste della Regione e del Gruppo Tecnico regionale. Target raggiunto: 100%.

Obiettivo 5.9.9 Tecnologie biomediche

Nel 2025 si devono completare gli interventi di potenziamento e riorganizzazione delle strutture sanitarie previsti dal Decreto Rilancio n. 34 del 19 maggio 2020 con il potenziamento delle terapie intensive e semintensive, nonché di adeguamento delle strutture di pronto soccorso e col monitoraggio delle spese per le tecnologie biomediche. Durante il 2025 si completeranno attività previste per gli interventi inerenti all'ammodernamento tecnologico previsti dal PNRR (Grandi Apparecchiature) e verranno messi in uso i kit di telemonitoraggio di 1 livello funzionali allo sviluppo della telemedicina.

Durante il 2025 si prevede l'ammissione al finanziamento per tutti gli interventi dedicati al rinnovo del parco delle tecnologie biomediche previsti nell'Accordo di Programma VI fase di cui all'art. 20 L.67/88.

Gli interventi dedicati al rinnovo delle tecnologie, prioritariamente in ambito chirurgico e specialistica ambulatoriale, sono 13, coinvolgono tutte le Aziende Sanitarie regionali, per una quota di finanziamento pari a 10 Milioni di euro. Le Aziende devono predisporre la documentazione per le istruttorie da presentare al Gruppo Tecnico Regionale per l'ammissione al finanziamento degli interventi.

A supporto del sistema informativo unico regionale per la Gestione informatizzata dell'Area Amministrativo Contabile (GAAC), preposto al mantenimento e sviluppo della anagrafica centralizzata delle tecnologie biomediche, prosegue la gestione della codifica unica regionale denominata CIVAB RER, per la quale è attivo dal 2018 un gruppo di candidati al quale partecipano tutte le Aziende e un gruppo di validatori distribuiti in maniera uniforme tra AVEN, AVEC e AUSL Romagna.

Nel 2025 proseguono le attività di installazione e collaudo del software per il monitoraggio della dose da radiazioni ionizzanti (Dose Management System – DMS) al fine di poter assolvere agli adempimenti previsti dal D.Lgs 101 del 31 luglio 2020 attuazione della 2013/59/Euratom e i flussi informativi. Le Aziende che beneficeranno di tale applicativo saranno coinvolte, secondo un cronoprogramma condiviso, dal Gruppo di Lavoro che coordina le fasi operative e le successive valutazioni per lo sviluppo del software.

Sul versante dei flussi informativi, continua il monitoraggio delle grandi apparecchiature sanitarie in uso presso le strutture sanitarie pubbliche, private accreditate e private non accreditate previsto dal DM del 22 aprile 2014: le attività verteranno sulla pubblicazione e il monitoraggio del livello qualitativo delle registrazioni delle Strutture Pubbliche e sul controllo e sollecito delle registrazioni da parte delle Strutture Private.

Si provvede inoltre all'elaborazione dei report relativi all'Osservatorio Tecnologie del Servizio Sanitario Regionale, con la sperimentazione di nuove forme di reportistica per favorire la tempestività e fruibilità delle informazioni.

Il Gruppo Regionale Tecnologie Biomediche (GRTB), proseguirà nelle funzioni di valutazione delle acquisizioni di tecnologie ad elevato impatto tecnologico ed economico in ambito regionale, sia in sostituzione per obsolescenza funzionale che per potenziamento e innovazione tecnologica.

Risultati 2025

Indicatori e target:

PNRR – Rinnovo tecnologico

- PNRR - Monitoraggio sostituzioni tecnologie obsolete e messa in uso nuove tecnologie. Target: Completamento delle installazioni entro T4/2025.

Nessuna Tecnologia prevista per il 2025. Già nel corso del 2024, l'AUSL di Imola ha garantito tutte le scadenze documentali (REGIS e Regionali) e il rispetto dei tempogrammi di tutti gli interventi previsti nel 2024, nell'ambito della M6C2 – 1.1.2 (Grandi Apparecchiature Sanitarie). Risultato 100%.

Altri programmi di investimento

- Ammissione a finanziamento tecnologie finanziate con AdP VI fase. Target: 100%.

Nel corso del 2025 è stata fatta l'ammissione al finanziamento tecnologie finanziate con AdP VI fase relativamente all'intervento APE 18, con determina Regionale n. 10175 del 28/5/2025.

Sostenibilità economica

- Predisposizione e presentazione delle istruttorie tecnico-scientifiche del GRTB per tecnologie ad elevato impatto tecnologico, economico e innovativo. Target: 100%.

Nel corso del 2025, l'AUSL di Imola non ha presentato nessuna istruttoria in quanto non sono state attivate acquisizioni di tecnologie ad elevato impatto tecnologico, economico e innovativo.

Obiettivo 5.9.10 Sistema informativo

Il sistema informativo sanitario regionale si sta ampliando sempre più per rispondere alle nuove e molteplici esigenze attraverso la revisione di alcune rilevazioni già esistenti, l'attivazione di nuove rilevazioni e l'integrazione di altre, al fine di garantire i flussi strategici necessari al governo del servizio sanitario regionale e mantenere gli standard qualitativi finora raggiunti.

Nel 2025 si prevede l'introduzione di nuovi controlli scartanti per il flusso SDO legati alle scale riabilitative al fine di migliorare la qualità dei dati.

Nel 2025, inoltre, i flussi informativi previsti dalle iniziative PNRR, in particolare il flusso SIAR (Sistema Informativo socio-Assistenziale e Riabilitativo) e il SICO (Sistema Informativo per il monitoraggio delle attività erogate dai consultori familiari), devono essere messi a regime e il conferimento a NSIS sarà ricompreso fra gli adempimenti LEA, mentre per gli altri si rimane in attesa dei decreti ministeriali.

È stata aggiornata anche la rilevazione delle prenotazioni avvenute presso i sistemi CUP aziendali in regime SSN e ALPI. Il sistema di reportistica e indicatori (ReportER), strumento che permette di contribuire al miglioramento del livello di qualità e di completezza dei flussi informativi, continua ad evolvere per allargare ulteriormente il proprio perimetro di monitoraggio anche ad altre aree di interesse, oltre ad un nuovo modulo applicativo in ReportER per permettere alle Aziende Sanitarie di trasmettere i dati del nuovo Flusso SIVER. Infine, è stata implementata una nuova modalità di accesso basata su autenticazione federata per consentire agli utenti di accedere al sistema anche attraverso i servizi Federa (SPID, CIE, CNS) e, nel caso degli utenti delle Aziende Sanitarie, mediante le proprie credenziali aziendali, grazie all'integrazione di ReportER con gli *Identity Provider* (IdP) delle singole Aziende. Proseguono le attività di riorganizzazione dei contenuti del modulo SIVER, per rendere più fruibile la navigazione tra i vari ambiti di valutazione del SSR e garantire una facile lettura degli indicatori pubblicati.

Nel 2025 il nuovo modulo di *Location Analytics* si è ulteriormente arricchito per consentire l'implementazione di analisi territoriali georeferenziate, finalizzate ad una migliore pianificazione dell'offerta sanitaria sul territorio, all'analisi della mobilità dei pazienti e del consumo di prestazioni di specialistica ambulatoriale e, più in generale, alla valutazione dell'impatto delle politiche sanitarie regionali sul territorio.

Si devono mantenere le rilevazioni giornaliere legate al monitoraggio della pandemia Covid-19 e all'alimentazione della piattaforma di biosorveglianza Dafne, nel rispetto delle indicazioni nazionali.

Costituisce obiettivo prioritario il mantenimento e l'alimentazione tempestiva del patrimonio informativo regionale, con particolare attenzione ai flussi che vanno a costituire il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), in quanto questi flussi rappresentano un Adempimento LEA ai sensi di quanto previsto dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, inoltre il rispetto degli obblighi informativi costituisce prerequisito alla valutazione di tutti gli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG).

Per quanto riguarda il monitoraggio della tempestività nella trasmissione dei dati verso la Regione, è stato definito un indicatore composito che permette di valutare, in maniera combinata, le performance ottenute per i diversi flussi informativi. L'indicatore può raggiungere un valore massimo di 10 punti e viene calcolato come media ponderata dei punteggi ottenuti nei singoli indicatori che lo compongono.

Risultati 2025

Indicatori e target

Tempestività

- **(IND1124)** Indicatore composito di tempestività nell'invio dei dati. Target: ≥ 9

L'AUSL di Imola rileva un punteggio pari a 9,5. Il punteggio medio regionale risulta di 8,75.

Indicatore	Target	2024	2025	RER 2025
(IND0530) Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso SDO	>90%	97,47%	98,43%	93,35%
(IND0531) Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso ASA, esclusi i DSA	>95%	80,57%	82,17%	88,10%
(IND0532) Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso FED, esclusa la DPC	>85%	94,18%	94,35%	96,06%
(IND0533) Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso DiMe	>90%	83,29%	97,09%	95,77%
(IND0534) Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso PS	>98%	99,97%	99,92%	96,97%
(IND0892) Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso FED, focus DPC	>95%	99,40%	99,48%	93,60%
(IND0893) Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso AFO	>85%	88,27%	98,90%	94,99%
(IND0895) Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - ASA modalità di accesso DSA	>70%	84,61%	73,13%	57,42%

Un secondo set di indicatori valuterà la qualità dei dati inviati dalle Aziende Sanitarie alla Regione in termini di congruità e completezza delle informazioni trasmesse.

Qualità dei dati

Indicatore	Target	2024	2025	RER 2025
(IND0792) % ricoveri programmati con data di prenotazione uguale a data di ammissione	<5%	3,70%	3,65%	4,22%
(IND0936) Numero prestazioni specialistiche erogate e prescritte dematerializzate con stato "chiuso" riscontrato sul SAC sul numero di prestazione specialistiche dematerializzate erogate e rendicontate nel flusso ASA	>95%	89,63%	89,51%	89,37%
(IND0944) Flusso CEDAP - Completezza rispetto alla Banca Dati SDO (Adempimento LEA)	>98,5%	100%	100%	99,82%
(IND1005) Copertura effettiva flusso DBO su ASA (protocollo anno 2022 condiviso con le aziende)	>85%	28,29%	28,29%	73,45%

9.6 INNOVAZIONE NEI SERVIZI SANITARI E SOCIALI

Gli ambiti prioritari di attività che hanno richiesto un impegno specifico nel 2025 sono:

- il sistema della ricerca e innovazione nel Servizio Sanitario Regionale,
- la partecipazione ai progetti di promozione dell'innovazione nei servizi sanitari e sociali,
- la partecipazione alle attività previste per la definizione del modello organizzativo e lo sviluppo dei servizi di telemedicina sul territorio regionale,
- il contrasto al rischio infettivo associato all'assistenza,
- la sicurezza delle cure e gestione del rischio sanitario,
- lo sviluppo e miglioramento della qualità delle cure,
- il supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento,
- il supporto alla formazione continua nelle organizzazioni sanitarie,
- consolidamento di strategie volte all'equità, all'empowerment, e alla progettazione partecipata.

OBIETTIVO 6.1 Sistema ricerca e innovazione regionale

In ottemperanza alla DGR 910/2019, le Aziende Sanitarie sono chiamate a collaborare alla costruzione del sistema regionale per la ricerca e l'innovazione, con particolare riguardo ai seguenti ambiti:

- implementazione del flusso informativo regionale relativo alla ricerca clinica attraverso il coordinamento e l'attività delle segreterie centrali e locali dei Comitati Etici Territoriali (CET), delle Infrastrutture della Ricerca e degli ICT aziendali;
- coordinamento delle segreterie centrali e locali dei CET per l'armonizzazione degli approcci e degli strumenti;
- collaborazione e supporto alla progettazione e messa in opera di un percorso formativo regionale sulla ricerca clinica;
- capacità di attrarre risorse e di operare in rete, da parte degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS).

Risultati 2025

Indicatori e target:

- (IND1095) Invio trimestrale, dalla data di avvio, del flusso informativo regionale relativo alla ricerca clinica. Target: 100%.
- Capacità di attrarre risorse da parte degli IRCCS (finanziamenti da bandi competitivi da MinSal, MUR, RER, altri enti pubblici e privati). Target: Finanziamento $\geq$ media triennio precedente.
- Capacità di operare in rete (adesione Reti IRCCS e/o ERN). Target: ≥ 2 .

Nel corso del 1° semestre 2025 è stato avviato a livello regionale (rif. Prot. 3/4/2025.0340669.U) il nuovo sistema informativo della ricerca sanitaria (flusso regionale SirER).

I referenti individuati a livello aziendale hanno garantito la partecipazione agli incontri di coordinamento programmati a livello regionale, nonché la trasmissione dei dati secondo le tempistiche definite dalla Regione. Nel 2025 sono stati avviati presso AUSL di Imola 8 studi.

OBIETTIVO 6.2 Innovazione nei Servizi Sanitari e sociali

Equità in tutte le politiche e medicina di genere

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) sollecita il sistema dei servizi sanitari, sociali, sociosanitari a garantire equità, qualità, efficacia e accessibilità delle cure e a contrastare le disuguaglianze in salute, intervenendo sulle determinazioni sociali e sulla distribuzione di risorse.

La promozione dell'equità rappresenta dunque una leva fondante il servizio sanitario e sociale nazionale e regionale per favorire azioni di contrasto alle disuguaglianze economiche, sociali, culturali, di genere, generazionali o di altra natura. Si tratta di un approccio strutturale alla salute e al benessere delle persone e delle comunità, intese sia come comunità professionali che di utenti e cittadini di un territorio, da declinarsi attraverso la promozione di politiche di integrazione, prossimità e partecipazione nel sistema dei servizi.

In questa prospettiva, l'area Innovazione sociale coordina e supporta le aziende sanitarie del territorio regionale nella definizione locale delle proprie politiche di equità, utilizzando gli strumenti metodologici della ricerca-formazione-azione; inoltre, l'area prosegue il supporto alla diffusione dell'approccio della medicina di genere come un significativo ambito della pratica assistenziale, in quanto concretizzazione di un'appropriatezza della cura rispettosa del diritto di equità di trattamento, sia per uomini che per donne. Prosegue pertanto il consolidamento di un approccio strutturale di equità in tutte le politiche e del relativo sistema di governance nelle aziende sanitarie, con la prospettiva di collegare tali azioni ai lavori preparatori del prossimo Piano Sociale e Sanitario Regionale e di allargare l'approccio ad altri soggetti significativi del sistema.

Risultati 2025

Indicatori e target:

- Partecipazione delle referenti equità agli incontri del Coordinamento regionale di cui alla det. 28136/2024. Target: $\geq 70\%$.
- Stesura del nuovo piano aziendale triennale a supporto dell'equità e per il contrasto delle disuguaglianze in salute, anche quale esito del percorso regionale di accompagnamento. Target: ≥ 1 .
- Partecipazione alle attività e agli incontri previsti nell'ambito della ricerca-azione regionale sul diversity management nelle aziende sanitarie. Target: 100%.

Nel corso del 2025, l'AUSL di Imola ha consolidato e sviluppato il proprio impegno nella promozione dell'equità e della medicina di genere, rafforzando l'approccio strutturale già avviato negli anni precedenti e integrandolo in modo sempre più sistemico nella programmazione aziendale.

In continuità con il 2024, è proseguita l'attuazione delle azioni di equity assessment, in coerenza con il **Piano Regionale della Prevenzione (PRP 2021–2025)**, con particolare attenzione alla riduzione delle disuguaglianze nell'accesso ai servizi e all'individuazione delle principali barriere di natura sociale, culturale e organizzativa.

Un elemento di particolare rilievo è rappresentato dal percorso di revisione della governance aziendale, che ha portato alla riorganizzazione del **Board Equità** per il **triennio 2026–2028**, anche in coerenza con gli obiettivi introdotti dal Decreto legislativo 222/2023. La nuova configurazione integra competenze relative all'accessibilità fisica, digitale, organizzativa e culturale, includendo anche una componente con esperienza diretta sui temi della disabilità, rafforzando così un presidio sistemico e multidisciplinare delle politiche di equità. Parallelamente, nel corso del 2025, la partecipazione attiva agli incontri delle/dei referenti equità delle aziende sanitarie dell'area metropolitana di Bologna ha contribuito alla co-costruzione del **Piano Equità metropolitano** e alla definizione della Cabina di regia metropolitana per l'equità, quale organismo di coordinamento tra le aziende, in raccordo con il livello regionale.

In tale ambito, l'Azienda ha garantito il proprio contributo sia nella definizione degli indirizzi strategici condivisi sia nella costruzione di strumenti di governance integrata, assicurando coerenza tra livello aziendale, metropolitano e regionale.

In coerenza con gli obiettivi regionali, è stato inoltre predisposto il **Piano triennale aziendale per l'equità 2026–2028**, quale strumento attuativo del PIAO e di rafforzamento della governance aziendale in materia.

Sul piano operativo, nel 2025 sono state sviluppate e consolidate azioni in particolare su:

- comunicazione accessibile e health literacy, attraverso la produzione e revisione di materiali informativi chiari e inclusivi;
- supporto ai programmi del Piano Regionale della Prevenzione, con integrazione delle dimensioni di equità;
- accompagnamento ai processi di trasformazione organizzativa, in particolare nell'ambito delle Case della Comunità;
- rafforzamento delle attività di ascolto e relazione con la cittadinanza attraverso l'URP;
- partecipazione attiva a gruppi di lavoro regionali e interistituzionali, tra cui il gruppo regionale diversity management, il gruppo HPH – Standard 4 e il percorso regionale di ricerca-formazione per l'accoglienza e il benessere delle persone LGBTQI+ nei servizi sanitari, sociali e socio-sanitari;
- promozione e realizzazione di iniziative formative interne sul linguaggio di genere e sulla comunicazione inclusiva;
- introduzione di azioni organizzative orientate all'equità di genere, tra cui la declinazione al femminile delle qualifiche professionali nelle firme dell'applicativo aziendale GSA, associate al codice fiscale, per le professioniste che non abbiano espresso diversa indicazione.

Il complesso delle azioni realizzate conferma il progressivo consolidamento di un modello organizzativo orientato all'equità, fondato sull'integrazione tra programmazione, comunicazione e partecipazione, e sulla capacità di intercettare e affrontare in modo strutturale le disuguaglianze in salute.

In questa prospettiva, l'equità si configura sempre più come criterio ordinario di progettazione e valutazione dei servizi, e non come ambito separato di intervento. Il rafforzamento della governance multilivello e delle competenze diffuse rappresenta una leva strategica per garantire un sistema sanitario capace di rispondere in modo appropriato, inclusivo e sostenibile ai bisogni dell'intera comunità.

Contrasto al rischio infettivo associato all'assistenza

La DGR 318/2013 ha definito le linee di indirizzo per la gestione del rischio infettivo in Regione, poi riprese da progetti specifici del Piano Regionale della Prevenzione 2014-2019 e nell'ambito del recepimento a livello regionale del Piano Nazionale di Contrasto all'Antimicrobicoresistenza 2017-2020 (DGR 1021/2018) e della sua proroga. Il nuovo Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 individua le "Misure per il contrasto dell'Antimicrobicoresistenza" come uno dei 10 Programmi Predefiniti che vengono monitorati per tutte le Regioni attraverso indicatori e relativi valori attesi.

È stato inoltre recepito a livello regionale il nuovo "**Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2022-2025**" (DGR 540/2023). Gli elementi prioritari sono:

- sostegno alle attività di sorveglianza per migliorare il livello di partecipazione e la qualità dei dati raccolti in ambito aziendale con particolare riferimento alla sorveglianza della infezione del sito chirurgico (sistema SIChER);
- sostegno alle attività di implementazione dell'igiene delle mani mediante il monitoraggio dei consumi dei prodotti idroalcolici in ambito sanitario e sociosanitario e dell'adesione a questa pratica, utilizzando l'applicativo web MAppER;
- sostegno all'implementazione delle Linee guida sulle componenti essenziali dei programmi di prevenzione e controllo (*Guidelines on core components of IPC programmes*) attraverso l'utilizzo di IPCAF (*Infection Prevention and Control Assessment Framework*) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Al fine di facilitare il monitoraggio delle attività svolte, è stato definito a livello regionale un indicatore combinato che consente di valutare contestualmente i diversi livelli di prevenzione, sorveglianza e controllo delle infezioni e delle resistenze negli ospedali per acuti. Tale indicatore combinato, che potrà raggiungere un valore massimo di 20 punti, sarà calcolato sommando i punteggi degli indicatori componenti.

Risultati 2025

Indicatori e target

Ospedali per acuti

- (**IND1026**) composito su prevenzione, sorveglianza e controllo delle infezioni e delle resistenze negli ospedali per acuti. Target: ≥ 15 punti.

L'AUSL di Imola, nel 2025, risulta ottenere un punteggio pari a 16 punti.

- (**IND0742**) Copertura SIChER - % Procedure chirurgiche sorvegliate sul totale delle procedure sottoposte a sorveglianza e Partecipazione alla revisione dei casi di infezioni probabili. Target: $\geq 75\%$.

L'AUSL di Imola registra una copertura 2025 pari a 87% vs 77% del 2024. La % media RER risulta pari a 77%. Si precisa che attualmente è disponibile il dato RER con i dati aggiornati al 1° semestre 2025 (N.B: il 2° invio semestrale del flusso SIChER è programmato entro il 31 maggio).

- Partecipazione da parte dell'Azienda alla revisione dei casi di infezioni probabili (SIChER). Target: sì.

Per criticità organizzative correlate alla riorganizzazione interna e alla ridotta disponibilità di personale, la revisione dei casi di infezione probabile non è stata completata entro i tempi previsti (7/2/2026). Le attività di audit sono in corso di pianificazione per consentire la validazione entro il secondo invio.

- **(IND1025)** Igiene delle mani: numero di opportunità osservate per 10.000 giornate degenza. Target: ≥ 150 .

Le attività mirate a promuovere la corretta adesione all'igiene delle mani da parte degli operatori sanitari vengono monitorate anche attraverso l'osservazione dell'igiene delle mani nei 5 momenti dell'assistenza. Il rapporto viene calcolato con il Numero opportunità osservate in ambito ospedaliero in un anno sul Numero di giornate di degenza in regime ordinario.

L'AUSL di Imola, nel 2025, rileva un valore pari a 232 vs 178 del 2024. Il valore RER 2025 risulta pari a 320.

- **(IND0737)** Consumo di prodotti idroalcolici per 1.000 giornate di degenza. Target: ≥ 30 litri per 1.000 giornate di degenza.

L'Azienda rileva nel 2025 un consumo pari a 24 litri per 1.000 giornate di degenza. Il valore medio regionale 2025 è stato di 36 litri per 1.000 giornate di degenza.

- **(IND1024)** Punteggio framework IPCAF. Target: ≥ 601 .

Il Framework per la valutazione della prevenzione e controllo delle infezioni (Infection Prevention and Control Assessment Framework - IPCAF) è uno strumento dell'Organizzazione Mondiale della Sanità disegnato per guidare l'implementazione delle Linee guida sulle componenti essenziali dei programmi di prevenzione e controllo (Guidelines on core components of IPC programmes).

Lo strumento consente di valutare il programma e le attività di prevenzione e controllo delle infezioni in ospedale. Nel 2025, l'AUSL di Imola registra un punteggio IPCAF pari a 745 (fonte: piattaforma PRCAR: Punteggio Finale Totale: = 745/800 (Livello IPC Raggiunto: = Avanzato).

Strutture sociosanitarie

- **(IND1097)** % di strutture che hanno risposto alla rilevazione del consumo di prodotti idroalcolici sul totale delle strutture sociosanitarie accreditate invitate. Target: $\geq 90\%$.

Le 10 CRA del territorio aziendale sono state invitate a partecipare al monitoraggio dell'adesione all'igiene delle mani relativo all'anno 2025.

Fino al 2024 compreso, tutte le 10 CRA hanno partecipato alla rilevazione del consumo di prodotti idroalcolici. In riferimento ai dati 2025, in base alle indicazioni regionali, ad oggi è ancora in corso la rilevazione (dal 16 marzo al 17 aprile compresi; la rilevazione viene effettuata direttamente sulla piattaforma PRCAR: per tutte le CRA del territorio è stato individuato un referente per la rilevazione, abilitato alla piattaforma PRCAR).

OBIETTIVO 6.3: Sicurezza delle cure

La sicurezza, componente fondamentale dell'assistenza sanitaria ed elemento imprescindibile per l'erogazione di prestazioni di elevata qualità, ha visto la Regione da anni impegnata a promuovere la sicurezza nelle strutture sanitarie e a prevenire, evitare i potenziali esiti indesiderati e danni che sono sempre possibili nei processi assistenziali.

Nel 2024 l'Osservatorio Regionale per la Sicurezza delle Cure (rinnovato con Determina Dirigenziale N. 16396 del 8/8/2024) ha elaborato e trasmesso il Piano Strategico Regionale per la Sicurezza delle Cure e Gestione del rischio sanitario che fornisce indicazioni alle Aziende sanitarie, agli IRCCS e agli Ospedali privati accreditati per il raggiungimento degli obiettivi e la realizzazione delle attività negli specifici ambiti di attività per il biennio 2025-2026 (Prot. 13/1/2025.0026394.U).

Alle tematiche e agli obiettivi del Piano Strategico Regionale per la Sicurezza delle Cure e Gestione del rischio sanitario le Aziende sanitarie dovranno fare riferimento, per quanto applicabili nel proprio contesto organizzativo, per la elaborazione e attuazione del Piano-Programma annuale per la Sicurezza delle cure e Gestione del rischio sanitario, con particolare riguardo alle tematiche relative al miglioramento della qualità assistenziale.

Nel 2023 è stato diffuso, con nota Prot. 5/12/2023.1215590.U, il documento "VISITARE: promozione della rete della sicurezza e implementazione delle raccomandazioni per la continuità delle cure tra ospedale e territorio", alle cui indicazioni le aziende sanitarie fanno riferimento, per l'effettuazione di "visite per la sicurezza" nei setting ospedalieri e territoriali sanitari e socio-sanitari, al fine di individuare i pericoli presenti e adottare le relative misure di contenimento e prevenzione. Per quanto riguarda la sicurezza in chirurgia, proseguono le attività per migliorare la sicurezza in chirurgia mediante l'applicazione della check-list SSCL (progetto SOS-Net) per tutte le procedure chirurgiche e di taglio cesareo, e l'esecuzione di osservazioni dirette in sala operatoria effettuate mediante l'utilizzo della "App regionale OssERvare".

Per quanto riguarda il miglioramento della qualità assistenziale, nel 2025 dovrà proseguire l'impegno delle Aziende sanitarie nel garantire le attività per l'implementazione delle linee di indirizzo e delle buone pratiche regionali diffuse negli anni precedenti, con particolare riferimento a: "Linee di indirizzo regionali sulle cadute in ospedale" (circolare PG 786754/2016); "Linee indirizzo sulla prevenzione delle lesioni da pressione nell'assistenza ospedaliera e territoriale" (determinazione n. 17558/2018); "Linee di indirizzo regionali sulla buona pratica di cura degli accessi vascolari" (determinazione n. 801/2021); "Buone pratiche per la prevenzione della contenzione in ospedale" (determinazione n. 4125/2021).

Si richiede alle Aziende di promuovere la diffusione delle buone pratiche anche tramite la conduzione di Audit nonché attraverso la formazione da parte dei professionisti sanitari, stimolando la fruizione delle iniziative formative, disponibili per tutte le aziende sanitarie sulla piattaforma regionale "Self PA" e la realizzazione di programmi formativi a livello locale che permettano di trasferire nella pratica assistenziale le indicazioni fornite nei documenti di indirizzo.

Risultati 2025

Indicatori e target

- Elaborazione e formalizzazione del Piano annuale per la Sicurezza cure e Gestione rischio sanitario elaborato secondo le indicazioni delle nuove Linee di indirizzo regionale (Anno 2005 elaborato secondo le indicazioni delle nuove Linee di indirizzo regionali ed in coerenza alle tematiche ed agli obiettivi previsti dal Piano Strategico Regionale per la Sicurezza delle Cure e la Gestione del Rischio Sanitario 2025-2026). Target: 100%.

L'AUSL di Imola ha aggiornato e formalizzato il proprio PPSC per l'anno 2025 (rif. Deliberazione n. 97 del 22/5/2025 "Piano programma sicurezza delle cure (PPSC) – Anno 2025 – Approvazione").

- Applicazione strumenti progetto "Visitare" in: ambito territoriale sanitarie e socio-sanitarie, cure intermedie, transizioni di cura e/o cambiamenti di setting assistenziale. Target: ≥ 2 nuove visite/anno. Per le AUSL territoriali almeno 1 nuova visita nelle strutture socio sanitarie.

Nel 2025 il Progetto VISITARE ha coinvolto i seguenti setting (come già rendicontato alla RER con prot. 3100/2026): CRA Cidas (Medicina) (visita c/o la struttura effettuata in data 12/5/2025) e CRA Toschi (Dozza) (visita c/o la struttura effettuata in data 18/6/2025).

Sicurezza in Chirurgia

- Osservazioni dirette in sala operatoria effettuate mediante l'utilizzo della "App regionale OssERvare". Target: ≥ 30 osservazioni dirette/anno.

Effettuate n. 30 osservazioni (di cui 3 su SSCL-TC).

Miglioramento qualità assistenziale

- Svolgimento di seminari di approfondimento sulle Lesioni da pressione, a cura dei referenti aziendali per le lesioni cutanee (RALC). Target: ≥ 2

Come rendicontato alla RER con prot. 3099 del 29/1/2026, relativamente all'obiettivo IND1204 – Lesioni da pressione, si conferma la realizzazione dei seguenti eventi formativi:

- Corso BLENDED n° 178/2025 (2 edizioni) "Valutazione e categorizzazione delle LDP in AREA CRITICA" (totale partecipanti: 21): 1ª edizione dal 8/05/2025 al 30/09/2025; 2ª edizione dal 12/5/2025 al 30/9/2025.
- Corso FSC n° 286/2025 (1 edizione) "Valutazione e categorizzazione delle LDP, valutazione delle lesioni cutanee e gestione delle medicazioni avanzate Edizione 2025" (totale partecipanti: 22): dal 3/11/2025 al 31/12/2025.
- Implementazione di un audit clinico-assistenziale concomitante, (come indicato dal documento regionale "Buone pratiche per la prevenzione della contenzione in ospedale" con determinazione n. 4125/2021), sull'adesione alle buone pratiche per la prevenzione della contenzione che coinvolga unità operative nelle quali la tematica è rilevante e redazione di un report. Target: 1

È stato condotto l'audit clinico "Buone pratiche per la prevenzione della contenzione in ospedale", come rendicontato alla RER con prot. 3099 del 29/1/2026 (trasmissione report di audit).

Flusso SSCL

- (**IND0722**) Corrispondenza SSCL rispetto alla SDO per le procedure classificate AHRQ4. Target: $\geq 90\%$.

L'AUSL di Imola, nel 2025 presenta una corrispondenza del 96,54%, a conferma di un andamento sopra il target atteso (2024: 95,42% e 2023: 91,85%). Il valore regionale 2025 risulta pari a 93,18%.

- (**IND0910**) Flusso SSCL - Corrispondenza SSCL rispetto alla SDO su procedure taglio cesareo. Target: 85%.

L'Azienda mostra, nel 2025 una corrispondenza del 94,77% vs 88,89% del 2024 e 92,19% del 2023. Il valore regionale 2025 risulta del 80,88%.

OBIETTIVO 6.4: Supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento

Le Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna svolgono dal 2018 attività di verifica rispetto al nuovo modello di Accreditamento Istituzionale delineato dalla DGR 1943/2017.

Obiettivi per il 2025 sono:

- effettuare attività di audit interno e/o autovalutazione a livello direzionale e/o delle articolazioni organizzative per valutare la sussistenza dei requisiti generali e la loro ricaduta a livello delle Unità Operative e dei Dipartimenti e dei percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali e l'aderenza ai requisiti specifici applicabili e utilizzare le risultanze di questa attività di sorveglianza interna per attivare azioni di miglioramento di livello aziendale;
- sostenere l'attività istituzionale di verifica di Accreditamento svolta dall'Area Coordinamento dell'Organismo Tecnicamente Accreditante (OTA) della RER, garantendo l'adesione dei Valutatori regionali afferenti alle Aziende, a seguito di convocazione formale, e la loro partecipazione alle iniziative di formazione e aggiornamento funzionali al mantenimento delle competenze specifiche.
- garantire la partecipazione dei Valutatori di Accreditamento, dei Responsabili Qualità e dei professionisti dell'Azienda al processo di revisione dei requisiti generali e specifici di Accreditamento.

Risultati 2025

Indicatori e target

- Produzione e invio di una relazione delle attività di audit/autovalutazione effettuate, con evidenza delle azioni di livello aziendale attivate. Target: 100%.

La relazione sulle attività di verifica interna SGQ svolte nel 2025 (rif. prot. 6135 del 23/2/2026 "Trasmissione Relazione annuale attività di audit aziendale – Anno 2025") è stata trasmessa all'OTA, come da richiesta RER.

Gli indicatori che seguono, disponibili su SIVER, Monitoraggio DGR 972/2025 – Edizione 2026, vengono di seguito riportati:

- **(IND1101)** % di valutatori partecipanti alle attività di verifica sul numero di valutatori convocati. Target: $\geq 80\%$.

L'Azienda nel 2025 ha visto la partecipazione alle attività di verifica, da parte dei valutatori convocati, del 92,30% vs 94,74%. La partecipazione media regionale risulta dell'86,70%.

- **(IND1102)** % di valutatori partecipanti alle attività di verifica sul numero di valutatori afferenti all'Azienda. Target: $\geq 80\%$.

Per l'AUSL di Imola la partecipazione nel 2025 è stata del 100%.

Questi obiettivi vengono rendicontati direttamente dall'OTA (come precisato nella email ricevuta il 27/1/2026, agli atti): i 3 indicatori relativi alla partecipazione dei valutatori alle verifiche di Accreditamento e alle iniziative formative, sono elaborati da parte dell'OTA quindi pubblicati su SIVER.

Si precisa che i dati elaborati a livello regionale tengono conto di vari criteri (ad es. pensionamenti, rinunce, eventuali sospensioni temporanee delle attività di valutatore, per malattia, altri incarichi, etc. informazioni

non necessariamente note ai RAQ aziendali), pertanto eventuali elaborazioni fatte in Azienda rischiano di essere inesatte e vengono sconsigliate dall'OTA.

OBIETTIVO 6.5: La formazione continua nelle organizzazioni sanitarie

La formazione è una leva strategica delle organizzazioni e le azioni formative blended, che prevedono l'alternanza di diverse tipologie di formazione (FAD sincrona/asincrona, formazione sul campo, residenziale), sono quelle più in grado di potenziare e modificare i comportamenti professionali e di impattare nei contesti organizzativi, in coerenza con quanto richiesto dall'Osservatorio della formazione continua in sanità.

Pertanto, deve essere assicurato il sostegno ad attività formative blended in cui siano previste alternanza di diverse tipologie (FAD sincrona/FAD asincrona, formazione sul campo, residenziale) con valutazione di trasferibilità e/o impatto organizzativo.

Risultati 2025

Indicatore e target:

- Formazione erogata blended. Target: N° eventi: ≥ 3 con valutazione di trasferibilità e/o impatto organizzativo.

Nel corso del 2025 è proseguito l'impegno volto a rafforzare, anche grazie all'esperienza acquisita nei percorsi di implementazione della valutazione dell'efficacia della formazione, lo sviluppo di iniziative di *blended learning* che di fatto hanno registrato un aumento (+7 eventi rispetto all'anno precedente).

Questi percorsi, attraverso una progettazione strutturata e articolata che integra diverse modalità formative, risultano particolarmente efficaci nel favorire il cambiamento dei comportamenti professionali e nel sostenere possibili impatti a livello organizzativo.

Nel corso del 2025 sono state realizzate pianificazioni relative alla trasferibilità e/o all'impatto organizzativo di diversi eventi *blended*, come riportato nella tabella seguente.

Bilancio di Esercizio 2025 – Relazione sulla gestione – Azienda USL Imola

STRUTTURA	EVENTO FORMATIVO	Livello valutazione	STRUMENTI	INDICATORI	Standard
DIMO	(RES + FSC) ID: 7474 Assistenza infermieristica nelle procedure NORA	L3 e L4	CHECK LIST	Percentuale di conformità ai comportamenti attesi nelle fasi pre, intra e post-procedura e in caso di urgenza. (N. item "Si" totali / N. item totali osservati) × 100	> 80%
			Sistemi misurazione performance aziendali	Tasso di eventi avversi durante procedure NORA (desaturazioni severe, ipotensione marcata, arresto respiratorio, attivazione emergenza).	<3% del totale procedure erogate
DIREZIONE GENERALE	(RES + FSC) ID. 8051 LEAN EXPERIENCE FACTORY: ACCOMPAGNAMENTO OPERATIVO	L3 e L4	Project work	Project work	
			Sistemi misurazione performance aziendali	-Numero di richieste per lo stesso articolo a settimana - Numero di pezzi per articolo richiesti a settimana - Numero di richieste a settimana (relativa ai DM contenuti nel deposito) - Numero di accessi al magazzino MPRE per copertura stock out a settimana - Media del numero di pezzi per articolo richiesti in un mese - Percentuale di operatori soddisfatti	≤ 1 - Allineato alla stima settimanale di consumo - 1 - 0 - Coerenza con il consumo previsto - ≥ 75%
DIREZIONE GENERALE	(FAD + RES + FSC) ID. 7329 PNRR - LA PREVENZIONE INFEZIONI OSPEDALIERE - MODULO B - DIPARTIMENTO CHIRURGICO; ID 7330 PNRR - LA PREVENZIONE INFEZIONI OSPEDALIERE - MODULO B - DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE; ID 7331 PNRR - LA PREVENZIONE INFEZIONI OSPEDALIERE - MODULO B - AREA AMBULATORIALE; ID 7332 PNRR - LA PREVENZIONE INFEZIONI OSPEDALIERE - MODULO B - DIPARTIMENTO MEDICO E SPDC; ID 7351 PNRR - LA PREVENZIONE INFEZIONI OSPEDALIERE - MODULO C ; ID 7412 PNRR MODULO A CORSO INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA IN AMBITO OSPEDALIERO	L3 e L4	Sistemi di misurazione delle performance aziendali: reportistica area rischio clinico-governo clinico	% di adesione all'igiene delle mani dell'area ospedaliera Consumo di soluzione idroalcolica (L/giorni di degenza)	2025 ≥ 2024 2026 ≥ 2025 2025 ≥ 2024 2026 ≥ 2025
Di.Pro.Sa	(RES + FSC) ID. 7439 IL PRIMARY NURSING: L'ASSISTENZA CENTRATA SULL'ASSISTITO E LA SUA FAMIGLIA	L3 e L4	Audit strutturato sulla cartella clinica (Campione: 5 cartelle cliniche per UOC estratte casualmente tra i pazienti dimessi nel mese X)	1.% di ricoveri con nome Primary documentato entro 24h 2.% di cartelle con piano assistenziale aggiornato 3.% di giorni di degenza con almeno 1 nota nel diario contenente elementi relazionali 4.% di pazienti assistiti dallo stesso Primary durante la degenza	1.> 80% 2.> 60% 3.> 60% 4.> 90%
			1.Survey con questionario (somministrato a tutti i pazienti dimessi con degenza di almeno 5 giorni, per un arco temporale di rilevazione di 2 mesi) 2.Survey con questionario (somministrato a tutti gli infermieri che hanno svolto il ruolo di PN) 3.Sistemi misurazione performance aziendali	1.% di questionari rivolti a paziente/famiglia con media ≥4,0 (scala 1-5) 2.% di questionari rivolti al personale con media ≥4,0 (scala 1-5) 3.Indicatori monitorati dal Governo clinico relativi a infezioni, cadute, contenzioni e LdP	1.> 70% 2.> 70% 3.Si vedano standard per ogni indicatore segnalati nelle PRC aziendali
DSMDP	(RES + FSC) PROGRAMMA FORMATIVO: ID 7496 TEORIA DELLA MENTE E DBT NEL TRATTAMENTO DELLA PSICOPATOLOGIA DEI GRAVI DISTURBI DI PERSONALITÀ: L'INTEGRAZIONE TEORICA DEI MODELLI ID. 7347 IL GRAVE DISTURBO DI PERSONALITÀ: DALL' ANALISI ALLA DISCUSSIONE E SISTEMATIZZAZIONE DEI CASI CLINICI COMPLESSI ID 7555 TEORIA DELLA MENTE E DBT NELLA PSICOPATOLOGIA DEI GRAVI DISTURBI DI PERSONALITÀ: VALUTAZIONE E TRATTAMENTO DEI PAZIENTI CON TENDENZE SUICIDARI	L3 e L4	Survey	//	
			Sistemi di misurazione delle performance aziendali	Numero di ricoveri in SPDC ripetuti entro 7 giorni Numero di ricoveri in SPDC in urgenza Totale giorni ricoveri SPDC Numero accessi in PS in urgenza Numero trattamenti in DHT Totale giorni DHT.	< periodo giugno-dicembre 2024 (confronto con il medesimo periodo riferito all'anno precedente)

Sviluppo delle competenze tecniche professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario: corso di formazione manageriale

Al fine di procedere alla realizzazione dell'investimento - PNRR - M6C2 – Sub intervento 2.2 (c) "Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario" è stato

previsto nel corso del 2024 un percorso, della durata complessiva di 200 ore, rivolto a manager e middle manager delle Aziende e degli Enti del SSR, per consentire loro di acquisire le competenze e abilità manageriali e digitali necessarie per affrontare le sfide attuali e future in un'ottica sostenibile, innovativa, flessibile e orientata al risultato.

Risultati 2025

Indicatore e target

NRR/PNC - Partecipazione dei professionisti delle aziende selezionati per il corso regionale. Target: 100%

Sulla base dei posti che erano stati resi disponibili per i Professionisti dipendenti dell'AUSL di Imola, sono stati selezionati e successivamente incrementati, sulla base delle richieste regionali pervenute, i partecipanti per il Corso regionale PNRR Salute – M6 C.2.2(c) Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario: sub-misura: corso di formazione manageriale.

Sono state accettate complessivamente da Agenas n. 11 candidature che hanno frequentato l'edizione che è stata loro assegnata dalla segreteria didattica. Sull'anno 2025, rispetto alle edizioni attivate, n. 5 professionisti hanno partecipato; le restanti partecipazioni sono state assegnate alle edizioni programmate sul 2026.

CasaCommunityLab (CCLaB) – Percorso formativo e di sperimentazione nelle Case della Comunità

Il CCLaB è un percorso formativo che, in applicazione del DM77/2022, degli obiettivi previsti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) Missione 6, persegue la finalità di accompagnare la ricomposizione di un modello innovativo di sanità a partire dalla riorganizzazione dell'assistenza territoriale e in stretta sinergia con i servizi sociali territoriali e gli stakeholder locali.

Nel 2024 è proseguito il supporto alle aziende interessate alla sperimentazione verso un modello organizzativo di approccio integrato, multidisciplinare e di comunità, in linea con gli obiettivi strategici previsti dal "Piano regionale della formazione 2022- 2024" per lo sviluppo delle competenze in ambito sanitario e sociale e con la DGR 2221 del 2022 "Primo provvedimento di programmazione dell'assistenza territoriale". La progettazione formativa rappresenta una leva strategica nel promuovere:

- percorsi locali volti a realizzare una formazione a cascata di governance la cui finalità è creare pool di facilitatori di reti e processi locali;
- strumenti di riflessività/monitoraggio sulle azioni intraprese;
- processi di programmazione partecipata (definizione condivisa degli obiettivi, in sinergia con la programmazione sociale, socio-sanitaria e sanitaria) e di progettazione partecipata (definizione condivisa e messa in pratica di progetti e interventi);
- cambiamento culturale che accompagni il nuovo modello delle Case della Comunità rendendo i professionisti attivatori di processo attraverso percorsi di co-progettazione.

Risultati 2025

Indicatore e target:

- **(IND1201)** Progettazione e attuazione di progetti distrettuali di CasaCommunityLab di partecipazione, innovazione e cambiamento organizzativo e relazionale. Target: ≥ 1 .

Nel 2025 risultano attivati n. 3 progetti di cui n. 2 organizzati dall'AUSL di Imola che hanno coinvolto oltre a professionisti dipendenti anche operatori provenienti dall'Asp e da Associazioni Volontariato e n. 1 organizzato e gestito dalla Regione e a cui hanno partecipato alcuni professionisti aziendali che seguono lo sviluppo di questo processo di innovazione.

Nella tabella che segue si rappresentano le iniziative formative con i relativi dati di dettaglio.

Ente organizzatore	ID	Titolo evento	tipologia	n. ore	n. partecipanti	Obiettivo generale
AUSL IMOLA	7417	CASA COMMUNITY LAB: COSTRUIRE INSIEME L'ACCOGLIENZA NELLA CASA DELLA COMUNITÀ – UN ANNO DOPO, ESPERIENZE E PROSPETTIVE CONDIVISE	Residenziale	2	20	Consolidare il percorso partecipativo avviato con il primo evento del 2024, che ha visto la collaborazione tra il Terzo Settore e i professionisti del front office dell'Ausl e di Asp, nell'ambito del progetto Casa Community Lab. Il corso offre a professionisti e associazioni uno spazio di confronto e restituzione sui risultati e sui cambiamenti maturati nel primo anno di attività della Casa della Comunità di Imola. L'iniziativa mira a rafforzare il senso di appartenenza, valorizzare le esperienze realizzate e promuovere una visione condivisa sulle prospettive future, con particolare attenzione alla qualità dell'accoglienza e alla cura degli
AUSL IMOLA	7567	CASA COMMUNITY LAB: COSTRUIRE LE FONDAMENTA DELL'ACCOGLIENZA NELLA CASA DELLA COMUNITÀ DI IMOLA	Formazione sul campo	20	12	Promuovere un'accoglienza integrata nella Casa della Comunità attraverso la condivisione e l'implementazione di un modello operativo che favorisca la presa in carico dell'utente in modo equo, efficiente e inclusivo, sostenendo al contempo lo sviluppo di una cultura organizzativa collaborativa e orientata alla qualità del servizio.
Regione	7353	CASA COMMUNITY LAB LEVE FORMATIVE E PARTECIPATIVE NELLE CASE DELLA COMUNITÀ. DALLA PIANIFICAZIONE STRATEGICA ALLA VALUTAZIONE D'IMPATTO DELLE ATTIVITÀ NELLE CASE DELLA COMUNITÀ	Blended (Residenziale + Formazione sul campo)	44	38	L'obiettivo principale del nuovo percorso formativo è la valutazione dell'impatto del modello delle Case di Comunità. La formazione si propone di approfondire gli strumenti, i metodi e i criteri di valutazione necessari per monitorare e migliorare l'efficacia di questo nuovo assetto organizzativo e professionale, con l'obiettivo ultimo di consolidare la CdC come risorsa chiave